

# **Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus**

**Analysene er historiske og nåtidige og har utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie, bilder, litteratur og andre dokumenter fra perioden 1877-2013, og intervju og observasjoner med foreldre og sykepleiere ved en barneavdeling i 2007**

*Hildegunn Sundal*



Avhandling for graden philosophie doctor (ph.d.)

Faggruppe sykepleievitenskap

Forskergruppe praxeologi

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

2014



## Forord

Å gjennomføre denne studien ville ikke vært mulig uten stipendiatstilling ved Høgskolen i Molde, og velvilje fra ledelsen ved avdeling for helse- og sosialfag. Økonomisk støtte i form av forskningsmidler fra Norsk Sykepleieforbund har vært til stor hjelp underveis. Jeg takker begge parter.

Takk til Else Lykkeslet, Gunnhild Blåka og Eva Gjengedal som hjalp meg i gang med mitt doktorgradsarbeid og inspirerte meg til å begynne denne spennende og utfordrende reisen.

Etter hvert som studien utviklet seg og forskergrupper ble etablert ved Universitet i Bergen i september 2009 der jeg var innskrevet, fikk jeg min plass ved forskergruppen Praxeologi ved Institutt for samfunnsmedisin, som i dag heter Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Praxeologi betyr teori om sosiale praksiser. I forskergruppen Praxeologi har jeg studert eksklusjon og inklusjon av foreldre når barna deres er innlagt på sykehus. Analysene har tatt utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1877-2013. I den forbindelse har jeg beskrevet hva som har blitt skrevet og ikke skrevet om foreldre i lærebøkene. På bakgrunn av omtalen av foreldre i lærebøkene har jeg funnet frem til perioder hvor det virker sannsynlig at foreldre har vært inkludert og ekskludert i pleien av barn på sykehus. Deretter har jeg analysert fortidige bilder, noveller og annet relevant materiale, og nåtidige observasjonsnotater og transkriberte intervju, som kunne understøtte og utfordre funnene i lærebøkene. Ved hjelp av analyser av historiske verk, har jeg undersøkt samfunnskonteksten som gjorde det mulig for praksisene å oppstå, for så å undersøke hvilken form for viten som var i spill på det tidspunktet og som kunne være med på å understøtte eksklusjonen og inklusjonen av foreldre i pleien av barn på sykehus. Denne måten å forske på har vært inspirert av studier den franske filosofen Michel Foucault utførte i perioden 1971-1984.

Jeanne Boge, førsteamanuensis, har vært hovedveileder. Hun er ansatt ved Høgskolen i Bergen, Institutt for sykepleiefag, og har vært ansatt 50 % i perioden 2010 til ultimo 2013 ved Universitet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, knyttet til faggruppen sykepleievitenskap og til forskergruppen Praxeologi. Jeanne Boge har vært med siden begynnelsen av forskningsgruppen i 2009 og er fortsatt aktiv. Karin Anna Petersen har vært biveileder. Hun er professor i sykepleievitenskap og leder av forskergruppen Praxeologi ved

Universitetet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin. I tillegg har hun en bistilling ved Uppsala Universitet, Institutionen för didaktik, pedagogik och utbildningsstudier, og leder der forskningsgruppen Praxeologi i samarbeid med dosent Morten Nørholm. Hun har vært vitenskapelig leder av Nordisk Nettverk ETHOS og er leder av Nordisk Praxeologisk Nettverk. Uten Boge og Petersen hadde det ikke vært mulig å skrive denne avhandlingen. Jeg er svært takknemlig! Jeg vil også takke alle medstudenter, master og ph.d.- studerende fra de nordiske landene i forskningsgruppen Praxeologi for innspill og oppmuntring. En spesiell takk til Staf Callewaert, professor emeritus ved Københavns Universitet. Han introduserte meg til den praxeologiske forskningstradisjonen og har bidratt med mange gode spørsmål og innspill. Dette har bidratt til å kvalifisere arbeidet mitt.

Jeg takker Bibliotekjentesten ved Høgskolen i Molde for all hjelp underveis. Mine medstudenter Aud og Else Marie og mine kollegaer ved Høgskolen i Molde har også vært gode støttespillere.

En del av tekstene som er analysert er basert på observasjoner og intervju av foreldre og sykepleiere ved en barneavdeling i 2007. Stor takk til dere som deltok og takk til ledelsen ved avdelingen for deres velvilje.

Ellers vil jeg takke mine venner og storfamilie, men størst takk til nærmeste familie: Erik, Marit, Øyvind, Torbjørn, Jean Paul, Kornelie, Amalie og Isabella for avbrudd, støtte, trøst og hjelp i prosessen. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre dette forskningsarbeidet uten velvilje fra dere. Ikke minst var det viktig å ha en fast bopel i Bergen med mesteparten av familien tilgjengelig.

## Sammendrag

### Bakgrunn

Det kan være vanskelig å vite hvordan det har seg at man tenker og handler som man gjør, men det er sannsynlig at mitt faglige engasjement for barn på sykehus gjennom 20 år, både som sykepleielærer og ph.d. student, har utspring i min mors fortellinger om hvordan det var å være innlagt på tuberkulosesanatorium da hun var tenåring på 1940-tallet med foreldrene



langt borte, og hennes fortellinger om det å være ekskludert fra sykehuset som mor når mine to søsken var innlagt ved et mindre sykehus på 1950-tallet. Hennes fortellinger gjorde et sterkt inntrykk. På 1970-tallet, da jeg startet min sykepleieutdanning ble det gradvis vanlig at foreldre fikk være sammen med barna sine på sykehus, og slik er det fortsatt. Dette ledet meg til spørsmålsstillingene:

*Hva er det som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleie av barn på sykehus på visse tidspunkt og ekskludere foreldrene på andre tidspunkt i sykepleien? Når oppstod henholdsvis eksklusjons- og inklusjonspraksisene og hvordan har de blitt praktisert?*

### Teoretisk perspektiv

Jeg har ikke funnet studier som kan svare meg på dette spørsmålet, men nordiske Foucault-inspirerte sykepleiestudier om forholdet mellom praksiser og viten er bakgrunnen for at denne studien er basert på en antagelse om at viten har vært brukt til å understøtte samfunnsnyttig eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus. Den franske filosofen Michel Foucault skriver at både objektiverende og subjektiverende viten har blitt brukt til å understøtte det som har blitt regnet for å være samfunnsnyttig i moderne vestlige demokratier. Objektiverende viten har blitt brukt til å styre individene utenfra. Denne formen for styring kaller Foucault disiplinering. Subjektiverende viten har blitt brukt til å få individer til å styre seg selv og omtales i studiens sammenheng som selvstyring.

### Metodologi og materiale

Jeg har brukt en dispositiv tilgang som det overgripende metodologiske analyseverktøyet i min empiriske forskning om eksklusjon og inklusjon av foreldre i pleien når barn er innlagt på sykehus. Jeg benytter i hovedsak begrepet dispositivitet fra det som omtales som Foucaults genealogiske fase (1971-1984). Studiens empiriske objekt har slik blitt belyst ved en dispositiv tilgang, med tilhørende arkeologiske og genealogiske undersøkelser av de praksiser som viser seg som foreldres eksklusjon/ inklusjon i pleie når barn er på sykehus.

Analysene har tatt utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1877-2013. I den forbindelse har jeg beskrevet hva som har blitt skrevet og ikke skrevet om foreldre i

lærebøkene. På bakgrunn av omtalen av foreldre i lærebøkene har jeg funnet frem til perioder hvor det virker sannsynlig at foreldre har vært inkludert og ekskludert fra pleien av barn på sykehus. Deretter har jeg analysert fortidige bilder og noveller og annet relevant materiale, og nåtidige observasjonsnotater og transkriberte intervju fra en norsk barneavdeling, som kunne understøtte og utfordre funnene i lærebøkene. Til å undersøke de samfunnsmessige mulighetsbetingelsene for inklusjons- og eksklusjonspraksisene, har jeg analysert offentlig tilgjengelige lover, forskrifter og regler, verk i generell historie, barndomshistorie, sykepleiens historie, helsevesenets historie, sykehus- og hospitalhistoriske bøker og annet materiale som kan skape forståelse for inklusjons- og eksklusjonspraksisene. Deretter har jeg drøftet henholdsvis inklusjons- og eksklusjonspraksisene i lys av viten som var i spill i den aktuelle epoken og som kunne være med på å understøtte praksisene. Disse analysene og drøftelsene er gjort i lys av Foucaults utlegninger om disiplinering og selvforholdspraksiser.

## Resultat

*Eksklusjon av foreldre:* Den første norske læreboken i sykepleie kom ut i 1877. I denne læreboken og i tilsvarende norske lærebøker som var i bruk frem til 1940, er foreldre sjelden eller aldri omtalt. De ser ut til å være ekskludert fra pleien. På samme måte som foreldre er fraværende i lærebøker i sykepleie, er de også fraværende på bilder av barn på sykehus i samme periode og i annet relevant materiale.

*Samfunnskonteksten som gjorde eksklusjonspraksisene mulig:* Adskillelsen mellom barn og foreldre som finner sted på sykehus er i pakt med adskillelsen mellom barn og foreldre som oppstod ellers i samfunnet ved fremveksten av moderne industrisamfunn og institusjonaliseringen av barn. Når barna var alene på sykehus kunne foreldrene produsere varer og tjene penger. Det ville høyst sannsynlig blitt en økonomisk og praktisk utfordring for den moderne kjernefamilien dersom en av foreldrene skulle være sammen med barnet på sykehus. I perioden 1877-1940 fantes det ikke velferdsordninger som sikret familieøkonomien dersom en av foreldrene var sammen med barnet på sykehuset. Fraværet av foreldre gav samtidig legene fritt spillerom til å observere sykdommer og prøve ut behandlinger på barna.

*Foreldreeksklusjonen understøttes av hygieneviten:* Lærebøker i sykepleie som var i bruk i perioden 1877-1940 viser at renslighet hadde en sentral plass i fagets forståelse av forebygging og bekjempelse av sykdom. Renslighetsforståelsen var først fundert i en miasmatiske forståelse av hygiene. På slutten av 1800-tallet ble miasmelæren avløst av mikrobeteorien. På bakgrunn av redselen for mikrober er det forståelig at foreldre var ekskludert fra sykehus for å hindre at de smittet den øvrige befolkningen, og at de tok med seg farlige mikrober inn i sykehuset. Derimot virker det underlig at foreldre var ekskludert på den tiden da miasmelæren var rådende, fordi miasmene i seg selv ikke ble regnet for smittsomme. Dette tyder på at eksklusjonspraksisene ikke bare var basert på viten, men at ideer om miasmer og teorier om mikrober kan ha blitt brukt til å understøtte samfunnsmessig interessante eksklusjonspraksiser. Ideer om barns umodenhet og sårbare barnesinn som oppstod på slutten av 1800-tallet med barneredningsbevegelse og filantropisk bevegelse hadde sitt utspring i den franske filosofen Jean-Jacques Rousseaus filantropiske syn på barnet. Offentlige myndigheter innførte lover for å beskytte det umodne og sårbare barnet mot slutten av 1800-tallet. Dette synet på barn ser ikke ut til å ha hatt gjennomslag i moderne sykepleie, for da ville det ha vært naturlig å inkludere foreldrene i sykehusene for å beskytte barnet.

*Inklusjon av foreldre:* På midten av 1900-tallet oppstår det en endring i de norske sykepleielærebøkene måte å argumentere på. I læreboken fra 1941 blir det argumentert for at foreldre bør få anledning til å besøke barn som er på sykehus, og fra slutten av 1960-tallet argumenterer lærebøkene for at foreldre bør bli inkludert i pleien av barn på sykehus. I lærebøker fra 1987 forventes det at foreldre utfører mesteparten av pleien når barn er på sykehus. Disse forventningene står ved lag i læreboken fra 2011, og forventningene er i pakt med bilde fra en barneavdeling, tidligere nasjonale og internasjonale studier og med realitetene i en norsk barneavdeling i 2007. Der vasket og stelte foreldrene barnet, de sørget for barnets ernæring, søvn og aktivisering. Foreldre deltok ved medisinsk behandling i ulike prosedyresituasjoner ved å motivere, avlede og trøste barnet, samt hjelpe til når barnet ble påført ubehag, og de hadde tilsynsansvar for prosedyrer som gikk over tid. Det var relativt lite rom for å avlaste foreldrene.

*Samfunnskonteksten som gjorde inklusjonspraksisene mulig:* Inklusjonspraksisene oppstod samtidig med sosialdemokratiets og velferdsstatens fremvekst i etterkrigstiden. På denne tiden var det viktig at alle samfunnsmedlemmer fikk et godt offentlig helsetilbud. Det oppstod en

eksplosiv utbygging av det offentlige helsevesenet samtidig som det var stor mangel på yrkesaktive sykepleiere. I en slik situasjon kan det ha vært interessant å overlate så store deler som mulig av sykepleiers arbeid til familie og/eller personell med mindre kompetanse. Foreldres deltakelse i pleie av barn på sykehus er i pakt med LEON-prinsippet (Lavest effektive omsorgsnivå) som oppstod på 1970-tallet og som ble det førende prinsippet for helsetjenestene. Poengteringen av effektivitet er sentralt i *New Public Management* (NPM), en økonomisk ideologi som fikk innpass i offentlig sektor på 1990-tallet. I NPM-ideologien blir det argumentert for at offentlig sektor er for stor og kostbar og at helsevesenet bør bli mer lik private bedrifter. Stor foreldredeltakelse kan være med på å redusere kostnadene i offentlig sektor, da det kan være billigere at foreldre utfører pleien enn betalt helsepersonell.

*Foreldreinkluderingen understøttes av humanistisk viten og av viten om antibiotika:* Inkluderingen av foreldre i pleie av barn på sykehus i Norge oppstod i etterkrigstiden samtidig med at antibiotika ble allment tilgjengelig, noe som reduserte redselen for at foreldre kunne dra smitte fra sykehuset med seg ut i befolkningen, og visa versa. Samtidig fikk humanistiske ideer om behov for mest mulig selvhjelp større innpass i sykepleiefaget og i samfunnet generelt. Humanistiske studier fra inn og utland, lærebøker i sykepleie, andre kilder og mine egne undersøkelser i en norsk barneavdeling viser likevel at human omtanke for barn og foreldre ikke ser ut for å være den eneste forklaringen på inklusjonspraksisene. Det virker mer sannsynlig at humanistisk tankegods kan ha vært brukt til å understøtte foreldres rett og plikt til å delta i pleien når barn er på sykehus. Selvhjelpsideologi kan ha skapt et inntrykk av at inklusjonspraksisene er basert på humanistisk viten om at mennesket har grunnleggende behov for å klare seg selv så langt det er mulig. Den nyliberale NPM tenkemåten som har fått gjennomslag i helsevesenet de siste 20 årene oppstod samtidig med at sykepleiefaget begynte å argumentere for at sykepleiepraksiser burde være basert på forskning. Forskning viser at foreldre kan ha behov for mer hjelp av sykepleier enn de får når barnet deres er på sykehus, men slik forskning ser ikke ut til å endre praksiser. Når praksis ikke baseres på forskning, har det høyst sannsynlig sammenheng med at sykepleiebemanningen trolig måtte økes kraftig dersom sykepleier skulle overta større deler av pleieinnsatsen til foreldre når barn er på sykehus.

*Avslutning:* Denne studien startet med en undring og spørsmålsstilling om hva det er som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleien av barn på sykehus på visse tidspunkt og

ekskudere foreldrene på andre tidspunkt i historien. I lys av Foucaults utlegninger av disiplinering og selvforholdspraksiser og ved hjelp av dispositiv metodologi har jeg kommet frem til at inklusjons- og eksklusjonspraksisene er forståelige i lys av de samfunnsmessige mulighetsbetingelsene, og jeg har argumentert for at både hygieneideologi/ -teori og behovsideologi har vært med på å understøtte praksisene. Den dispositive måten å forske om foreldre til barn på sykehus har resultert i kunnskap som representerer et nytt bidrag til forskningen om barn på sykehus. Jeg tror at andre sykepleielærere og forskere også vil ha glede av dette forskningsarbeidet og håper at de lar seg inspirere til å bruke Foucaults utlegninger om disiplinering og selvforholdspraksiser og Foucaults dispositive metodologi med tilhørende analyseteknikker, til å utforske andre tematikker i sykepleien.

## Summary

### Background

It may at times be difficult to know why we think and act as we do, but my professional commitment to children in hospital through 20 years, as a nursing teacher and as a PhD student, probably has its origin in my mother's stories. She told of her experiences as a teenager at a tuberculosis sanatorium in the 1940s, far away from her parents, and as a mother, excluded when my two siblings were patients at a small hospital in the 1950s. Her stories made lasting impressions. In the 1970s, as I started my nursing education, it gradually became more common to allow parents to stay with their children in hospital, and this is the way it still is. This begs the questions:

*What has made it possible to include parents in the care of children at certain points in time and exclude them at other points in the history of nursing? When did these inclusion and exclusion practices arise and how have they been practiced?*

### Theoretical perspective

I have not found any studies that directly answer my questions. However, Nordic Foucault inspired nursing studies on the relationship between practices and knowledge constitute the background for basing this study on the assumption that knowledge has been used to support

socially useful practices of inclusion and exclusion of parents when children are in hospital. According to the French philosopher Michel Foucault, both objectifying and subjectifying knowledge have been used to support what has been considered socially useful practices in modern western democracies. Objectifying knowledge has been used for external control of individuals. Foucault calls such control discipline. Subjectifying knowledge has been used to make individuals control themselves and in the context of this study this is called self-discipline.

## Methodology and material

I have used a dispositive approach as the overarching methodological analytical tool in my empirical research on inclusion and exclusion of parents in care when children are in hospital. I use the concept of the dispositive mainly from what is considered Foucault's genealogical phase (1971-1984). The study's empirical object has thus been illuminated by a dispositive approach, with corresponding archaeological and genealogical studies of the practices that emerge as inclusion/ exclusion of parents in the care of children in hospital.

The analyses take as their point of departure Norwegian nursing textbooks from the period 1877-2013. I have described what these textbooks include and do not include on parents. Based on the mention or non-mention of parents I have identified periods in which it is probable that parents have been excluded from and included in the care of children in hospital. To support and challenge the findings in the textbooks I have analysed pictures, short stories and other relevant material from the past, as well as recent notes of observation and transcribed interviews from a Norwegian children's ward. In order to examine the social preconditions for the inclusion and exclusion practices, I have analysed publicly accessible laws, rules and regulations, works on general history, childhood history, the history of nursing, the history of the health services, the history of hospitals and other material that may yield increased understanding of the inclusion and exclusion practices. I have discussed inclusion and exclusion practices, respectively, in light of the knowledge that was at play in the epoch in question and which may support the practices. These analyses and discussions are performed in light of Foucault's accounts of practices of discipline and self-discipline.

## Result

*Exclusion of parents:* The first Norwegian nursing textbook appeared in 1877. In this textbook and in similar Norwegian textbooks up until 1940, parents are rarely or never mentioned. They seem to be excluded from the care of their children in hospital. Parents are also absent in depictions of children in hospital during the same period and in other contemporary relevant material.

*The social context that made exclusion practices possible:* The separation of children and parents that take place in hospitals is in accordance with the separation of children and parents that gradually occurred in society at large during the emergence of modern industrial societies and the institutionalisation of children. With children alone in hospital parents were free to produce goods and earn money. It would most likely have constituted an economic and practical challenge to the modern core family should one parent stay with the child in hospital. There were no welfare programmes to support the family should one of the parents stay with the child in hospital during the period 1877 to 1940. The absence of parents would also leave the doctors free to observe diseases and try out treatments on children.

*The exclusion of parents is supported by hygiene knowledge:* Nursing textbooks from the period 1877-1940s show that cleanliness has a central role in the profession's understanding of the prevention and combating of disease. The understanding of cleanliness was initially based in a miasmatic theory of hygiene. At the end of the 1800s the miasma theory was replaced by the microbe theory. Considering the fear of microbes it is understandable that parents were excluded from hospitals in order to avoid spreading disease to the rest of the population and bringing dangerous microbes into the hospital. It may, however, seem strange that parents were excluded during the rule of the miasma theory, as miasmas were not considered contagious. This suggests that the exclusion practices were not based on knowledge, but that hygiene ideology/ theory of miasmas and microbes may have been used to support socially interesting exclusion practices. Ideas on the immaturity of children and their vulnerable minds emerged towards the end of the 1800s along with the Child Saving Movement and other philanthropic movements, all with a basis in the French philosopher

Jean-Jacques Rousseau's philanthropic view of the child. These ideas and movements resulted in the late 1800s in the introduction of laws to protect the immature and vulnerable child. This view of children does not seem to have had the expected impact in modern nursing; one may have thought that including the parents in hospitals to protect the child would be a natural consequence of such ideas.

*Inclusion of parents:* The argumentation in Norwegian nursing textbooks changes towards the mid 1900s. The 1941 textbook argues that parents should be given the opportunity to visit their children in hospital, and from the end of the 1960s the textbooks argue that parents should be included in the care of children in hospital. Textbooks from 1987 apparently expect that parents perform the majority of the care of children in hospital. These expectations are still present in the 2011 textbook, and such expectations are in accordance with pictures from a children's ward, earlier national and international studies and with the realities in a Norwegian children's ward in 2007. Parents were in charge of the daily hygiene of the child, of feeding the child, and of sleep and activity. Parents participated in the medical treatment at various procedures by motivating, distracting and comforting the child. They assisted when the child was subjected to discomfort, and they had supervisory responsibility for procedures over time. They did not have much free time.

*The social context that made the inclusion practices possible:* The inclusion practices emerged after WWII in parallel with social democracy and the welfare state. It was important at the time that all citizens received good public health care. An explosive growth in public health services and a great shortage of working nurses followed. Leaving as much as possible of the nurse's work to family and/or personnel with less competence may have been of interest. Parents' participation in the care of children in hospital is in accordance with the LEON-principle (Lowest effective level of care) that emerged in the 1970s and became the leading principle for the health services. The emphasis on efficiency is central to *New Public Management* (NPM), an economic ideology that took hold in the public sector in the 1990s. The NPM ideology argues that the public sector is too large and costly and that the health services should be more like private enterprises. Extensive parent participation may contribute to reducing the costs in the public sector, as it would possibly be less costly to have the parents, rather than paid health workers, perform the care.



*Parent inclusion supported by humanistic knowledge and knowledge of antibiotics:* The inclusion of parents in the care of children in hospital in Norway occurred after WWII at the time when antibiotics became generally accessible. This reduced the fear that parents should spread contagions from the hospital to the population, and vice versa. At the same time humanistic ideas on the need for autonomy gained ground in the nursing profession and the society in general. Humanist studies at home and abroad, nursing textbooks, other contemporary sources and my own studies from a Norwegian children's ward show, however, that humanist ideas of children and parents do not seem to be the only explanation for the inclusion practices. It seems more likely that humanist ideas may have been used to support the parents' right and duty to participate in the care for children in hospital. The self-help ideology may have created the impression that the inclusion practices are based on humanist knowledge stating that the human being has a fundamental need to be self-sufficient. The neoliberal NPM ideology that has spread through the health services over the past 20 years emerged at the same time as the nursing profession started to argue that nursing practice should be based on research. Research shows that parents may have a need for more help from the nurse than they currently get when the child is in hospital, but such research does not seem to change practice. The reason for not changing practice in accordance with research may be that the number of nurses would have to be greatly increased if they should take over more of the care of children in hospital.

*Conclusion:* This study started in wonder and with a question as to what has made it possible to include parents in the care of children in hospitals at certain times and to exclude the parents at other times. With the help of a dispositive methodology I have concluded that the inclusion and exclusion practices may be understood in light of social conditions, and I have argued that hygiene ideology/ theory, as well as needs ideology, have supported the practices. The dispositive research approach to parents of children in hospital has yielded knowledge that represents a new contribution to the research on children in hospital. I believe that other nursing teachers and researchers will also benefit from this research and hope that they will be inspired to use Foucault's thoughts on practices of discipline and self-discipline and his dispositive methodology and analysis techniques, to research other thematics in nursing.

## Avhandlingens oppbygning

I kapittel 1, introduksjonsdelen av avhandlingen, har jeg gjort rede for både den private og den faglige bakgrunnen for at denne studien handler om inklusjon og eksklusjon av foreldre når barn er på sykehus. Videre er det redegjort for antagelser og overordnet teoretisk perspektiv med tilhørende dispositiv metodologi og analyseteknikker. I kapittelet gjøres det rede for dokumenter som har vært sentrale i studien.

Kapittel 2 handler om eksklusjon av foreldre i pleien av barn på sykehus. Først argumenterer jeg for at foreldre ikke blir omtalt i lærebøker i sykepleie som var i bruk i perioden 1877-1940 (jf. kap.2.1). Deretter bruker jeg bilder, samt skjønnlitterære og andre kilder som underlag for å argumentere for at det ikke ser ut for at foreldre inkluderes i pleien av barn på sykehus i den aktuelle epoken (jf. kap.2.2). Jeg drøfter så eksklusjonspraksisene i lys av de samfunnsmessige (jf. kap.2.3) og vitenbaserte mulighetsbetingelsene (jf. kap.2.4).

Kapittel 3 handler om inklusjonen av foreldre og det blir argumentert for at foreldre fikk større adgang til å besøke barna sine på sykehus på midten av 1900-tallet, og at de fikk anledning til å delta i pleien av barn på sykehus på slutten av 1960-tallet (jf. kap.3.1 og kap.3.2). Fra 1980-tallet blir det forventet at foreldre deltar aktivt i pleie og behandling når barn er innlagt på sykehus (jf. kap.3.4). I vår tid utfører foreldre mesteparten av pleien når barn er på sykehus (jf. kap.3.5). I tillegg til å argumentere for foreldreinkludering, omfatter dette kapittelet drøftelse av de samfunnsmessige (jf. kap.3.3 og kap.3.6) og vitenbaserte mulighetsbetingelsene for inklusjonen av foreldre i pleien når barn er på sykehus (jf. kap.3.7).

Kapittel 4 er avslutningskapittelet i avhandlingen, der oppsummeres og drøftes forholdet mellom viten og praksiser. Det argumenteres for at inklusjonen og eksklusjonen av foreldre når barn var på sykehus ikke bare var basert på faglig viten, men også på samfunnsmessige interesser. Kapittelet avsluttes med en kort oppsummering og noen refleksjoner omkring studien, og en argumentasjon for at studien har gitt meg svar på undringen over at foreldre har vært ekskludert fra pleien av barn på sykehus i enkelte perioder og inkludert i andre perioder.

## Innholdsoversikt

Forord .....	III
Sammendrag .....	IV
Summary .....	IX
Avhandlingens oppbygning .....	XIV
<b>1 INTRODUKSJON.....</b>	<b>1</b>
1.1 Undring .....	1
1.2 Tidligere studier .....	1
1.2.1 Hvordan denne studien er inspirert av tidligere studier .....	6
1.3 Overordnet forskningsspørsmål .....	6
1.4 Studiens hensikt .....	7
1.5 Overordnet antagelse: Viten har vært brukt til å understøtte samfunnsnyttig eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus .....	7
1.5.1 Avklaring av vitensbegrepet .....	10
1.5.2 Produksjon av viten i sykehus.....	11
1.5.3 Disiplinerende bruk av objektiv viten .....	12
1.5.4 Selvstyrende bruk av subjektiv viten .....	14
1.6 Metodologi, analyseteknikker og metoder .....	17
1.6.1 Dispositivanalyser .....	18
1.6.2 Analyseteknikker .....	19
1.6.2.1 Analyser av oppkomsten til eksklusjons- og inklusjonspraksisene .....	20
1.6.2.2 Analyser av herkomsten til eksklusjons- og inklusjonspraksisene .....	21
1.6.3 Dokumentanalyser .....	23
1.6.3.1 Analyser av lærebøker.....	25
1.6.3.2 Analyser av bilder .....	27
1.6.3.3 Analyser av mangfoldige dokumenter .....	32
1.6.3.4 Analyser av transkriberte intervju og feltnotater.....	33
Oppsummering av kapittel 1 .....	44
<b>2 EKSKLUSJON AV FORELDRE NÅR BARN ER PÅ SYKEHUS.....</b>	<b>47</b>
2.1 Eksklusjonsnormene ser ut til å oppstå i siste halvdel av 1800-tallet og vedvarer til midten av 1900-tallet.....	47
2.1.1 Foreldres fravær i lærebøker i sykepleie.....	47
2.1.2 Det bør være et visst rom for ammende mødre.....	49
2.2 Foreldre er ikke sammen med barna sine på sykehus .....	50

2.3	Samfunnskonteksten som gjorde eksklusjonspraksisene mulig.....	65
2.3.1	Større avstand mellom barn og voksne i moderne samfunn .....	65
2.3.2	Privat- og samfunnsøkonomisk ugunstig at foreldre er sammen med barn på sykehus.....	70
2.3.3	Fremveksten av moderne helsevesen.....	70
2.3.3.1	Lovregulert internering av syke .....	71
2.3.4	Faglig interessant at barn var alene på sykehus .....	74
2.3.4.1	Observasjoner og behandling .....	74
2.4	Viten som kunne understøtte eksklusjonspraksisene .....	76
2.4.1	Naturvitenskapelig forståelse av kropp og sykdom i medisinske sykehusklinikker .....	77
2.4.2	Forholdet mellom eksklusjonspraksisene og hygieneviten.....	81
2.4.2.1	Hygieneideologi og hygieneteori .....	81
2.4.2.2	Redsel for infeksjoner .....	83
2.4.2.3	1877-1940: Sykepleiere skal ivareta lys, luft og renslighet .....	84
2.5	Eksklusjonspraksisene understøttes ikke av datidens ideer om det sårbare barnesinnet .....	90
2.6	Hierarkisk disiplinering.....	92
	Oppsummering av kapittel 2 .....	107
<b>3</b>	<b>INKLUSJON AV FORELDRE NÅR BARN ER PÅ SYKEHUS .....</b>	<b>109</b>
3.1	Inklusjonsnormer 1941-1986 .....	109
3.1.1	Inklusjonsnormer 1941-1967: Foreldre bør få besøksrett.....	109
3.1.2	1968-1986: Foreldre bør få delta i pleien av barn på sykehus .....	111
3.2	Inklusjonspraksiser - foreldre får gradvis adgang til å besøke og pleie barnet på sykehus i etterkrigstiden.....	116
3.3	Samfunnskonteksten som muliggjorde inklusjonsnormene/ - praksisene som oppstod i etterkrigstiden.....	126
3.3.1	Fremveksten av sosialdemokratisk stat, velferdsstat og offentlig helsevesen ..	126
3.3.2	Sykepleiemangel .....	128
3.4	1987-2013: Foreldre bør pleie barna sine når de er på sykehus og delta ved behandling.....	130
3.5	Inklusjonspraksiser.....	137
3.5.1	Studier om foreldre når barn er på sykehus fra perioden 1986-2013.....	138
3.5.2	Foreldre utførte mesteparten av pleien og deltok i behandlinger når barn var på sykehus i 2007.....	145
3.5.2.1	Foreldre har hovedansvaret for den grunnleggende pleien .....	146
3.5.2.2	Foreldre deltar ved medisinsk behandling .....	148

3.5.2.3 Foreldre får avlastning dersom sykepleier har tid til det.....	155
3.6 Samfunnskonteksten som muliggjorde inklusjonspraksisene i perioden 1987-2013 ....	156
3.6.1 Sykepleiermangel.....	156
3.6.2 Profesjonalisering.....	157
3.6.3 Billigere at foreldre utfører pleien enn betalt helsepersonell.....	158
3.6.4 Forventninger om effektivisering av offentlig helsevesen.....	159
3.7 Viten som kunne understøtte foreldreinkludasjon .....	162
3.7.1 Viten om antibiotika.....	162
3.7.2 Humanistisk viten .....	165
3.7.2.1 Hendersons og Orems selvhjelpsdeer .....	166
3.7.2.3 Ideer om separasjonsangst .....	174
3.7.3 Ideer om kunnskapsbaserte praksiser.....	177
Oppsummering av kapittel 3 .....	179
<b>4 AVSLUTNING .....</b>	<b>183</b>
4.1 Forholdet mellom undring, antagelse og resultat.....	183
4.2 Forholdet mellom denne studien og tidligere studier.....	185
4.3 Metodologiske og metodiske likheter og forskjeller i forhold til andre Foucault- inspirerte studier.....	186
4.4 Studien kan bli til glede og nytte.....	187
4.5 Noen avsluttende refleksjoner om egen studie og videre forskning .....	188
REFERANSER .....	191
Vedlegg 1 .....	201
Vedlegg 2 .....	205
Vedlegg 3 .....	209
Vedlegg 4 .....	215
Vedlegg 5 .....	219
Vedlegg 6 .....	223
Vedlegg 7 .....	227
Vedlegg 8 .....	233
Vedlegg 9 .....	239
Vedlegg 10 .....	243
Vedlegg 11 .....	247
Vedlegg 12 .....	251



# 1 INTRODUKSJON

I Norge i dag er det lovfestet og allment akseptert at foreldrene skal være med barnet på sykehus og delta i pleien. Da min mor var ung, var det derimot ikke vanlig at foreldre var sammen med barna sine på sykehus. Jeg kan aldri glemme mors fortellinger om innleggelse i tuberkulosesanatorium som tenåringspleie på 1940-tallet, hvor foreldrene var langt borte. På samme måte kan jeg heller ikke glemme hennes fortellinger om at hun ikke kunne besøke mine to søsken da de var innlagt ved et mindre sykehus på 1950-tallet. Historiene til mor kan være bakgrunnen for at det for meg oppstod en genuin interesse for barn og foreldre på sykehus da jeg tok sykepleieutdanning på 1970-tallet. På den tiden ble foreldrene gradvis mer inkludert både i pleien av nyfødte barn (rooming-in) og når barn ble innlagt på sykehus. Interessen for barn på sykehus har siden vedvart. Privat har jeg hatt kontakt med sykehus gjennom barnefødsler og syke barn, og faglig gjennom 20 års utdanning av sykepleiere med et hovedansvar for barn og foreldre på sykehus, og gjennom hovedfagsstudien min som omhandlet foreldres erfaringer med barn på sykehus innlagt på barnestuer i voksenavdelinger (Sundal 1998, 2001: 39-42). Jeg har også vært involvert i en spørreundersøkelse om foreldres erfaringer med å ha barn på sykehus (Valla, Bakken, Sundal 2000).

## 1.1 Undring

Jeg har med andre ord hatt en rekke faglige og private erfaringer med hensyn til hvordan barn har blitt tatt hånd om på sykehus, men det er ett spørsmål som jeg ikke har funnet svar på, og det er:

*Hva er det som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleien av barn på sykehus på visse tidspunkt og ekskludere foreldrene på andre tidspunkt i sykepleien?*

## 1.2 Tidligere studier

Jeg søkte etter svar på spørsmålsstillingen i nasjonale og internasjonale studier om foreldre til barn på sykehus, og disse studiene har jeg gjort rede for i kapittel 3.5.1. De nevnte studier er fra perioden 1986-2013. Kort fortalt viser to studier hvordan foreldrene ble inkludert i

sykehusene og i pleien (Stenbak 1986, Jakobsen 1988). Andre studier belyser helsepersonellens og foreldres erfaringer med foreldres involvering og deltakelse i barnets omsorg (Kristensson-Hallstöm & Elander 1994, Darbyshire 1996/1994, Kawik 1996, Johnson & Lindschau 1996, Ygge & Arnetz 2004, Danielsen m.fl. 2006, Roden 2005, Ygge m.fl. 2006, Coyne & Cowley 2007, Fernández-Castillo m.fl. 2013). Andre studier viser foreldres behov for avlastning, samarbeid og fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver mellom foreldre og personalet (Callery 1997, Espeland 1997, Sundal 1998, Nortvedt & Kase 1997, Danielsen m.fl. 2006). Jeg fant ikke litteratur som kunne svare på min undring over at foreldre har vært ekskludert fra pleien av barn på sykehus i enkelte perioder og inkludert i andre perioder.

Det var først da jeg ble kjent med Foucault-inspirerte studier om forholdet mellom viten og praksiser med en maktanalytisk tilgang, at jeg begynte å lure på om også samfunnsmessige strategier og strategiske spill kunne være dispositive for eksklusjons- og inklusjonspraksiser. Jeg begynte med andre ord å tvile på at det bare var profesjonell viten som var bakgrunnen for at foreldre ble ekskludert og inkludert i pleien når barn var innlagt på sykehus (Raffnsøe m.fl. 2009: 52, 215-225). Sykepleieforsker Jeanne Boges (2008) studie om kroppsvask i sykepleien ble spesielt interessant. Den teoretiske og metodologiske tilnærmingen i Boges studie har på mange vis fungert som forbilde i min studie om eksklusjon/ inklusjon av foreldre, men tematikken er forskjellig fra Boges. Boges empiriske objekt er studien av kroppsvask, der mitt empiriske objekt er foreldre til syke barn innlagt på sykehus og foreldres inklusjon/ eksklusjon i pleien.

Boges studie viser empirisk og argumenterer teoretisk med Foucaults analytiske tilgang for at det ikke nødvendigvis er faglige grunner til at sykepleiepraksiser er som de er, men at faglige teorier og ideologier har vært brukt til å understøtte sosiale praksiser og gjort dem til interessante sykepleiepraksiser. Hun bruker kroppsvask som empirisk eksempel og arbeider med Foucault ut fra hans tenkning for å vise at nåtidige kroppslige vaskepraksiser oppstod i siste halvdel av 1800-tallet og starten på 1900-tallet som et ledd i industrialiseringen og demokratiseringen av vestlige stater. Hun argumenterer for en disiplinierende sammenkobling mellom kroppslige praksiser og objektiverende/ subjektiverende viten (Boge 2008: 12-13, 68-76, 99, 139, 141, 158-166). Studiens resultater viser at det oppstod et brudd i tenkningen rundt renslighetspraksisene i sykepleiefaget og dagliglivet i Norge på slutten av 1800-tallet ved at kroppsvasken endres fra å være av rituell art til at en begynner å begrunne vaskepraksisene ut



fra viten for å få folk flest til å vaske seg oftere og mer omfattende. På den tiden var det viktig å danne en ren, ordentlig og lydig befolkning. Kroppsvask ble et sentralt verktøy i disse bestrebelsene som ble understøttet av hygieneviten (Boge 2008).

Den Foucault-inspirerte ernæringsstudien til sosiologen Pål Augestad (2005: 33-52) er et annet eksempel på forholdet mellom praksiser og viten. Det empiriske objektet for Augestad er ernæring og fysisk aktivitet i befolkningen og forskningsspørsmålet er knyttet til en forebyggingsstrategi med folkeopplysning for å få folk til å endre livsstil for å skape en sunnere befolkning. Den teoretiske analysen er basert på Foucaults maktanalyser av disiplinering og selvkultivering av befolkningen. I lys av Foucault viser Augestad hvordan forskningsbasert kunnskap blir brukt til å understøtte politisk interessante ernæringspraksiser som synliggjøres gjennom *Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet*. Augestad viser hvordan kroppene benyttes for å skaffe kunnskap gjennom forskningsresultater, og hvordan myndighetene anvender kunnskapen for å iverksette endringer av enkeltindividenes holdninger slik at de forandrer livsstil til ønsket levesett.

Foruten Boges og Augestads studier har jeg hatt stor glede av avhandlingene til de danske sykepleieforskerne Birthe Hedegaard Larsen (2006), Kirsten Beedholm (2003/2002), Kirsten Frederiksen (2005) og Emmy Brandt Jørgensen (2007). De nevnte studier er alle gjort i lys av en foucaultsk optikk som har stått sterkt i sykepleieforskningstradisjonen rundt professor emeritus Staf Callewaert, Københavns Universitet og professor Karin Anna Petersen, i dag ansatt ved Universitetet i Bergen.

Birte Hedegaard Larsen (2006: 27-34, 311-320) har studert sykepleiens fremvekst fra 1870-2001 i Danmark. Det empiriske objektet er skriftlige ytringer og aktiviteter som viser legens og sykepleiers anerkjennelse av sykepleiefaget. Forskningsspørsmålene er hvordan sykepleier understøtter sykepleiefaget som selvstendig fag komplementært til legens fag og hvordan det diskursive har holdt fast ved sykepleiefaget som underordnet legens fagområde, samt hvordan sykepleiefaget kan bevare særegenhet og transformeres til et "fag". Den teoretiske analysen er Foucaults diskursanalyser ved tekstanalyser av det språklige. Studien til Larsen viser at sykepleierne har kjempet om anerkjennelse av eget fag med sykepleiekontrollerte ansvars- og virksomhetsområder, en kamp mot legene som kontrollerer sykepleiefaget gjennom viten.

Sykepleierne betrakter eget fag som selvstendig og komplementært til legefaget, til forskjell fra legene som ser det som underordnet legefaget og medisin.

Kirsten Beedholm (2003/2002: 23-34, 319-320) har studert sykepleiefaget i Danmark over en historisk periode, der det empiriske objektet er lærebøker i sykepleie og sykepleietidsskrifter, og forskningsspørsmålet er hvilken sykepleiefaglig diskurs som er i spill i det språklige. I lys av Foucault baseres studien på en vitenarkeologisk fremgangsmåte, der en graver frem lag på lag i den sykepleiefaglige tekstkorpus ved en diskursanalytisk tilnærming som teoretisk analysetilgang. Beedholm viser hvordan sykepleiefaget har vært underlagt det medisinske vitensregimet, men skriver seg inn i en vitenskapelig kontekst rundt 1980, og fremstår som en vitenskapelig disiplin i forlengelsen av det. Omkring 1950 innledes en transformasjon i sykepleiefaget som en ”antimedisinsk mekanisme” og dette ansees som begynnelsen på fagets vitenskapeliggjøring. Sykepleiefagets transformasjon baseres på endring av fagets legitimering gjennom viten, hvor starten var fagets fokus på renslighet og orden ved overgangen til 1900-tallet. Larsens (2006) og Beedholms (2003/2002) studier av fremveksten av sykepleiefaget med dets viten viser vei til sykepleiefaglig vitens betydning for foreldres eksklusjon/ inklusjon i pleien når barn er innlagt på sykehus.

Emmy Brandt Jørgensen (2007: 8-12, 211-217) har studert sykepleiefagets og legefagets fremvekst der det empiriske objektet for studien er et rikholdig utvalg av offentlige dokumenter i form av blant annet lover, forordninger, årbøker, avisinnlegg, biografier, historiske oppslagsverk og lærebøker i sykepleie. Forskningsspørsmålet for studien er hvordan medisin i perioden 1736-1937 og sykepleie i perioden 1863-1957 som moderne erverv, fag og utdanning historisk har konstituert seg i Danmark. Fremgangsmåten som teoretisk analyseredskap er en kombinasjon av sosiologen Pierre Bourdieus feltanalyse med medisin som felt der lege og sykepleier er ”offisielle” aktører for å ta seg av syke borgere, og det gjøres sammen med analyser av det vitensosiologiske og diskursive i fagene i et historisk forløp i lys av Foucault. Jørgensens studie om sykepleiefagets tilblivelse med fokus på klinisk sykepleie i relasjon til medisin som fag viser hvordan sykepleiere fremstod som assistenter for legene, for så å defineres som et avgrenset subfelt innen det medisinske felt. Dette samsvarer med Karin Anna Petersens (1993/1992: 20-24) argumentasjon for sykepleiefagets omdefinering til et selvstendig pleieansvarlig område etter 2. verdenskrig, i tillegg til assistentfunksjonen for legen. Petersen argumenterer videre for at sykepleiefagets påvirkning

av Virginia Hendersons (f.1897-d.1996) normative ideologi gjør at sykepleiefaget fremstår i omtalen av pleie som et avgrenset ansvarsområde. Det oppstår etter hvert et fravær av beskrivelser om å assistere legen med observasjon og rapportering av behandlingsforløp, og det er sammenfallende med at humanistiske fag får innpass i sykepleiefaget. Petersens empiriske objekt for studien er forholdet mellom teori og praksis i sykepleien og sykepleieutdanning, der forskningsspørsmålet omhandler hva praktikerne bruker av seg selv i sin praksis og hvor det kommer fra. Petersen analyserer og drøfter ut fra ulike teoretiske posisjoner. En av posisjonene er sykepleier og filosof Kari Martinsens filosofiske diskusjon om omsorg og sykepleiepraksis som håndverkstradisjon og filosof Donald Schöns praktiske erkjennelsesgrunnlag, men hovedposisjonen er ut fra Bourdieus habitus- og praksisbegrep. Det er slik sett ikke i et foucaultsk perspektiv, men studien til Petersen sammen med Larsen (2006), Beedholm (2003/2002) og Jørgensen (2007) tilfører min studie av eksklusjon/inkludering av foreldre en bakgrunnsforståelse for sykepleiefagets konstituering og fremvekst som fag der vitens betydning vektlegges.

Kirsten Frederiksen (2005: 31- 52, 315-319, 343-344) har studert sykepleiefagets fremvekst der det empiriske objektet for studien er oppkomsten av moderne sykepleieutdanning i Danmark og i den øvrige vestlige verden, og forskningsspørsmålet er hvordan det har gått til at den syke blir til pasient og den pleiende blir til sykepleier og relasjonen mellom dem. Teoretisk analytisk fremgangsmåte i denne prosessen er problematiseringsformer (arkeologi) og dispositiver (genealogi). Ved å anvende Foucaults dispositivbegrep og problematiseringsformer som analyseredskap gjør Frederiksen rede for at sykepleiefagets viten- og fagområde ikke oppstår omkring 1870 ved utdanning av de første sykepleiere, men oppstår ved problematisering av pleien og innpass av viten om hygiene, smittespredning og sykdomsbehandling. Luft, lys og renslighet får betydning i pleien. Sykepleiens fremvekst til et selvstendig vitens- og praksisregime inngår som en viktig del av helbredelsesmaskineriet installert i hospitalets transformasjon til sykehus, og det vises til at faget ikke har sin oppkomst i omsorg i den betydning som tillegges omsorg i sykepleiefaget (jf. Martinsen 2003/1989). Utdanning av sykepleiere vektlegger viten om hygiene, smittespredning og sykdommer, i tillegg til sykepleiers ordentlighet (holde orden, system i avdeling, på pasient, på seg selv). Samtidig viser studien hvordan sykepleiers utdanning til ordentlighet transformeres til nye former for ordentlighet basert på ny viten, tett forbundet med bevegelsene i resten av samfunnet. Sykepleiers utdanning til ordentlighet knyttes etter hvert

til selvdisiplin, bundet til egen individualitet med en føyelig kropp og travle hender, hvor en inngår som et hjul i et stort maskineri. Humanistisk- og samfunnsvitenskapelig viten får en plass i utdannelsen, og sykepleiers selvforhold blir vesentlig og forsøkes regulert.

### **1.2.1 Hvordan denne studien er inspirert av tidligere studier**

De ovenfor nevnte nordiske Foucault-inspirerte sykepleiestudiene om forholdet mellom praksiser og viten viser at ulike former for viten kan ha blitt brukt til å understøtte samfunnsmessig interessante praksiser. Dette er bakgrunnen for at denne studien er basert på en antagelse om at viten har vært brukt til å understøtte samfunnsnyttig eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus (jf. kap.1.5). Boges (2008) studie om kroppsvask og Frederiksens (2005) studie om sykepleiers utdanning til ordentlighet har inspirert meg til å belyse eksklusjons- og inklusjonspraksisene i lys av Foucaults utlegninger av disiplinering og selvforholdspraksiser (jf. kap.1.5). Metodologisk er det også spesielt studiene til Boge (2008) og Frederiksen (2005) som har inspirert meg. Begge studier ser ut til å være utført i forlengelsen av en dispositiv analytisk metodologi, med tilhørende analyser av oppkomsten til praksiser og deres samfunns- og vitensmessige mulighetsbetingelser. Det er denne tilnærmingen jeg har brukt som overgripende analyseverktøy i mine analyser av inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleien av barn på sykehus (jf. kap.1.6). Sammen med Boges og Frederiksens studier har Beedholms (2003/2002), Larsens (2006) og Jørgensens (2007) studier bidratt til forståelse av oppkomsten og fremveksten av moderne sykepleie og forståelsen av sykepleiefagets vitensobjekter fra oppkomsten av faget og frem til nåtid.

### **1.3 Overordnet forskningsspørsmål**

Den teoretiske inspirasjonen fra tidligere Foucault-studier (jf. ovenfor) er bakgrunnen for at undringen (jf. kap.1.1) som initierte denne studien ble omformet til følgende overordnede forskningsspørsmål:

*Hva er det som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleie av barn på sykehus på visse tidspunkt og ekskludere foreldrene på andre tidspunkt i sykepleien? Når oppstod henholdsvis inklusjons- og eksklusjonspraksisene og hvordan har de blitt praktisert?*

## 1.4 Studiens hensikt

Hensikten med å studere eksklusjon og inklusjon av foreldre i pleien når barn er innlagt på sykehus, er ikke å utarbeide nye retningslinjer for praksiser, men å skape innsikt i og forståelse for både ideologiske, teoretiske og samfunnsmessige forhold som har vært med på å gjøre det mulig å ekskludere foreldre i enkelte tidsepoker, for så å inkludere dem i pleien i andre tidsepoker.

## 1.5 Overordnet antagelse: Viten har vært brukt til å understøtte samfunnsnyttig eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus

Som nevnt i kapittel 1.2.1 er denne studien spesielt inspirert av tidligere studier som har hatt Foucaults utlegninger om disiplinering og selvforholdspraksiser som overordnet antagelse, og studien er basert på en antagelse om at viten har blitt brukt til å understøtte samfunnsnyttig eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus. Jeg benytter ikke hele Foucaults forfatterskap, som er omfattende og krevende, men jeg har lest meg inn på deler av hans forfatterskap fra perioden 1971 og til hans død i 1984, med vekt på det han skriver om disiplinering i *Overvåkning og straff* (Foucault 2008/1975) og utlegningene om selvforholdspraksiser i *Vilje til viten* (Foucault 1999/1976).

I perioden 1971-1984 undret Foucault seg spesielt over hvordan man fikk individer i demokratiske samfunn til å oppføre seg i pakt med makthavernes interesser uten å bruke fysisk vold (Schaanning 1993a: 191-194, 1993b: 401-417). I forlengelsen av den undringen argumenterte han for at viten har blitt brukt til å understøtte samfunnsmessig ønskelige praksiser i moderne vestlige demokratier. Objektiviserende viten har blitt brukt til å styre individene utenfra. Denne formen for styring kaller Foucault disiplinering (2008/1975). Subjektiviserende viten blir brukt til å få individer til å styre seg selv og omtales i studiens sammenheng som selvstyring (Foucault 1999/1976).

Foucault argumenterer for at demokratiet med dets frihet også har en bakside i form av en disiplinierende funksjon som er en demokratisk og selvregulerende styring for å kontrollere friheten. Det vil si, demokrati er ikke nødvendigvis bedre enn ikke-demokrati, men demokrati er forskjellig fra ikke-demokrati som styreform, og under alle forhold er det snakk om

maktregimer av det ene eller annet slag. Maktens disiplinerende sammenkobling med viten danner i moderne vestlige samfunn grobunn for fremveksten av vitenskapelige ”disipliner” om det moderne individ, og humanvitenskapene oppstår. Makt og viten er symbiotisk forbundet i Vesten. Mennesket gjøres til gjenstand for prosesser og prosedyrer som objektiverer og subjektiverer for å fremskaffe viten om dem, for så å styre dem. Den moderne tids vestlige menneske som vi kjenner gjennom humanvitenskapene har en tvetydig dobbelrolle, som både subjekt og objekt for viten. Mennesket er vitensobjekt, samtidig som det er det erkjennende subjekt og kilden til enhver erkjennelse og selv-tematisering (Foucault 2008/1975, Heede 2010/1992: 68-73, 92-119, Hermann 2000: 1-27, 2003/2000: 86-89, Schaanning 1993a: 199-201, 207-208).

Ny viten skaper brudd eller transformasjoner i tankeformer og rasjonalitet som iscenesetter praksiser og avslører den vilje til makt som denne viten uttrykker. Studier av praksisene rundt ”de syke og den moderne pasient”, ”de gale og den sinnslidende” og ”forbrytelse og den kriminelle” har sin begynnelse i renessansetiden i henhold til Foucaults forfatterskap. Disse praksiser beskrives ved å gjennomgå brudd og transformasjoner basert på ny viten i perioden fra renessansen og frem til vår tid. Beskrivelsene er nært knyttet til fremveksten av samfunnsinstitusjoner og etter hvert den moderne tids disiplinering (Foucault 1999/1976: 23, 82, Heede 2010/1992: 47-55, 68-73, 79, 110-125).

Foucault benytter seksualitet som eksempel for å belyse selvets historie om hvordan selvet forstår og skaper seg selv, og for å vise selvstyringens funksjon med dens herkomst fra antikkens selvforholdspraksiser. Praksisene rundt seksualitet gjennomgår brudd eller transformasjoner basert på ny viten, og beskrives fra antikken og frem til vår tid (Foucault 1999/1976: 23, 82, 127, 211, 2001/1984, 2002/1984, Heede 2010/1992: 47-55, 79). Ut fra Foucault blir viten brukt til å understøtte brudd eller transformasjoner. Foucault skrev ikke om foreldre når barn er på sykehus, men overført til slike praksiser betyr det at henholdsvis *objektiverende/ subjektiverende viten* kan ha blitt brukt til å understøtte eksklusjon og inklusjon av foreldre på en praktisk, men ikke på en bevisst måte. Det er det som menes med selvdisiplinering fordi man ikke er klar over at det pågår mens det skjer. Man gjør det bare ut fra de rådende samfunnsmessige og politiske omstendigheter som gjør noe mulig og noe annet ikke mulig. Det skjer automatisk som en selvstyring eller selvregulering. Denne måten å behandle foreldre på er på linje med det som skjer med ”de syke, de gale, forbrytelse og

seksualitet”. Ut fra beskrivelser fra det som kalles Foucaults genealogi (Raffnsøe m.fl. 2009: 193-225), blir eksklusjonen/ inklusjonen av foreldre til konkrete praksiser hvor de utfoldes ut fra understøttende viten som oppstår samtidig med praksisene, uten at de to størrelsene nødvendigvis har noe med hverandre å gjøre, men de blir hverandres legitimitet under de gitte omstendigheter og under den gitte tid.

Ved å studere ”de syke”, ”de gale”, ”forbrytelse og de forbryterske” og ”seksualitet” avdekker Foucault brudd i forståelsen av disse gruppene ved overgangen til moderne tid. Ut fra hans tenkning er hva som holdes som ”sannhet” foranderlig i en historisk sammenheng, og individene forstår seg selv på bakgrunn av disse ”sannhetene”. Den menneskelige fornuft er foranderlig, og slik sett ikke til å stole på. Radikal historisering peker på at mennesket og selvet er sine egne fortolkninger, og selvet er under konstant tilblivelse. Foucaults historiske epokekarakteristikk viser ulike ”sannhetsregimer” og avdekker en epokes tankeformer og rasjonalitet. På den måten kommer det frem hvilken viten som muliggjøres og som iscenesetter praksiser innen ulike epoker (Foucault 1999/1976: 13-14, 25, 62-86, 127, 2002/1994a: 201-222, 2008/1975: 121-170, Heede 2010/1992: 47-55, Hermann 2000: 1-5, Schaanning 1993a: 196-197). Foucault benytter antikkens, renessansens og den klassiske tidsalders fortidige tankeformer og rasjonalitet som motbilder for å tydeliggjøre den moderne tids tankeformer og rasjonalitet i forhold til hvordan ”de gale”, ”de syke”, ”forbrytelse” og ”seksualitet” avbildes i institusjonene og i samfunnet (Heede 2010/1992: 47-55, 94, 120-138). For Foucault (1987: 28) er disse eksempler som kan overføres til andre grupper og institusjoner. I denne studien er det foreldre til barn på sykehus som er i fokus.

Foucault (2000/1961, 2000/1963) studerte på 1960-tallet ”de gale” og ”de syke”, og viste gjennom sine studier hvordan individene institusjonaliseres (Heede 2010/1992: 57-67, Schaanning 1993a: 194-199). De blir bakgrunnsstudier for 1970-tallets studier om ”forbrytelse” og ”seksualitet” hvor disiplinering og selvstyring fremkommer som sentrale. De sistnevnte studier viser myndighetenes disiplinerende funksjon på makronivå og befolknings- og institusjonsnivå, og ikke minst på mikro- og individnivå. Her fremgår det hvordan styresmaktene benytter viten på en disiplinerende måte (Foucault 1999/1976: 21-23, 111, 151-156, 2008/1975: 151-156, Heede 2010/1992: 92-119, Hermann 2000: 26, 2003/2000: 82-83, Schaanning 1993a: 199-204, 206-214). I forlengelsen av Foucault omfatter denne studien

analyser av forholdet mellom viten og eksklusjon/ inklusjon av foreldre i pleien av barn på sykehus.

### 1.5.1 Avklaring av vitensbegrepet

Foucault (1999/1976, 2008/1975) argumenterer for at viten blir brukt til å fremme ønskede praksiser, og at viten alltid står i en maktsammenheng. I den forbindelse viser han at viten som holdes for å være viktig i en historisk epoke kan forkastes i neste epoke (Heede 2010/1992: 47-48). Dermed bidrar Foucault til å tenke at viten ikke er en evolusjonistisk fremvekst som bygger på tidligere viten, men kan sees som brudd med herskende tidligere vitensformer i form av arkeologiske bruddflater. Det står i motsetning til å tenke viten som en form for fremadrettethet hvor viten hele tiden forestilles som å bli mere og bedre enn tidligere. I Foucaults perspektiv er det aldri snakk om en slik fremadrettethet. Nåværende viten er *forskjellig* fra tidligere viten, men ikke nødvendigvis bedre.

Hos Foucault er viten knyttet til praksisformer der kunnskap erverves og utøves. Kunnskap omfatter ideer, teorier, forestillinger eller mentaliteter. Viten er forskjellig fra vitenskap. ”Viten er viten i kraft av å være knyttet til bestemte praksisformer” i følge den norske filosofen Espen Schaannings omtale av Foucaults begreper (1999/1976: 9). Viten og kunnskap blir definert som likestilte begreper i *Bokmålsordboka* (Universitetet i Oslo 2013). Dette er ikke helt i pakt med Foucaults (1999/1976, 2008/1975) måte å bruke begrepene på der viten er viten i kraft av å være knyttet til praksisformer der kunnskap erverves og utøves, og kunnskap handler om ideer, teorier, forestillinger eller mentaliteter i følge Schaanning som skriver om forskjellene i forordet til *Viljen til viten* av Foucault (Schaanning 1999/1976: 9). I avhandlingen viser jeg hvordan praksiser understøttes av viten i ulike historiske kontekster. De norske sykepleieforskerne Kari Martinsen og Jeanne Boge har problematisert de nåtidige forventningene om kunnskapsbaserte sykepleiepraksiser. Argumentasjonen til Martinsen og Boge har blitt gjort i forlengelsen av Foucaults (f.1926-d.1984) utlegginger av den sentrale plassen som viten har hatt som styringsverktøy i utformingen av moderne industrisamfunn (Martinsen & Boge 2004: 58-61, Martinsen 2005: 85-113, Boge & Martinsen 2006: 32-35).

I avhandlingen knyttes viktige begreper sammen på en systematisk måte ved hjelp av skråstrek, slik det gjøres i enkelte sammenhenger med viten/ teorier/ ideologier, selv om



begrepene ikke er likestilte. Ideologi benyttes som begrep i avhandlingen når tenkningen ikke er basert på konkrete studier eller når det som presenteres er hvordan mennesker tenker og tror om noe uten at det nødvendigvis er basert på empiriske studier, men brukes som forklaringsramme for noe, for eksempel hvorfor foreldre inkluderes eller ekskluderes i pleien av syke barn på sykehus. Det vil si at tenkningen er av normativ karakter, altså slik det bør gjøres, mens teorier benyttes for å få frem at det er basert på vitenskapelige empiriske studier. Kunnskap i form av teorier og ideologier som understøtter praksiser blir omtalt som viten i avhandlingen, i pakt med Foucaults vitensforståelse (Schaanning 1999/1976: 9).

## 1.5.2 Produksjon av viten i sykehus

Denne studien handler om eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus.

I studien *Klinikkens fødsel* skriver Foucault (2000/1963) om de medisinske klinikker som oppstod i etterkant av den franske revolusjonen i perioden 1789-1849 og som ble forløper for de moderne sykehusene som oppstod i siste halvdel av 1800-tallet (jf. kap.2.3, Foucault 2000/1963, Martinsen 2003/1989). Foucault beskriver hvordan ”de syke” interneres i et homogent kollektivt rom i klinikker og blir brukt til å innhente objektive data om individene gjennom observasjoner og diagnostisering av ”de syke”. ”Den sykes” subjekt blir formet gjennom kontroll, avhengighet og underordning, og gjennom egen sykdom. Den klassiske tidsalders allmennhospitaller for ”de ufornuftige” og undervisningsklinikker som forskningspraksis blir til medisinske klinikker i overgangen til moderne tid med deres behandling og observasjoner der menneskene interneres, omtalt i avhandlingen som sykehusklinikker. ”Den syke” blir internert i klinikker ved sykdom gjennom objektiviserings- og subjektiviseringsteknikker. Oppfattelsen av sykdom endres fra natur og motnatur til at ”den syke” blir konstruert som en dysfunksjon i en organisk helhet gjennom kroppens ”spatialisering”. Sykdommens kropp må en se i sammenheng med den sykes kropp, og objektiv viten utvinnes (Heede 2010/1992: 62, Schaanning 1993a: 198, 210-211).

Arkitektonisk fremstår sykehusklinikbygningene etter hvert som redskap i medisinsk behandling for å observere de syke inngående, og bygningens form medfører at de syke holdes omhyggelig adskilte for å forhindre smitte. Det vektlegges å gi de syke bestemte plasser og skille dem fra hverandre, foreta en nøye inndeling av sykehusets rom og

systematisere sykdommene for å kunne skille dem. Regelmessige observasjoner og eksaminasjoner av den syke skaper et hierarki med legen som den dominerende og den underordnede rollen gjør at sykepleier som yrkeskategori oppstår for å hjelpe legen i observasjon, eksaminasjon og datasamling (Foucault 2008/1975: 133, 151-170).

I Norge etableres det hospitaler og sykehus mot slutten av 1800-tallet, samtidig med industrialiseringen og demokratiseringen av landet (les mer om dette i kap.2.3).

Noen sykehus fikk spesialiserte funksjoner, som for eksempel å ta hånd om spesifikke infeksjonssykdommer som tuberkulose (sanatorium, kysthospital). Antallet sykehus vokste utover 1900-tallet og spesielt utover 1950- og 1960-tallet med økende spesialisering og differensiering innenfor og mellom sykehusene (jf. kap.2.3). Det første norske barnesykehus etableres i 1855 som *Christiania Fødselsstiftelses Barnehospital*. Egne barneavdelinger i sykehusene har før 1950 vært nokså fraværende, med unntak av *Rikshospitalets barneavdeling* som etableres i 1893 (jf. kap.2.2), men utover 1960-tallet etableres det flere barneavdelinger og barnestuer. I Norge i vår tid kan barn innlegges ved en generell barneavdeling, men innleggelsen kan også skje ved mer spesialiserte barneavdelinger. Barneavdelingene kan være ved et større, mellomstort eller mindre sykehus. Samtidig kan barn innlegges i voksenavdelinger og barnestuer i voksenavdelinger (Auestad m.fl. 1971: 26, Ertresvaag 1993: 151, Seip 1993: 10-28, Fonn 2003: 16-17, Schiøtz 2003: 309-347, Mathisen 2006/1993: 111, 194).

### **1.5.3 Disiplinerende bruk av objektiv viten**

Viten som har blitt produsert i sykehus kan i neste omgang brukes til å disiplinere befolkningen gjennom å lede, styre og dirigere for å oppnå endring av praksis til en ønsket praksis. Viten og makt forutsetter hverandre gjensidig. I *Overvåkning og straff* utlegger Foucault (2008/1975) hvordan moderne demokratiske samfunn styrer og disiplinierer individene utenfra gjennom å koble kroppslige praksiser sammen med objektivierende viten og på den måten understøttes samfunnsmessig ønskelige praksiser. Å fremme sammenhenger mellom objektivierende viten og ønskede praksiser er sentralt i hans tenkning (Hermann 2000: 1-27, Schaanning 1993a: 201-204, 207-208). Det skjer ut fra et genealogisk perspektiv der institusjonene oppstod sammen med nye praksisformer, der vitens samtidige oppkomst blir

understøttende for disse praksiser og institusjoner. Det må forstås med bakgrunn i at det overordnede maktdispositivets ledelsesrasjonalitet (governmentality) forskyves i retning av disiplin-dispositivets produktive karakter, der objektiverende viten inngår og understøtter disiplineringen for å fremme det produktive (Raffnsøe m.fl. 2009: 50-52, 215-225).

Foucault benytter som eksempel soldaten og ”den syke”, men særlig ”forbrytelse” er sentralt for å vise hvordan myndighetene styrer individene gjennom disiplinering. Individene formes gjennom overvåkningsprosedyrer og eksaminasjoner innenfor institusjonene ved at objektive data om individenes kropper innhentes og kategoriseres. Det skjer en hierarkisering og normalisering av individene basert på disse data (Heede 2010/1992: 95, Schaanning 1993a: 191-200, 206-208). I utviklingen av fengselsvesenets disiplinære funksjon poengteres det hvordan forbrytelsens avstraffelse medfører et brudd med den føydalske fyrstens legemlige åpne avstraffelse, og blir til tvangsarbeid ved vareøkonomiens fremvekst i overgangen til moderne tid. Kroppens tilgjengelighet og nytteverdi blir vektlagt gjennom detaljerte påbud og plikter for å forme og disiplinere kroppen. Disiplinen baseres på objektiv viten om enkeltkroppene for å bruke det til å styre individene. Å utnytte og temme kroppen er vesentlig. Gjennom nøyaktige reglement og instruksjoner tar en kontroll over individene og utnytter dem for å fremme effektivitet gjennom tvangsarbeid. De skal være føyelige, til nytte, og de skal være underdanige. På samme måte disiplineres soldatens kropp på en detaljert måte basert på objektive data om kroppen. Det blir vektlagt hvordan soldaten skal føre seg, bevege seg, marsjere og disponere tiden. Ved hjelp av kasernene og disiplineringsteknikker blir den klassiske tidsalders fortidige stolte soldat omformet til en nyttig, effektiv og lydig soldat gjennom manipulasjon og kontroll. Kroppen skal bearbeides uten vold, og ikke slavedrives. Tiden skal utnyttes. Tilsvarende disiplineringsteknikker blir benyttet i sykehus og skoler (Foucault 2008/1975: 12-35, 121-126, 134-139, Hermann 2000: 4-9).

På slutten av 1800-tallet oppstod det en debatt om den riktige skriveopplæring i dansk folkeskoleopplæring, om det var riktig å benytte skrå eller loddrett skrifttype. Det er nettopp disiplineringsteknikker benyttet i skoler pedagog Britta Siegumfeldt (1992: 68-74) dokumenterer og viser til innføringen av spesielle skrivehefter for å disiplinere barna til å bruke loddrett skrift isteden for den tidligere anvendte skråskriften i skriveopplæringen. I studiens sammenheng antas det at tilsvarende disiplineringprosedyrer benyttes overfor foreldre og barn for å internere barna i sykehus uten foreldre. Foreldrene kan ha blitt

disiplinert ved hjelp av objektiverende viten til å inkluderes eller ekskluderes (jf. kap.1.5 og kap.2.4).

Foucault (2008/1975: 12-15, 25-35, 121-139, 151-170) benytter forbrytelsens avstraffelse for å vise institusjonalisering som forutsetning for ytre styrt disiplinering av individene. I moderne tid blir avstraffelsen som rituell, symbolsk og åpen handling, og som bekreftelse av fyrstens eller herskerens makt, erstattet med internering av ”de forbryterske” i institusjoner hvor det blir iverksatt overvåknings- og registreringsprosedyrer. Individene blir klassifisert basert på objektive data hvor helbredelse, og ikke hevn, vektlegges. Det kan sees som et brudd med tidligere praksiser. Starten på disiplineringen oppstår i den klassiske tidsalder i andre halvdel av 1700-tallet, og denne disiplineringen ansees som en forutsetning for kapitalistisk økonomi og produksjon. Den er en forutsetning for det moderne samfunns fødsel. Disiplinen får en produktiv rolle i å forme individene og deres kropp til produksjon og lovlighet. Generelt i samfunnet ekskluderes ”forbryterne”, og på den måten har disiplinen en totalitær funksjon i maktens tjeneste. Den disiplinære funksjonen former subjekter innen institusjonens lukkede fengselsrom basert på objektive data. Individene formes i underkastelse og dominansrelasjoner gjennom maktteknologier ved å fokusere på forbryterens sjel. Den moderne fengselssjel oppstår idet fokuset flyttes fra forbrytelsen til forbryterens sjel gjennom forhøret. Det skjer en dypere underkuelse (Heede 2010/1992: 92-109, 107-108, Hermann 2000: 1-27, 2003/2000: 86-89, Schaanning 1993a: 199-200, 207). På samme måte som ”de kriminelle” institusjonaliseres og disiplineres i fengslene gjennom overvåknings- og registreringsprosedyrer, kan barn og foreldre ha blitt disiplinert i forbindelse med sykehusinnleggelse, og objektiverende viten kan ha blitt brukt til å styre dem utenfra for å understøtte eksklusjons- og inklusjonspraksisene.

#### **1.5.4 Selvstyrende bruk av subjektiv viten**

I *Viljen til viten* argumenterer Foucault (1999/1976: 13-14, 62-86, 111, 151-156) for at demokratiske samfunn ikke bare styrer individene gjennom disiplinierende sammenkoblinger mellom objektiverende viten og kroppslige praksiser, men at individene også blir styrt gjennom sammenkoblinger mellom subjektiverende viten og kroppslige praksiser (jf. kap.1.5). Subjektivering er å forme og kontrollere, styre og skape seg selv ved å være bundet til seg selv gjennom selvbevissthet og identitet basert på viten om seg selv. Subjektets

selvforståelse formes gjennom selvarbeid. I studiens sammenheng omtales det som selvstyring. Foucault benytter seksualitet som eksempel for å vise hvordan individene i vestlige demokratiske samfunn formes til selvstyring. Subjektiv vitenproduksjon om individene fremkommer gjennom systematiske undersøkelser basert på subjektene bekjennelser av egen seksualitet. Bekjennelsen fremstår som en moderne subjektiveringsteknologi, der data fra intervju og andre former for samtaler kan danne grunnlag for å utarbeide teorier om hva som er normalt og unormalt. Konstruksjonen av den type teori har subjektiv karakter og medfører selvstyring (Foucault 1999/1976, 2002/1994a: 201-222, Heede 2010/1992: 110-138, Hermann 2000: 1-27, 2003/2000: 81-94). Det skjer med bakgrunn i en forskyvning i det overordnede maktdispositivet i samfunnet der ledelsesrasjonaliteten handler om å lede andre til å lede seg selv ved selvovervåkning (selvdisiplin, selvstyring), ut fra viten om seg selv (Raffnsøe m.fl. 2009: 50-56, 224-225). I denne studien har jeg undersøkt om subjektiverende viten kan ha blitt brukt til å understøtte eksklusjons- og inklusjonspraksisene. Det har jeg gjort ved å undersøke om det er samtidighet mellom oppkomsten til eksklusjons- og inklusjonspraksisene og subjektiverende viten (jf. kap.1.5 og kap.3.7).

Gjennom å studere seksualitet viser Foucault (1999/1976: 62-86) brudd i forståelsen av seksualitet som før den klassiske tidsalder er karakterisert av større grad av fri utfoldelse, for deretter gradvis å bli skjult på foreldresoverommet. I overgangen til moderne tid i Vesten skjer det en objektivering av seksualiteten som forutsetning for at den blir subjektiverende gjennom bekjennelsen av følelser og individuell seksualitet. Bekjennelsesritualer om menneskets individuelle seksuelle versjon fremstår. Det å sette ord på egne følelser og egen seksualitet blir vesentlig. En klassifikasjon av subjektene seksualitet basert på vitenproduksjon ved å avtvinge bekjennelser utvikles. Det moderne seksuelle subjekt fremstår. Teorien om perversjoner og avvik oppstår gjennom produksjonen av en ny type subjekter, ”de perverse”. Å bekjenne avvikende lyster, avvikende tanker og følelser av tilsynelatende unormal karakter er en forutsetning. Individene objektiveres gjennom subjektiv viten, og subjektiveres gjennom å forme seg selv basert på denne viten. De skaper seg selv gjennom en selvforstående selvstyring. Selvstyring basert på subjektiverende viten produsert gjennom bekjennelser står i befolkningsomsorgens tjeneste. Befolkningsomsorg blir regulerende på makronivå basert på objektiv viten av statistisk og demografisk art, hvor den subjektive viten inngår som en forutsetning for befolkningsomsorg. Det skjer i omsorgens

tjeneste for å ivareta befolkningens velferd for å styrke staten. Foucault omtaler det som "viljen til viten". Kontroll på makronivå av befolkningsseksualitet og på mikronivå ved enkeltindividet sikrer befolkningens reproduksjon, arbeidsdyktighet og yteevne. Seksualitet knyttes sterkere til det heterofile ekteskapet i moderne tid der barn avles frem for å fremme det økonomisk nyttige og det samfunnsmessig bevarende (Heede 2010/1992: 110-119, Schaanning 1993a: 200-203).

Foucault (2001/1984, 2002/1984) omtaler antikkens selvforholdspraksis gjennom *Bruken av nytelsene* og *Omsorgen for seg selv*. Han beskriver hvordan antikkens selvforholdspraksiser transformeres til selvstyring i moderne tid. Med utgangspunkt i seksualitet og den greske antikkens tenkning argumenterer Foucault for at den tids selvforholdspraksiser med selvdanning, selv-konstituering og selvforvaltning, og den enkeltes forhold til seg selv, kan sees som herkomsten til den moderne tids selvstyring. I antikken beskrives etisk riktige måter å leve på, i tillegg til objektivisering og subjektivisering av datidens individer (Heede 2010/1992: 120-138, Hermann 2000: 1-27, 2003/2000: 81-94, Schaanning 1993a: 201-204).

Foucault (2001/1984: 7-19, 115-128, 2002/1984: 117-123) belyser i *Bruken av nytelsene* og *Omsorgen for seg selv* selvforholdspraksisene i antikkens gamle Hellas fra det 3. og 4. hundreåret før vår tidsregning til 200-tallet av vår tidsregning. Her fremgår det hvordan den frie mann skal gjøre valg for å leve et aktverdig liv fra morgen til kveld. Den frie manns levesett var viktig ut fra hva som var viktig for helsen, også det å balansere nytelsene. Måtehold er en del av dette. Selvforholdspraksisene innebærer selvforvaltning og selvbeherskelse innen tre livsområder. Dietikken peker på hvordan man skal spise og drikke med måtehold. I husholdet vektlegges den frie manns forvaltning av hus, gods, kone og barn. Pederastiet viser til hvordan den frie mann skal forvalte seksuell omgang med yngre gutter, og for eksempel unngå penetrering, da dette vil gjøre gutten til en kvinne og det var ikke ærendet.

Seksualitet anvendes av Foucault for å vise hvordan den frie mann i den klassiske antikken skulle forme seg selv ved å være en aktiv borger. Det var viktig med selvstyrt kontroll i seksuell omgang med andre borgere for å unngå å bli slave av kroppen, men man skulle heller ikke fornekte sine lyster. Å balansere nytelsen var vesentlig. Det vektlegges hvordan man skulle forholde seg som subjekt i relasjon til andre subjekter i det greske byrommet. Den frie

manns seksuelle omgang med kvinner og slaver gjør disse til objekter grunnet rangsforskjeller. Det er uproblematisk. De skal være passive i kontrast til den frie manns aktive rolle, ut fra datidens tenkning. Derimot er seksuell omgang mellom den frie mann av god familie og yngre gutter ikke forbudt, men mer problematisk fordi relasjonen må sees som en subjekt-subjekt relasjon knyttet til at gutten skal inneha rollen som aktiv og fri mann senere i livet. Guttens passive rolle er problematisk. Her sees begynnelsen på subjektivering og objektivering av individene. Den klassiske antikkens periode før vår tidsregning transformeres til antikk hellenistisk periode ved begynnelsen av vår tidsregning.

Senantikkens hellenistiske selvforholdspraksis med fokus på hvordan den frie mann skal leve innen familien var sentral i de to første hundreårene av vår tidsregning. Den klassiske antikkens selvforholdspraksis med vekt på selvstyrt kontroll transformeres til en omfattende individuell selvkultivering gjennom detaljerte måter å leve på og tukte kroppens begjær. Det vektlegges et individuelt og regelstyrt levesett hvor kroppens og sjelens pleie ivaretas gjennom å etablere en harmoni mellom kropp og sjel, individets selvomsorg poengteres. Seksuell omgang skal bringe helse. Den frie manns selvforholdspraksis transformeres til en mer detaljert og regelstyrt selvdanning. Filosofi og medisin sees som to sider av samme sak gjennom datidens dietikk. Foucault argumenterer for at den moderne selvstyrings røtter ligger i antikkens selvforholdspraksiser, men at denne senere gjennomgår transformasjoner (Heede 2010/1992: 120-138, Hermann 2000: 4-7, 19-25, 2003/2000: 81-86, 92-94, Schaanning 1993a: 201-204).

I denne studien har jeg undersøkt foreldres eksklusjon og inklusjon i pleien i lys av Foucaults utlegninger om disiplinering (jf. kap. 1.5.3 ovenfor) og i lys av Foucaults utlegninger om selvforholdspraksiser (jf. kap. 1.5.4 ovenfor). Bakgrunnen for analysene har som ovenfor nevnt vært en antagelse om at begge former for viten kan ha blitt brukt til å understøtte samfunnsnyttige eksklusjons- og inklusjonspraksiser av foreldre når barn er på sykehus.

## **1.6 Metodologi, analyseteknikker og metoder**

I denne studien har jeg undersøkt hva som står om foreldre i lærebøker i sykepleie i forbindelse med at barn er innlagt på sykehus. I den forbindelse har jeg gått arkeologisk til verks. Det vil si at jeg startet med å analysere den første læreboken i sykepleie som kom ut i

1877 og gravde meg gradvis nedover, lag for lag, i lærebøker helt frem til nåtiden for å finne ut når eksklusjons- og inklusjonsnormene oppstod. Deretter undersøkte jeg deskriptivt materiale fra aktuelle tidsepoker for å finne ut om normene uttrykte gjeldende praksiser. Videre undersøkte jeg herkomsten, det vil si at jeg arbeidet genealogisk for å få innsikt i samfunnskonteksten med tilhørende vitensregimer som gjorde det mulig for henholdsvis eksklusjons- og inklusjonspraksiser å oppstå. Denne måten å forske på er inspirert av Foucaults dispositivanalyser (Raffnsøe m.fl. 2009: 21-56, 215-225).

### **1.6.1 Dispositivanalyser**

Dispositivanalyse er en sosial-analytisk strategi som ikke er statisk, men relasjonell og heterogen, og peker på en måte å innordne, stille opp, arrangere for å vise en rekke elementers relasjoner til hverandre. Det er en måte å utføre en maktanalyse av forholdene i en samfunnskontekst (Raffnsøe m.fl. 2009: 195, 216-217). I forhold til foreldres eksklusjon/inkludasjon innebærer det å analysere relasjonene mellom viten og eksklusjons- og inklusjonspraksiser i lys av de samfunnsmessige relasjonene praksisene oppstår i og inngår i.

Foucault arbeidet vitensarkeologisk og genealogisk for å forstå menneskelige erfaringer gjennom å utfordre nåtiden med det som har skjedd i fortiden. Som tidligere nevnt brukte Foucault ofte seksualitet som eksempel. De arkeologiske analysene av seksualitet innebar at han gravde seg bakover i historien for å finne ut når man begynte å omtale seksuelle praksiser slik nåtiden gjør, altså oppkomststudier. Når han hadde funnet frem til oppkomsttidspunktet, det vil si til tidspunktene for endringer, transformasjoner og brudd stanset han opp og gjorde genealogiske analyser av herkomsten, altså samfunnskonteksten med tilhørende vitensregimer som gjorde det mulig å skrive om seksuelle praksiser på nye måter (Foucault 1999/1976: 15-43, 127, 152, Heede 2010/1992: 9-16, 68-69, 94, Hermann 2000: 1, Schaanning 1993a: 191-194, 206-214).

At historiske endringer i praksiser kan sees som en gradvis utvikling og forbedring basert på viten avvises av Foucault (1999/1976: 13-24). Det må i stedet sees etter brudd/transformasjoner i det vitensgrunnlaget som begrunner praksiser. De bakenforliggende faktorer i samfunnskonteksten som skapte forandring/ transformasjon og brudd, og som gjorde at praksis ble endret og som understøttes av ny viten må avdekkes (dens herkomst).



Foucaults anliggende er nettopp å identifisere diskontinuitet i historiseringsprosesser og belyse praksisenes historiske oppkomst. En må som forsker plassere seg i en ”utenfor” posisjon hvor dette muliggjøres. Et historisk perspektiv kan hjelpe oss å få et perspektiv utenfra på nåtiden. For Foucault er historisk bevissthet ikke nøytral (Heede 2010/1992: 9-19, 47-55, Hermann 2000: 4-5, Schaanning 1993a: 191-192, 206-208).

Det var i perioden 1971-1984 at Foucault gjennomførte sine dispositivanalyser. Dispositiv handler om det som disponerer for at noe blir mulig, dvs. mulighetsbetingelsene for en praksis. Epoken 1971-1984 blir gjerne omtalt som Foucaults genealogiske fase, selv om Foucault også gjorde arkeologiske undersøkelser i denne fasen. Arkeologi dreier seg om å grave frem og lete i fortiden for å forstå nåtiden, dvs. å avdekke oppkomsten til en praksis (jf. kap.1.6.2.1). Genealogi viser til de samfunnsmessige og vitenmessige mulighetsbetingelsene for at noe blir mulig, dets herkomst (Foucault 2002/1994b: 225, Raffnsøe m.fl. 2009: 11, 52, jf. kap.1.6.2.2). I denne studien har jeg undersøkt oppkomsten og herkomsten til eksklusjons- og inklusjonspraksisene. I den forbindelse har jeg arbeidet arkeologisk for å finne frem til oppkomsten til inklusjons- og eksklusjonspraksisene, og når jeg har funnet fram til tidspunktet da det ser ut for at praksisene har oppstått, har jeg avdekket herkomsten ved hjelp av genealogiske undersøkelser av samfunnsforholdene som gjorde det mulig for eksklusjons- og inklusjonspraksisene å oppstå. Det genealogiske arbeidet har også omfattet analyser av viten som kunne understøtte henholdsvis inklusjon og eksklusjon av foreldre når barn er på sykehus (Raffnsøe m.fl. 2009: 21-77, jf. kap.1.6.2).

## **1.6.2 Analyseteknikker**

Foucault selv er ikke tydelig handlingsanvisende med hensyn til en bestemt metodisk måte å gripe forskningsarbeidet an på, som vi for eksempel kjenner det fra den medisinske tradisjonen. Foucault skrev ingen metodebok, men i intervjuet ”*The Question of Method*” gir han oss innblikk i en rekke analyseteknikker som han brukte i sine dispositive studier av praksiser (Foucault 2002/1994b: 225, 221-238). Intervjuet ble utgitt i 1994, 10 år etter Foucaults død. Der argumenterer han for at studier av praksiser må omfatte analyser av hvordan praksiser bør gjøres ut fra det normative, slik de som bygger institusjonene og utøver praksisene tenker at det best kan gjøres, hvordan de blir gjort (deskriptiv), analyser av mulighetsbetingelser, dvs. samfunnskonteksten som gjorde det mulig for praksisene å oppstå,

og analyser av forholdet mellom praksiser og objektiverende/ subjektiverende viten (Foucault 2002/1994b: 225). Hele tiden må forskeren se praksisene utenfra, dvs. på en objektiverende måte, og ikke slik praktikerer ser det som noe de er pålagt å gjennomføre.

In the piece of research on the prison, as in other earlier work, the target of analysis wasn't "institutions", "theories", or "ideology" but *practices* — with the aim of grasping the conditions that make these acceptable at a given moment;...

It is a question of analyzing a "regime of practices" — practices being understood here as places where what is said and what is done, rules imposed and reasons given, the planned and the taken for granted meet and interconnect.

To analyze "regimes of practices" means to analyze programs of conduct that have both prescriptive effects regarding what is to be done (effects of "jurisdiction") and codifying effects regarding what is to be known (effects of "veridiction") (Foucault 2002/1994b: 225).

I forlengelsen av Foucaults metodologiske og analysetekniske utlegninger skal jeg nedenfor gjøre rede for analyseteknikkene og spørsmålene som har fungert som verktøy i denne studien.

### **1.6.2.1 Analyser av oppkomsten til eksklusjons- og inklusjonspraksisene**

Ved hjelp av arkeologisk arbeid med lærebøker i sykepleie, diverse bilder og annet materiale har jeg funnet frem til når eksklusjons- og inklusjonspraksisene oppstod. Analysene har med andre ord vært basert på både deskriptivt og normativt materiale.

Ved hjelp av lærebøker i sykepleie fra 1877-2013 har jeg analysert meg frem til hvilke normer for eksklusjon og inklusjon som har vært gjeldende i sykepleiefaget til ulike tider, og når normene har oppstått og endret seg. Jeg har spesielt lett etter brudd/ transformasjoner i omtalen av foreldre (jf. kap.1.6.3.1). Følgende spørsmål er blitt stilt til det normative materialet:

- *Når begynte lærebøkene å skrive om at foreldre bør ekskluderes/ inkluderes?*
- *Hvordan bør foreldre ekskluderes/ inkluderes i pleien når barn er på sykehus?*

Det er ikke sikkert at normer blir etterlevd i praksis. Det vil si at lærebøkene kan skrive at foreldre bør være inkludert/ ekskludert uten at dette skjer når barn er på sykehus.

For å finne ut når og hvordan foreldre har blitt ekskludert/ inkludert og om de faktisk har blitt det, har jeg analysert bilder/ fotografier fra norske sykehus, hospitaler og sanatorier, norske noveller og fortellinger, og annet relevant materiale som beskriver barn og foreldre i sykehus (jf. kap.1.6.3.2 og kap.1.6.3.3). Videre har jeg analysert tekster med transkriberte intervju og feltnotater som ble generert i 2007 i en barneavdeling i et norsk sykehus (jf. kap.1.6.3.4). Spørsmål jeg har stilt til det deskriptive materialet:

- *Når ble foreldre ekskludert/ inkludert i pleien av barn på sykehus?*
- *Hvordan ble foreldre ekskludert/ inkludert i pleien av barn på sykehus?*

### **1.6.2.2 Analyser av herkomsten til eksklusjons- og inklusjonspraksisene**

Når jeg har oppdaget endringer i måten å omtale foreldreinkludering/ -eksklusjon i lærebøker, har jeg arbeidet genealogisk og undersøkt herkomsten til at praksisene endret seg. I den forbindelse har jeg analysert den fag- og samfunnsmessige konteksten som gav rom for at slike endringer kunne finne sted og jeg har analysert viten som kunne understøtte det at eksklusjons- og inklusjonspraksisene endret seg (herkomst).

Analysen av samfunnsforholdene er i all hovedsak basert på norske bøker i generell historie, barndomshistorie, sykepleiens historie, helsevesenets historie, sykehus- og hospitalhistoriske bøker fra samme tidsepoke og annet relevant materiale som myndighets- lover/ -regler/ - forskrifter og andre faglige bøker (jf. kap.1.6.3.3) ved hjelp av følgende spørsmål:

- *Hvordan var samfunnskonteksten som gjorde foreldrenes eksklusjon/ inklusjon i pleien mulig?*

På bakgrunn av denne analysen har jeg drøftet forholdet mellom samfunnskonteksten og eksklusjons- og inklusjonspraksisene.

For å finne ut hvilke ulike former for viten som oppstod samtidig med og/eller som var rådende på den tiden da eksklusjons- og inklusjonspraksisene endret seg, har jeg analysert viten/ teorier/ ideologier som har stått sterkt i samfunnet generelt og i sykepleiefaget spesielt i de aktuelle epoker. Analysene er basert på lærebøker i sykepleie fra eksklusjonsfasen og

inklusionsfasen og annet relevant materiale (jf. kap.1.6.3.1). Disse analysene har jeg gjennomført ved hjelp av følgende spørsmål:

- *Hvilke viten/ teorier/ ideologier oppstod samtidig med og/eller var rådende på den tiden da eksklusjon/ inklusjon av foreldre i pleien oppstod?*

På bakgrunn av denne analysen har jeg drøftet forholdet mellom eksklusjons- og inklusjonspraksisene og viten.

<b>Figur 1</b>
<b>Oversikt over spørsmålsstillinger, antagelse og undersøkelsestekniske spørsmål</b>
<b>Spørsmålsstilling</b>
<i>Hva er det som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleie av barn på sykehus på visse tidspunkt og ekskludere foreldrene på andre tidspunkt i sykepleien? Når oppstod henholdsvis eksklusjons- og inklusjonspraksisene og hvordan har de blitt praktisert?</i>
<b>Antagelse</b>
<i>Viten har vært brukt til å understøtte samfunnsnyttig eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus.</i>
<b>Analyseteknikker</b>
<i>1. Når begynte lærebøkene å skrive om at foreldre bør ekskluderes/inkluderes?</i>
<i>2. Hvordan bør foreldre ekskluderes/inkluderes i pleien når barn er på sykehus?</i>
<i>3. Når ble foreldre ekskludert/inkludert i pleien av barn på sykehus?</i>
<i>4. Hvordan ble foreldre ekskludert/inkludert i pleien av barn på sykehus?</i>
<i>6. Hvordan var samfunnskonteksten som gjorde foreldrenes eksklusjon/inklusjon i pleien mulig?</i>
<i>7. Hvilke viten/teorier/ideologier oppstod samtidig med og/eller var rådende på den tiden da eksklusjon/inkludert i pleien oppstod?</i>

De analysetekniske spørsmålene har strukturert arbeidet med å svare på undringen og forskningsspørsmålene for studien. I avhandlingen presenteres analysene av praksisene først, deretter beskrives og drøftes praksisenes samfunnsmessige mulighetsbetingelser, og til slutt beskrives og drøftes forholdet mellom praksisene og vitens mulighetsbetingelser.

Arbeidsprosessen har bestått i å veksle mellom de tre måtene å analysere og drøfte på og er

slik i tråd med Foucault. Det innebærer at det empiriske materialet om praksisene er basert på analyser og er ikke rent beskrivende, og de samfunnmessige og vitenmessige mulighetsbetingelser som løftes frem og drøftes er basert på det empiriske materialet. De er hverandres forutsetninger og de tre forhold har vært i spill i analyse, drøftelse og presentasjon av resultat. Det handler ikke om kausale sammenhenger mellom de tre forhold, men om en samtidighet i hendelsesforløpene, der de samfunnmessige forhold disponerer for visse praksiser og visse typer viten.

### **1.6.3 Dokumentanalyser**

Som jeg har nevnt ovenfor, tar analysene i denne studien utgangspunkt i analyser av norske lærebøker som har vært brukt i norsk sykepleie i perioden 1877-2013. I tillegg har jeg basert studien på en rekke andre dokumenter (jf. kap.1.6.3.3 og kap.1.6.3.4 ovenfor). Slik sett er jeg i pakt med Foucault, som også baserte sine studier på et mangfoldig materiale (Foucault 1999/1976, 2008/1975). Nedenfor skal jeg gjøre rede for hvordan dokumentanalyser er forstått i denne studien, for så å gjøre nærmere rede for dokumentene som studien er basert på.

Jeg kan ikke se at Foucault har gjort utførlig rede for hvordan han gransket kildene sine, derfor har jeg støttet meg på den anerkjente norske historikeren Knut Kjeldstadli (2010/1992: 151-190) sine utlegninger om kildegranskning i denne studien. Kjeldstadli beskriver historisk materiale som levning fra fortiden. Disse levningene blir kilder når de blir brukt til å gi svar på spørsmål. Språklige kilder bestående av muntlige kilder ved siden av skriftlige kilder, og sistnevnte, omtalt som skrevne tekster, kan brukes som kilder og betegnes som bevisst meddelende. Blant de skriftlige kildene kan det være noen som er normative, som sier hvordan ting bør være og andre kan være deskriptive. Kildene kan være primære eller sekundære. Primærkilde vil si en kilde som ikke bygger på andre kilder. For eksempel ved utforskning av tekster er førstehåndsutgivelse av en lærebok en primærkilde. Kjeldstadli argumenterer for at noen håndverksregler må følges ved kildegranskning. Kildens representativitet, pålitelighet og troverdighet må vektlegges. Slike betenkninger er knyttet til kildens opphav: når den ble laget, av hvem og for hvilke formål. Om det er førstehåndskilde, eksempelvis at den som har skrevet teksten har vært vitne til det som har skjedd eller om det er andrehåndskilde basert på det andre har sett og hørt, har betydning for kildens

representativitet. Ved manglende førstehåndskilde blir den nærmeste kilde primærkilde. Kildens pålitelighet er blant annet knyttet til om den er offentlig eller privat. Offentlige kilder er lest av flere, og i det ligger det et kontrollaspekt. Tidfesting av kilden, hvem som produserte den og innsikt i dens kontekst er andre faktorer som skal vurderes. Kontekstualisering påvirker tolkningen av kilden og bidrar til å redusere feiltolkning gjennom å undersøke hvor kilden oppstod og hvorfor den ble skrevet. Det er viktig å kunne ha flere kilder som omhandler det samme, men på litt forskjellige måter, i behandling av historisk materiale, samt å ha kilder som er uavhengige av hverandre. Når hovedkildene i form av historiske levninger er avklart må en gå til annet materiale, omtalt som andre kilder, for å avkrefte eller bekrefte eller underbygge resultatene fra hovedkildene. Det kan være nødvendig å bruke flere typer materiale. Både skjønnlitterære tekster og bildekilder der bilder/ fotografier inngår, kan benyttes. Bilder/ fotografier er ikonografisk materiale og er bevisst meddelende kilder på linje med språklige kilder og kan brukes for å avklare innholdet i hovedkildene, og all type materiale må kildevurderes så langt det lar seg gjøre.

De ovenfor nevnte håndverksregler i kildegranskning har jeg benyttet for å avgjøre mitt materiales representativitet, pålitelighet og troverdighet som første steg i å gjøre dokumentanalyser av kildene slik en klassisk historisk tradisjon fordrer det. Jeg er meget vel oppmerksom på at i en foucaultsk optikk er alt en kilde og at han ikke distingverte mellom primær og sekundær kilde, men var mer opptatt av hvilke spørsmål som ble stilt til hvilke kilder og på hvilket grunnlag. Jeg har allikevel funnet det verdifullt å basere analysene på Kjeldstadlis (2010/1992: 151-190) beskrivelse av det prinsipielle i ”kildekritikken” som fortetning av sunn fornuft og sannsynlighetsresonnementer. Det innebærer at jeg har skaffet meg oversikt over relevant materiale og vurdert det ved å stille de aktuelle analysetekniske spørsmålene (jf. fig 1, i avhandlingen). Fortidige og nåtidige skriftlige kilder i form av skrevne tekster utgjør hovedvekten av materialet og en del av kildene har en retrospektiv tilnærming. For å få tilgang til flest mulige kilder og materiale, har det vært benyttet en utstrakt ”finnekunst”. Studien tar som nevnt utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie, og disse tekstene blir regnet som hovedkilder i studien. Det er benyttet ”overflatelesning” for å avgjøre om kildene er relevante eller ikke relevante ved å lese kildens tittel, innholdsfortegnelse og overskrifter, innledninger, introduksjoner og abstrakter, oppsummeringer, konklusjoner og avslutninger, samt å gjøre bruddvis tekstlesning av den resterende teksten for å avdekke innhold. Dersom kilden hadde relevans ble et utvalg av

tekstmaterialet markert og jeg undersøkte den dypere mening gjennom ”dybdelesning” av tekstutvalgsmaterialet i mange omganger, for så å oppsummere egen forståelse av innholdet ut fra den kontekst kilden står i (Kjeldstadli 1997: 207-233) (jf. håndverksregler i kildegranskning ovenfor). Underveis i leseprosessen ble sentrale stikkord i teksten understreket og notert i margin som ledd i analysearbeidet, og viktige sitater ble understreket. På tilsvarende måte ble skriftlige bildekilder vurdert ut fra sammenhengen bildene/ fotografiene inngår i (eksempelvis at bildene er fra et barnesanatorium og inngår i en retrospektiv historisk bok som beskriver barnesanatoriet, Gade 1930: 3, 8), for så å gjøre et utvalg av bilder og deretter studere bildene for å avklare situasjonen bildene viser, og til slutt oppsummere bildesituasjonen ut fra bildekildens kontekst (Kjeldstadli 1997: 207-233) (jf. håndverksregler i kildegranskning ovenfor). Altså, for å belyse og avdekke eksklusjons- og inklusjonspraksiser med tilhørende samfunns- og vitenskapsmessige mulighetsbetingelser, er analyse spørsmålene i denne studien blitt stilt til en rekke ulike dokumenter.

### **1.6.3.1 Analyser av lærebøker**

Norske lærebøker som har vært brukt i norsk sykepleie fra perioden 1877-2013 er studiens hovedkilder. Det vil si at jeg har analysert aktuelle læreverker over en periode på 136 år. De er skriftlige og normative kilder. Bøkene er offentlig tilgjengelige, de er lest av mange, og det er all grunn til å tro at de representerer sykepleiefagets syn, i hvert fall eksplisitte og dominante syn på foreldre eksklusjon/ -inkludering i sykehus, fordi de kontinuerlig har blitt revidert og forkastet gjennom nye bokutgivelser.

Å bruke lærebøker i sykepleie som kilder er basert på en antagelse om at foreldrene ville være lite omtalt i slike fagbøker i perioden da foreldre var ekskluderte fra pleien av barn på sykehus. Videre har jeg antatt at foreldrene ville ha en større plass i lærebøker i sykepleie i de perioder de har vært inkludert i pleien av barn på sykehus.

I perioden fra 1877 og frem til 1940 blir det i Norge utgitt fire lærebøker i generell sykepleie (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Waage 1901, Grøn & Widerøe m.fl. 1921). To av dem revideres og kommer ut i flere utgaver (Waage 1905/1901, 1911/1901, 1914/1901, 1917/1901, Grøn & Widerøe m.fl. 1926/1921, 1932/1921). Kaurins (1879) lærebok er skrevet for distrikt og kan derfor ikke brukes som empiri om eksklusjon/ inkludering av foreldre på

sykehus. Den representerer heller ikke noe vesentlig nytt i forhold til Nissens bok, og det er sammenfall mellom hvordan og hvem som pleier den syke. De resterende tre er skrevet for sykehus, og Nissens førsteutgave (2000/1877), første-, andre- og tredjeutgavene av Waage (1901, 1905/1901, 1911/1901), samt første- og tredjeutgaven av Grøn & Widerøes (1921, 1932/1921) lærebøker inngår som hovedkilder. Men hyppige utgivelser av to av lærebøkene med korte tidsintervaller der lite endres gjør at noen utgaver er utelatt (Waage 1914/1901, 1917/1901, Grøn & Widerøe m.fl. 1926/1921). De to sistnevnte blir omtalt som Waage og Grøn & Widerøe sammen med årstall for utgivelse.

Fra 1941 til 1975 utgis to serier lærebøker i sykepleie. Den første serien utgis i 1941 og består av tre bind som revideres i 1951 (Jervell m.fl. 1941, 1951/1941). I tredjeutgaven av 1960 øker antallet bind til ti (Jervell m.fl. 1960/1941). Jeg har brukt første bind av første-, andre- og tredjeutgaven som empiri, samt fjerde bind av tredjeutgaven (Jervell m.fl. 1941, 1951/1941, 1960a/1941, 1960b/1941). I første- og andreutgaven av Jervell inngår alminnelig og spesialisert sykepleie om barn på sykehus i første bind av bokserien, mens i tredjeutgaven er alminnelig sykepleie i første bind og fjerde bind omhandler barn på sykehus. I avhandlingen omtales de som Jervell sammen med årstall for utgivelse. Fra 1967 utgis den andre lærebokserien med tolv bind, og jeg har brukt første bind om generell sykepleie og tredje bind der barnesykepleie inngår som empiri (Lerheim m.fl. 1967, 1968). De omtales som Lerheim & NSF sammen med årstall for utgivelse.

Fra 1987 og frem til 2013 utkommer det tre frittstående lærebøker i barnesykepleie, og to av dem revideres. De overtar som hovedkilder i studien (Tveiten 1987, 1998/1987, Grønseth & Markestad 1998, 2005/1998, 2011/1998). Førsteutgaven av Tveiten (1987) og sisteutgaven av Grønseth & Markestad (2011/1998) inngår som hovedkilder, og den sistnevnte inngår som nåtidig kilde. Tveiten utgir i 2012 en ny lærebok i barnesykepleie sammen med Steen og Wennick. Den ble ikke valgt som nåtidig kilde, fordi den ikke tilfører noe vesentlig nytt i forhold til Grønseth & Markestad, da den førstnevnte er en mer omfattende lærebok og antas fortsatt å være hovedlærebok grunnet sitt omfang og fordi den inkluderer en pediatriidel. Skifte fra lærebøker i generell sykepleie til egne frittstående lærebøker i barnesykepleie som hovedkilder begrunnes med at de sistnevnte er relevante fordi de skriver om barn og foreldre på sykehus, og det gir en naturlig avgrensning til lærebøker i generell sykepleie hvor dette gjøres i liten grad. De utgaver av lærebøkene i barnesykepleie som ikke inngår i



avhandlingens kildemateriale er blitt kildekritisk vurdert ved ”overflatelesning”, men valgt bort fordi de ikke representerer noe vesentlig nytt i forhold til tidligere utgaver (Tveiten 1998/1987, Grønseth & Markestad 1998, 2005/1998). I perioden 1969-1986 utgis det ikke norske lærebøker om barn på sykehus, men derimot utgis på norsk en amerikansk barnesykepleiebok (Wallace 1973), en amerikansk tobindsserie i grunnleggende sykepleie (Mitchell, 1974, 1975) og en svensk trebindsserie i barnesykepleie. Bind to av den sistnevnte serie (Brydolf m.fl. 1979) er inkludert i denne studien med tre sitater for å avklare om det skjer noe vesentlig endring omkring foreldre til barn på sykehus i det tidsrommet (Brydolf m.fl. 1979, 1980). Dersom lærebøkene i barnesykepleie hadde vist seg å være utilstrekkelige hovedkilder for sykepleiefagets eksplisitte og implisitte viten, ville det ha vært naturlig å inkludere lærebøker i generell sykepleie, noe som viste seg unødvendig.

Utvalget av fortidige og nåtidige lærebøker og tekstmateriale fra bøkene er gjort ut fra i hvilken grad de representerer noe nytt i forhold til å håndtere pleien av syke barn, foreldrenes rolle og den profesjonelle sykepleierolle, samt hvordan viten kommer til uttrykk i relasjon til pleien. Temaene ovenfor er en konkretisering av de aktuelle analysetekniske spørsmål som er utformet for studien (jf. fig 1, i avhandlingen), og disse temaene er benyttet i analysen ved ”overflatelesning” og ”dybdelesning” (jf. kap.1.6.3).

De tidligere nevnte norske lærebøker i sykepleie og oversatte lærebøker er allerede kjente verker for meg gjennom mangeårig arbeid som underviser i barnesykepleie ved Høgskolen i Molde. I tillegg har det vært gjort søk gjennom *Bibsys* for å avdekke ytterligere norske fortidige læreverk i sykepleie og i barnesykepleie fra vår tid, noe som viste seg ikke å være tilfelle ut fra de søk jeg gjorde. Lærebøkene blir ytterligere introdusert og kildekritisk vurdert etter hvert som de innlemmes i avhandlingen.

### **1.6.3.2 Analyser av bilder**

Nå er det ikke nødvendigvis slik at læreboksnormene ble realisert. Det kunne jo være at foreldrene var sammen med barna sine på sykehus, selv om de var utelatt i lærebøkene og omvendt. For å finne ut om foreldrene faktisk var ekskludert/ inkludert, har jeg analysert en hel rekke offentlig tilgjengelige historiske bøker og en artikkel der ikonografiske kilder inngår som bilder fra norske sykehus, kysthospital og sanatorium i perioden 1852-1990. Hensikten

med bildeanalysene har vært å understreke og/eller så tvil om eksklusjons- og inklusjonspraksisene som kommer til uttrykk i lærebokskildene. Bildekilder fra tuberkulosesanatorier og kysthospital for tuberkuløse har blitt analysert fordi det har vært begrenset tilgang til bilder fra de øvrige sykehusene og fordi forholdene i spesialiserte sykehusene eller hospitalene antas å være representative for praksisene i de øvrige sykehusene, selv om det kan ha vært noen forskjeller. Fellestrekkene begrunnes med at barn innlegges både i sykehus, sanatorier og kysthospital på grunn av tuberkuløse infeksjoner, barna er innlagt over tid og det er profesjonelle leger og sykepleiere som arbeider i de tre nevnte institusjonene (jf. kap.2.2 og kap.2.6, Gade 1930, Nord m.fl. 1992, Ertresvaag 1993, Norsk Teknisk Museum 2012).

I følge Kjeldstadli (2010/1992: 151-154, 197-207) kan en bruke ikonografiske kilder, dvs. bilder, som selvstendige kilder til kunnskap og opplysning der det ikke finnes andre data eller en kan kombinere det med annet kildemateriale for å utdype forståelsen. Det er den sistnevnte måten å bruke bilder jeg har benyttet, der det vektlegges de konkrete direkte observerbare forhold i bildet og hva bildet kommuniserer av fortidig virkelighet. Bildene er en beretning om fortiden, en kilde for å beskrive fortidig virkelighet om hvordan de tenkte og handlet. I analyser av bilder viser Kjeldstadli til Erwin Panofskys bøker *Studies in Iconology* (1939) og *Meaning in the Visual Arts* (1955).

Kjeldstadli (2010/1992: 151-154, 197-207) anbefaler å analysere opphavsbeskrivelsene for bildene og jeg har gjort det for hvert bilde ut fra den sammenheng bildet er blitt presentert i (eksempelvis, om bilde inngår i en museumsutstilling om sanatorier på 1950- og 1960-tallet ved Norsk Teknisk Museum i 2012, eller om bildet inngår i en historisk bok om Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år av Ertresvaag fra 1993). Bildene i avhandlingen består av to tegnede bilder og fotografier. Fotografier blir vanlig mot slutten av 1800-tallet (Store Norske Leksikon 2014). Det har ikke vært mulig som en del av opphavsbeskrivelsene å finne ut hvem som har tatt fotografiene eller tegnet bildene (med ett unntak, jf. kap.3.2, Holte & Norsk Teknisk Museum 2012), om fotografiene er tatt av familiemedlemmer eller ansatte ved institusjonene, eller om det er profesjonelle fotografer eller andre personer som har tatt bildene. Det har heller ikke vært mulig å avklare om det er profesjonelle kunstnere eller andre som har tegnet bildene.

Videre bør bildeanalyser i følge Kjeldstadli (2010/1992: 151-154, 197-207) innebære tekniske analyser, analyser av bildets form, oppbygging og stil, sammen med motivet for bildet og meningen med bildet. I de tekniske analysene av bildene har jeg vektlagt forfatteren av bildekildens bildekommentarer og beskrivelser, mens jeg ikke har kunnet finne frem til detaljer om originalbildet eller originalfotografiets størrelse og om bildene og fotografiene er retusjerte. Å gjøre tekniske analyser av fotografiet innebærer å vurdere om det er tatt under gode lysforhold og om det er tatt på langt eller nært hold, noe som sier noe om detaljer i bildet, om eksponeringstid av bildet, om bevegelse i bildet og om det å måtte være i ro når bildet ble tatt. Disse forholdene er avgjørende for om bildene er skarpe eller ikke, og om de tydelig viser personene og situasjonene som avbildes. Å gjøre tekniske analyser av de tegnede bildene innebærer også å vurdere detaljer i bildet, om det er gode lysforhold og om bildet viser situasjonene på langt eller nært hold, dette for å avklare hva bildene handler om. Fotografiene og de tegningene som inngår i avhandlingen er i all hovedsak avstandsbilder med gode lysforhold, slik at jeg har kunnet vurdere personsituasjonene og omgivelsene.

Analyser av et bildes form, oppbygning og stil innebærer en vurdering av hva som er fokuset i bildet, stilen i bildet sammen med romfølelsen i bildet, om bildet er tatt eller laget ute eller innendørs, i hvilket rom situasjonen utspiller seg, hvilke interiør eller utendørssituasjoner det handler om, hvilke personer og antall personer som er til stede, hvilke roller personene har, hvilke klær har de på seg og hva de gjør.

Når det gjelder bildets form, oppbygning og stil har jeg vektlagt om det er gruppebilder eller om bildet viser enkeltpersoner, de fleste er gruppebilder. Angående fotografiene i avhandlingen har jeg gjort en vurdering om fotografiet er tatt spontant eller planlagt med personer som er oppstilte til fotografering eller ikke. Dette for å avklare om bildesituasjonen er en konstruert situasjon eller viser måten det gjøres i det daglige og om det tegnede bildet viser en virkelig situasjon som imitasjon av en ytre virkelighet eller ikke, der menneskene er opptatt av det de holder på med og ikke av å bli tegnet. Utvalget av fotografier fremstår som en blanding av spontane og oppstilte, og de to tegningene viser situasjoner der mennesker utfører gjøremålene sine.

Kjeldstadli (2010/1992: 151-154, 197-207) argumenterer for at fotografene ikke tar bilder, men lager bilder, på samme måte som kunstneren, og understreker at en må prøve å få tak i motivet for

og meningen med bildet. Det vesentligste i mine analyser av motiv og mening i bildene er å avdekke om foreldrene var til stede hos barna eller ikke, det vil si å prøve å avklare de voksnes rolle i forhold til barna på bildene og barnas pleieforhold. Her har jeg vektlagt hvilke situasjoner barnet og de voksne opptrer i, antall personer på bildene, hva de gjør, om de sitter, ligger eller står, dette sammen med institusjonenes ulike rom og innredninger i rommene eller om bildet er tatt ute. Disse forhold vurderes opp mot originalforfatterens beskrivelser eller fravær av beskrivelser. Det har slik vært sentralt å belyse de ulike sykehus- eller hospitalsituasjonene barn opptrer i, antall barn sammen, om barna er sammen med voksne eller ikke, hvem de voksne ser ut til å være og hva bildene forteller om situasjonene.

Jeg har også analysert noen ikonografiske bildekilder fra danske, svenske og engelske sykehus og kysthospital fra samme tidsepoke som de norske bildekildene. Oppkomsten av det moderne sykehus beskrives i disse kilder til siste halvdel av 1800-tallet, noe som tilsvarer norske forhold (Linnemann m.fl. 1925, Hertz 1925, Zetterström 1985), og oppkomsten av moderne sykepleie er dokumentert til siste halvdel av 1800-tallet i Norge og de nevnte landene (jf. kap.2.3.4), (Emanuelsson 1990: 10-15, 39-55, Nissen 2000/1877: 26, Sydnes 2001: 77-102, Larsen 2006:1876, Blanck 2006: 56-69, Jørgensen 2007:127-130). Tilgangen på materiale som kan underbygge normene i lærebøkene er begrenset, derfor har jeg benyttet de to bildekildene som beskriver svenske, danske og engelske forhold. De to bildekildene der bildene inngår, beskriver forholdene tilsvarende norske forhold når det gjelder det at barna innlegges over tid grunnet infeksjoner og at det er leger og sykepleiere som arbeider der. Behovet for å understøtte og/eller så tvil om eksklusjons- og inklusjonspraksisene som kommer til uttrykk i lærebokskildene gjør at disse to kildene inkluderes. Jeg har for øvrig ikke analysert historiebøker fra disse landene for å belyse de samfunnskontekstuelle forhold for å se om forholdene er sammenfallende med norske forhold.

De ikonografiske kildene med bilder fra sykehus, hospital og sanatorium viser barn i ulike situasjoner med og uten voksne personer til stede når bildene ble tatt eller laget. Det å skaffe seg oversikt over tilgjengelige og daterte bilder og systematisere dem ut fra bildekildens kontekst, situasjoner og personer rundt barna som er avbildet har vært en del av analysen, men ikke alle bildene har nøyaktig datering. De er hentet fra artikkel med et historisk perspektiv, ulike historiske bøker om sykehus og kysthospital, faghistoriske bøker og fra museumsutstilling om sanatorium, og som tidligere nevnt beskriver to kilder svenske, danske

og engelske forhold. Her tas et forbehold om forskjeller i disse praksiser fordi det kan være kulturelle forskjeller og det er nødvendig med ulike typer materiale som underbygger hverandre.

Bildene som inngår i avhandlingen er hentet fra ulike bildekilder, der flertallet er historiske bøker (jf. kap.2.2 og kap.2.6), mens ett av bildene er fra en museumsutstilling (jf. kap.3.2). Norsk Teknisk Museum sin avdeling Nasjonalt Medisinsk Museum med utstillingen ”Sanatorium” (2012) har vært til hjelp i arbeidet med å lete etter aktuelle bilder fra 1950- og 1960-tallet. Det samme har databasene *Bibsys*, *Norart* og *SveMed*. Jeg fant til sammen 89 bilder av barn på sykehus fra perioden 1852-1990. 29 av disse inngår i avhandlingen. For å gjøre et utvalg av bilder som beskriver noe om barn og foreldre på sykehus har inklusjonskriteriene vært at barn skal være synlige på bildene og det skal fremgå om de er alene eller sammen med andre barn og/eller voksne og/eller foreldre. Det skal være tydelig at situasjonen som avbildes handler om det å være innlagt i sykehus, sanatorium eller kysthospital som barn, og bildene må ha noenlunde sikker datering. Eksklusjonskriteriene for å utelukke bilder har vært når det er uklart om det er barn eller voksne som avbildes, når det er uklart om det viser barn i en sykehussituasjon og når det er usikker datering av bildene. Utvalget av bilder presentert i avhandlingen er gjort for å belyse eksklusjonen/ inklusjonen av foreldre, og for å avklare tidsrommet eksklusjonen/ inklusjonen omhandler, samt å vise mangfoldet av situasjoner barn avbildes i. Bildene som benyttes i avhandlingen er valgt ut fra hvordan de kan understøtte og/eller så tvil om eksklusjons- og inklusjonspraksisene av foreldrene. Bilder må av den grunn med sikkerhet vise at barna er på sykehus, hospitaler eller sanatorium i det aktuelle tidsrommet for foreldreeksklusjonen/ foreldreinklusjonen der beskrivelsene fra hovedkildene er magre. Det er blitt lagt vekt på å inkludere bilder som viser flest mulig ulike pleie- og behandlingssituasjoner med barn og om foreldrene er til stede eller ikke.

Bildekildene blir introdusert og analysert etter hvert som de innlemmes i avhandlingen. For å synliggjøre kontekstvurderinger rundt bildene er vesentlige beskrivelser eller fravær av beskrivelser fra originalforfatteren av bildekildene tatt med innenfor en klamme før hvert bilde. Jeg har også poengtert originalforfatterens konkrete kommentar i bildefeltet (som bildekommentar), der den i all hovedsak er plassert under bildet, eller ved noen bilder til venstre i nedre del av bildet, mens ikke alle bildene har forfatterens bildekommentar. I

avsnittet nedenfor bildekommentaren kommenteres uten innrykk hvert bilde i kursiv av meg som forsker basert på hva bildet viser og dokumenterer.

### **1.6.3.3 Analyser av mangfoldige dokumenter**

I tillegg til analyser av lærebøker og bilder har jeg også analysert en rekke skriftlige tilgjengelige kilder som myndighets- lover/ -regler/ -forskrifter og faglige, historiske og skjønnlitterære bøker, samt artikler, studier, avisinnlegg, barnebok og museumsutstilling ut fra de analysetekniske spørsmålene for å underbygge argumentasjonen om hvorvidt foreldre var ekskludert/ inkludert. Slike kilder er offentlig tilgjengelige dokumenter, de er datert og har kjent(e) opphavsperson(er) eller institusjon(er), en kjenner bakgrunnskonteksten for utgivelse og en kan ut fra det argumentere for kildens ekthet. Av de nevnte kildene er noen retrospektive og av formell eller uformell karakter, eksempelvis er myndighets- lover/ -regler/ -forskrifter av formell karakter, mens skjønnlitterære bøker er av uformell karakter, og slik kan de utfylle hverandre. Det er ønskelig med mange relevante kilder med ulikt formål i analysen av foreldres eksklusjon/ inklusjon, slik at funnene bekreftes fra ulikt hold og sammenfallet mellom innholdet i de ulike kildene argumenterer overbevisende ut fra sannsynlighetsresonnementer (jf. kap.1.6.3 og Kjeldstadli 2010/1992). Noen av kildene som er analysert kjente jeg til fra før, andre har jeg funnet gjennom henvisninger i allerede kjente bøker og artikler og gjennom samtaler med veiledere, medstudenter og kolleger. Noen av tekstene fant jeg i databasene.

Tekster fra historiske verker om generell historie, barndomshistorie, sykepleiens historie, helsevesenets historie, sykehus- og hospitalhistoriske bøker og andre kilder har vært brukt til å kaste lys over mulighetsbetingelsene for eksklusjons- og inklusjonspraksisene gjennom argumenter og resonnementer, ut fra de analysetekniske spørsmålene. Verkene har jeg fått tilgang til gjennom de nevnte temasøkene i *Bibsys* (eksempelvis; barndomshistorie), og jeg har benyttet meg av allerede kjente kilder. Det benyttes i all hovedsak norske historiske verker fra vår tid skrevet retrospektivt av historikere eller andre anerkjente fagforfattere (Linnemann m.fl. 1925, Gade 1930, Nerbøvik 1976/1973, Martinsen 1984, Elster 1990, Nord m.fl. 1992, Ertresvaag 1993, Lie 1993, Sandin 1997, Frønes 1998/1989, Melby 2000/1990, Ariès 2003/1960, Martinsen 2003/1989, Moseng 2003, Schiøtz 2003, Mathisen 2006/1993, Schrupf 2007, Myhre 2009/1992, Pryser 2009/1999, Saugstad 2009/1998, Furre 2010/2000,

Frønes 2011/2003, Nerbøvik 2011/1999, Lund 2012). De historiske verkene blir underbygget av andre tekster (jf. ovenfor), og samtlige nevnte kilder blir introdusert og kildevurdert etter hvert som de innlemmes i avhandlingen (jf. kap.1.6.3).

#### **1.6.3.4 Analyser av transkriberte intervju og feltnotater**

For å understøtte og/eller så tvil om eksklusjons- og inklusjonsargumentasjonen i nåtidig lærebok i sykepleie (Grønseth & Markestad 2011/1998), gjorde jeg i perioden 2011-13 nye analyser av et kildemateriale som jeg genererte i 2007. Materialet var basert på 4 måneders feltarbeid i en generell barneavdeling ved et mellomstort norsk sykehus. Der observerte og intervjuet jeg foreldre og sykepleiere for å undersøke hvordan foreldre og sykepleiere erfarte samarbeidet gjennom fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar i den daglige omsorgen når barn var innlagt på sykehus. Deltakerne bestod av 12 foreldre (tre fedre og ni mødre) og 17 sykepleiere (kvinnelige) knyttet til 11 barn (8 jenter og 3 gutter). Barna hadde ulike medisinske diagnoser. I 2011-13 analyserte jeg feltnotatene og de transkriberte intervjuene fra 2007 på nytt, men nå som en kilde om hvordan inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleien ble gjort. Jeg vil gjøre utførlig rede for hvordan det er generert, slik at leser selv kan vurdere om materialet er troverdig og pålitelig.

Nedenfor skal jeg gjøre nærmere rede for hvordan observasjon og intervju er forstått og gjennomført i denne studien, men først skal vi se nærmere på konteksten, deltakerne i studien, personvern og etiske problemstillinger.

Kontekst: Avdelingen hadde plass til 12 barn, og barn med ulike medisinske diagnoser ble innlagt. Avdelingen hadde pasientrom og de vanlige rom som toalett, skyllerom osv. en avdeling har. Foruten undersøkelsesrom eller mottakelsesrom, så var der spisestue med oppholdsdel for foreldre og barn med et lite kjøkken i tilslutning, lekekrok, skolestue og lekestue. I noen av pasientrommene var det plass til en familie, mens andre hadde plass til to familier og de fleste rom hadde bad i tilslutning til rommet.

Deltakere: Valg av deltakere til studien skjedde konkret ved at jeg møtte opp i avdelingen annenhver mandag morgen klokken 08.00, og valgte i den påfølgende tiden et barn som skulle innlegges og som fylte utvalgsriteriene som utgangspunkt for å spørre foreldre og sykepleier

om deltakelse i studien. Dersom barnet var kommet søndag kveld eller natt til mandag, kunne det også velges (jf. kriterier i kap.1.6.3.4: *Barna som deltok i studien*). Jeg, som forsker, skaffet meg oversikt over de barna som skulle innlegges i løpet av de kommende dagvaktene (vanligvis tidlig formiddag) og som eventuelt hadde blitt innlagt i løpet av kvelden eller natten, for deretter å diskutere med avdelingssykepleier eller stedfortreder om det kunne være barn som fylte kriteriene (jf. kap.1.6.3.4: *Barna som deltok i studien*). Altså, det barnet som først ble innlagt og fylte kriteriene ble valgt. Når barnet var valgt ble først sykepleier forespurt om å delta og sykepleiers skriftlige samtykke ble innhentet, og deretter ble foreldre forespurt og foreldres skriftlige samtykke innhentet, og først da startet jeg observasjonene av foreldre og sykepleiere. Avdelingssykepleier eller stedfortreder ivaretok førstegangskontakt med sykepleiere og foreldre for å informere og forespørre om deltakelse i studien, samt innhente samtykkeerklæringer (jf. kap.1.6.3.4: *Personvern, tillatelse og etiske overveielser*). Dersom det ikke kom eller var barn i avdelingen som fylte kriteriene oppholdt jeg meg avventende i avdelingen gjennom påfølgende dagvakter. Sykepleiere kunne kontakte meg i løpet av ettermiddag og natt dersom det dukket opp barn som fylte kriteriene, noe som skjedde i et tilfelle hvor det viste seg at barnet likevel ikke fylte kriteriene. Flertallet av barna i utvalget ble innlagt og valgt i løpet av mandag eller tirsdag formiddag. Fire av barna ble innlagt om kvelden og natta, og de ble først vurdert for studien neste morgen. Regelen var at det skulle gjennomføres observasjoner og intervju av foreldre og sykepleiere knyttet til ett barn pr uke, men i noen av ukene mot slutten av datainnsamlingsperioden ble et nytt barn valgt når det første barnet ble utskrevet. Avdelingssykepleier eller stedfortreder spurte først sykepleier om deltakelse i studien, for deretter å spørre foreldre. I de konkrete situasjonene når sykepleier ble spurt om deltakelse var jeg som forsker ikke involvert i å spørre, og sykepleiere ble samtidig informert om at det var nødvendig med foreldresamtykke. Dersom sykepleiere hadde gitt samtykke til å delta i studien på forhånd (jf. kap.1.6.3.4: *Personvern, tillatelse og etiske overveielser*), fikk de mulighet til å bekrefte at de ville delta i situasjonen med det konkrete barnet som var valgt. Deretter ble foreldrene spurt.

*Barna som deltok i studien:* Barna i studien skulle være i alderen 1. til 6. år, dvs. småbarns- og førskolealder, med den begrunnelse at disse barna er psykisk og fysisk umodne og av den grunn mest avhengige av foreldre (Erikson 1972/1968). Spedbarnsperioden ble holdt utenfor, fordi den har spesielle utfordringer som tilknytning til foreldre, barnets amming og barns prematuritet. Barnas alder var: 2 barn- 1 år, 4 barn- 2 år, 4 barn- 3 år, 1 barn- 6 år. Ved



utvelgelsestidspunktet var det ønskelig at barnet var i begynnelsen av oppholdet og at det mest sannsynlig forble innlagt i sykehus i to dager eller mer. Dette var for å skape tilgang til et visst antall ulike observasjonssituasjoner og for at deltakerne skulle ha ervervet seg erfaringer fra relevante situasjoner. Utvalget bestod av 10 barn som var i begynnelsen av oppholdet og de var innlagt i 2-4 dager. To av barna var innlagt to ganger. Det ene barnet var innlagt en dag to ganger, det andre to dager. Disse to barna hadde med seg samme forelder under begge oppholdene og de ble intervjuet 2 ganger. Barn nummer 11 i utvalget hadde vært innlagt en tid før utvelgelse, men var innlagt fire dager etter utvelgelsestidspunktet. Seks av barnas innleggelser var planlagt på forhånd for å utrede eller kontrollere barnets symptombylde eller tilstand, mens fem av barna ble innlagt med akutte tilstander som besvimelse, febertilstand, urinveisinfeksjon m.m. I utvalget var det 6 barn med diagnoser eller tilstander som medførte jevnlig sykehusinnleggelser, eksempelvis hjertefeil, fødselsskade eller genetisk sykdom. Dette er informasjon jeg har fått tilgang til gjennom oversikter tilgjengelig på vaktrommet og gjennom samtaler med foreldre og sykepleiere, da jeg som forsker ikke hadde tilgang til pasientenes elektroniske journaler. Jeg søkte ikke om den tillatelsen i utgangspunktet, fordi det ansås unødvendig og gir ytterligere søknadsprosedyrer. Eksklusjonskriterier for barnet for å unngå eventuelle utfordrende situasjoner relatert til alvorlig sykdom og død, var at barna verken skulle være kritisk eller terminalt syke (kritisk syk: vurdert ut fra en fare for at barnet ble overflyttet intensivavdeling, universitetssykehus og terminalt syk: vurdert ut fra en fare for at døden inntre innen den nærmeste tid).

*Foreldrene som deltok i studien:* Foreldrene som deltok i studien skulle være innlagt sammen med barna og ha norsk som førstespråk for å forenkle kommunikasjonen og hindre misforståelser. De 12 foreldrene (tre fedre og ni mødre) fylte kriteriene, og for ett av barna inngikk begge foreldrene i studien fordi de byttet på å være hos barnet. Der ble det innhentet samtykke fra begge foreldrene. Foreldreparet ble observert delvis samtidig og delvis adskilt, men intervjuet hver for seg. En forelder som ble forespurt ønsket ikke å delta i studien, mens resten svarte ja. De 12 foreldrene ble observert i situasjoner i samhandling med barn og sykepleier som strakk seg over minimum to dagvakter, og de ble intervjuet ved utreise eller innen et par dager etter avreise.

*Sykepleierne som deltok i studien:* Sykepleierne skulle ha ansvar for de barna hvor foreldre hadde gitt sitt samtykke til å delta i studien (en sykepleier hadde vanligvis ansvar for 2 til 3

barn hver dagvakt). For hvert barn ble sykepleierne observert i ulike situasjoner i samhandling med foreldre og barn gjennom minimum to dagvakter, hvor jeg som forsker fulgte sykepleier i alle hennes gjøremål knyttet til barnet og foreldre med blant annet å motta barnet, utføre mottaksprosedyrer, gi medikamenter og infusjoner, forberede, tilrettelegge og servere måltid m.m. (jf. temaguide vedlegg 1). Hos fem av barna var 1 sykepleier ansvarlig gjennom to eller tre dagvakter, mens 3 av barna hadde 2 sykepleiere med ansvar gjennom tilsvarende antall dagvakter, hvor observasjoner ble gjort. Hos de resterende 3 barna ble 3-4 sykepleiere observert. I de situasjonene hvor 1 eller 2 sykepleiere hadde ansvaret for barnet ble alle sykepleiere intervjuet ved barnets utreise eller innen et par dager etter avreise om erfaringer fra de observerte situasjonene og andre erfaringer knyttet til de planlagte tema for studien (jf. temaguide, vedlegg 1: mottakelsessituasjon av barnet, barnets stell, måltid, sovesituasjon, lek og aktivitet, det å utføre prosedyrer og behandling på barnet, samt utskrivelsessituasjon av barnet og avlastning av foreldre). I de 3 situasjonene der 3-4 sykepleiere inngikk ble det for vanskelig å intervjuer alle grunnet praktiske forhold (travelhet i avdelingen med sykepleiers påfølgende fravær fra avdelingen i en lengre periode i etterkant), så etter avtaler med de aktuelle sykepleiere ble noen utelatt. For hvert barn hvor 3-4 sykepleiere hadde ansvar ble minst 2 sykepleiere intervjuet. Sykepleier som hadde ansvar på innleggelses- og utskrivelsesdag ble prioritert, fordi det skjedde mest med barnet disse dagene. De overordnede utvelgelseskriteriene var knyttet til barnet og derfor ble enkelte sykepleiere deltakere i studien i forhold til mer enn ett av barna. Tre av de 17 sykepleiere inngikk som deltakere i studien gjennom observasjon 2 ganger og 1 sykepleier inngikk 3 ganger, mens 2 av de samme sykepleierne ble intervjuet 2 ganger og 1 sykepleier ble intervjuet tre ganger. Sykepleierne ble intervjuet ved barnets avreise eller innen et par dager etter avreise. Noen sykepleiere ble intervjuet på slutten av en dagvakt før barnets utreise dersom de ikke skulle være på vakt de nærmeste dagene. Samtlige sykepleiere som ble spurt om å delta svarte ja. Totalt ble det gjort observasjoner gjennom 29 dagvakter og delvis utover ettermiddagsvaktene i noen sammenhenger, og det ble utført 31 intervju av foreldrene og 13 av de 17 sykepleierne som deltok i observasjonene. Deltakerutvelgelsen vises skjematisk nedenfor i figur 2.

Figur 2: Oversikt over innleggelsessituasjoner og utvalg av respondenter						
Antall innleggelser	13	2 av barna inngikk i studien 2 ganger	6 barn var planlagt innlagt	5 barn var akutt innlagt	Barna hadde ulike medisinske diagnoser	
Antall barn	11	Barna er innlagt fra 2-4 dager	2 barn innlegges 2 ganger, ett av disse med 1 dags innleggelse 2 ganger			Totalt antall deltakere i studien er 40 og 29 av disse ble observert, 25 ble intervjuet, og 11 barn inngikk i studien
		8 jenter og 3 gutter	Barnas alder; 2 barn- 1 år, 4 barn- 2 år, 4 barn- 3 år, 1 barn- 6 år	10 av barna inkluderes i studien i starten av oppholdet	Et barn inkluderes i studien etter en tids opphold i avdelingen	
Antall foreldre	12	Alle foreldrene deltok i observasjoner og ble intervjuet	Begge foreldrene til et av barna deltok	3 fedre og 9 mødre		
Antall sykepleiere	17	17 kvinnelige sykepleiere deltok i observasjoner	1-4 sykepleiere deltok i observasjoner pr barn	3 sykepleiere inngikk i studien 2 ganger gjennom observasjoner	1 sykepleier inngikk i studien 3 ganger gjennom observasjoner	
		13 av 17 sykepleiere ble intervjuet	1-2 sykepleiere ble intervjuet pr barn	2 sykepleiere inngikk i studien 2 ganger gjennom intervju	1 sykepleier inngikk i studien 3 ganger gjennom intervju	
Antall dager med observasjoner	29	Observasjoner utføres i 2-4 dager pr barn				Annenhver uke i 4 måneder ble det gjort observasjoner og intervju
Antall intervju	31	14 intervju av foreldre	17 intervju av sykepleiere			

Personvern, tillatelser og etiske overveielser: En studie der mennesker er involvert innebærer etiske overveielser. Forskning skal ikke skade forsøkspersonen. Helsinkideklarasjonen sier at hensynet til individet alltid skal gå fremom hensynet til samfunns- og forskningsnyttet (Forskningsetiske komiteer 2012a). For å sikre ivaretagelse av personene som deltok i studien ble det innhentet nødvendige tillatelser før oppstart. Studien har medført innsamling av data som er å oppfatte som et personregister i henhold til *Norsk samfunnsvitenskapelig*

*datatjeneste* (NSD), derfor ble studien meldt til og godkjent av *Personvernombudet for forskning* (Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste 2012) (jf. vedlegg 2). *Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk (REK)* godkjente studien (Forskningsetiske komiteer 2012b) (jf. vedlegg 3). Nettopp fordi studien innebærer studier av barn, dvs. personer som ikke har samtykkekompetanse, var undersøkelsen spesielt utfordrende. Det ble noen ekstrarunder med *REK* for å tydeliggjøre informasjonsskrivet til foreldrene, fordi de har samtykkekompetanse på vegne av seg selv og på vegne av det mindreårige barnet. Det ble av samme grunn innhentet tillatelse til studien fra *Helse- og omsorgsdepartementet* (jf. vedlegg 4). Etter at *REK*, *NSD* og *Helse- og omsorgsdepartementet* hadde godkjent studien ble det søkt om tillatelse til å utføre studien ved en barneavdeling i et norsk sykehus. Henvendelsen ble rettet til medisinsk ansvarlig avdelingsoverlege ved avdelingen (jf. vedlegg 5 og 6). Første henvendelse var telefonisk og det ble avklart at jeg kunne sende en skriftlig forespørsel om å utføre studien ved avdelingen, og deretter ble en skriftlig tillatelse gitt. Etter at avdelingssykepleier hadde blitt informert av overlegen om at jeg ville ringe for å informere ytterligere, formidlet hun muntlig informasjon til pleiepersonalet i den påfølgende tiden i møtesammenhenger og ved vaktskifter, og informasjonsskrivet med tilhørende samtykkeerklæring ble lagt i sykepleiernes avdelingsposthyller i god tid før prosjektoppstart. Jeg som forsker oppholdt meg i avdelingen i to dager før prosjektoppstart og informerte personalet ytterligere om prosjektet ved vaktskifter og delte ut informasjonsskriv med samtykkeerklæring til de som ønsket det (jf. vedlegg 7). De fikk mulighet til å spørre om studien og å bli kjent med meg som forsker. I fortsettelsen var jeg bevisst på å presentere meg for ansatte som ikke hadde møtt meg tidligere. På bakgrunn av at avdelingssykepleier hadde informert og levert ut informasjonsskriv med samtykkeerklæringer hadde ca en tredjedel av sykepleierne som var ansatt ved avdelingen levert skriftlig samtykke til avdelingssykepleier på forhånd, før jeg kom til avdelingen. En av disse sykepleierne er ikke deltaker i studien fordi hun ikke hadde ansvar for barn som inngikk i studien, og kunne derfor ikke tilføre noe i forhold til de utvalgte foreldre og barn.

I de konkrete situasjonene når barnet var valgt (jf. kap.1.6.3.4: *Deltakere* og figur 2, i avhandlingen) ble først sykepleier informert og spurt om deltakelse i studien av avdelingssykepleier eller stedfortreder og fikk tilbud om nytt informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Dersom sykepleier allerede hadde gitt sitt samtykke bekreftet likevel avdelingssykepleier eller stedfortreder sykepleiers muntlige og skriftlige samtykke til

deltakelse i den konkrete situasjonen. Når sykepleiers samtykke var innhentet ble foreldre informert muntlig av avdelingssykepleier eller stedfortreder om prosjektet med forespørsel om å delta i studien og de fikk skriftlig informasjon hvor samtykkeerklæringen lå ved, med beskjed om å gi samtykkeerklæringen til avdelingssykepleier eller stedfortreder når de hadde bestemt seg for å delta (jf. vedlegg 8). Slik gikk førstehåndkontakten med både sykepleiere og foreldre gjennom avdelingssykepleier eller stedfortreder og samtykkeerklæringen ble returnert til henne, og hun gav det videre til meg. I noen situasjoner gav foreldre samtykkeerklæringen til ansvarlig sykepleier som deretter gav den til avdelingssykepleier eller stedfortreder, for så å gi den videre til meg. Det gjorde at jeg i noen sammenhenger ikke kunne gjøre notater før samtykkeerklæringen var i orden. Sykepleiere og foreldre som deltakere ble informert om deres rettigheter som konfidensialitet, frivillighet, hvordan delta i studien, og deres rett til å nekte videre deltakelse underveis i studien (jf. vedlegg 7 og 8). Nettopp fordi barn mangler samtykkemyndighet/ -kompetanse var det viktig å bruke tid på å bli kjent med foreldre og barn for meg som forsker. Barn er sårbare i sin umodenhet og foreldrene blir sårbare når deres barn lider eller opplever påkjenninger og ubehag i et ukjent miljø. Ved første møte med foreldre og barn vektla jeg presentasjon av hverandre, og åpnet for muligheten til å avklare forhold rundt deltakelsen i studien for å trygge deltakerne. Sykepleiere som deltakere fikk samme mulighet ved oppstart.

I denne studien ble det gjort lydopptak og det gjør at foreldre og sykepleier lett kan identifiseres, og fordi studien har få informanter er det utfordrende å ivareta personvernet. For å ivareta deltakernes anonymitet ble skriftlige samtykker, registeret med navn på informantene og lydfiler oppbevart nedlåst i safe. Observasjonsmaterialet og transkriberte intervju ble anonymisert ved at barna i studien ble gitt nummer, og i avhandlingen har barna fått fiktive navn av hensyn til fremstillingen i avhandlingen.

I presentasjonen av feltnotater og transkriberte intervju er hensynet til anonymitet ivaretatt ved at barna er gitt fiktive navn som benyttes når det refereres til sitater fra feltnotater sammen med sidetall (feltnotat knyttet til Adrian, side 1). Ved bruk av sitater fra transkriberte intervju av foreldre refereres den forelderens sammen med det fiktive barnets navn og påfølgende sidetall (intervju med Adrians mor, side 1). Det samme gjøres med sykepleier (intervju med Adrians sykepleier, side 1) og dersom det inngår flere sykepleiere nummereres de (intervju med Adrians sykepleier 2, side 1).

Observasjon: For å få undersøkt hvordan foreldre og sykepleier samarbeidet og fordelte arbeidsoppgaver og ansvar, gjorde jeg observasjoner ved en norsk barneavdeling. Gjennom observasjonene fikk jeg innblikk i hvordan samarbeidet mellom foreldre og sykepleier foregikk og ved å oppholde meg blant de som ble studert i deres naturlige omgivelser, så jeg hvordan de samhandlet (Wadel 2006/1991: 9). Å gjøre feltarbeid gjennom observasjon kjennetegnes i følge sosialantropologen Cato Wadel av at:

Forskere oppholder seg blant de folk de vil studere i deres naturlige omgivelser. En prøver å observere direkte den samhandlingen som finner sted mellom folk, og en prøver å delta i så mye av denne samhandlingen som overhodet mulig (Wadel 2006/1991: 9).

Å gjøre observasjoner i en kjent kultur innebærer studie av en kjent virkelighet. Forskers sykepleiebakgrunn med kjennskap til feltet og bruk av uniform lettet tilgangen ved å gi en fellesskapsfølelse med sykepleierne. At forsker kjenner det medisinske fagspråket og sykepleiespråket forenklet tilgangen. På den annen side gjør det at noe tas for gitt og kan bli oversett. Til tross for disse innvendinger er det flere fordeler enn ulemper å forske i kjent kultur, dette fordi forkunnskaper medfører at en forstår bedre det som skjer og unngår feiltolkninger. Det er flere forskere som argumenterer for at det kan være nødvendig at forsker til en viss grad har en aktiv rolle ved observasjon, og ikke er helt tilbaketrukket og uvirksom, for å få adgang til feltet (sosialantropolog Cato Wadel 2006/1991: 46-49, samfunnsforsker Martyn Hammersley & sosiolog Paul Atkinson 2006/1983: 157, sosiolog Katrine Fangen 2004: 29-31). Jeg valgte en nokså uvirksom forskerrolle, men det hendte at jeg utførte og gjorde enkelte små oppgaver. Observatørrollen bestod i at jeg ikke aktivt deltok i pleien og prosedyresituasjonene til barna, og rolleutformingen utviklet seg gradvis i løpet av perioden. Jeg ble selv mer avslappet i rollen etter de første observasjonene var gjennomført. Det var viktig å få tilgang til situasjonene som observatør og samtidig dempe min tilstedeværelse ved å være diskret, men oppmerksomt til stede, eksempelvis dersom barnet henvendte seg til meg. Jeg startet med å avklare rollen min overfor den enkelte sykepleier som observatør i en læresituasjon. Det å dra nytte av tidligere erfaringer er i tråd med det Wadel skriver, men det er viktig å være bevisst bruken av rolleperatoar (Wadel 2006/1991: 20, 45-47, 58-59). Sykepleiere har erfaring med å ha sykepleiestudenter som observatører i veiledningssammenheng, og jeg, som forsker med sykepleielærerbakgrunn, har erfaring med å være observatør for studenter i veiledningssammenheng. Dette gjorde tilgangen gjennom observasjon enklere. Det ble individuelle tilpasninger i forhold til grad av involvering i de

konkrete situasjonene. I noen situasjoner gav jeg en hjelpende hånd ved å rekke utstyr til sykepleier og lignende. På den annen side var det vesentlig for barnet og foreldre at jeg var tydelig i første møte ved å presentere meg. Etter presentasjonen ble forskers rolle å holde seg i bakgrunnen for ikke å forstyrre interaksjonen mellom foreldre-barn-sykepleier for mye. Med utgangspunkt i at deltakerne visste at jeg var forsker, forsøkte jeg å dempe forskerrollen nettopp ved å benytte uniform og bruke erfaringen jeg har som sykepleier og lærer i praksis.

Det er vanskelig å unngå forskningseffekt. Her betyr det at foreldre, barn og sykepleier blir påvirket av å bli observert og gjør ting på en annen måte enn om jeg ikke hadde vært der. Denne effekten ble forsøkt minimalisert ved at jeg var dynamisk og tilpasset meg situasjonen. De observerte glemte at jeg var der i perioder og etter hvert ble jeg godt integrert i avdelingen. Forskerrollen måtte balanseres i forhold til den kjente sykepleierollen og krevde at jeg var tilbaketrukket og avventende i situasjonene, men med tydelig tilstedeværelse i presentasjonen ved første møte med foreldre, barn og sykepleier. Dette for å skape trygghet og bli kjent.

Data ble samlet inn i løpet av en periode på fire måneder høsten 2007 og observasjonene ble gjort annenhver uke i denne perioden. En foreldre-barn-sykepleier situasjon ble observert ad gangen. Observasjoner ble gjort ved kontinuerlig å følge tett på ansvarlig sykepleier gjennom dagvakt og i noen sammenhenger deler av ettermiddagsvakt inntil utskrivning av barnet. Det innbefattet observasjoner av sykepleiers rapport- og prosedyresituasjoner m.m. Min tilgang til observasjonssituasjonene gikk gjennom sykepleier og når foreldre ble observert var det alltid i interaksjon med sykepleier. Trekantrelasjonen foreldre-barn-sykepleier var mitt hovedfokus.

*Feltnotater:* Kildematerialet i form av beskrivende og reflekterende feltnotater ble nedtegnet retrospektivt kort tid etter de observerte situasjonene (dvs. innen en halvtime til ca 10 håndskrevne sider). Dette for ikke å glemme og samtidig ikke vekke for mye oppmerksomhet ved å notere i situasjonene. Utfyllende notater ble skrevet samme ettermiddag eller kveld (til sammen 38 tetteknevne datasider). Beskrivelsene omfatter stilling av barnet, barnets måltid, barnets sovesituasjon, foreldres behov for å gå fra barnet, foreldres avlastning, barnets lek og aktivitet, barnets sykdom og behandling, og prosedyresituasjoner (jf. temaguide, vedlegg 1). Disse temaene viste seg å være sentrale i hendelsesforløpet, men de enkelte tema hadde ulikt fokus fra barn til barn. Noen barn kunne være så syke at eksempelvis lek og aktivitet var

uaktuelt, og fokuset var på barnets sykdom. Hos andre barn var prosedyresituasjonene mer sentrale.

*Intervju:* Innhenting av to typer data beriker forståelsen av praksisene som ble undersøkt (Wadel 2006/1991: 21, Hammersley & Atkinson 2006/1983: 158), og dette var forutsetningen for å utføre observasjoner og intervju. Dersom forsker ønsker å få kjennskap til deltakernes erfaringer kan det gjennomføres intervju. Det kvalitative forskningsintervjuets fordel er at det er åpent og fleksibelt (Kvale, 2004/1997). Intervju kan gjøres fortløpende ved observasjon, og/eller i forkant, etterkant av observasjon (Hammersley & Atkinson 2006/1983: 166, Wadel (2006/1991: 49-53). I denne studien ble intervjuene gjennomført av meg i etterkant av observasjon. Foreldre og sykepleiere ble intervjuet hver for seg og enkeltvis i et rom hvor der det ikke var andre tilhørere enn eventuelt barnet sammen med den enkelte forelder. Intervjuene gav innblikk i hvordan foreldre og sykepleier erfarte samarbeidet, fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar. Intervjuene hadde en delvis strukturert form for å få frem foreldres og sykepleiers tanker og erfaringer og tok utgangspunkt i deltakernes erfaringer med de gjøremål som ble utført i de observerte situasjonene. Det at jeg allerede hadde observert de jeg intervjuet, medførte at vi hadde felles situasjoner å samtale om. Det var et godt utgangspunkt å snakke ut i fra. Spørsmålene var relativt åpne, ikke standardiserte, og ble formulert i situasjonen med utgangspunkt i temaene i guiden (jf. vedlegg 1) og de observerte situasjonene. Jeg startet med innledende spørsmål for å bli ytterligere kjent med intervjupersonen (Hammersley & Atkinson 2006/1983: 168-169, 177). Intervjuene av foreldre og sykepleiere ble utført ved barnets utreise. Korte innleggelse gjorde det nødvendig å gjøre intervjuene kort tid etter barnets utskrivelse fordi sykepleiere glemte situasjonene. Utfordringene for sykepleier var å få tid til intervju og ro i intervjusituasjonen. Intervjuene ble utført i sykepleiers arbeidstid i et avdelingsrom med minst mulig forstyrrelser. Noen av intervjuene av sykepleiere ble gjort dagen etter utskrivelse av barnet og en sykepleier ble intervjuet etter noen dager. Det kunne være vanskelig å etablere en rolig og avslappet atmosfære både ved intervju av foreldre og sykepleiere. To foreldre hadde barna med i intervjusituasjonen, noe som medførte korte avbrudd, og noen foreldre var travle med å komme seg hjem. Hensynet til barn og foreldre var viktig å ivareta i situasjonene. De fleste intervjuene fant sted på sykehuset i pasientrommet, mens to ble gjennomført på et avdelingsrom. En av foreldrene ble intervjuet hjemme dagen etter utskrivning og en annen per telefon noen dager etter utskrivning. Intervjuene varte fra 30-120 minutter, og jeg audiotapet



dem og transkriberte de fleste selv. Det ble leid hjelp til å transkribere de siste 5 intervjuene mot at jeg lyttet igjennom flere ganger selv og etterkorrigerte utskriftene. Før transkribering ble intervjuene lyttet igjennom flere ganger for å skape et helhetsinntrykk. Intervjuene knyttet til en innleggelsessituasjon ble transkribert før jeg inkluderte nye barn og foreldre i studien.

Foucault har blitt kritisert fordi han ikke foretok observasjoner og intervju i forbindelse med de praksisene han studerte, fordi det begrenser hva hans studier kan gi av kunnskap om de praksiser som han studerte (Callewaert 2006: 73-98). Foucault foretok analyser av tekster om praksiser, men en kan ikke se bort fra at han analyserte tekster basert på andres observasjoner og intervju, til tross for at Foucault var kritisk til den observasjons- og intervjuforskning som fant sted i helsevesenet (jf. kap.1.6.3).

<b>Figur 3: Oversikt over kilder</b>
<b>Hovedkilder – lærebøker i sykepleie</b>
Rikke Nissen (2000/1877) <i>Lærebog i Sygepleie for Diakonisser.</i>
Hans Riddervold Waage (1901) <i>Lærebok i sykepleie.</i>
Waage (1905/1901) <i>Lærebok i sykepleie.</i>
Waage (1911/1901) <i>Lærebok i sykepleie.</i>
Kr. Grøn & Sofus Widerøe (red.) (1921) <i>Haandbok i sykepleie.</i>
Grøn & Widerøe (red.) (1932/1921) <i>Lærebok i sykepleien.</i>
Anton Jervell (red.) (1941) <i>Lærebok for sykepleiersker, første bind.</i>
Jervell (red.) (1951/1941) <i>Lærebok for sykepleiersker, første bind.</i>
Jervell (red.) (1960/1941a) <i>Lærebok for sykepleiere. Alminnelig sykepleie, første bind.</i>
Jervell (red.) (1960/1941b) <i>Lærebok for sykepleiere. Barnesykdommer, Smittsomme sykdommer, fjerde bind.</i>
Kjellaug Lerheim (red.) & Norsk sykepleieforbund (1967) <i>Lærebok for sykepleieskoler. Generell sykepleielære, første bind.</i>
Lerheim (red.) & Norsk sykepleieforbund (1968) <i>Lærebok for sykepleieskoler. Gynekologi, Obstetikk, Pediatri, tredje bind.</i>
Marianne Brydolf, Britt Ståhl, & Kerstin Syrèhn (1979) <i>Barnesykepleie. Medisinsk barnesykepleie, andre bind, (tre sitater).</i>
Sissel Tveiten (1987) <i>Barnesykepleie.</i>
Randi Grønseth & Trond Markestad (2011/1998) <i>Pediatrisk sykepleie og pediatri.</i>
<b>Andre sentrale kilder</b>
Offentlige lover, regler og forskrifter.
Observasjonsnotater og transkriberte intervju fra en norsk barneavdeling i 2007.
Bilder
Faglige, historiske og skjønnlitterære bøker.
Artikler, studier, avisinnlegg, barnebok og en museumsutstilling.

## Oppsummering av kapittel 1

I denne studien har jeg prøvd å finne ut: Hva det er som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleie av barn på sykehus på visse tidspunkt og ekskludere foreldrene på andre tidspunkt i sykepleien? Når oppstod henholdsvis eksklusjons- og inklusjonspraksisene og hvordan har de blitt praktisert? Nordiske Foucault-inspirerte sykepleiestudier om forholdet mellom praksiser og viten er bakgrunnen for at studien er basert på en antagelse om at viten har vært brukt til å understøtte samfunnsnyttig eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus. Den franske filosofen Michel Foucault skriver at både objektiverende og subjektiverende viten har blitt brukt til å understøtte det som har blitt regnet for å være samfunnsnyttig i moderne vestlige demokratier. Objektiverende viten har blitt brukt til å styre individene utenfra. Denne formen for styring kaller Foucault disiplinering. Subjektiverende viten har blitt brukt til å få individer til å styre seg selv og omtales i studiens sammenheng som selvstyring. Jeg har brukt en dispositiv tilgang som det overgripende metodologiske analyseverktøyet i min empiriske forskning om eksklusjon og inklusjon av foreldre i pleien når barn er innlagt på sykehus. Jeg benytter i hovedsak begrepet dispositivitet fra det som omtales som Foucaults genealogiske fase (1971-1984). Studiens empiriske objekt har slik blitt belyst ved en dispositiv tilgang, med tilhørende arkeologiske og genealogiske undersøkelser av de praksiser som viser seg som foreldres eksklusjon/ inklusjon i pleie når barn er på sykehus. Analysene har tatt utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1877-2013. I den forbindelse har jeg beskrevet hva som har blitt skrevet og ikke skrevet om foreldre i lærebøkene. På bakgrunn av omtalen av foreldre i lærebøkene har jeg funnet frem til perioder hvor det virker sannsynlig at foreldre har vært inkludert og ekskludert fra pleien av barn på sykehus. Deretter har jeg analysert fortidige bilder og noveller og annet relevant materiale, og nåtidige observasjonsnotater og transkriberte intervju fra en norsk barneavdeling, som kunne understøtte og utfordre funnene i lærebøkene. Til å undersøke de samfunnsmessige mulighetsbetingelsene for inklusjons- og eksklusjonspraksisene, har jeg analysert offentlig tilgjengelige lover, forskrifter og regler, verk i generell historie, barndomshistorie, sykepleiens historie, helsevesenets historie, sykehus- og hospitalhistoriske bøker og annet materiale som kan skape forståelse for inklusjons- og eksklusjonspraksisene. Deretter har jeg drøftet henholdsvis inklusjons- og eksklusjonspraksisene i lys av viten som var i spill i den aktuelle epoken og som kunne være med på å understøtte praksisene. Disse

analysene og drøftelsene er gjort i lys av Foucaults utlegninger om disiplinering og selvforholdspraksiser.



## 2 EKSKLUSJON AV FORELDRE NÅR BARN ER PÅ SYKEHUS

Kapittel 2 handler om eksklusjon av foreldre i pleien av barn på sykehus. Først argumenterer jeg for at foreldre ikke blir omtalt i lærebøker i sykepleie som var i bruk i perioden 1877-1940 (jf. kap.2.1). Deretter bruker jeg bilder, samt skjønnlitterære og andre kilder som underlag for å argumentere for at det ikke ser ut for at foreldre inkluderes i pleien av barn på sykehus i den aktuelle epoken (jf. kap.2.2). Jeg drøfter så eksklusjonspraksisene i lys av de samfunnsmessige (jf. kap.2.3) og vitenbaserte mulighetsbetingelsene (jf. kap.2.4). Analysene og drøftelsene er gjort i forlengelsen av Foucaults dispositive analyseteknikker (jf. kap.1.6.2), og de er basert på lærebøker i sykepleie og en rekke andre kilder.

### 2.1 Eksklusjonsnormene ser ut til å oppstå i siste halvdel av 1800-tallet og vedvarer til midten av 1900-tallet

Analyser av lærebøker som var i bruk i perioden 1877-1940 tyder på at det ikke forventes at foreldre er sammen med barna sine når de er på sykehus (jf. kap.1.6.3.1). Jeg har tidligere argumentert for at det er all grunn til å tro at normen i lærebøker i sykepleie er representativ som sykepleiefaglig litteratur og at de representerer det offisielle synet på foreldres eksklusjon eller inklusjon i sykehus (jf. kap.1.6.3.1). Korte tidsmessige intervaller mellom de ulike læreboksutgavene som presenteres nedenfor styrker lærebøkernes representativitet for at foreldre er fraværende i sykepleietenkningen i perioden 1877-1940.

#### 2.1.1 Foreldres fravær i lærebøker i sykepleie

I 1868 fikk Norge den første fagutdanning i sykepleie, og den første norske lærebok i sykepleie kom ut i 1877, *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Boken var forfattet av diakonisse Rikke Nissen (f.1834-d.1892) (Nissen 2000/1877, jf. kap.2.3). I denne læreboken nevnes ikke foreldre, noe som kan tyde på at det ikke var noen tanke i sykepleiefaget på den tiden om at foreldre bør være en del av pleien når barn er på sykehus.

Barn er i det hele tatt lite omtalt i Nissens lærebok fra 1877, men det er tydelig at det forventes at barn er på sykehus på den tiden, for de omtales når de ikke vil underlegge seg

medisinsk behandling som for eksempel å ta medikamenter. Dette skal jeg komme tilbake til i kapittel 2.6 (Nissen 2000/1877: 39).

Nissen skrev læreboken da hun var læresøster ved *Diakonisseanstalten i Kristiania* (også omtalt som Diakonisseanstalten i Christiania). Boken er skrevet for sykepleie i sykehus og var bestemt for diakonissenes snevre lesekreis, men ble benyttet av andre og fungerte som lærebok i perioden 1877-1900 i norsk sykepleieutdanning (Martinsen 1984: 136-172).

I 1901 blir Nissens lærebok erstattet med læreboken til lege Hans Riddervold Waage (f.1864-d.1915), *Lærebok i sykepleie*. Boken kommer ut i flere utgaver og er skrevet for sykepleie i sykehus. I perioden 1901-1920 er den enerådende som litteratur i generell sykepleie. Heller ikke denne læreboken omtaler foreldre når barn er på sykehus, men det er tydelig at det forventes at barn er på sykehus på denne tiden, for barn nevnes i forbindelse med smerte:

Nogle Patienter kan ikke selv forklare sig om sin Tilstand, f. Ex. Smaabørn og bevidstløse. Disse vil dog somoftest, dersom de har Smerter, give det tilkjende paa en eller anden Maade, f. Ex. ved at ynke sig eller ved Skrig eller ved Ansigtets Udtryk (*Waage 1901: 10, 1905/1901: 10, 1911/1901: 9, det er små endringer av ord og bokstaver fra 1901 til 1911*).

I 1921 blir Waages lærebok erstattet av dr. med. og overleger Kr. Grøns (f.1855-d.1931) og Sofus Widerøes (f.1880-d.1937) *Haandbok i sykepleie*, hvor de ulike kapitler har forskjellige forfattere. Den er skrevet for sykehus og i perioden 1921-1940 er den enerådende som litteratur i generell sykepleie og kommer ut i flere utgaver. I denne læreboken ser det ut for at pårørende og familie blir regnet som informanter om barnets sykdomsforløp ved innleggelse i sykehus for å avhjelpe legens diagnosearbeid. Slik skriver oversykepleier Aagot Larsen:

Er det et barn... maa man paase at lægen faar tale med patientens familie eller paarørende som følger med, da det er nødvendig og av stor betydning at faa opplysninger om sykdommen (*Larsen 1921: 14, 1932/1921: 14, det er små endringer av ord og bokstaver fra 1921 til 1932*).

Når det gjelder konkrete pleieoppgaver som det å måle temperatur på barnet blir foreldrene heller ikke nevnt slik Larsen omtaler det:

Er det smaa barn... hvis temperatur skal maales, maa man aldri gaa fra disse mens termometret ligge inde (*Larsen 1921: 17, 1932/1921: 17, det er små endringer av ord og bokstaver fra 1921 til 1932*).

Selv om det forventes at foreldre har viktig informasjon om barnets sykdom, så omtales ikke foreldre i forbindelse med pleien av barn på sykehus. Som i læreboken til Nissen fra 1877 (jf. ovenfor) blir det gitt råd om hvordan man kan bruke tvangstiltak for å få barn til å underlegges seg medisinsk behandling. I denne læreboken er det spesielt fokus på hvordan man kan hindre barn å gni seg i øynene. Dette skal jeg komme tilbake til i kapittel 2.6 (Lystad 1921: 215-215, 1932/1921: 187-188).

I Waages (1901) lærebok omtales besøk av pårørende i sykehus, det er ikke knyttet til alder og hvem pasienten er, men det kommer frem at sykepleier har et ansvar for å regulere besøkene:

Ofte har verken den syge selv eller hans næmeste den rette Forstaaelse af, hvad der tjener til den syges Vel. Saaledes hænder det ikke sjelden, at den syge anstrænges ved lange Samtaler og Besøg. Sygepleiersken bør i saadanne Tildfælde forklare den syges Omgivelser, at dette er uheldigt, og søge at hindre, at det sker (*Waage 1901: 6*).

Her fremkommer et syn hvor de profesjonelle vet best. Overført til foreldres adgang til å besøke barnet betyr dette at de profesjonelle vet hva som er best for barnet i forhold til foreldrebesøk og sykepleier kan begrense besøksomfanget. Selv om foreldre ikke nevnes i sammenheng med å pleie barna, så nevnes ikke et totalforbud mot foreldrebesøk når barn er på sykehus, men et begrenset besøksomfang.

### **2.1.2 Det bør være et visst rom for ammende mødre**

Både Nissens (2000/1877), Waages (1905/1901, 1911/1901) andre og tredje utgave og Grøn & Widerøes (1921, 1932/1921) første og tredje lærebokutgave vektlegger amming, noe som kan tyde på at det kunne være et visst rom for ammende mødre. Samtidig som det poengteres at barn må ammes med flaske om mor selv ikke kan amme barnet sitt. Det dr. med. og reservelege Th. Frølich skriver om sykepleiers ansvar med å fremme amming i *Spædbarnspleie* i Grøns & Widerøe i 1931 er representativt for argumentasjonen i de nevnte lærebøkene til Nissen og Waage:

Den mest brugelige og letteste Maade, naar ikke Moderen selv kan opamme sit Barn... er at anvende en Flaske med en Sugeindretning i Enden (*Nissen 2000/1877: 69*)... At Modermelken er den bedste og sundeste Næring for barnet, er en bekjendt Sag (*Waage 1905/1901: 132, 1911/1901: 134, det er små endringer av ord og bokstaver fra 1905 til 1911*) ... Morens melk... det er derfor enhver mors, enhver læges og pleierskes

absolutte pligt at søke denne ernæring gjennomført (*Frølich 1921: 292, 1932/1921: 264, det er små endringer av ord og bokstaver fra 1921 til 1932*).

I lærebøker som utkommer fra 1941 og utover ser det ut for at det forventes at foreldrene bør ha en mer sentral plass når barn blir innlagt på sykehus. Dette skal vi se nærmere på i kapittel 3, etter at vi har sett på andre kilder om barn på sykehus, mulighetsbetingelsene for foreldre eksklusjonen og på viten som kunne være med på å understøtte eksklusjonen av foreldre fra pleien av barn på sykehus.

## **2.2 Foreldre er ikke sammen med barna sine på sykehus**

Ovenfor har vi sett at foreldre i liten grad er omtalt i lærebøker i som ble brukt i norske sykepleieutdanninger i perioden 1877-1940. Dette kan indikere at foreldre var ekskludert fra pleien av barn på sykehus. Nå kan det jo være slik at foreldrene var sammen med barna sine på sykehus, selv om de i liten grad blir omtalt i lærebøkene. For å undersøke det har jeg lett etter bilder og annet materiale som kunne si noe om foreldre eksklusjon/ -inkludering (jf. kap.1.6.3.2 og kap.1.6.3.3). Dette materialet tyder på at barna var alene på sykehus i perioden 1877-1940.

Nedenfor skal vi se at foreldre ikke er til stede på bilder som er tatt ved norske sykehus og kysthospital i perioden 1893-1940. Fraværet av foreldre når barn er på sykehus ser ikke ut for å være et særnorsk fenomen. Bilder fra svenske, engelske sykehus og danske kysthospitaller i perioden 1876-1925, tyder på lignende praksiser i disse landene. Fraværet av foreldre blir bekreftet i en rekke tekster, ikke minst i norske lærebøker i sykepleie ovenfor.

Jeg argumenterer for at det er relevant å benytte bilder fra engelske, svenske og danske sykehus og kysthospital, fordi den engelske sykepleieren Florence Nightingales ideer om sykepleie fra 1860 fikk en sentral plass både i England, Sverige, Danmark og Norge. Nightingales betydning for sykepleien i vestlige land skal vi komme tilbake til senere i avhandlingen (jf. kap.2.3, Emanuelsson1990: 10-15, 39-55, Nissen 2000/1877: 26, Sydnes 2001: 77-102, Larsen 2006:1876, Blanck 2006: 56-69, Jørgensen 2007:127-130). Bildene nedenfor presenteres ut fra årstall eller tiår fra begynnelsen til slutten av perioden 1876-1940.



Et tegnet bilde fra 1850-tallets barnesykehus Great Ormond Street i London kan tyde på at familie og foreldre var inkludert i pleien av barn i engelske sykehus på den tiden. Dette bildet er fra perioden før Nightingales ideer om hygiene hadde fått gjennomslag. Den svenske professoren og pediater Rolf Zetterström (f.1920-d.2011) presenterer bildet i en retrospektiv artikkel om det historiske om barn på sykehus (Zetterström 1985: 8, jf. bilde og bildekommentar nedenfor, fra 1852).



*Bild 1. En vårdavdelning på barnsjukhuset, Great Ormond Street, London, öppnat 1852. Återgivet med tillstånd sjukhusdirektören, Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London.*

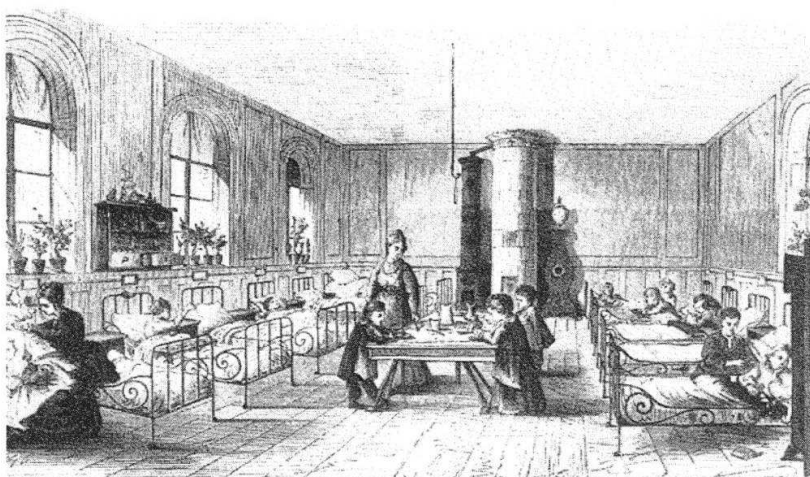
*Det tegnede bildet fra et engelsk sykehus fra 1852 viser det som må forstås som en sykesal med barnesenger langs veggene på hver side av den langstrakte salen, der flere voksne personer er sammen med barna. Rommet preges av at det skjer ulike aktiviteter, og det gir inntrykk av å representere det virkelige livet i rommet. Noen barn oppholder seg i sengene og har en voksen person hos seg, og to av barna blir båret av kvinner stående i rommet mellom sengene, mens tre-fire barn oppholder seg på gulvet i samme området, der ett av disse barna sitter i en barnestol. De barna som oppholder seg på gulvet og i stolen ser ut til å ha privat tøy på seg, mens det er vanskelig å vurdere hva barna i sengene har av klær og hva de gjør. Det er barneleker på gulvet og barn har slik mulighet til lek når de måtte ønske det. De barna*

*som blir holdt av kvinnene ser ut til å være avkledde, og de ser ut til å bli undersøkt av manns personer som antas å være leger. To-tre av de barna som står i området iakttar undersøkelsene. Ved seng nummer to forfra til høyre i bildet skjer det mest sannsynlig en legeundersøkelse av et barn i seng også, der en mannsperson og en kvinne er hos barnet. Det samme kan være tilfelle til høyre lengre bak i rommet. De voksne personene i rommet ser ut til å ha privat tøy på seg. Bak flokken med mennesker i front av bildet ser en barn som sitter ved et langbord, med kvinner stående i bakkant, men det er uklart hva barna gjør, om de spiser eller ikke. Rundt dette bordet virker det som det er flere barn enn voksne til stede. Lengst bak i rommet, i åpningen mot neste rom er det vanskelig å vurdere hva personene gjør. Det ser ut til å være noen voksne personer til stede der, noen av dem sitter mens andre står. Muligens er der noen barn der også. Bildet bærer preg av å vise et autentisk situasjonsbilde der personene på bildet er opptatt av å gjøre ting og flere av personene er for langt unna den som tegner bildet til nødvendigvis å vite at de blir tegnet. Bildet kan dessuten være tegnet i ettertid av situasjonen etter hukommelsen, og bildet vil også være et utsnitt av en situasjon, fordi situasjonen vil være under konstant forandring. Mennene på bildet antas å være leger og ikke fedre til barna fordi de undersøker barna, og det kan også begrunnes med at legefrakken som arbeidstøy først ble introdusert i Norge på et senere tidspunkt og mennene ser ut til å ha vanlig tøy, selv om det kan være forskjeller mellom Norge og England (jf. kap.2.4). Om kvinnene er mødre eller pleiere er vanskelig å bedømme ut fra påkledning og det de gjør, også om de eventuelle mødrene er på besøk eller om de bor der, og om noen av barna er søsken på besøk sammen med mødrene. Det virker som det er for trangt om plassen til at mødrene kan bo der, men de kan komme og gå, sove i en stol ved sengen om nødvendig. Det kan tyde på at mødrene eller andre morsfigurer likevel er inkludert i pleien av barna, det begrunnes med antall kvinner til stede i forhold til antall barn i de ulike situasjonene ved sengene og undersøkelsessituasjonene.*

Jeg har ikke funnet norske bilder av barn på sykehus fra 1850-tallet, så det er ikke sikkert at praksisene ved norske sykehus på den tiden var de samme som i England, men man kan ikke se bort i fra det, fordi nyere bilder tyder på at det var paralleller mellom eksklusjons- og inklusjonspraksisene i både norske, svenske, danske og engelske helseinstitusjoner (jf. bildene nedenfor kap.2.2 fra det svenske Kronprinsessan Lovisas Vårdestalt fra 1876 og 1913, fra det danske *Kysthospitalet på Refnæs* fra perioden 1875-1925 og i kapittel 3 fra et engelsk sykehus i 1960).

Dersom foreldre var inkludert i pleien av barn på sykehus på 1850-tallet, kan det se ut for at eksklusjonen av foreldre fra pleien av barn på sykehus kan ha oppstått i perioden 1852-1877. For som vi så ovenfor var det ingen omtale av foreldre i læreboken i sykepleie fra 1877.

Zetterström (1985: 8-13) argumenterer for at innstillingen til foreldres besøk endret seg radikalt i Stockholm ved *Kronprinsessan Lovisas Vårdanstalt för Sjuka Barn* mot slutten av 1800-tallet. På den tiden ble det hevdet at besøk medførte smitterisiko for barna som var innlagt på sykehus, og fraværet av foreldre kan dokumenteres gjennom et antatt tegnet bilde fra 1876 (Zetterström 1985: 9, jf. bilde og bildekommentar nedenfor, fra 1876):



*Bild 2. Interiör från 1876 från "gamla" Kronprinsessan Lovisas Vårdanstalt för Sjuka Barn, öppnad 1854. Avtryck ur Ny Illustrerad Tidning.*

*Fotografiet ble først vanlig mot slutten av 1800-tallet og utover (Store norske leksikon 2014). Med bakgrunn i det og ut fra uttrykksformen i bildet ovenfor fra 1876, antas bildet å være tegnet. Bildet viser en sykesal organisert og innredet som i 1852, men forskjellen er at flertallet av barna oppholder seg der uten voksne personer til stede. Hos ett av barna sitter en mann, og det antas å være en lege som undersøker barnet. Hva barna i sengene eller ved bordet gjør, vites ikke. Personene på bildet har ikke ansiktet vendt mot den som tegner og bildet gir inntrykk av å beskrive en autentisk virkelighet i det rommet. Som vi ser på bildet er der få voksne og mest sannsynlig ingen eller få foreldre der, i forhold til på barnesykehuset i*

*Great Ormond Street i 1852 (jf. bilde kap.2.2 ovenfor). De voksne i rommet har ikke spesielle uniformer og det svarer til slik det var i engelsk sammenheng i 1852. Likevel preges inntrykket fra bildet fra 1876 av en helt annen orden i sykesalen enn tilfellet var i 1852 der barneleker blant annet lå på gulvet, men rommets oppbygging og innredning er ellers sammenfallende.*

Zetterström (1985: 8-13) skriver at det ble strengere med foreldrebesøk med unntak av ammende mødre. Norske kilder tyder på at ammende mødre også hadde en særstilling i norske sykehus. Tall fra *Christiania Fødselsstiftelses Børnehospital* i perioden 1855-1882 kan tyde på at enkelte mødre var sammen med barna sine på sykehus, og dette var høyst sannsynlig ammende mødre. I 1855 ble det utskrevet 57 pasienter fra hospitalet, hvorav fire mødre som var innlagt sammen med barna. I 1882 ble det utskrevet 45 pasienter fra Børnehospitalet, 37 barn og 8 mødre, hvorav seks barn var nyfødte (Seip 1993: 17-18). Det ser ut som at flertallet av barn er uten mødre både i 1855 og i 1882, men en vet lite om besøksrett og deltakelse i pleien. Fødselsstiftelsens Børnehospital var det første norske barnesykehuset. Det ble etablert i Christiania (Kristiania, Oslo) i 1855, og fattigpleien betalte for de fleste oppholdene. Pasientoversikten baserer seg på den retrospektive sekundærkilden *For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet, 1893-1993* av barnelege Sverre O. Lie (1993), hvor professor i pediatri Martin Fredrik Seip (f.1921-d.2001) som medforfatter viser hvordan mødre er inkludert og en må anta at det er for å amme barnet. Dette er sammenfallende med argumentasjonen i lærebøkene ovenfor, der det blir argumentert for at det er viktig å amme barnet.

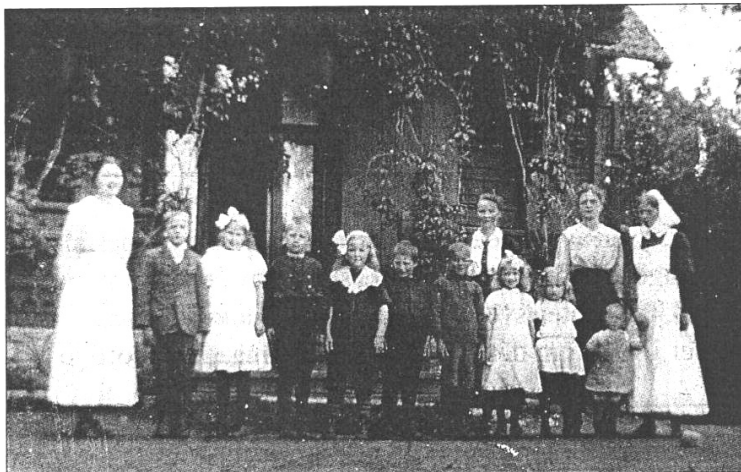
I 1883 nedlegges Børnehospitalet i Christiania i forbindelse med at Rikshospitalet flyttes, og barna blir spredt til medisinske og kirurgiske avdelinger. Det opprettes en egen barneavdeling i 1893. Dette er den eneste barneavdelingen i Norge frem til 1950 (Sundal 1954a: 150-153, Lie 1993: 5). Fotografier tilknyttet åpningen av *Rikshospitalets barneavdeling* i 1893 viser at barna er omringet av personale og foreldrene ser ut for å være fraværende (Seip 1993: 30, jf. bilde og bildekommentar til bildene nummerert fig 3 og 2 nedenfor, som avklarer at de voksne personene på bilde fig 2 er personale).



Fig. 3.  
Den store  
sykesalen  
med ovnen.

*Bildet er fra Rikshospitalets barneavdeling - ca 1893 og viser norske forhold. Tilsvarende bildene fra 1852 og 1876 viser en sykesal med senger etter hverandre på begge sider av den langstrakte sykesalen, der noen av barna oppholder seg i sengene og andre sitter ved et bord i rommet mellom sengene, og slik er det samsvar mellom bildene fra 1852, 1876 og 1893. Leker er tilgjengelig i rommet for barnas lek som i 1852, men er ikke i bruk. Det kan se ut som at barna ikke har privat tøy på seg, fordi de er kledd likt og om det er nattøy eller ikke, er vanskelig å vurdere. Hva barna gjør når de oppholder seg i sengene og sitter ved bordet er uklart, og det er også uklart om de vet at de blir fotografert med unntak av ett av barna som ser i retning av fotografen. På samme måte som bildet fra 1876 viser dette bildet få voksne til stede, og sykesalen preges av orden som i 1876. De voksne er pleiere fordi de bærer uniformer og uniformene er dermed blitt introdusert. Bildet bekrefter foreldres fravær når barn oppholder seg i sykesalen også i norsk sammenheng, tilsvarende bildet fra 1876 der svenske forhold vises.*

Fig. 2.  
Barn og  
personale  
utenfor barne-  
avdelingen.



Bildet ovenfor er fra Rikshospitalets barneavdeling - ca 1893. Ni barn står oppstilt i en rekke utenfor barneavdelingen og ser i retning fotografen, vel vitende om at de bør se i den retningen. Det høyeste barnet er plassert lengst til venstre, fulgt av et litt mindre barn, og det minste barnet står til slutt. De voksne begynner og avslutter rekken. Det representerer orden og system. Barna er i privattøy og ser ut til å være festkledd, jentene har sløyfer i håret. De står sammen med fire kvinner, hvorav en med sikkerhet har uniform på seg og to med sikkerhet har privat tøy og de ser ut til å være festkledd. Forfatteren av bildekilden beskriver at de voksne er personalet (Seip 1993). Slik understreker bildet at barn må oppholde seg på barneavdelingen uten foreldre ved en festlig anledning i norsk sammenheng i 1893. Situasjonen kan dreie seg om åpningsmarkeringen av den nye barneavdelingen, for 1893 er det året barneavdelingen blir åpnet.

Kysthospital oppstår i Norge på slutten av 1800-tallet. Ett av dem er *Kysthospitalet i Hagevik* ved Os utenfor Bergen som opprettes i 1893 for å behandle barn og voksne med tuberkulose, men som fra 1897 blir et rent barnehospital. Barn var innlagt over tid og gjennomsnittlig liggedager pr pasient var 28 dager i 1895, med en økning til 320 liggedager i 1912. Det fremgår at der er strenge restriksjoner for foreldrebesøk, men ikke et totalt besøksforbud, og i 1894 vedtar styret for hospitalet en bestemmelse om besøksrett ukentlig, begrenset til en time. Bestemmelsen beskrives retrospektivt av historiker Egil Ertresvaag (1993) i *Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år, 1893-1993*:

Forældre eller Paarørende tillades ikke at besøge de i Hospitalet liggende syge Børn mere end en Gang om Ugen og som Regel kun mellem 12 og 13. Besøgende tillades ikke at deltage i Maaltiderne eller overnatte i Hospitalet (*Ertresvaag 1993: 38*).

Selv om det ikke er totalforbud mot foreldrebesøk på sykehus, ser det ikke ut for at foreldre er til stede på bilder av barn på sykehus. På et bilde fra 1907 kan en se små barn på sykehus omringet av sykepleiere og pleiere uten foreldre synlig til stede. Bildet er hentet fra sykepleier Jorunn Mathisens bok om sykepleiehistorie (Mathisen 2006/1993: 153, jf. bilde og bildekommentar nedenfor, fra 1907).

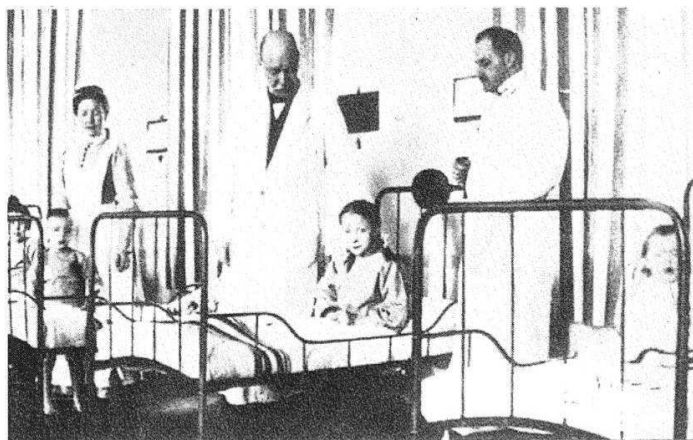


Figur 5.4 «Barnestue» 1907. Nye støtteordninger bidro til at barn i økende grad fikk sykehusbehandling. Ytterst til høyre på bildet sitter Bergljot Larsson Privat eie

*Bildet fra 1907 er fra et ukjent norsk sykehus hentet fra sykepleiehistorieboken til Jorunn Mathisen fra 2006. Om bildet er tatt i et pasientrom for barn eller ikke, vites ikke, men en kan skimte noe som kan ligne et hjørne av en barneseng til venstre i bildet. Pleierne på bildet gir inntrykk av å vite at de skal bli fotografert og de har stilt seg opp med et eller to barn i hvert fang, mens mange av barna er for små til å forstå det. De ser ikke i retning av fotografen. Barna har ulikt tøy på seg, og det ser ikke ut til å være nattøy, med unntak av et større barn til venstre i bildet, der barnet holder en dukke i hånden. Pleieren til høyre i bildet vet bildekildens forfatter navnet på og hun er sykepleier (Melby 2000/1990, Mathisen 2006), og mest sannsynlig er de andre det fordi de bærer samme type uniform. Det er ikke mødre til*

*stede i situasjonen, men hodet til en mannsperson kan sees bak gruppen av pleiere. Det antas å være en lege og ikke en far. Bildet understreker fraværet av foreldre i 1907.*

På samme måte som det ser ut til at barn var alene på norske sykehus ved begynnelsen av 1900-tallet, ser det heller ikke ut til at foreldrene er til stede hos barn ved et svensk sykehus. Bildet fra 1913 nedenfor viser at barna er omringet av leger og sykepleier (Zetterström 1985: 9) (jf. bilde og bildetekst nedenfor, fra 1913).



*Bild 3. Från en vårdavdelning på "nya" Kronprinsessan Lovisas Vårdanstalt för Sjuka Barn, öppnad 1899. Rond med professor Jonas Waern och amanuensen Wilhelm Wernstedt (1913).*

*Bildet fra 1913 viser et pasientrom fra et svensk sykehus med senger der to av de fire barna med sikkerhet oppholder seg i sengene, mens et av barna står ved siden av sengen. Det er vanskelig å vite størrelsen på rommet. En pleier og to leger er til stede ut fra uniformene å dømme, og foreldrene er der ikke, og slik samsvarer det med norske forhold. Situasjonen minner om legevisitten. Flere av barna ser i retning av fotografen, mens legene og pleieren ser ut til å se i en annen retning. Bildet bærer likevel preg av å være oppstilt med personalet langs vegg, med kroppens framside vendt mot fotografen. Kanskje vet de at de blir fotografert, men situasjonen kan likevel ha utgangspunkt i en reell visittsituasjon og ikke en konstruert situasjon.*



Forfatter og redaktør Torolf Elsters (1990) bok om *Rikets hospital, Historien om et lite samfunn i den store verden* tyder på at foreldre også var ekskludert fra norske sykehus på 1920-tallet. Elster skildrer forholdene for barn på et norsk sykehus på 1920-tallet. Her kan man lese om Helge Eivind Torp som 7-åring og hans opplevelse av barneavdelingen i 1920-årene når foreldrene ikke får være hos han. Hans minner viser at barnets underordning under lege og sykepleier er ivaretatt gjennom et strengt regime, og han fremstår som et sannhetsvitne for slik det var, selv om retrospektiv hukommelse kan ha endret noe av inntrykket av det som faktisk skjedde og slik det huskes. Jeg-perspektivet i fortellingen poengterer barnets opplevelse av adskillelse fra foreldrene og de sjeldne foreldrebesøkene. Det tyder på at det var en etablert praksis å adskille barnet fra foreldrene og understreker hvordan barn måtte være alene på sykehus på den tiden:

Jeg så langt etter far og mor, overlatt alene her blant fremmede, og følte at all forbindelse med mine brutalt var kuttet av. En eldre, myndig dame, med stivet hette og forkle sa at nå måtte jeg være flink gutt. Hun spanderte ikke et smil, ikke et vennlig og trøstende ord... Besøkene var opprivende. De fikk bare komme inn en og en om gangen, det ble en halv time på hver... Det var nifst når alle doktorene kom på rekke og rad. Det gjaldt å ligge stille... ellers ble det overhøvling å få etterpå (*Elster 1990: 228-230*).

Ovenfor så vi at det ble argumentert for at foreldre som hadde barn på *Kysthospitalet i Hagevik* skulle få anledning til å besøke barnet sitt i et visst omfang (Ertresvaag 1993: 38). Et bilde fra samme bok kan tyde på at foreldre var ekskludert fra pleien av barn i perioden før 1930. Bildet er ikke tidfestet, men det er hentet fra boken som er skrevet i 1930 av direktør og overlege Herman G. Gade (f.1870-d.1953) (Gade 1930: 8). På bildet bader barn omgitt av sykepleiere eller pleiere og kanskje en voksen person med ukjent rolle, men bildet viser likevel et flertall av barn og få voksne. Å bade var sentralt i tuberkulosebehandlingen og en del av hverdagslivet, og det ser ut til å finne sted uten at foreldre deltar. Barn kunne bo i mange år på kysthospital ofte langt hjemmefra (Ertresvaag 1993: 30-36).



Badeliv.

*Bildet er fra Kysthospitalet i Hagevik – usikker datering, men med sikkerhet tatt før 1930. Situasjonen som er avbildet bærer preg av stor uteaktivitet hos barna, der de prøver å komme seg ut i vannet for å bade i fjæren, der tre pleiere til høyre i bildet passer barna sammen med en mannsperson til venstre i bildet. Pleierne bærer uniformer. Om mannspersonen er en far eller lege er vanskelig å vurdere, men flertallet av barna deltar i badesituasjonen uten foreldre. Barna som er til stede for å bade klarer å forflytte seg selv, kanskje med unntak av to barn til venstre i bildet som sitter. Mellom disse to barna sees et barn med krykker og barnet til høyre for barnet med krykker kan ha klær på seg, ellers er de andre barna nakne eller har kortbukser. De minste barna ser ikke ut til å være til stede for å bade.*

Det var ikke bare bading som var en del av behandlingen av tuberkulose, men barn må også ligge til sengs. Det skjer også uten at foreldrene deltar og ser ut til å ha vært tilfelle ved *Kysthospitalet i Hagevik* før 1940. (Ertresvaag 1993: 48, jf. bilde og bildekommentar nedenfor).



*En liten gruppe av de mange tusener av barn som har vært pasienter ved Hagevik. Mange tilbrakte år preget i smerter og usikkerhet ved hospitalet.*

*Bildet er fra Kysthospitalet i Hagevik. Bildet er ikke tidfestet, men antas til å være fra før 1940-tallet fordi de andre bildene i boken til Ertresvaag (1993) om denne institusjonen er fra før 1940-tallet. Bildet viser et pasientrom, om det er stort eller lite er vanskelig å vite, men det er tett mellom barnesengene og barna oppholder seg i sengene og en ser ingen voksne. Om sengene er flyttet slik for fotograferingen er uvisst, men på veggen bak sengene kan en se noe som ligner på fire kurver som henger der og antallet kurver svarer slik til de fire barna på bildet. Jentene har sløyfer i håret og de har på seg klær som antas å være nattklær med ulikt utseende, og det kan tyde på at det er privat tøy. Barna ser oppmerksomt i retning av fotografen, noe som kan tyde på at det er et planlagt bilde og kanskje en spesiell dag grunnet sløyfene i håret. Hva barna gjør i sengene er uvisst, men en del av tuberkulosebehandlingen innebærer å ha hvile og ro. Tre av jentene sitter oppreist og en ligger. Det kan være behandlingsmessige grunner for at det ene barnet ligger eller det er kanskje for sykt til å sitte oppreist. Barnet kan for øvrig sove (Ertresvaag 1993). Foreldrene er tydelig fraværende i situasjonen og mest sannsynlig i liknende situasjoner.*

Det er ikke bare i norske og svenske helseinstitusjoner at barn avbildes i situasjoner der foreldre ikke er synlig til stede ved barns innleggelse i disse institusjonene. Heller ikke ved danske *Kysthospitalet på Refnæs* er foreldrene synlig til stede på bilder og barn lå til sengs

uten at foreldrene var der. I en bok som ble utgitt i forbindelse med at institusjonen hadde eksistert i 50 år, i perioden 1875-1925, ser en barn på rekke og rad i sengene (Linnemann m.fl., 1925: 41, jf. bilde nedenfor).



*Bildet er fra det danske Kysthospitalet på Refnæs. Bildet er ikke nøyaktig tidfestet, men det er fra perioden 1875-1925. Sykesalen med senger i rekker langs de to langveggene er tydelig som på bildene fra 1852, 1876 og 1893 og rommet har store vindusflater med åpne vinduer øverst, for å slippe inn luft. Frisk luft var viktig i tuberkulosebehandlingen (Gade 1930, Ertresvaag 1993). De fleste barna oppholder seg i sengene, med unntak av barnet til venstre i front av bildet. Noen barn sitter og andre barn ligger og muligens er noen senger uten barn. Som i norsk sammenheng er foreldrene heller ikke til stede i situasjonen og det er slik i samsvar med forrige bilde og norske forhold.*

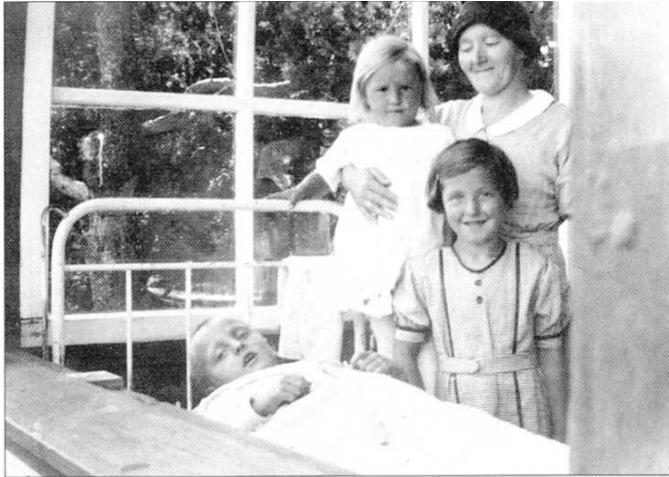
Elster (1990: 232, jf. bilde og bildekommentar nedenfor, fra 1938) viser barns samvær med pleiere ved *Rikshospitalets barneavdeling* i 1938. Her får en et inntrykk av trivsel og idyll til tross for fravær av foreldre.



Barneavdelingen i 1938 – for «foreldreinvasjonen». – Arbeiderbladet

*Ved Rikshospitalets barneavdelingen i 1938 er sykesalen innredet på tilsvarende måte som i 1893, men forskjellen er at barna oppholdere seg utenfor sengene og de leker. Bildet bærer preg av at personene ser i retning av fotografen, men det kan handle om et kort øyeblikks oppmerksomhet fra en fotograf, eller det kan være et mer planlagt og oppstilt bilde hvor barna er plassert i rommet. Situasjonen preges likevel av barn som holder på med ulike aktiviteter rundt i rommet og viser mest sannsynlig den etablerte praksisen i rommet. Her sees en mykere linje med lekende barn enn på bildet fra 1893 fra Rikshospitalet, selv om rommet preges av orden og lyse forhold og av at foreldrene fortsatt er fraværende i situasjonen.*

Nedenfor ser vi et bilde som er hentet fra boken *Kysthospitalet i storm og stille, Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992*. Boken er skrevet og redigert av lokalhistoriker Einar Nord m.fl., og Bjarne Kvalvåg som medforfatter forteller om besøk hjemmefra når han var innlagt ved kysthospitalet som femåring fra 1934 til 1940. Besøket er dokumentert med bilde av mor og søstre på besøk når han ligger i fastspent "gipsseng" ("gipsseng" antas å være en form for behandling for å unngå deformitet ved tuberkuloseangrep i skjelettet) (Kvalvåg 1992: 142).



*"Jeg var fem år og er i en av liggehallene, fastspent i gipsseng og omkranset av mor og to søsken*

*Bildet er fra Kysthospitalet ved Stavern fra perioden 1934-1940. Bildet preges av at personene er oppstilte. Det kan være for å få med alle på bildet på nært hold, og for få dem til å se i retning av fotografen med beskjed om: " smil til fotografen". Det er ikke usannsynlig at fotografen er far til Bjarne Kvalvåg som ligger i sengen. Nettopp fordi forfatteren av bildekilden kjenner barnets navn, kan bildet komme fra familien. Bildet dokumenterer at Bjarne har besøk av mor og søsken.*

Av de 61 bildene jeg har funnet av barn på sykehus og kysthospital fra perioden 1876-1940, er bildet ovenfor fra *Kysthospitalet ved Stavern* fra perioden 1934-1940 det eneste jeg har funnet som med sikkerhet dokumenterer foreldrebesøk.

At foreldre ikke er synlige på bilder i perioden 1876-1940, med unntak av det siste bilde ovenfor er i pakt med de strenge besøksrestriksjonene i det ovenfor nevnte hospitalstyrevedtaket (jf. kap.2.2 og Ertresvaag 1993: 38) og med læreboken i sykepleie (jf. kap.2.1.1 og Waage 1901: 6), og er dessuten i tråd med anbefalingene i læreboken av Jervell som kommer ut i 1941 (Weberg & Sundal 1941: 200-201). Det siste bildet og læreboken i sykepleie fra 1941 markerer på mange vis overgangen til en ny epoke, der det argumenteres for at foreldre bør få være sammen med barna sine på sykehus. Dette skal vi se nærmere på i kapittel 3. Først skal vi stoppe opp ved samfunnskonteksten som muliggjorde eksklusjonspraksisene.

## 2.3 Samfunnskonteksten som gjorde eksklusjonspraksisene mulig

Ovenfor har vi sett at normative og deskriptive kilder fra perioden 1877-1940 tyder på at foreldre var fraværende i pleien av barn på sykehus i denne perioden, selv om de hadde mulighet til begrenset besøk. Nedenfor skal vi se nærmere på samfunnskonteksten som gjorde det mulig for disse eksklusjonspraksisene å oppstå (herkomst).

I siste halvdel av 1800-tallet, da eksklusjonen av foreldre fra sykehus ser ut til å ha oppstått, pågikk det en omfattende industrialisering i Norge og i mange vestlige land. Det er litt ulikt når de forskjellige land blir industrialisert. Historikerne Tore Pryser og Jostein Nerbøvik (f.1938-d.2004) skriver at i Norge skjer det store samfunnsomveltninger i siste halvdel av 1800-tallet i forbindelse med industrialiseringen. Jordbruket blir markedsorientert og det oppstod en hel rekke nye næringer. Underklassene på bygdene flyttet i store flokker til tettsteder og byer eller til Amerika for å finne arbeid. Rundt 1870 bodde 20 % av befolkningen i byer og tettbebyggelse mot 30 % rundt 1900. I løpet av 1800-tallet mer enn fordobles folketallet i Norge. Nedgang i dødeligheten førte til folkeøkning. Teknologiske nyvinninger førte til endrede bolighus. Hjemmene fikk nye funksjoner og barnerollen endret karakter. De store barnekullene var ikke lenger nødvendige for reproduksjonens skyld og for barnarbeidets skyld, og det moderne arbeidslivet oppstår der en stor del av den voksne befolkningen arbeider i industrien (Nerbøvik 1976/1973: 9-46, 2011/1999: 19-99, Pryser 2009/1999: 11-16).

Perioden preges av liberale ideer og utviklingsoptimisme, der det gjøres konkurranseøkonomiske prioriteringer for å fremme en positiv samfunnsutvikling. Krav om fri handel og fri konkurranse ble uttrykt. De frie markedskreftene er sentrale i liberalismen og kommer til uttrykk hos Adam Smith (f.1723-d.1790) i hans hovedverk *The Wealth of Nations* fra 1776, beskrevet av filosofene Gunnar Skirbekk & Nils Gilje (2001/1972: 330-332). Det er bakteppet for foreldres og barns forhold i sykehus.

### 2.3.1 Større avstand mellom barn og voksne i moderne samfunn

I moderne industrisamfunn ble det større avstand mellom barn og voksne, og eksklusjonen av foreldre fra pleien av barn på sykehus i perioden 1877-1940 må forstås i lys av den moderne

tendensen til større avstand mellom foreldre og barn. I det førmoderne Norge hadde skolegang og arbeidsopplæring hovedsakelig funnet sted i hjemmet eller i nær tilknytning til hjemmet. I det moderne Norge som oppstod i siste halvdel av 1800-tallet ble det krav om at alle skulle gå på skole og inntektsarbeidet ble i større grad flyttet ut av hjemmet. Storfamilien ble erstattet med kjernefamilien, og denne lille enheten måtte sørge for å ha arbeid slik at de kunne klare seg selv. I siste halvdel av 1800-tallet var det ingen velferdsstat som sørget for syke og fattige. Dersom barn ble syke og måtte på sykehus var det trolig vanskelig for foreldre å følge med barna dit, fordi det kunne hindre dem i å tjene penger til livets opphold og fordi de mest sannsynlig ikke hadde noen til å ta seg av pass av eventuelle andre barn og husarbeid dersom for eksempel mor skulle følge barnet på sykehus. Dette skal vi se nærmere på nedenfor i dette kapittelet og i kapittel 2.3.2.

Barndomshistoriker Ellen Schrupf (2007: 23-57) peker på at det er vanlig å forklare familiehistorie med utgangspunkt i økonomi og produksjonsliv for å vise hvordan familien har utviklet seg og endret seg. Endringene i økonomien relateres til fremveksten av kapitalismen og den industrielle revolusjon. Familien var før industrialiseringen organisert som en produksjons- og reproduksjonseenhet hvor de økonomiske interessene rådde, og arrangerte ekteskap ble oppfattet som et naturlig fenomen for å ivareta disse interessene. Den industrielle revolusjon førte til at menn og kvinner flyttet og begynte å arbeide utenfor gårdene og de mer hjemmenære verkstedene, og de ble økonomisk uavhengige av familien. På den måten flyttes arbeid vekk fra hjemmet (jf. ovenfor kap.2.3, Nerbøvik 2011/1999, Pryser 2009/1999).

Før industrialiseringen fant det meste av barnearbeidet sted i primærnæringen. Den industrielle revolusjonen medførte at barn i økende grad arbeidet i industrien. I Norge økte uroen for barns oppvekstvilkår som følge av samfunnsendringene med urbanisering, flytting og industrialisering. Det skapte uro i samtiden. Styresmaktene i Norge og andre vestlige industriland debatterte barnearbeid i industrien, men ikke i primærnæringene. Barnearbeid ble tidligere oppfattet som økonomisk og etisk verdifullt, det reduserte lediggang, og det ble oppfattet som å gi selvstendighet og uavhengighet. Mot slutten av 1800-tallet oppfattet sentrale myndigheter det motsatt. Skolefolk, politikere og lovgivere så etter hvert på fabrikkbarnet som utnyttet, unaturlig og skittent, og fabrikkarbeid som unaturlig og skadelig (Schrumpf 2007: 40-81).



Det offentlige engasjementet for å fjerne barna fra industrien kan forklares med modernisering i industrien og nedgangskonjunkturer i siste del av 1870-årene og utover. Det oppstår en nedgang i etterspørselen etter barn i industrien, mens den voksne delen av befolkningen i større grad har behov for sysselsetting. Etter hvert gikk den norske stat inn i barneredningsbevegelsen eller den filantropologiske bevegelse og barndommen ble regulert ved lov. Fabrikktilsynsloven ble vedtatt i Norge i 1892 og det ble forbudt for barn under tolv år å arbeide i industrien, mens barnearbeid i primærnæringen aldri er blitt lovregulert og barn fortsetter å arbeide der (Schrumpf 2007: 40-81). Lovendringen i forhold til industrien markerer at det offentlige ønsker en slutt på barnarbeidet i industrien, men som tidligere nevnt ikke i primærnæringene.

Med et større antall kvinner og menn som jobbet i industrien ble det færre voksne tilgjengelig hjemme til å ta seg av de syke. Få tilgjengelige voksne personer sammen med tilsynet av andre søsken og arbeid i og utenfor hjemmet kan ha gjort det vanskelig å ta seg av syke barn på sykehus. Det forsterkes av at det på den tiden ikke finnes offentlige sykelønnsordninger ved sykdom. Lov om sykeforsikring trer i kraft først i 1911 (Schjøtz 2003: 182-187).

Fremveksten av moderne familiemønster skjer med bakgrunn i industrialiseringen. Individualismen utvikles og ekteskap blir ikke lenger arrangert av økonomiske hensyn, og kjærlighetsekteskapet oppstår. At menn og kvinner blir mer økonomisk uavhengige av familien gjør at en kan velge partnere fritt og det forutsettes mer følelser mellom ektefellene og barna. Den moderne familien utvikles, og det romantiske kjærlighetsidealet som har sin begynnelse etter 1750 forsterkes. Kjernefamilien fremstår som den moderne familieformen og den består i hovedsak av barn og foreldre. Schrumpf viser til den kanadiske historikeren Edward Shorter (1976: 22-78) som understreker at økonomisk uavhengighet gjennom arbeid i industrien gjorde at menn og kvinner kunne velge partnere fritt. Dette kan sees som et brudd med tidlig moderne tid hvor økonomiske interesser dominerte familien i form av økonomisk nød og høy spedbarnsmortalitet. Økonomiske interesser og følelser utelukket hverandre. Schrumpf viser til at på den tiden var det vanlig med en utvidet familie der flere generasjoner og andre slektinger inngikk, sammen med arbeidsfolk og tjenere (Schrumpf 2007: 23-57). Det må sees i sammenheng med det patriarkalske samfunnet som preget den førindustrielle familietypen, der familiefaren bestemte og det offentlige var lite utviklet. Skillet mellom barne- og voksenverden var ikke tydelig (Frønes 1998/1989: 18-22).

Den franske historikeren Philippe Ariès (2003/1960: 56-70, 53-154) (f.1914-d.1984) understreker et slikt brudd/ forandring i barndommens historie, idet barndommen som kognitivt begrep oppstod i overgangen til moderne tid. Før den tid var ikke barnets verden skilt fra den voksnes verden. Videre hevder Ariès (2003/1960: 205) at familiefølelsen ikke eksisterte i middelalderen, men utvikles i den moderne tid. Han beskriver det franske samfunnet. Ved nedgangen av mortalitet i moderne tid ble familien avgrenset og lukket inne i en privat verden (Schrumpf 2007: 15-16). Gjennom industrialiseringen ble familien gradvis privatisert og barna ble trukket inn i familien, og bort fra det åpne torgets liv.

Et moderne demokrati forutsetter et visst opplysningsnivå og markerer fremveksten av det moderne utdanningssystemet. Det opplyste og utdannete barnet ble en forutsetning for den norske selvstendige nasjonalstaten. Først i vår opplyste og demokratiske tid fikk humanitet og et positivt syn på kunnskap og skole innpass, og skolene bygges ut (Schrumpf 2007: 50-51). Samfunnsendringene stilte krav til kunnskap og utdanning. Barns skolegang gjorde at foreldre investerte ressurser i barnet og barnet fikk økt verdi. I skolen ble barnet institusjonalisert og skilt fra voksenverdenen. Reguleringen av barndom ved fabrikktilsynsloven av 1892 må sees i sammenheng med skoleloven av 1889. Skoleloven gav skolefolk et nytt maktmiddel til å kontrollere at barna møtte på skolen. I Norge gikk skolefraværet ned fra 25 % i 1860 til 10 % i 1890. Skolen ble et mektig instrument i omformingen av den norske barndommen. Ansvaret for barneoppdragelse ble overført fra familie og det lokale miljø til offentlige institusjoner og statlige styresmakter. Den moderne skolen innebar en motsetning mellom å utvikle barnet til selvstendighet og til et uavhengig individ på den ene siden, og på den andre siden skulle det underordne seg et skoleregime. Der oppstår en motsetning mellom frihet og tvang, nasjonale mål kontra individuelle ønsker. Fremskrittfortellingene kan sees materialistisk som lønnsomhetsstrategier gjennom barnearbeid i industrien for deretter å bli idehistorisk med fokus på humanisme og et opplyst barn (Schrumpf 2007: 15-16, 50-54, 73-74). Den svenske barndomshistoriker Bengt Sandin (1997: 17-46) poengterer at lovregulering av barnearbeid og skole er to sider av samme sak. De inngikk begge i et større nasjonalt prosjekt for å inkludere norske barna i en obligatorisk skole (Schrumpf 2007: 50-51).

Barn var ansvarlige for egne handlinger i den tidligere familiestaten, og de ble ikke oppfattet som barn. Utover mot slutten av 1800-tallet endret dette synet seg, noe som gjenspeiles i de mange lovendringer. Kriminalloven endres i 1874 og barnet straffes ikke lenger som voksen. I

1896 fikk Norge vergemålsloven og et offentlig barnevern oppstod med filantropisk barneredning innlemmet i staten gjennom omsorg for forsømte barn. Vergerådene kunne fjerne barn fra hjemmene og oppheve foreldremyndigheten, samt fatte vedtak om plassering av barn i barnehjem, fosterfamilier, de nye skolehjemmene og tvangsskolene. Intensjonen var oppdragelse av forsømte barn, mens Foucault (1999/1976) viser til at hundreåret utviklet teknologi til disiplinering gjennom utskillelses-, oppdragelses- og forbedringsanstalter (Foucault 2008/1975, Schrupf 2007: 82-84). En lovregulert barndom ser ut til å oppstå, der det offentlige tar mer ansvar.

Det er ikke bare Lov om folkeskolen av 1889 med en felles obligatorisk skole for barn i alle samfunnslag i by og bygd som etableres. Allerede i 1869 kommer en Lov om offentlige skoler, omtalt som høyere allmennskoler, og benyttes som betegnelse for skoler som skal lede frem til eksamen artium. Gymnasloven av 1896 utdyper disse forhold (Store norske leksikon 2013a, 2013b). Videre kommer det utdanning for yrkesrettet opplæring med landbruksskolene som de første. De opprettes utover 1800-tallet og fra 1880-årene går det offentlige inn i landbruksopplæringen, og i 1910 hadde hvert fylke minst én skole (Store norske leksikon 2013c). Gjennom utvikling og opprettelse av offentlige skoler som reguleres ved lover får voksne personer tilgang til offentlig allmennutdanning og utdanning til et yrke, og barna får obligatorisk skolegang. Det inngår i det moderne demokratiet som forutsetter et visst opplysningsnivå i befolkningen og markerer slik fremveksten av et moderne utdanningssystem.

Den offentlige inngripen og barneredningsbevegelsen som arbeider for å integrere barn i en lovhjemlet offentlig skole og utestenge dem fra fabrikkene, fører samlet sett til at et skille gradvis oppstår mellom barne- og voksenverden. Barneredningen, som i utgangspunktet fremstår som familievennlig og barnevennlig kan vise seg, når staten overtar, å ha andre hensikter, nemlig det å gjøre de voksne til arbeidstakere i industrien. I det bildet er det forståelig at barn og voksne blir skilt fra hverandre når barn er på sykehus.

### **2.3.2 Privat- og samfunnsøkonomisk ugunstig at foreldre er sammen med barn på sykehus**

I kapitlene 2.3 og 2.3.1 har jeg argumentert for at eksklusjonspraksisene kan forstås i lys av den avstand som oppstår mellom foreldre og barn i liberale moderne industrisamfunn. Videre vil jeg argumentere for at det kan ha vært økonomisk gunstig å adskille barn og foreldre på sykehus. Staten kan skape inntrykk av at barn har best av å være i institusjoner for å oppdras og opplæres til opplyste samfunnsborgere, mens det egentlige hensynet kanskje er å skille barn og foreldre slik at foreldre kan være i arbeid, da foreldres fravær fra produksjonen kan skade samfunnsøkonomien. Ut fra Foucaults tenkning kan en argumentere for at nettopp økonomiske hensyn ligger til grunn for liberalismens økonomiske tenkning med frie markedskrefter som forutsetning for kapitalismen og fremveksten av det moderne samfunn (Foucault 2008/1975: 9-195, Hermann 2000: 4-7, Utaker 2005: 9-31). Privatøkonomiske forhold kan også ha medvirket til at foreldre ikke pleiet barn på sykehus, fordi foreldre kunne tape penger dersom de var borte fra arbeidet. Før 1911, var det ikke sykkelønnsordninger og andre trygdeytelser i Norge. Selv etter 1911 er det lite sannsynlig at foreldre fikk sykkelønn for å være sammen med barna sine på sykehus, for det var først i etterkrigstiden at det begynte å bli et visst rom for at foreldre kunne få sykepenger for å være sammen med barnet sitt på sykehus (Schjøtz 2003: 182-187, Sosialdepartementet 1979, jf. kap.3.3).

Den adskillelsen som oppstår mellom barn og foreldre i moderne industrisamfunn, med tilhørende umyndiggjøring av foreldre, og forventninger om at unge mennesker (foreldre) bør være produktive, gjør det forståelig at foreldre ikke er med barnet på sykehus. I det moderne samfunnet overtar staten ansvaret for både barnets oppdragelse og helse. Foreldrene produserer varer og tjenester som gjør det økonomisk mulig for staten å forme barn som er interessante for moderne industrisamfunn.

### **2.3.3 Fremveksten av moderne helsevesen**

Nedenfor vil jeg argumentere for at eksklusjon av foreldre når barn er på sykehus også må sees i sammenheng med det moderne helsevesenets fremvekst, der medisinsk kontroll over

befolkningshelse og sykdommer inngår og sykdomsbehandlingen overføres fra hjem til institusjon i større grad.

### 2.3.3.1 Lovregulert internering av syke

Ovenfor (jf. kap.2.3) har jeg argumentert for at eksklusjon av foreldre fra pleien av barn på sykehus er forståelig i lys av utviklingen av moderne familiemønster og moderne utdanningssystem. Nedenfor vil jeg argumentere for at eksklusjonspraksisene også er forståelige i lys av industrialiseringen, med tilhørende juridiske reguleringer og den sentrale rolle legene fikk i det statlige arbeidet med å overvåke helsen i samfunnet for å sikre en frisk og produktiv befolkning.

I siste halvdel av 1800-tallet var infeksjoner en stor trussel mot folkehelsen. Koleraepidemiene ebbet ut i siste halvdel av 1800-tallet, mens nye truende sykdommer dukket opp. Epidemier med lepra, tuberkulose, difteri, tyfoidfeber og akutte diareer er de dominerende sykdomstilstander i befolkningen, slik det rapporteres av *Medisinalberetningen* på slutten av 1800-tallet. Det var få medisinske intervensjonsmuligheter tilgjengelig på den tiden, og det som vektlegges er kartlegging og internering av de smittede i hjem eller sykehus gjennom karantenetiltak, samt forebygging gjennom folkeopplysning, hygieniske og sanitære tiltak (Schiøtz 2003: 51-77) (jf. kap.2.3). At infeksjoner var utbredte, ikke minst blant barn, kan illustreres med et eksempel fra 1882. Det året ble det utskrevet 45 pasienter fra *Christiania Fødselsstiftelses Børnehospital*, 37 barn og 8 mødre, hvorav seks nyfødte barn. 20 av disse 37 barna var på sykehus grunnet infeksjoner med overvekt av tuberkulose. 90 % av barna ble behandlet for fattigvesenets regning. Tilsvarende tall fra *Rikshospitalets barneavdeling* i 1884 viser at 56,7 % av barna ble utskrevet med infeksjonsdiagnoser. 22,7 % av barna innlagt i 1884 døde i avdelingen hvorav 20 % av dødsfallene var forårsaket av infeksjoner. Spedbarnsdødeligheten i Norge var 10 % i 1860 (Seip 1993: 15-61). Spedbarnsdødeligheten var en målestokk på barnets helse og gjenspeiler helsetilstanden generelt i samfunnet. I tidsrommet 1893-1960 avtok spedbarnsdødeligheten i Norge fra 10 % til 2 % (Seip 1993: 61).

Industrialiseringen av vestlige samfunn med tilhørende konkurranseøkonomi førte til store samfunnsomveltninger (jf. kap.2.3). Industrialisering førte til at folk flyttet fra landsbygda til

bymessige områder for å finne arbeid i industribedriftene (Nerbøvik 2011/1999: 19). Dette skapte uforutsette og alvorlige helseproblemer. *Sunnhetsloven av 1860* førte til en kraftig endring av det norske offentlige helsevesen med større rett til inngripen i menneskers liv. Denne endringen var epokegjørende med fokus på opplysningsvirksomhet på landsbygda og sanering av risikofaktorer i byene for å bedre befolkningens livsvilkår. Det medførte en regulering av enkeltindividets handlefrihet til fordel for fellesskapet, selv om loven er beskrevet som en demokratisk innretning basert på miasmelæren hvor karantenetiltak ikke var nødvendig. Det er slik historiker Ole Moseng (2003: 57-77) skriver om det. Martinsen (2003/1989: 169-181) omtaler perioden 1832-1848 med bedring av arbeiderklassens usanitære leveforhold som den engelske sanitation-bevegelsen, helsereformbevegelsen (*Sanitation Movement*). Fokuset er fremtredende i Nightingales (1997/1860: 51-72, 192-209) bok *Notater om sykepleie (Notes on nursing)*. Nightingale grunnla moderne sykepleie og var sentral i det hygieniske arbeidet gjennom sanitation-bevegelsen (Boge 2008: 38-42, Sydnes 2001: 77-102). Den norske *Sunnhetsloven av 1860* med fokus på å bedre livsvilkårene for arbeiderklassen har sine røtter i den engelske sanitation-bevegelsen som var basert på en miasmatiske sykdomsforståelse, og de gale teoriene førte til praktisk handling med gode resultater (Martinsen 2003/1989: 169-181). Sunnhetskommisjonene iverksatte og håndhevet loven og den nye loven medførte utvidet ansvarsområde for legene med sterk regulering av befolkningens ve og vel. Før den tid har legene fra 1803 hatt ansvar for årlig å rapportere om befolkningens helse til sentrale myndigheter gjennom medisinalberetningenes statistikk om fødsels- og dødsrater, slik skriver historiker Aina Schiøtz (2003: 25-77). Medisinsk kontroll av befolkningens helse og sykdommer kan i fortsettelsen reguleres og håndheves i tråd med Sunnhetsloven.

Perioden på slutten av 1800-tallet i Norge preges av utbygging av kysthospital, sykehus og sanatorier (jf. kap.2.2). Helseinstitusjoner for syke har eksistert før den tid. Middelalderens hospital og institusjoner basert på barmhjertighet blir til en todeling av hospitalene i Europa i siste halvdel av 1600-tallet og 1700-tallet: undervisningsklinikker som forskningspraksis uten behandling og allmennhospitaller (tukthus, fattighus, arbeidshus) hvor ”moralisk” behandling og oppbevaring skjer. Der oppholder fattigfolk seg. Fattiglegene i allmennhospitalene er opptatt av epidemiene og offentlig hygiene (gjennom statistikk). Etter den franske revolusjonen i tiden 1789-1849 blir de to tradisjonene koblet sammen i klinikkene og behandlingen blir blant annet å reparere mennesket i et perspektiv av nyttig arbeidskraft. Den

moderne sykehusklinikk oppstår (jf. kap.1.5, Foucault 2000/1963, Martinsen 2003/1989: 142-168).

De første barnesykehus og barneavdelinger opprettes på 1800-tallet. *Hôpital des Enfants Malades* i Paris ble etablert i 1802 som det første. Deretter opprettes *Charité-sykehuset* i Berlin i 1830 og en avdeling i St. Petersburg i 1834 (Seip 1993: 10-28). I 1852 åpnet barnesykehuset *Hospital for Sick Children*, Great Ormond Street i London (Zetterström 1985: 8). I Norden ble de første barnesykehusene opprettet i Stockholm rundt 1854 og i 1859 i Göteborg. I Europa var det 25 barnesykehus og barneavdelinger før 1850 og før 1880 ytterligere 67. De første sykehusene var mer oppbevaringsanstalter (Seip 1993: 10-28).

*Christiania Fødselsstiftelsens Børnehospital* ble, som første norske barnesykehus, etablert i Christiania (Kristiania, Oslo) i 1855 (jf. kap.2.2). Flertallet av barna var innlagt for infeksjoner (Seip 1993: 10-28). Gangkonene pleiet barna som var innlagt i den første perioden. De ble gradvis erstattet av diakonissesykepleiere utdannet ved Kaiserswerth, grunnlagt i 1836, og etter hvert fra *Diakonissehuset i Oslo*, grunnlagt i 1868 (Grindaker 1993: 73-79, jf. kap.2.3). I diakonissesykepleien vektlegges praktisk sykepleie med ivaretagelse av god hygiene for å senke sykehusdødeligheten (Grindaker 1993: 73-75, Martinsen 1984: 25-27, 51-67, Nissen 2000/1877: 19-21). Adskillelse fra foreldre var vanlig praksis grunnet begrenset besøkstid før 1950 (Seip 1993: 36).

Børnehospitalet i Christiania og Rikshospitalets første periode var først og fremst en sykehusavdeling for Oslo bys aller fattigste befolkning og barna var innlagt for fattigvesenets regning. I 1894 var 90 % av pasientene hjemmehørende i Oslo (medregnet Aker kommune) og i 1921 var 80 % hjemmehørende der. I 1949 var 64,5 % av pasientene fra fjernere steder, i hovedsak fra Sørlandet og Østlandet (Seip 1993: 10-42). En må anta at barna er innlagt i vanlige avdelinger i sykehusene ellers i landet, grunnet få barneavdelinger. Dette bekreftes på et senere tidspunkt (jf. kap.1.5.2 og kap.3.6). I tillegg er barn innlagt på kysthospital og sanatorier (jf. kap.2.2 og kap.2.3). Ved inngangen til 1900-tallet var det i Norge ca femti sykehus og antallet steg til 197 i 1938. I 1830 var en tredjedel av Fredrikstad sykehus sine 50-60 inneliggende pasienter barn (Mathisen 2006/1993: 111, 194). Hvilken alder som defineres som barn fremgår ikke.

Den høye spedbarnsmortaliteten var en viktig motivasjon for å bedre barnehelsen i Norge og blir en del av myndighetenes barneredningsbevegelse. Lovgivning om jordmorvesenet i 1801 skulle sikre at barnet overlevde fødselen og overlevde spedbarnsperioden gjennom bedre hygiene og høyere grad av amming (Schumpf 2007: 32, 88). Antallet barnefødsler reduseres mot slutten av 1800-tallet (jf. kap.2.3) som et resultat av flere forhold. Spedbarnsdødeligheten reduseres, og da familiens organisering som en produksjons- og reproduksjonsenhet ikke lenger har samme betydning som før industrialiseringen (jf. kap.2.3), avtar behovet for mange barn i familien. Foreldrene trengs i industrien, men ikke barna. Dette kan være med på å forklare hvorfor staten overtar ansvaret for barns opplæring og oppdragelse, og kan sees som ledd i å frigjøre den voksne befolkning i produksjonens tjeneste.

Eksklusjonspraksisene er forståelige i lys av industrialiseringen av Norge og vestlige samfunn, der folkehelsen utfordres og tilsvaret er utviklingen av moderne helsevesen og moderne sykehus med tilhørende juridiske reguleringer. Legene og sykepleiere fikk en sentral rolle i det statlige arbeidet med å overvåke helsen i samfunnet for å sikre en frisk og produktiv befolkning ved å minimalisere smitterisiko.

### **2.3.4 Faglig interessant at barn var alene på sykehus**

Nedenfor vil jeg argumentere for at det også kan ha vært faglig interessant å ekskludere foreldre fra pleien for å kunne forme barna til medgjørilige og disiplinerte medisinske objekter.

#### **2.3.4.1 Observasjoner og behandling**

Ved å samle de syke barna i institusjoner fikk legene en utmerket anledning til å observere sykdommer og prøve ut behandlinger uten at utenforstående fikk innblikk i det som foregikk, og uten innblanding fra bekymrede foreldre (jf. kap.2.1 og kap.2.2, Foucault 2000/1963, 2008/1975).

Legene trengte medhjelpere som kunne hjelpe dem med observasjoner, behandlinger og pleie av de syke, og sykepleie som faglært yrke oppstår mot slutten av 1800-tallet samtidig med fremveksten av det moderne sykehus. I sykehusklinikkene skjer medisinsk overvåkning ved



regelmessige observasjoner av sykdommer og smittefare. Legene får den dominerende rollen innad i sykehusklinikken og fortrenger de av personalet som har religiøse oppgaver, men legen trenger hjelp. Den underordnede medisinske rollen ved observasjon og eksaminasjon av pasienter skaper yrkeskategorien sykepleier. Den disiplinerte sykehusklinikken blir et sted for medisin som disiplin hvor sykepleier hjelper legene med observasjonsoppgavene (jf. kap.1.5.2, kap.2.3, Foucault 2008/1975: 129, 163-164). Renessansen, etterfulgt av opplysningstiden, danner grunnlaget for den moderne tid. Mennesker som under den industrielle revolusjon hadde flyttet inn til byene for å få arbeid, manglet sosialt nettverk under sykdom. Arbeiderklassens kvinner ble i større grad arbeidskraft i industrien (Nerbøvik 2011/1999: 20-36, 85-94), og det kan ha hatt betydning for antallet tilgjengelige kvinner i en del av befolkningen til å pleie syke barn. Ved barns innleggelse på sykehus har pleien av barn gått veien om ufaglærte oppvartersker, våkekoner, gangkoner og piker til den moderne sykepleie (Schjötz 2003: 123-171). Frederiksens (2005: 73-87) studie viser i dansk sammenheng hvordan disse ufaglærte kvinner som har pleiet den syke gradvis blir problematisert, og det blir argumentert for at utdannede og faglærte sykepleiere bør pleie den syke. Gjennom personkarakteristikker ved manglende danning fremstår disse ”utdannede” kvinner som motbilder til de utdannede sykepleiere, og legene beskrives som sentrale i å argumentere for sykepleiere med utdanning. Det må sees i sammenheng med de store samfunnsomveltningene som fant sted i forbindelse med industrialiseringen og at det oppstod en rekke nye yrker, blant annet moderne sykepleie (Mathisen 2006/1993: 121-124). Eksklusjonen av foreldrene faller sammen i tid med fremveksten av det moderne sykehus og den moderne sykepleie. Det kan ha muliggjort å observere og behandle barna uten foreldrene til stede og barna har kunnet formes til medgjørliche og disiplinerte medisinske objekter.

En viktig begivenhet i sykepleiens historie er grunnleggelsen av *Diakonissehuset i Kaiserswerth* i 1836 i Tyskland, opprettet av ekteparet Fliedner ut fra et engasjement for de nødstilte i samfunnet. Hit kom betydningsfulle personer som Florence Nightingale, diakonisse Cathinka Guldberg og diakonisse Rikke Nissen for å lære sykepleie (Mathisen 2006/1993: 89-99). Overklassekvinnen Florence Nightingale opprettet en selvstendig fagskole for sykepleiere ved *St. Thomas Hospital* i London i 1860. Denne utdanningen blir regnet som starten på moderne, faglært, sykepleie. At ikke utdanningen i Kaiserswerth markerer starten på moderne sykepleie, har trolig sammenheng med at de der ikke la større vekt på hygiene og at prestene hadde en sentral rolle. I Nightingales utdanning fikk hygiene en sentral plass.

Nightingale var opptatt av sykepleiens sentrale rolle i den hygieniske folkeopplysningen, men samtidig så hun behovet for hygiene i de medisinske sykehusklinikker. I de medisinske sykehusklinikene ble sykepleierne underlagt legenes faglige autoritet (Martinsen 1984: 28-92, Sydnes 2001: 77-102, Schiøtz 2003: 123-171, Mathisen 2006/1993: 86-135, Boge 2008: 38-42).

I Norge åpnet *Diakonisseanstalten i Kristiania* i 1868 (også omtalt som Diakonisseanstalten i Christiania). Cathinka Guldberg (f.1840-d.1919) ble forstanderinne. *Foreningen for Kristiania Indremisjon* (også omtalt som Christiania Indremisjon, for senere å omtales som Oslo Indremisjon) tok initiativ til å gjenopplive oldkirkens diakoni. De var engasjert i fattigpleien i byen og så behovet for kyndige sykepleiere. Dette var Norges første sykepleieutdanning. Rikke Nissen var tilknyttet diakonisseanstalten som sykepleier. Hun skrev *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* i 1877, den første norske læreboken (Martinsen 1984: 28-92, Mathisen 2006/1993: 86-135, Schiøtz 2003: 123-171). Pleien av spedbarn er beskrevet, men ellers er det lite om barn. Hun er inspirert av Florence Nightingale. Nissen spør om den kristne kjærlighet er nok i utøvelsen av sykepleie. Hun argumenterer for utdanning, det er uforsvarlig å overlate sykepleien i rå og uvitende hender (Nissen 2000/1877: 19-26). Dette stemmer med at Rikshospitalets overleger og direksjon i samme tidsrom tok initiativ til å sende to ”fruentimmer” eller jomfruer til Kaiserswerth for å lære sykepleie (Martinsen 1984: 32-34, Mathisen 2006/1993: 86-135). Legene var ikke fornøyde med gangkonenes arbeid og ønsket faglærte sykepleiere (Grindaker 1993: 73-79, Martinsen 1984: 28-92). Nissen representerer begynnelsen av faglig utdannede sykepleiere i Norge og hun er tydelig inspirert av Nightingales hygienetenkning om lys, luft og renslighet (Grindaker 1993: 75, Martinsen 1984: 136-172, Mathisen 2006/1993: 112-113, Nightingale 1997/1860: 36-72, 136-148, Nissen 2000/1877: 21-73). De moderne sykepleierne kan ha bidratt til å forme barna til medgjørlige og disiplinerte medisinske objekter.

## **2.4 Viten som kunne understøtte eksklusjonspraksisene**

Ovenfor har jeg undersøkt de samfunnsmessige mulighetsbetingelsene for eksklusjon av foreldre når barn var på sykehus. Jeg har argumentert for at eksklusjonspraksisene kan virke forståelige i lys av det moderne samfunn og argumentert for en samfunnsutvikling med større avstand mellom barn og voksne, der adskillelse mellom barn og foreldre når barn er på

sykehus naturlig passer inn, og at det kan være samfunns- og privatøkonomisk fordelaktig at barn er alene på sykehus. Videre har jeg argumentert for at det kan være faglig interessant at barn er alene på sykehus for å fremme barn som disiplinerte medisinske objekter.

Denne studien startet med en antagelse om at viten kunne ha blitt brukt til å understøtte samfunnsnyttig interessante inklusjons- og eksklusjonspraksiser. I forlengelsen av antagelsen ble det blant annet antatt at nøyaktige reglement, instruksjoner, observasjoner og bygningskonstruksjoner kunne brukes til å kontrollere og forme individ til føyelige og underdanige objekter som både var medisinsk interessante og samfunnsnyttige, og at ulike former for viten kunne være med på å understøtte praksisene (Foucault 1999/1976, 2008/1975, i kap.1.5). I dette kapitlet vil jeg argumentere for at viten om det biologiske mennesket hadde stor gjennomslagskraft i perioden 1877-1940, og at slik viten kunne være med på å understøtte at foreldre var ekskludert fra sykehusene for å hindre smittespredning. Små barn kunne være på sykehus i måneder uten foreldre, hvor de kunne bli utsatt for grundige observasjoner og hvor de gjennomgikk tøffe behandlingsopplegg. Barna kunne bli overlatt til pleiere som kunne ha liten forståelse for det enkelte barns livssituasjon, opplevelser og ønsker. Mangel på lydighet og underdanighet ble strengt straffet. Barna som var på sykehus i perioden 1877-1940 hadde liten og ingen mulighet for å søke trøst og støtte hos mor og far.

#### **2.4.1 Naturvitenskapelig forståelse av kropp og sykdom i medisinske sykehusklinikker**

Parallelt med industrialiserings- og demokratiseringsprosesser oppstod en naturvitenskapelig forståelse av naturen og menneskekroppen. Mange av opplysningstidens tenkere var empirister og betonte at viten kommer fra sanseerfaringer. Målet var å bekjempe overtro og falske forestillinger, samt å fremme teknologisk, økonomisk, politisk og sosiale fremskritt. Det er slik filosofen Harald Grimen (2004/2000: 18-34) (f.1955-d.2011) omtaler perioden der foreldre blir ekskludert.

Foreldres ekskludering fra sykehus i moderne tid skjer under fremveksten av de moderne medisinske sykehusklinikker der barn kan interneres og observeres. Sykehusklinikkenes funksjon preges av at objektive data om individenes sykdomstilstander blir innhentet gjennom

observasjoner for så å brukes til å diagnostisere og behandle tilstandene. Mot slutten av 1800-tallet er tilgangen til behandling begrenset (jf. kap.2.3, Foucault 2000/1963, Martinsen 2003/1989: 142-168). Sykehusklinikens fremvekst skjer i en periode hvor vitenstrukturer er preget av en overgang til et tredimensjonalt blikk hvor organfunksjoner og indre funksjonelle ulikheter med deres strukturer blir utviklet. Det er en overgang fra et overflateblikk som registrerte det som var synlig for øyet, de utvendige strukturer. Den biologiske kroppen kan observeres, bearbeides og manipuleres ved naturvitenskapens innpass (Foucault 2000/1963, Martinsen 2003/1989: 142-168, Schaanning 1993a: 198). To medisinske strategier utvikles, en konservativ og en radikal strategi. Den konservative er å se behandling i lys av at mennesket er mer enn summen av de deler det består av. Sykdom er ikke et spesifikt fenomen, men en generell tilstand. Behandling må være mer helhetlig enn spesifikk.

Den hippokratiske, helseorienterte forståelsen av sykdom holdt seg til slutten av 1800-tallet (den stammer fra antikkens Hellas). Rundt 1880 oppstod den bakteriologiske sykdomsteori og medisinen ble behandlingsorientert og sykdomsorientert. Den radikale strategi ser sykdom som et spesifikt fenomen. Lidelser har et sete, de lar seg lokalisere. Det som ikke lar seg lokalisere har heller ikke eksistens. Radikal sykdomsbehandling er som reparasjon eller forbedring av en maskin. Det innebærer å gjøre legekunsten til en eksakt vitenskap og et nøyaktig studium av symptomer hvor behandling er rettet mot ethvert tilfelle i et system av sykdommer. Medisinsk praksis, dens begreper, metoder og forståelsesramme i industrisamfunnet dannes og formes gjennom institusjonens utvikling i avhengighet av de økonomiske og samfunnsmessige forhold (Martinsen 2003/1989: 142-168). Det er denne praksisens herkomst (Foucault 2002/1994b: 225). Martinsen (2003/1989: 142-168) er inspirert av Foucaults tenkning og benytter hans institusjonskritiske perspektiv for å vise den moderne sykehusklinikens fremvekst.

Naturvitenskapens gjennombrudd i medisinen kom på 1800-tallet. Demystifiseringen av mennesket som startet i renessansen fortsetter. Medisinen er innvevet i politiske sammenhenger, og ved å sette medisinen inn i den samfunnsmessige sammenhengen kan en forstå medisinen i nyere tid. Spekulativ rasjonalisme der mennesket forklares metafysisk, og radikal empirisme der en listet opp symptomer stod i motsetning til hverandre. Dette kulminerer i utviklingen av et naturvitenskapelig erfaringsbegrep. Foucault betegner det som ”det kliniske blikks utvikling”, og dette er sterkt knyttet til institusjonens utvikling.

Forsoningen mellom teoretisk viten og klinisk viten gjør den kliniske erfaringen naturvitenskapelig og institusjonsrettet. Sykdom knyttes til organ, vev og celler. Den hippokratiske medisin med legens blikk som speiler personens lidelse blir til det observerende blikk (Foucault 2000/1963, Martinsen 2003/1989: 142-168). I denne strategien sees sykdom som et spesifikt og avgrenset fenomen og observasjoner gjøres for innhenting av objektiverende viten (jf. kap.1.5.2).

Fremveksten av de ovenfor nevnte medisinske sykehusklinikker med en naturvitenskapelig forståelse av kropp, sykdom og hygiene opptrer samtidig med at foreldre ekskluderes og fremstår som vitensbasert mulighetsbetingelser for eksklusjonspraksisene.

Denne perioden preges av oppdagelsen av bakteriene og viten om bakteriene medførte større inngripen i befolkningen i form av karantenetiltak. Revideringen av lepraloven i 1885 griper sterkere inn i individets frihet til fordel for fellesskapets interesser. De syke kan isoleres i hjemmene eller tvangsinnlegges på sykehus. Det samsvarer med tuberkuloseloven av 1900. Det blir lovhjemlet at lege og myndighet kan gripe inn overfor enkeltindividet for å stoppe smitte. De kan isolere personen fra omverden, og landets første statlige institusjon for tuberkuløse blir opprettet i 1896 ved *Reknes Sanatorium* i Molde. Leprasykehusene finnes allerede (Schjøtz 2003: 25-77). Det tette samarbeidet mellom legene og myndighetene, basert på miasmelæren, kontagionisme-smitteteorien og mikrobeteorien og ivaretatt gjennom lovgivning, kan ha dannet grunnlag for å skape og opprettholde eksklusjonspraksisen av foreldrene fra sykehus. Ivaretakelsen av kollektivets interesser på bekostning av individets frihet prioriteres (Schjøtz 2003: 41-110):

Disiplinering, stigmatisering, kontroll og isolasjon av de syke, de man antok var syke og ikke sjelden deres familier, hører til historiens skyggesider (Schjøtz 2003: 77).

Parallelt med å vektlegge hygienetiltak i samfunnet generelt, blir hygiene og renslighet viktig i sykehusene (jf. ovenfor kap.2.4). Nightingale (1997/1860: 33-34) var opptatt av den høye barnedødeligheten og var kritisk til at opprettelsen av barnesykehus i London skulle kunne avhjelpe dette. Mangelfull renslighet i sykehusene ville heller øke dødeligheten. Hun skriver at ett av hvert syvende fødte spedbarn i London dør før fylte ett år. Hennes fokus var lys, luft og renslighet knyttet til boligforhold med fokus på de sanitære forhold basert på en miasmatiske forståelse av sykdom. I Norge er en opptatt av spedbarnsdødeligheten på tilsvarende vis (Martinsen 2003/1989: 182-206, Schjøtz 2003: 95-110). Nissen (2000/1877:

26) hentet inspirasjon fra Nightingales bok. Nightingale (1997/1860) skrev flere versjoner av læreboken fra 1860. Noen versjoner var beregnet på sykehus og faglært sykepleie mens andre var beregnet på folk flest. Nissens bok bærer preg av å være skrevet for sykepleie med sykehuset som ramme. Hun har valgt å vektlegge spedbarn i pleien for å bedre deres overlevelse, men for øvrig vektlegger hun hygieniske hensyn i pleien, der barn i andre aldre ikke har spesiell prioritet.

Foucault omtaler helsevesenets fremvekst (jf. kap.2.3) gjennom 1800-tallet som ”statsmedisin” og hevder at staten benytter legens viten og makt til å registrere døds-, sykdoms- og fødselsrate, slik det skjer gjennom medisinalberetningen (jf. kap.2.3). Det gir staten kontroll, gjør staten sterk og bygger nasjonen. Sunnhetsloven kan sees i sammenheng med Foucaults begrep om ”bymedisin” hvor man er opptatt av omgivelsene, renslighet og sanitære forhold som påvirker ens helse og fokuset er på å bedre forholdene. Internering i sykehus eller isolering i hjemmene, legalisert gjennom lepra- og tuberkuloseloven, kan sees som ”arbeidskraftmedisin”, der en sterk arbeidsbefolkning oppnås ved å skille de syke fra de friske (Foucault 2002/1994c: 134-156, Martinsen 2003/1989: 169-181, jf. kap.1.5.3). De ulike tiltakene legitimeres ved hjelp av medisinsk hygieneviten og myndighetene samarbeider tett med legene og vektlegger lys, luft og renslighet.

Det kan se ut som at smitteteorier har vært brukt til å underbygge utestengning av foreldrene fra pleien, ikke først og fremst for barnets del, men for å beskytte befolkningen mot smitte. Smitteteorier kan ha vært med på å legitimere sunnhetsloven, lepraloven og tuberkuloseloven. Dette lovverket skulle fremme en sterk og produktiv befolkning som understøtter økonomiske interesser (Foucault 2008/1975: 25-35).

Det antas at det etableres praksiser med å isolere barnet uten foreldrene, håndhevet i tett samarbeid mellom leger og styresmakter, legalisert gjennom lover (Schiøtz 2003: 41-110). Legene har makt knyttet til hygieneviten, og myndighetene benytter legenes viten og makt til å oppnå en ønsket praksis, nemlig å avgrense smitte ved sykepleiers hjelp. Sykepleier håndhever hygieniske tiltak og stenger foreldrene ute fra pleien (jf. kap.2.4). Det blir hevdet at det er kausale sammenhenger mellom mikrober og sykdommer (Schiøtz 2003: 51-77). Disse sammenhengene kan ha fungert som ytre styrt disiplinering. Det begrunnes med at enkeltindividet integrerer trusselen om smitte, det skapes frykt for smitte og sykdom, og det

etableres holdninger om hvordan smitte kan hindres. Isolering av de smittede godtas. Befolkningens velferd blir ivaretatt sammen med ro og orden. Datidens foreldre antas å disiplineres til å etterlate barna sine på sykehus for å hindre smitte i befolkningen. Dette til tross for at det er rapportert i ettertid at ca 50 % av barnas innleggelser ved Børnehospitalet i Christiania skyldes infeksjon og resten ikke, men dødsprosenten var høy for de med infeksjoner (jf. kap.2.3 og kap.2.4). Det kan se ut som om beskyttelse av befolkningen ble prioritert på bekostning av barnets behov for foreldre, men det er også mulig at foreldre ikke hadde økonomi til å være hos barna. Ut fra Foucaults (2008/1975: 212, 259) tenkning kan man omtale barns innleggelse på sykehus som en innesperringspraksis som blir understøttet ved hjelp av ideer om miasmer og objektive teorier om mikrober med det mål å frembringe en sterk og produktiv befolkning (jf. kap.1.5.3).

## **2.4.2 Forholdet mellom eksklusjonspraksisene og hygieneviten**

Sykepleiestudiene til Boge (2008), Frederiksen (2005) og Beedholm (2003/2002) viser at hygiene har hatt en sentral plass i sykepleiefaget. Moderne sykepleie ser ut til å ha oppstått i forlengelsen av hygienebevegelsen eller *Sanitation Movement*, der Florence Nightingale, som regnes som grunnleggeren av moderne sykepleie, var en spydspiss (Sydnes 2001: 77-102). I denne studien om inklusjon/ eksklusjon av foreldre fra pleien av barn på sykehus, har hygieneviten blitt behandlet som en form for objektiverende viten fordi hygieneviten har vært basert på ideer om miasmer og teorier om mikrober (jf. kap.1.5.3 og Foucault 2008/1975).

### **2.4.2.1 Hygieneideologi og hygieneteori**

Mikrobeteoriens innpass i medisinen introduserte en forståelse av smitte som årsak til infeksjonssykdommer og dermed tanker om hvordan man skulle kunne forebygge smitte. Å forstå smitte ut fra mikrobeteorien avløste forståelsen av smitte/ kontagionisme og miasme som årsak til sykdom. Miasme og kontagionisme var sentrale som årsaksforståelser for sykdom helt frem til slutten av 1800-tallet. Historikerne Moseng (2003: 283-313) og Schjøtz (2003: 25-122) omtaler smitteteoriens betydning i *Det offentlige helsevesenets historie i Norge 1603-2003*.

Miasmelæren og kontagionisme/ smitteteori: De to sykdomsforståelsene av epidemiske sykdommer, miasme og kontagionisme/ smitte, er ikke klart adskilte og har eksistert fra antikkens tid. Smitte i miasmelæren er en form for flyktig og plutselig utviklete sykdomsfremkallende smittestoffer som formidles gjennom jord, luft, vann og berøring. Slike smittestoffer oppstår ved dårlig klima, uheldige planetkonstellasjoner, forråtnelse, jordskjelv og vulkanutbrudd. Smitten var harmløs, det var andre betingelser som avgjorde om smitten ble forandret til miasmer og ble til sykdom. Betingelsene kom i form av en uorden, med blant annet ekskrementer og utdunstninger og personer eller samfunn som hadde en mottakelig "konstitusjon". Sykdommen bekjempes ved å fjerne skitt og lort. Sykdommen bredte seg gjennom utdunstninger fra den syke fra åndedrettet, huden og gjennom berøring av gjenstander som har vært i kontakt med den syke. Den læren stod sterkt på 1830-tallet i Norge. Forståelsen av kontagionisme/ smitteteori antas å være av noe yngre dato enn miasme. Smitte her er "sykdomsfrø" som spres gjennom luften, ved personkontakt og via gjenstander. Epidemiens natur skapte debatt og uenighet i Norge på 1830-tallet og utover. De to ideologiene/ teoriene debatteres ved koleraepidemiens etologi og profylakse, dvs. hvordan epidemien oppstod og spredte seg på den ene siden, og hvordan man kan forebygge slike epidemier på den andre siden. Tilhengere av kontagionisme/ smitteteorien støttet strenge karantenetiltak mens miasmetilhengerne fant slike tiltak unødvendige, men karanteneoven ble vedtatt i Norge i 1848. De to ulike standpunktene omtales som henholdsvis autoritær eller liberal tilnærming (Moseng 2003: 293-307, Schiøtz 2003: 30-31).

Mikrobeteorien: Bakteriologien, læren om mikroorganismene og forståelsen av levende smittestoff som årsak til sykdom, fikk enorm betydning. Den ungarsk-østerrikske legen Ignaz Semmelweiss (f.1818-d.1865) observerte smitteoverføring gjennom legenes og jordmødrenes hender, og bekjentgjorde det i 1847. Han ble talsmann for bedre hygiene. Gjennombruddet kom med de norske legene Ernst Ferdinand Lochmann (f.1820-d.1891) og Gerhard Armauer Hansen (f.1841-d.1912). Lochmann lanserte smitteteorien for infeksjonssykdommene i 1854. Hansen oppdaget leprabasillen i 1873 og den tyske legen Robert Kochs (f.1843-d.1910) oppdaget tuberkelbasillen i 1882. Identifisering av mikrobenes medførte ytterligere skjerping av hygieniske krav i norske sykehus. Å stoppe mikrobenes vekst ble viktig. Ved Rikshospitalet utvikles antiseptikken for å drepe mikroorganismene eller forhindre at de formerer seg rundt 1881-1882, og etter hvert utvikles aseptikken. Aseptikken vil si hvordan gjøre sårbehandling uten forurensning av mikroorganismer. Anvendelsen av antiseptikken og



aseptikken i sykehusene basert på forståelsen av mikrobeteorien fikk betydning for å bedre de hygieniske forhold. Nettopp av den grunn ble legefrakken som arbeidsantrekk ved sykehusene tatt i bruk i 1880 årene (Schjøtz 2003: 41-110).

Infeksjonsforekomsten bekreftes ved Børnehospitalet i Christiania i 1882, Norges eneste daværende barnesykehus. Der var over halvparten av barns opphold begrunnet i infeksjoner med overvekt av tuberkulose og gjennomsnittlig liggedager pr barn var 69 dager (Seip 1993: 15-61) (jf. kap.2.2 og kap.2.3). Nettopp fordi barn innlegges over tid på grunn av tuberkulose ved både sykehus og kysthospital, vil det være naturlig at de har det til felles at barn må oppholde seg der alene uten foreldre til stede. Det er mulig at det er tilsvarende forhold ved engelske og svenske sykehus og danske kysthospital, fordi de samme epidemiene dominerte sykdomsbildet i befolkningen. Andre forhold som er felles er at det er de profesjonelle leger og sykepleiere som arbeider de nevnte steder (jf. kap.2.2 og kap.2.3).

Zetterström (1985: 8-13) argumenterer med bakgrunn i svenske og engelske sykehus for håndhevelse og restriksjoner av risikosituasjoner der smitte kan overføres. Men å tillate sjeldne besøk eller en gang hver uke ut fra smitterisiko medfører at smitte kan overføres selv om foreldrene ikke er der så ofte (jf. kap.2.1, Waage 1901:6 og jf. kap.2.2, Ertresvaag 1993:38), så det må være andre hensyn som vektlegges i den restriktive besøksordningen. I tillegg ble det argumentert for at medbrakte leker var en smitterisiko. Personalet fikk klær som var mer hygieniske. Munnbind ble tatt i bruk og barna ble isolert fra hverandre i sengene, gjerne med glassvegger i mellom. Altså, et strengt hygieneregime innført pga smitterisiko (Zetterström 1985: 8-13).

#### **2.4.2.2 Redsel for infeksjoner**

Som nevnt ovenfor skulle de strenge smitteregimene hindre at barna ble smittet av de besøkende og hindre at foreldre som var på besøk tok med seg smitte fra sykehuset ut til den øvrige befolkningen. Antibiotika ble ikke allment tilgjengelig før i etterkrigstiden (jf. kap.3.7). Lys, luft og renslighet ble det sentrale både ved forebygging og behandling av infeksjoner, uavhengig av om det var ideer om miasmer eller teorier om mikrober som var rådende. Dette kommer tydelig til uttrykk i lærebøker i sykepleie.

### 2.4.2.3 1877-1940: Sykepleiere skal ivareta lys, luft og renslighet

Lys, luft og renslighet: Nissens (2000/1877) lærebok er tydelig preget av en miasmatiske forståelse av hygiene, og av synet på at smitte forebygges gjennom renslighet, luft og lys. Hun gir detaljerte beskrivelser av hva som skaper farlige utdunstninger i tillukkede rom med syke mennesker og hvordan slike udunstninger kan forebygges med utluftning, orden og renslighet. Samtidig kan en se en begynnende forståelse av smittemåter som dråpesmitte og luftsmitte i formaningene om å unngå å puste inn den sykes utåndingsluft. Kontaktsmitte beskrives indirekte gjennom anbefalinger om å avgrense direkte kontakt med smittede pasienter:

Ved Ind- og Udaandning og ved det menneskelige Legemes Uddunstninger forandres imidlertid Luftens Beskaffenhed i den Grad, at naar mange Mennesker opholde sig i et tillukket Rum, kan Luften blive aldeles uskikket til at indaande. Syge udbrede allerede i og for sig en slet Luft... En saadan skadelig, fordærvet Luft maa forebygges eller afhjælpes. Ved Iagttagelse af den største Orden og Renlighed maa Luften i et Sygeværelse renses (*Nissen 2000/1877: 27*)... des mindre er Sygepleiersken og andre, der komme i Berørelse med ham, udsatte for Smitte – og omvendt,... naar hun løfter og vender ham, vende Ansigtet saaledes, at hun ikke umiddelbart indaander den Syges Aandedræt eller uddunstning (*Nissen 2000/1877: 48*).

Da Waages lærebok i sykepleie kom ut i 1901 var det over 20 år siden den mikrobiologiske forståelsen av smitte hadde fått gjennomslag (jf. kap.2.4), men dette ser ikke ut til å ha endret på forståelsen av hvordan smitte unngås. Som Nissen (2000/1877), argumenterer Waage (1901, 1911/1901) for lys, luft og renslighet, selv om mikrobeteorien beskrives som årsak til infeksjonssykdom. Det poengteres at sykepleiers ansvar er å ivareta renslighet:

At sygdomsvækkende Mikrober kommer ind i Legemet og fremkalder Sygdom, kaldes Infektion (*Waage 1901: 132, 1911/1901: 147, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*)... Da syge Mennesker ofte er sengeliggende eller i hvert Fald pleier at holde sig meget inden Døre, og da deres Uddunstninger ofte er rigelige, behøver de en mere omhyggelig Hudpleie end friske... Fremdeles maa Sygepleiersken paase, at der er ren og frisk Luft i Sygeværelset (*Waage 1901: 4, 1911/1901: 4, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*)... Frisk Luft er av største Vigtighed for alle Pasienter (*Waage 1901: 70, 1911/1901: 72, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*)... Sygeværelset bør være solrigt (*Waage 1901: 72, 1911/1901: 73, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*).

Ytterligere 20 til 30 år har gått fra mikrobiologisk forståelse av smitte har blitt anerkjent, til Grøn & Widerøes lærebok i sykepleie utkommer i 1921 med tredjeutgave i 1932 og det har ikke endret på argumentasjonen for lys, luft og renslighet i pleien. Å lufte rommene er fortsatt viktig, men det argumenteres i tillegg for at en må tilbringe tid ute i frisk luft. Forfatterne av

boken er blant annet dr. med. og tidligere reservelege Einar Aaser, forstanderinne Andrea Arntzen og oversykepleierske Aagot Larsen:

Bakterier er smaa sopper (opdaget omkring 1850 ...), som ikke kan sees med det blotte oie... Enkelte angriper mennesker og dyr og kan fremkalde bestemte sygdomsformer (*Aaser 1921: 219-220, 1932/1921: 191-192, det er små endringer av ord og bokstaver fra 1921 til 1932*)... Renslighet spiller altid en stor rolle for sundhetens bevarelse... Alle maa vaske sig godt helt over hver dag (*Arntzen 1921: 7, 1932/1921: 7, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*)... Luften i soveværelset maa holdes frisk... Saa meget som mulig tilbringes fritiden i fri luft (*Arntzen 1921: 7, 1932/1921: 7, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*)... Til sykeværelse bør vælges et stort, lyst og venlig værelse... Sykeværelset bør ha sol en tid av dagen (*Larsen 1921: 10, 1932/1921: 10, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

Rene hender: Samtidig som Nissen argumenterer for å luften ut farlige utdunstninger (jf. kap, lys, luft og renslighet ovenfor) er det tydelig at hun også har en teori om at smitte kan overføres gjennom direkte kontakt, for hun argumenterer sterkt for at sykepleier bør være nøye med håndhygienen i kontakt med pasienter:

En saadan Renlighed opnaas ikke ved alene om Morgenen at vaske og klæde sig ordentlig, men ved paany mange Gange om Dagen at vaske sine Hænder (helst i varmt Vand)... Ved forbindelse af Saar maa en Søster strængt tilholdes at vaske sine Hænder mellem hver Forbinding. Tillige maa hun vogte sig for at berøre sine Øine eller Læber, naar Hænderne ere tilsmudsede af Forbindingen (*Nissen 2000/1877: 22-23*).

Til tross for at Waage (1901, 1911/1901) begrunner smitte gjennom mikrobeteorien skriver han lite om håndvask, kanskje fordi det er innforstått når han skriver om vask og stell generelt. Det nevnes i tilknytning til kateterisering og ikke i stell av pasient:

Efterat Sykepleiersken har vasket sine Hænder grundigt med Sæbe og Vand og derefter har skyllet dem godt, vasker hun Urinrørets Aabning nøie først med Sæbe og Vand og baktefter med Borvand eller kogt Vand (*Waage 1901: 107, 1911/1901: 112, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*).

Derimot er Grøn & Widerøe (1921, 1932/1921) tydeligere i vektleggingen av håndvask i pleien av barnet og i tilknytning til pasientens måltid gjennom Frølich og Larsens beskrivelser:

Hyp pige bad, nøiagtig haandvask med neglebørste forut for enhver befatning med barnet... maa aldrig forsømmes (*Frølich 1921: 287, 1932/1921: 259, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*)... Naar maten serveres, skal sykepleiersken være net og ren, hændene grundig vasket saa ingen lugt klæber ved dem (*Larsen 1921: 24-25, 1932/1921: 24, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

Rent utstyr: Det er ikke bare hendene som bør være rene, men også utstyr som kommer i direkte kontakt med pasienten, og Nissen argumenterer for en hel rekke desinfeksjonsmåter (Nissen 2000/1877):

Der anvendes iøvrigt forskjellige Midler og Fremgangsmaader i Forhold til de Gjenstande, der skulle desinficeres (*Nissen 2000/1877: 49*).

Waage (1901, 1911/1901) argumenterer for rent utstyr slik som Nissen, og argumentasjonen blir understøttet av en mikrobeteoretisk forståelse. Det innbefatter bruk av antiseptisk og aseptisk desinfeksjonsmetoder:

Ved *Desinfektionsmidler* forstaar man alle saadanne Midler, som tjener til at uskadeliggjøre eller fjerne Mikroberne. At *desinficere* betyder at befri for levende Mikrober. *Antiseptiske Midler* er Stoffe, som virker dræpende paa Mikroberne eller i hvert Fald hemmende paa deres Udvikling. *Aseptisk* eller *steril* betyder fri for levende mikrober. At *sterilisere* er at gjøre aseptisk (steril). *Sterk varme* er et meget anvendt og sikkert (*Waage 1901: 134, 1911/1901: 149, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*).

Bruk av desinfeksjonsmidler understøttes av Aaser i Grøn & Widerøes lærebøker fra 1921 og 1932. I tillegg poengteres det at desinfeksjon er lovhjemlet i *Sunnhetsloven av 1860*:

Loven paalægger ogsaa desinfektion. ... Man har mange midler til at dræpe smittestoffer (desinficere) (*Aaser 1921: 222, 1932/1921: 194, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

Vaksinasjon: I tillegg til at smitte kan begrenses og forhindres ved hjelp av lys, luft, rene hender og rent utstyr, argumenterer lærebøker i sykepleie ut fra en forståelse av immunitet for å hindre smitte gjennom vaksinasjon allerede i 1877, til tross for at mikrobeteori ikke har fått gjennomslag på den tiden:

Smittsomme Sygdomme. Flere af disse smitte meget let og have tillige den Særegenhed, at de efterlade Uimodtagelighed for ny Smitte. De ere derfor Børnesygdomme, som de fleste Mennesker faa engang i sit Liv. Herhen høre Kighoste, Mæslinger, Skarlagensfeber og Børnekopper. Den sidste Sygdom er dog i det sidste Aarhundrede mindre udbredt hos oss, efterat vi have faat tvungen Vaccination (*Nissen 2000/1877: 182*).

Waage (1901, 1905/1901, 1911/1901) fortsetter argumentasjonen om vaksinasjon og bekrefter innførselen av den i forhold til kopper, og det understrekes hvordan det har bidratt til å redusere forekomsten av kopper:

Siden Vaccinationen er bleven indført, er Kopperne blevene sjeldnere og lettere i sit Forløb (*Waage 1901: 145, 1905/1901: 157, 1911/1901: 160, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*).

På samme måte som Aaser argumenterte for at desinfeksjon er lovpålagt, argumenterer han også for at vaksinasjon er lovhjemlet i læreboken til Grøn & Widerøe fra 1921 og 1932:

Den franske kemiker Louis Pasteur (d. 1895) opdaget først gjæringsbakterien og senere enkelte sykdomsvækkende bakterier og fremstillet vacciner til deres bekjæmpelse (*Aaser 1921: 219-220, 1932/1921: 191, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*)... Ifølge norsk lov av 1891 maa alle barn være vaksinert, før de konfirmeres (*Aaser 1921: 225, 1932/1921: 197, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

Ren ernæring til nyfødte: Pleien av nyfødte vektlegges i Nissen, og det må være fordi spedbarnet er regnet som så unikt at det er prioritert. Spedbarnets ernæring er sentralt i pleien og det poengteres at amming er best for barnet, og en må anta at mødrene er inkluderte for å kunne amme barnet (jf. kap 2.1). Videre understrekes det at ved kunstig ernæring er hygiene og renslighet helt nødvendig for å unngå sykdom. Nissen beskriver hvordan man skal ivareta renslighet gjennom hygieniske tiltak ved kunstig ernæring:

Kunstig Opammelse. Den mest brugelige og letteste Maade, naar ikke Moderen selv kan opamme sit Barn eller man har en Amme, er at anvende en Flaske med en Sugeindretning i Enden, der gjøres Brystvorten saa lig som muligt. Barnets Sundhed og Trivsel afhænger af, at der iagttages den strengeste Renlighed og Omhu ved denne kunstige Ernæring (*Nissen 2000/1877: 69*).

Likesom Nissen argumenterer Waage (1905/1901, 1911/1901) og Grøn & Widerøe (1921) for amming av spedbarnet og indirekte for morens inkludering i sykehus i ammesituasjonen. Det begrunnes med at kunstig ernæring gir økt spedbarnsdødelighet. Det fremstår som et anerkjent problem på den tiden og understrekes i Grøn & Widerøe ved å henvide til tiltak som regulerer hensynet til spedbarnet for å unngå spedbarnsdød:

At Modermelken er den bedste og sundeste Næring for barnet, er en bekjendt Sag. Erfaring viser, at der i det første Leveaar dør forholdsvis langt flere opflaskede Børn end Brystbørn (*Waage 1905/1901: 132, 1911/1901: 134, det er små endringer av bokstaver fra 1905 til 1911*)... Spædbarnshygiene. Den store dødelighet i barnets første leveaar er en direkte følge av uhensiktsmessige ernæring og pleie. Det viktigste led i spædbarnshygiene er et energisk opplysningsarbeide om fornuftig spædbarnstel, spesielt om nødvendigheten av at barnet faar morsmelk (*Aaser 1921: 233*).

Margot Rosenbergs (1991) doktorgradsarbeid bekrefter retrospektivt at forekomsten av spedbarnsdød ved fødselsstiftelsene i Oslo og Bergen var tre ganger høyere blant kunstigernærte barn sammenlignet med brysternærte i perioden 1860-1915. Kvinner fra lavere sosiale lag var i flertall blant fødselsstiftelsens pasienter (Seip 1993: 15).

Rene kropper: Det er ikke bare maten som må være ren, noe som best oppnås ved å amme barnet, men det er vesentlig å bade spedbarnet eller utføre hudpleie for å ivareta dets helbred. Både hos Nissen (2000/1877), Waage (1905/1901, 1911/1901) og hos Frølich i Grøn & Widerøe (1921, 1932/1921) vektlegges rene kropper:

Barnet bør idetmindste i de første Uger efter Fødselen bades engang daglig (*Nissen 2000/1877: 67-68*)... En omhyggelig Hudpleie og en gjennomført Renslighet i det hele er af stor Vigtighed for Spædbørn (*Waage 1905/1901: 131, 1911/1901: 133-134, det er små endringer av bokstaver fra 1905 til 1911*) ... *Bad*. I de første dage efter fødselen vaskes barnet grundig med sæpe og vand en gang daglig og rengjøres desuten hver gang det har hat avføring. Naar navlesnorsstumpen er faldt av, begynder man at gi barnet et varmt bad daglig (*Frølich 1921: 297, 1932/1921: 269, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

Rene nyfødtnavler: Stell av spedbarnets navle og observasjon av navle for å oppdage betennelse, og instruksjoner om hvordan man skal utføre hygieniske tiltak ved oppstått betennelse viser hygienens og renslighetens betydning i spedbarnspleien. Både Nissen og Frølich i Grøn & Widerøe poengterer betydningen av rene nyfødtnavler:

Betændelse i Navlen kan frembringes ved en uforsigtig Behandling af Navlesnoren... Navleringen kan herved gaa over til et vædskende Saar, og Betændelsen kan paa en lumsk Maade udbrede sig gennem Navleaarerne og forvolde farlige Tilfælde (*Nissen 2000/1877: 73*)... Navlestumpen maa stelles med den yderste renslighet. Til forbindelse av stumpen maa kun anvendes tør steril gaze eller xeroformgaze; naar denne skiftes, maa pleiersken altid paa forhaand desinficere sine hænder (*Frølich 1921: 297, 1932/1921: 269, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

Rene spedbarnsøyne: Betennelse i øynene hos spedbarn er vanlig og kan medføre rødhet og materie. Det gis instruksjoner for hvordan man skal observere tilstanden og eventuelle forverringer av tilstanden, for om nødvendig å gi beretning til lege. Forordning om hvordan betennelsen skal pleies og behandles gjennom hygieniske tiltak beskrives utførlig hos Nissen og rengjøring av øynene poengteres i Grøn & Widerøe:

Øienbetændelse opkommer ikke sjelden hos Børn i de første 8 – 14 Dage... og taber sig efter nogle Dages Forløb ved god Pleie og Renlighed... Dersom selve Øiet angribes, hvilket let sker ved Forsømmelse, bliver Sygdommen i høi Grad farlig for Synet. Saasnaart Sygepleiersken mærker Rødhed i Øinene eller andre Tegn til Betændelse, maa hun strax sørge for frisk Luft med maadeligt Lys i Værelset... Da Materien fra Øinene er smitsom,... vogte sig selv under Sprøitningen for, at der ikke kommer noget af Materien ind i ens eget Øie (*Nissen 2000/1877: 71-72*)... Under badingen maa man huske at rengjøre ogsaa øine (*Frølich 1921: 298, 1932/1921: 270, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

*Isolasjon*: Nissen (2000/1877) skriver ingenting om isolasjon av smittebærende pasienter, men viser en tydelig forståelse for hvordan overføring av smitte kan hindres. Hun beskriver røkninger i pasientrom mot smittestoffer og desinfeksjoner av infisert utstyr, i tillegg til renslighet, lys og luft:

Des mindre... Sygepleiersken og andre, der komme i Berørelse med ham, udsatte for Smitte – og omvendt ... Dernæst sørger hun for den størst mulige Renlighed og hyppig Luftvexling i Sygeværelset,... Afføring og andre Udtømmelser desinficeres strax... hvad der har været i Berørelse med den Syge, bliver tilstrekkelig desinficeret (*Nissen 2000/1877: 48*)... Mineraliske Røgninger have til Hensikt ikke alene at befri Luften for ond Lugt, men ogsaa for bestemte Smittestoffe (*Nissen 2000/1877: 29*).

Waage (1901, 1905/1901) argumenterer for at pasienter med farlige infeksjoner bør innlegges på sykehus og isoleres, og om nødvendig isoleres i hjemmet. For øvrig er det hygieniske i pleien vektlagt hvor desinfeksjon inngår som hos Nissen, basert på en viss forståelse av dråpesmitte, smitte gjennom mat og drikke og inokulasjonssmitte, men begrepene benyttes ikke.

Pasienter, som lider av farlige og meget smitsomme Sygdomme, bør isoleres, d. v. s. avspærres fra enhver Forbindelse med andre Mennesker. Dette sker bedst ved, at Vedkommende indlægges paa et Sygehus for smitsomme Sygdomme (Epidemilazaret). Har man intet saadant Sygehus til sin Raadighet, kan man isolere den syge i Hjemmet (*Waage 1901: 139-140, 1905/1901: 152, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1905*).

Når Grøn & Widerøes lærebok utkommer i 1921, 20 år etter Waage, så understøtter Aaser som forfatter av kapittelet *Hygiene* isolering av smittsomt syke pasienter, men i tillegg argumenterer han for en lovhjemlet isolering og internering ut fra *Sunnhetsloven av 1860*:

Vor sundhetslov av 1860 paalægger læger straks at anmelde til sundhetskommisjonen alle farlige smitsomme sygdomstilfælde. Videre sier loven at disse patienter skal isoleres, saa længe de er syke, endten i hjemmet, hvis sundhetskommisjonen tillater det, eller paa sykehus (*Aaser 1921: 221, 1932/1921: 194, det er små endringer av bokstaver og ord fra 1921 til 1932*).

Ved å sende barn på sykehus, holde dem rene, isolere dem fra foreldre, kunne man hindre at smitte spredte seg, og dette kan være bakgrunnen for at barn var alene på sykehus og isolert fra foreldre fra siste halvdel av 1800-tallet til midten av 1900-tallet (jf. kap.2.1 og kap.2.2). Det virker sannsynlig at foreldre var ekskludert når barn var på sykehus på bakgrunn av redselen for smitte. Myndighetene kan slik ha benyttet ideer om miasmer og viten om mikrober til å styre befolkningen. Slik skapes det ro, orden og velferd for befolkningen, og myndighetene oppnår en ønsket praksis.

På bildet fra 1852 ovenfor (jf. kap.2.2) ser det ut til at foreldre er inkludert i pleien av barn på sykehus. På den tiden var det den miasmatiske og den kontagionistiske forståelsen av renslighet som var rådende. Forståelsen av miasme og kontagionisme har eksistert fra antikkens tid og stod ved lag helt frem til 1880-tallet (jf. kap.2.4). I perioden ca 1850-1880 ser det ut til at foreldre blir ekskludert fra pleien av barn på sykehus. Denne eksklusjonen skjer med andre ord i en periode der den miasmatiske forståelsen av hygiene som har eksistert siden antikken fremdeles står ved lag og før mikrobeteorien får gjennomslag. Det betyr at hygieneideologi/ -teori ikke, i hvert fall ikke alene, kan være mulighetsbetingelser for at foreldre blir ekskludert fra pleien av barn på sykehus. Kanskje har hygiene også vært benyttet faglig til å understøtte legenes interesse for å lære om sykdommer og behandling uten innblanding fra foreldre på et medgjørlig og disiplinert barn, med sykepleiers rolle som den sentrale underordnede hjelper (jf. kap.2.2 og kap.2.3, Foucault 2002/1994b: 225 og kap.1.6.2).

## **2.5 Eksklusjonspraksisene understøttes ikke av datidens ideer om det sårbare barnesinnet**

Ovenfor har jeg argumentert for sammenhengen mellom hygieneviden ut fra smitterisiko og eksklusjon av foreldre. Nedenfor vil jeg argumentere for ideer om umodent og sårbart barn ut fra barneredningsbevegelsen og filantropisk bevegelse, men samtidig argumentere for hvordan hygienetenkningen dominerer.

Perioden preges av at barna skal oppdras og familien baseres på følelser hvor moren blir sentrum og far pendler mellom den ”store verden” og familiens privatliv. Det romantiske bildet av familien og barnet oppstår i Norge, på samme måte som i resten av Skandinavia. Slik beskriver den norske sosiologen og samfunnsgeografen Ivar Frønes (1998/1989: 21) den norske barndommen. Et romantisk syn på barnet vokste frem. Ideen om barndom ble gjennomsyret av følelser og barnet oppfattes som svakt og uskyldig, og den filantropiske barneredningsbevegelsen får gjennomslag. Starten på den filantropiske barneredningsbevegelsen kommer med den franske opplysningsfilosofen Jean-Jacques Rousseau (f.1712-d.1778). Med Rousseau får barnets egenverdi og opplysning av barnet, barnets opplæring til kunnskap, gjennomslag. I tidlig norsk industrialisme rundt 1870 sees barnet som økonomisk ansvarlig og sosialt integrert. Det til forskjell fra synet som utvikles i senere industrialisme mot slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, der barndom



knyttet til barnets biologi i forhold til kronologisk alder og fysiologisk modning, dvs. barnet sees som sårbart og umodent. Endringen i oppfattelsen av barnet, fra selvstendig og ansvarlig til umodent og sårbart med behov for beskyttelse, representerer et brudd eller transformasjon i forståelsen av barndom. Barndommen preges i moderne tid av den filantropiske bevegelsen og barneredningsbevegelsen (Schrupf 2007: 10-11, 23-57, 78). Det startet hos Rousseau som skriver følgende om barndom og oppdragelse:

Planter formes gjennom dyrkingen og menneskenes karakterer gjennom oppdragelse... Vi fødes svake og trenger styrke; vi fødes blottet for alt og trenger hjelp: Vi fødes uforstandige og trenger dømmekraft. Alt vi mangler ved fødselen og trenger som voksne, får vi gjennom oppdragelsen. Oppdragelse får vi fra naturen, fra mennesker eller ting (*Rousseau 2010/1762: 18*).

Ut fra filantropisk bevegelse og barneredningsbevegelse der ideer om umodent og sårbart barn, ville det vært naturlig at foreldre var inkludert når barn er på sykehus. Det ser likevel ut til at dette synet ikke får gjennomslag siden barn må oppholde seg på sykehus i en sårbar situasjon uten foreldrene sine.

Zetterström (1985: 8-13) omtaler voksende restriksjoner mot foreldrebesøk mot slutten av 1800-tallet som begrunnes med barnas sterke reaksjoner når de ble forlatt av foreldrene. Slike reaksjoner forsvinner etter noen dager når de ikke oppskakes igjen ved nye besøk. Det er sannsynlig at en tenker likedan i norsk sammenheng med restriksjoner mot eller svært begrenset foreldrebesøk, og det er med på å gjøre barna medgjørliche (jf. nedenfor). En kan ikke se bort fra at det er enklere å straffe, tvinge og påføre ubehag og smerte på et protesterende barn uten foreldrene til stede. Det gir bedre kontroll. Det understøtter behovet for medisinsk kontroll over barnets sykdom for å hindre smitte ved å ekskludere foreldrene, og legers og sykepleiers behov for kontroll over behandling og observasjon av et medgjørlich barn.

Den engelske sosialarbeider og psykoanalytiker James Robertsons (f.1911-d.1988) adskillelsesteori fra 1958 er basert på observasjoner av barn innlagt på sykehus uten foreldre (jf. kap.3.2 og kap.3.5). Foreldres besøksrestriksjoner kan forstås som en ytre styrt disiplinering av barn til medgjørlichkeit, begrunnet med hygieniske hensyn og infeksjonsfare. Praksisene med å skille foreldre og barn antas å ha oppstått da objektiv hygienevitenskap understøttet slike praksiser, men de blir først observert og beskrevet på et senere tidspunkt gjennom Robertsons adskillelsesteori. Barnets reaksjoner på adskillelse fra foreldrene

gjennom tre faser uttrykker veien barnet må gå for å innordne seg i sykehus. Protestfasen viser barnet som ikke innordner seg, men protesterer, mens fortvilelsesfasen bærer preg av en viss grad av tilpasning. Fornektelsesfasen derimot preges av at barnet har innordnet seg og forneker foreldrene. Det har tilsynelatende avfunnet seg med adskillelse og orienterer seg i det nye. Sykehusets strenge restriksjoner mot foreldrebesøk, håndhevet av sykepleier bidrar til å få barna over i fornektelsesfasen så fort som mulig for å bli medgjørlige i behandling og observasjon av sykdom (Robertson 1970/1958: 1-20, 1967/1958: 7-40). Dette sammenfaller med slik Zetterström (1985: 8-13) beskriver slutten av 1800-tallets begrunnelse for begrenset foreldrebesøk, nemlig for å unngå barnets gråt ved adskillelse, og få roligere barn på sikt. Strenge besøksrestriksjoner for foreldre ved Rikshospitalets barneavdeling før 1950 ble begrunnet på tilsvarende måte med at det var til barnets beste at de ikke fikk besøk av mor, fordi når mor gikk ble barnet ulykkelig og gråt (Seip 1993: 36).

Retrospektive sekundærkilder av Grindaker (1993) viser at diakonissesykepleiere oppfattet barn på slutten av 1800-tallet som små voksne. Dette bekreftes av den franske historiker Philippe Ariès (2003/1960: 61-62, 153), som beskriver at en klar bevissthet om barndom som fenomen først oppstod mot slutten av 1800-tallet (jf. kap.2.3). Dette hadde betydning for hvordan en tok vare på barna, en trengte ikke å ta spesielle hensyn:

Som en miniatyirutgave av en voksen og disiplin ble brukt til å oppdra barna til lydighet, ... ”nyttige samfunnsborgere” (Grindaker 1993: 75).

Professor og dr.med. Alfred Sundal (1954a: 150-153) (f.1900-d.1991) beskriver på tilsvarende måte retrospektivt 1850-tallets oppfatning av det syke barnet, hvor barnet ikke oppfattes som vesentlig forskjellig fra voksne:

Legevitenskapens oppfatninger av barnet kan nærmest karakteriseres med at barnet ble oppfattet som en voksen i forminsket målestokk – en voksen ’en miniature’ (Sundal 1954a: 150).

## 2.6 Hierarkisk disiplinering

Synet på barn som små voksne kan ha vært med på å muliggjøre den disiplinering av barn som fant sted på sykehus i perioden 1877-1940 (jf. kap.2.5). En annen mulighetsbetingelse for disiplineringen var det faktum at det oppstod fagutdannede sykepleiere i siste halvdel av 1800-tallet. Disse moderne sykepleiere skulle underordne seg legene og det kan se ut til at de bidro med å gjøre barna til lydige og medgjørlige observasjons- og behandlingsobjekt. Det var

et underdanighetshierarki mellom leger, sykepleiere, ufaglærte pleiere og innlagte barn og foreldre. Dette hierarkiet kan ha vært en viktig forutsetning for at medisinsk interessant viten kunne bli generert og praktisert (Foucault 2008/1975, kap.1.5.3).

Sykepleiens oppgaver er tredelt i følge Nissen (2000/1877): å lindre lidelser, utføre legens anordninger og gi legen beretninger om den sykes tilstand:

En Sygepleierskes Opgave er saavidt muligt at lindre den Syges Lidelser, at udføre Lægens Anordninger og at give Lægen Beretning om den Syges Tilstand. For ret at kunne udføre dette maa hun have nøiagtigt og sikkert Kjendskab til alle de Hjælpemidler, der understøtte Lægens Virksomhed, altsaa hensigtsmessige Næringsmidler, Indretning af Sygeværelset og den Syges Leie, Forbindingsstykker o.s.v. (Nissen 2000/1877: 19).

Sykepleier og filosof Kari Martinsen (1984: 136) argumenterer i boken *Sykepleiens historie, Freidige og uforsagte diakonisser* for at diakonissesykepleierne hierarkisk underordnes legens behandlingsvilkår og en profesjonsbasert arbeidsdeling oppstår på slutten av 1800-tallet. Boken omhandler den første norske sykepleieutdanning. Martinsen viser til kvinners underdanighet i forhold til menn på den tiden. Diakonissene er kvinner og legene er menn. Det gir et hierarkisk og mannsdominert system i sykehusene. Den mannsdominerte legestanden blir bekreftet av historiker Aina Schiøtz (2003: 145), og første kvinnelige lege utdannes først i 1893:

Mellom leger og sykepleiere var det også et profesjonsbetinget underordningsmønster. Arbeidsdelingen innenfor et profesjonshierarki vil også kunne belyses i forholdet mellom diakonissene som fagutdannede sykepleiere, og lekkvinner som pleiet syke (Martinsen 1984: 136).

For Nissen (2000/1877) er observasjon i pleien av den syke gjennom sykepleiers iakttagelser av pasientens tilstand vesentlig i legens behandling. Legens ansvar beskrives, men de er ikke til stede og trenger sykepleier til å observere pasienten. Sykepleiers lydighet og underordning til legen vektlegges. Her inngår sykepleiers iakttagelser av pasienten og hennes beretning til legen om disse iakttagelser. Pleien av den syke skal underordnes legens behandling:

Som Sygepleierske fordres her desuden af en Dk. punktlig og ubetinget Lydighed mod Lægen i alt, hvad der vedkommer den Syges Pleie... Under ingen Omstændigheder er det hendes Sag at blande sig i Lægebehandlingen... men ogsaa i mere og mere at lære sig med klart og øvet Blik at kunne anstille de nødvendige Iagttagelser angaaende den Syges Tilstand for at kunne give Lægen en nøiaktig, paalidelig, tydelig og korrekt Sygeberetning, med sikker og øvet Haand at udføre de mange tilsyneladende smaa Tjenester og Forretninger, der ere saa vigtige for en kyndig og omhyggelig Sygepleie,

og hvoraf de heldige Virkninger af Lægens Behandling for en saa stor Del ere afhængige (*Nissen 2000/1877: 23-24*).

Profesjonshierarkiet synliggjøres gjennom sykepleier Kari E. Grindakers (1993) omtale av pleiesituasjonen på Nissens tid (jf. kap.1.5.2) og beskrivelse av et pleiehierarki. Datidens ufaglærte kan ha utfordret legens behov for diakonisser ved Rikshospitalets barneavdeling, dette fordi det beskrives at gangkonene bryter med blant annet krav til forventet oppførsel:

Gangkonene kom fra lavstathjem, hun hadde dårlig oppførsel og liten respekt for legens autoritet... Allerede i 1850 årene hadde Rikshospitalets leger hørt om Diakonisseanstaltene i Kaiserswerth og Betanien. Direksjonen søkte først om å få Diakonisser derfra til hospitalet, men etter avslag søkte de om studieplass for tre ”Fruentimmer” ved skolen i Kaiserswerth. Etter endt utdanning ble de ansatt som overgangskoner hvis arbeid var å føre tilsyn med gangkonene (*Grindaker 1993: 73-74*).

Videre skriver Grindaker at diakonissenes arbeidsforhold ved Rikshospitalet blir sentrale i sykehuset i tiden fremover og at de etter hvert utdannes ved *Diakonisseanstalten i Kristiania*, etablert i 1868:

Rikshospitalet ble også etterhvert forsynt med sykepleiersker fra denne anstalten, som på mange måter skulle prege sykehusdriften i nesten 100 år (*Grindaker 1993: 74*).

Diakonissenes sentrale rolle ved Rikshospitalet blir bekreftet av Martinsen (1984: 177) som viser til at 25 diakonisser av de 87 som jobbet i sykehus på landsbasis, jobbet ved Rikshospitalet i 1885.

Diakonissene har den faglige bakgrunnen som er nødvendig for å disiplinere barna til lydige og medgjørlige observasjons- og behandlingsobjekt. Dette blir bekreftet i Martinsens (1984: 136) studie av diakonissene, der hun peker på at barn og foreldre også må underordne seg de samme forhold som diakonissene er underlagt. I studiens sammenheng vil jeg argumentere for det som innforstått, selv om det ikke skrives eksplisitt. Andre kilder, skjønnlitterære tekster fra et litt senere tidspunkt, understøtter Martinsens studie (jf. kap.2.2, Evensmo 1954: 7-15, Elster 1990: 228-230). Disse skjønnlitterære tekstene viser både foreldres og barnets underordning til lege og sykepleier. Forventningene om disiplinerte og medgjørlige barn understøttes av søster Annie Foss sine utlegginger om barnets disiplin i perioden fra 1937 ved Rikshospitalets barneavdeling. Disiplineringen av barnet og barnets underordning må en anse som en fortsettelse fra Nissens tid, altså siste del av 1800-tallet. På den måten bekrefter retrospektive sekundærkilder argumentasjonen om at foreldre ekskluderes for å gjøre barnet

underdanig og medgjørlig i observasjonssammenheng i sykehus, slik søster Annie Foss beskriver det:

Likevel var det disiplin, og barna måtte sitte pent på stolene sine ved sengene når legevisitten kom. Mange torde ikke engang åpne sin munn selv på forespørsel fra legene (*Grindaker 1993: 77*).

I lærebøkene i sykepleie i perioden 1877-1940 blir det å disiplinere barna til ønsket atferd eller uønsket atferd beskrevet. Barna blir nevnt når det å pleie dem gir utfordringer, som det å gi barnet medikamenter med vond smak og lukt som beskrives i Nissens lærebok. Det gjøres ved først å lokke barnet til å ta medikamentet, for så å tvinge barnet til å ta det dersom det første mislykkes:

Mange innvortes Medikamenter have en ubehagelig Smag og Lugt, hvorfor det kan være vanskelig at formaa især Børn og Sindssyge til at tage dem. Børn maa man sørge at lokke dertil ved at tale venlig med dem eller vise dem Legetøi, ere de desuagtet gjenstridige, maa man holde dem i Næsen for at faa dem til at aabne Munden (*Nissen 2000/1877: 39*).

På tilsvarende måte, i Grøn & Widerøe (1921, 1932/1921) hindres uønsket atferd ved reservelege Harald Lystads anbefalinger om at armene til urolige barn avstives med papp for å forhindre at barnet gnir seg i øynene ved drypping og rensing av øynene, og videre anbefales det å ha en hjelper når en gjør det:

For at beskytte øinene mot gnidning o. s. v. er det undertiden nødvendig at gi barn stive *papærmer*: cylindriske rør av pap eller kartong, som rækker fra haandleddet til henimot armhulen... Ved rensing og dryping av øinene hos urolige barn som kniper o. s. v., trænges ofte en hjelper (*Lystad 1921: 215-216, 1932/1921: 187-188, det er små endringer av ord og bokstaver fra 1921 til 1932*).

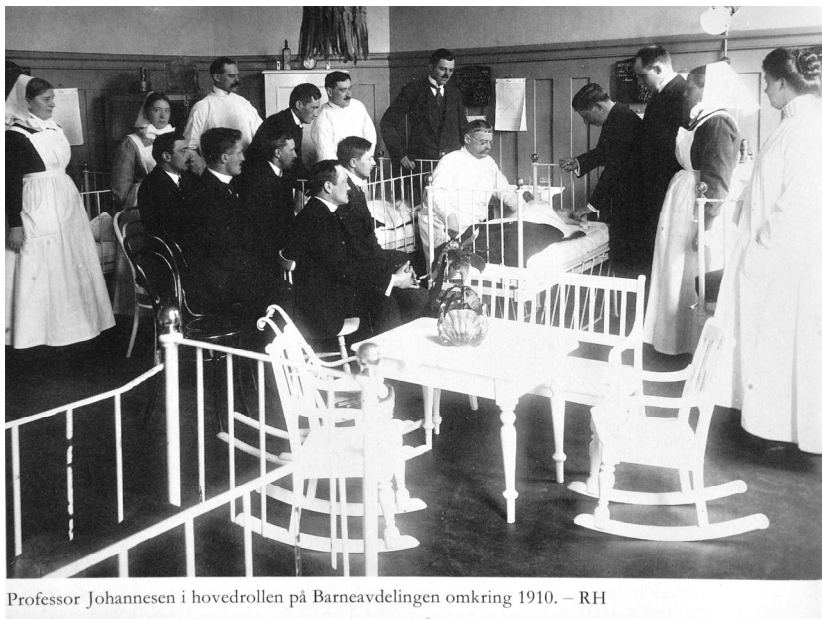
Disiplinen synliggjøres gjennom et bilde fra boken om *Rikshospitalets barneavdeling* hvor barna sitter på potter på rekke og rad. Bildet er ikke tidfestet, men blir benyttet til å beskrive diakonissesykepleiens første periode ved barneavdelingen som ble opprettet i 1893 (*Grindaker 1993: 74*, jf. bilde og bildekommentar nedenfor som beskriver diakonissenes arbeid og viser barn sittende på potter).

Diakon-  
issene i  
arbeid



*Bildet fra Rikshospitalets barneavdeling fra rundt 1893 viser små barn sittende på potter etter hverandre. Det viser en praksis med felles pottetid for barna, og hvordan det gjøres på en disiplinert måte der barna må innordne seg.*

På samme måte kan situasjonen med et lite barn med flokken av leger og sykepleiere rundt vise observasjonens disiplin av barn ved *Rikshospitalets barneavdeling* i 1910 (Elster 1990: 150, jf. bilde og bildekommentar nedenfor).



Professor Johannesen i hovedrollen på Barneavdelingen omkring 1910. – RH

*Bildet ovenfor fra 1910 fra Rikshospitalet viser et barn liggende i seng. Rommet kan være en sykesal. To personer undersøker barnet og flere personer observerer undersøkelsen, noen sittende og andre stående. Personen til venstre for barnet, som deltar i undersøkelsen av barnet, antas å være professor Johannesen, og personen til høyre en kandidat, en som skal lære. En ser med sikkerhet tre pleiere grunnet uniformene og de står i rommet med avstand til barnet. Tre av mennene har hvite uniformer, mens resten av mennene bærer dresser. Mennene i hvitt antas å være leger og mennene i dress kandidater, og pleierne antas å være sykepleiere (jf. bildekommentaren om kandidater, første bilde nedenfor, og jf. kap.2.4 om innførselen av legefrakk ved Rikshospitalet).*

*Om barnet er våkent eller sover, er veldig sykt eller ikke, vites ikke. Med så mange personer til stede kan det tyde på en planlagt situasjon, der sitteplasser er gjort tilgjengelige. Situasjonen ser ut som en undervisningssituasjon, der barnet blir undersøkt og observert for at de tilstedeværende skal lære av barnets tilstand. At bildet representerer den etablerte undervisningspraksisen virker sannsynlig, nettopp fordi den er organisert slik at personene er opptatt av undersøkelsen og observasjonene og ikke av fotografen. Personene i rommet ser i retning av barnet, med unntak av en pleier bakerst til venstre i bildet, som ser i retning av fotografen. Pleierne inngår i undervisningspraksisene, riktignok i et mindretall, der det syke barnet utsettes for undersøkelsesprosedyrer som en forutsetning for den etablerte læringspraksisen.*

Det kan se ut som om det hierarkiske underordningssystemet mellom lege, sykepleier og barn og foreldre i sykehuset for å ivareta observasjon og behandling holdes i hevd i 55 år etter Nissens bokutgivelse ifølge Waage (1901, 1905/1901, 1911/1901) og læreboken av Grøn & Widerøe (1921, 1932/1921). Sykepleiers plikt og lydighet til lege poengteres gjennom pleien av den syke og ved å hjelpe legen i observasjoner og behandlinger av den syke:

Sykepleiersken har hovedsakelig to pligter, nemlig for det første at pleie syge og for det andet at give Lægen Besked om den syges Tilstand (*Waage 1901: 1, 1905/1901: 1, 1911/1901: 1, det er små endringer av bokstaver fra 1901 til 1911*)... En hurtig og sikker iakttagelsesevne og en god hukommelse er uundværlig for en god sykepleierske (*Arntzen 1921: 3, 1932/1921: 3, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*)... Absolut lydighet og punktlighet i utførelsen av ordrer er det første krav som lægerne og de øvrige overordnede stiller til den sykepleierske, som skal arbeide for og med dem (*Arntzen 1921: 4, 1932/1921: 4, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*)... Like overfor lægen er sykepleiersken første pligt lydighet. Paa et sykehus,

hvor der altid er læge tilstede, skal lydigheten være absolut og ubetinget (*Arntzen 1921: 5, 1932/1921: 5, det er små endringer av bokstaver fra 1921 til 1932*).

Bilde fra Rikshospitalets barneavdeling i 1910 viser leger, og kanskje en sykepleier, i undersøkelse og observasjon av et barn. Dette understreker inntrykket av barnets medgjørighet når det blir observert i fravær av foreldre (Elster 1990: 182, Seip 1993: 45, jf. bilde og bildekommentar nedenfor).

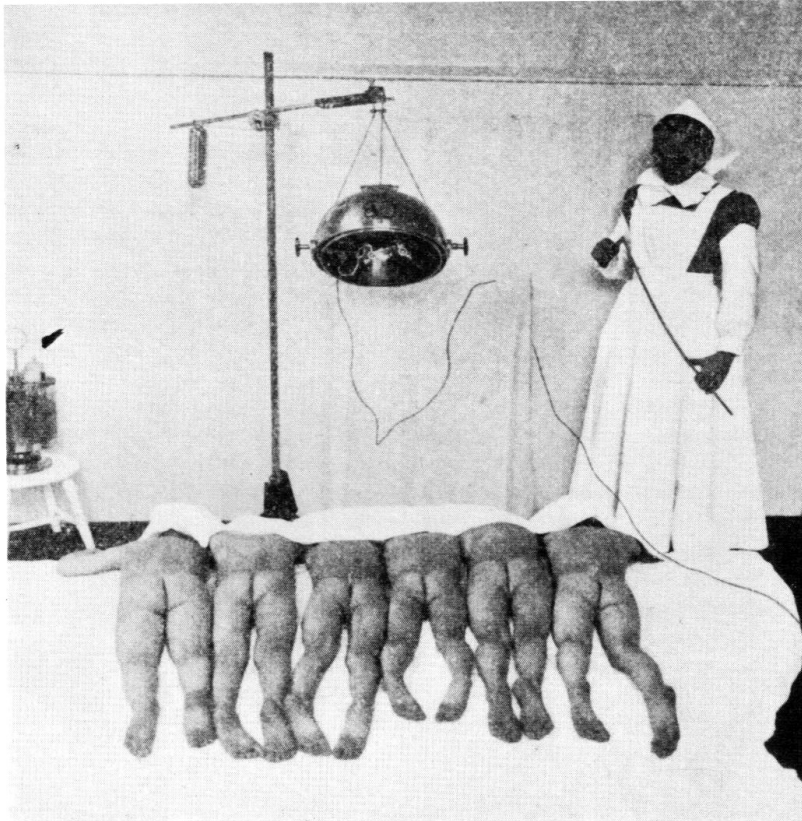


Rikshospitalets barneavdeling omkring 1910. En kandidat undersøker barnet under professor Johannesens veiledning. Det var professor Johannesen som startet avdelingen. – RH

*Måten undersøkelser som undervisningsform av barn ivaretas ved Rikshospitalets i 1910 underbygges av bildet ovenfor. Forskjellen er at det ikke skjer på en sykesal, men ser ut til å skje på et undersøkelsesrom ut fra undersøkelsesbenkens utseende å domme. En annen forskjell er at det ikke er tydelig om der er pleiere til stede. Kvinnen til høyre kledd i hvitt og som ser i retning av fotografen, kan være lege (jf. kap.2.6 om kvinnelige leger). Hun bærer ikke den tradisjonelle uniformen med hvitt forkle med blåtøysuniform under som de fleste andre pleiere har på seg på de andre bildene fra den tiden (jf. forrige bilde fra 1910). De to bildene fra 1910 understreker inntrykket av barnet som objekt for å undersøkes og observeres som ledd i undervisningen, og viser hvordan barn må innordne seg i pleie- behandlings- og undervisningssituasjoner.*



Barnets medgjørighet, dets tålmodighet og disiplin i behandlingssammenheng kan illustreres med den utstrakte lysbehandlingen mange barn ble utsatt for som en del av datidens behandling av tuberkulose. Bildet nedenfor fra *Kysthospitalet i Hagevik* viser slik behandling. Barnas øyne måtte tildekkes, det fremgår av andre bilder også (Ertresvaag 1993: 68, jf. bilde og bildekommentar nedenfor beskriver lysbehandling, men bildet er ikke tidfestet og mest sannsynlig er det fra tidlig på 1900-tallet).

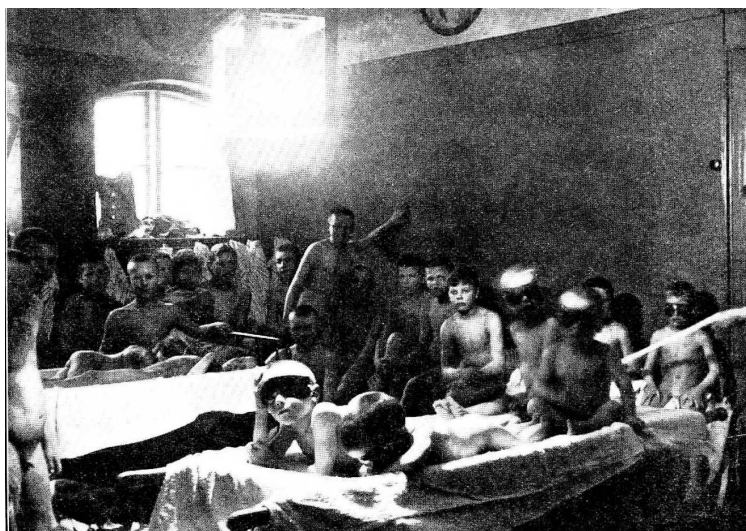


*Lysbehandling av pasienter tok til allerede før 1. verdenskrig, og i mange tiår var dette en viktig del av behandlingen ved Kysthospitalet.*

*Bildet er mest sannsynlig fra tidlig på 1900-tallet og det er ikke leger som lysbehandler barna, men en pleier. Det ser ut til å skje i et rom som ikke er et pasientrom eller en sykesal. Fra uniformen å dømme er det en pleieoppgave å gi lysbehandling og det skjer på en disiplinert måte, der barna må innordne seg og ligge nakne i en rekke med hodene tildekket.*

*Barna vet ikke nødvendigvis at fotografen er til stede, de ligger i mageleie og hodene deres er tildekket og vendt bort fra fotografen. Pleieren holder noe i hånden som kan minne om en pisk, men det er usikkert om det er tilfelle. Situasjonen vurderes som å representere måten lysbehandlingen ble gjennomført på den tiden, med unntak av at en pisk muligens er til stede i pleierens hånd, det sees ikke på de andre bildene (jf. de to neste bildene).*

Lysbehandling dokumenteres også fra Danmark ved *Kysthospitalet på Refnæs* hvor behandlingen av tuberkulose skjer på tilsvarende måte (Hertz 1925: 47, jf. bilde med lysbehandling nedenfor):



*Bildet er fra Kysthospitalet på Refnæs i Danmark fra perioden 1875-1925 og lysbehandlingen foregår på en disiplinert måte slik som i Norge. Barna sitter og ligger på benker og de er nakne, og de er stuet tett sammen i et rom. Behandlingen ser ut til å skje i et rom som ikke er en sykesal. Noen av barna har tildekkede øyne, andre ikke, og barnas hoder er i all hovedsak vendt mot fotografen slik at de vet at de blir fotografert. Det er store kontraster mellom lyse og mørke partier i bildet. De lyse flatene i bildet er ikke konsentrert om barnas ansikter, med få unntak. Barna lengst borte i bildet er mørkere, så det er mulig at bildet er tatt ved hjelp av kunstig belysning, eller ved hjelp av lysbehandlingskilden eller med vinduer som lyskilde bak fotografen. Kvaliteten på bildet med de mørke partiene kan skyldes vanskelige lysforhold da bildet ble tatt, og derfor er detaljene i bildet i de mørke partiene utydelige. Bildet forklarer*

*allikevel nok til at bildet understøtter en disiplinert måte å gjøre lysbehandling på, der barna må underordne seg et lysbehandlingsregime.*

Lysbehandlingen skjer i lysere og luftigere omgivelser. Dette kan gi inntrykk av at behandlingen er blitt litt mer barnevennlig rundt 1930 ut fra billedokumentasjonen å dømme, men det skjer fortsatt på en disiplinert måte. Bildet er fra *Kysthospitalet i Hagevik* og antas å være tatt rett før utgivelse av boken i 1930 (Gade fra 1930: 3, jf. bilde og bildekommentar nedenfor beskriver lysbehandling).

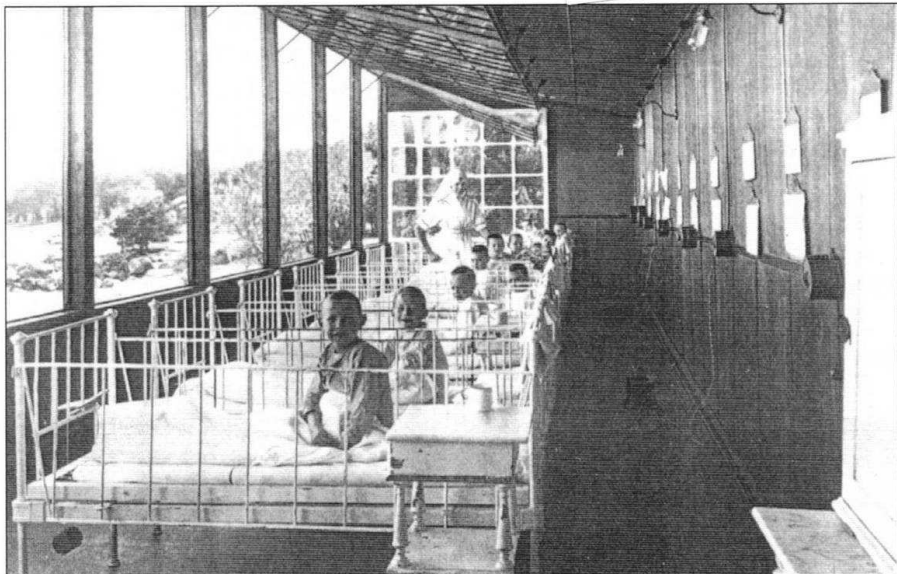


Lysbehandling.

*Bildet er fra Kysthospitalet i Hagevik fra perioden 1893-1930. Bildet bekrefter ytterligere at pleiere utfører lysbehandlingen ved Hagevik i en senere tidsperiode enn bildet ovenfor (Ertresvaag 1993: 68). Det skjer som før i et rom som ikke er en sykesal, men barna innerst i rommet ligger i egen seng under lysbehandlingen. Disiplinen er til stede som før, med barn som må innordne seg sittende eller liggende for å lysbehandles, men rommet preges av mer lys, luft og plass.*

Å oppholde seg i liggehall der formålet var å få frisk luft, var en del av behandlingen av tuberkulose (Henry 1992: 107, jf. bilde og bildekommentar nedenfor som beskriver liggehallen). Bildet er fra boken av Nord m.fl. om *Kysthospitalet ved Stavern*. (Bildet inngår i Carl Henrys fortelling om det å være pasient ved Kysthospitalet rundt 1911, men bildet

beskrives ikke i fortellingen). Barna må innordne seg og avfinne seg med de ulike behandlingstiltak, som på den tiden blei ansett for å være riktig behandling.

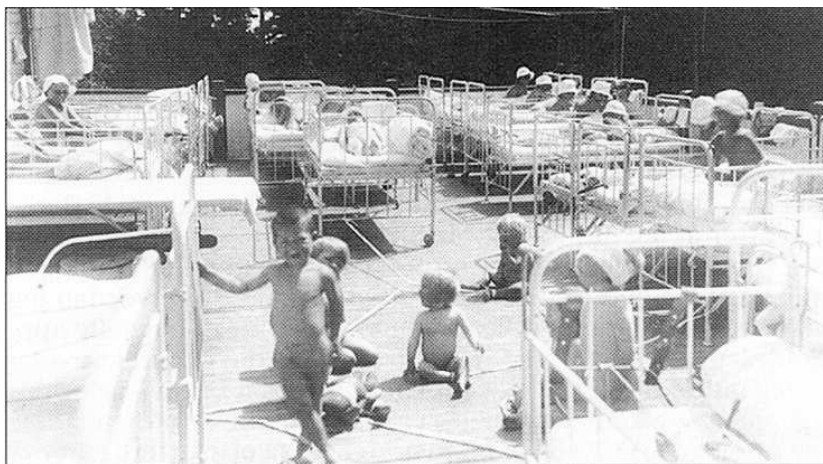


*Fra liggehallen*

*Bildet er fra Kysthospitalet ved Stavern rundt 1911. Barna sitter oppreiste eller er halvveis oppreist og ser i retning av fotografen. Sengene står langs vindusrekken og vinduene er åpnet helt opp. Det er lyst ute og barna har på nattøy i sengene. Rommet er delt med en glasskillevegg innerst i rommet, og andre barn kan ligge bak glassveggen. Det er lite av annet inventar i rommet foruten et nattbord og et skap. En pleier er synlig i bildet. Rommet er omtalt som liggehall av bildekildeforfatteren (Nord m.fl. 1992), og det innebærer at barna ligger der for å få frisk luft, noe som inngår i tuberkulosebehandlingen. En pleier har ansvaret for å pleie barna i situasjonen. Det skjer på en disiplinert måte, og barna må oppholde seg sittende eller halvveis sittende i sengene og sengene er plassert i en rekke foran vindusrekken.*

I tuberkulosebehandlingen var riktig kosthold, hvile, lufting, solbad, lysbehandling og bading viktig og det fremgår av bildene. Men det skjer på en disiplinert måte, for eksempel ved å lenke hvert barn til egen seng under solbading. Det er slik bildet viser forholdene i boken av

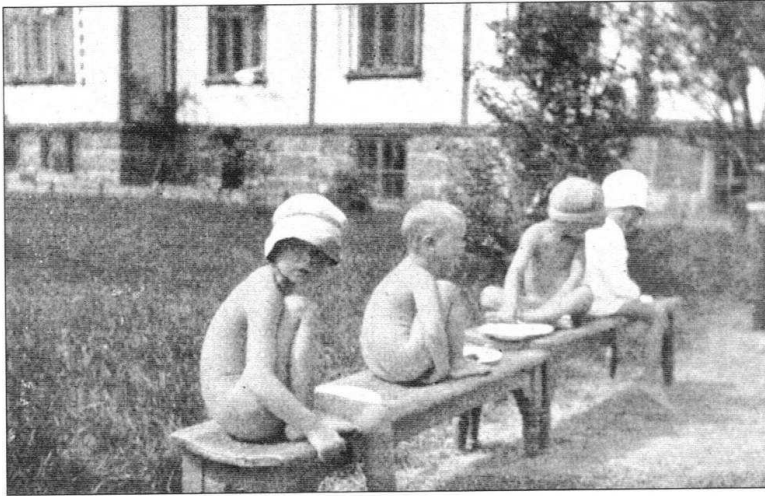
Nord m.fl. om *Kysthospitalet ved Stavern* (Klepaker 1992: 139, jf. bilde og bildekommentar nedenfor beskriver solbading). (Bildet er ikke tidfestet og antas å være fra rundt 1930. Randi Klepaker var pasient ved Kysthospitalet i perioden 1933-1938 og bildet inngår i hennes fortelling om å være pasient, men beskrives ikke i fortellingen).



*Solbad på altanen. Legg merke til at barna har bånd rundt et ben, slik at personalet lettere kunne hale dem tilbake til riktig seng!*

*Bildet er fra Kysthospitalet ved Stavern fra perioden 1933-1938. Solbad er en vanlig form for tuberkulosebehandling (Klepaker 1992: 139). Sengene er flyttet ut på altanen og lysforholdene gir inntrykk av at altanen ikke har tak og solen er fremme, noe som bidrar med skygger og lyse forhold i bildet. Barna er nakne og det understreker solens tilstedeværelse. Flertallet av barna oppholder seg i sengene, mens noen er på gulvet med den ene foten festet til barnets seng med bånd. Mange av barna har hodet vendt mot fotografen og viser at de vet at de blir fotografert, men situasjonen antas likevel å være representativ for solbadets velordnete gjennomføring. Selv om pleiere ikke er synlige på bildet ansees det som naturlig at de gjennomfører barnas solbad og har pleieansvaret i situasjonen.*

På tilsvarende måte vises en disiplinert solbehandling og solbad, også fra *Kysthospitalet ved Stavern*, der barn sitter i en rekke på benker og blir servert mat mens det pågår (Emanuelsson 1992: 175, jf. bilde med solbading nedenfor). (Bildet er ikke tidfestet, men antas å være fra rundt 1925). (Bildet er hentet fra Søren Emanuelssons fortelling om erfaringer med Kysthospitalet rundt 1925, men bildet beskrives ikke i fortellingen).



*Bildet er fra Kysthospitalet ved Stavern fra rundt 1925. Solbad skjer også her på en velordnet måte, der barna sitter nakne på benker og inntar et måltid. Tallerkener er synlige til stede hos hvert av barna.*

Fra Danmark dokumenteres det tilsvarende forhold ved *Kysthospitalet på Refnæs* hvor behandlingen av tuberkulose er oppsummert i to hovedbehandlingsformer: klimatisk-dietetisk og kirurgisk-ortopedisk (Linnemann m.fl. 1925: 40). Kysthospitalbehandlingen virkning begrunnes med det klimatiske helbredelsesaspektet, og det skjer på en disiplinert måte:

Tuberkulosen godt kan vedblive at bestaa i Legemet som Sygdom, selv om den ydre lokale Angreb er helede. – For at faa Bugt ogsaa med ”Tuberkulosesygdommen”, der kræver Fjernelse fra Byens kvalme inficerede Luft og Ophold paa et Sted, hvor de klimatiske Helbredelsesfaktorer kan komme til deres Ret, er det, at Byens Patienter sendes til Kysthospitaler (*Hertz 1925: 53*).

Barnas måltider er, ut fra billedokumentasjonen å dømme, også en situasjon hvor innordning og disiplin er nødvendig. Bildet er fra *Kysthospitalet i Hagevik* fra 1920-årene (Ertresvaag 1993: 38, jf. bilde og bildekommentar nedenfor beskriver matsalen preget av ”disiplinert omsorg”).



*Med utgangspunkt i dette bildet fra matsalen ved Kysthospitalet i 1920-årene kunne vi kanskje si at livet på Hagevik var preget av «disiplinert omsorg».*

*Rommet på bildet ovenfor viser en matsal fra 1920-årene der barna sitter til bords langs langbord. De har privat tøy på seg og er kledd for å oppholde seg utenfor sengene, men barna sitter uten å spise. Om de venter på at maten skal serveres eller ikke, vites ikke. To pleiere står slik at de har oversikt. Inntrykket er at pleierne og noen av barna ser i retning av fotografen, mens mange av barna har ryggen vendt mot fotografen. Situasjonen virker troverdig og naturlig for måten måltid ble gjennomført på, og det skjer på en velordnet og velorganisert måte med barn som innordner seg, med pleierne som ansvarlige for å gjennomføre og overvåke måltidet.*

Store deler av noen barns barndom ble tilbrakt i hospitaler grunnet tuberkulose, så skolegang var nødvendig. Barna måtte lære å lese og skrive, og å skrive hjem var viktig. Bildet nedenfor viser skole og lekerommet og er fra boken av Ertresvaag om *Kysthospitalet i Hagevik* (Hustad 1993: 151, jf. bilde og bildekommentar nedenfor beskriver skole og lekerommet med gaver fra privatpersoner for å lindre barnas smerte og savn). (Bildet er hentet fra fortellingen av lærer Oddbjørn Rolf Hustad som var pasient ved Kysthospitalet i 1947, mens bildet er datert tidligere).



*Å være barn ved hospitalet var nok ofte både tungt og ensomt. Både personalet og mange privatpersoner søkte å lindre smertene og savnet ved omsorg og gaver. I tidligere tider ble hospitalet ganske ofte betenkt med gaver fra privatpersoner. Gavene kunne være penger, bøker eller leker. Her fra skole/lekerommet ved hospitalet i 1923.*

*Rommet på bildet ovenfor er innredet som et skolerom, men blir også omtalt som lekerom av bildekildens forfatter (Ertresvaag 1993). Bildet er tidfestet til 1923. Her er det ingen personer til stede, men bildet er av interesse fordi det viser barnas mer private ting eller gaver som er samlet i rommet, og de private eiendelene er ikke hos barna. Det kan tyde på at barna ikke har adgang til å leke annet enn når pleierne bestemmer det både i forhold til rom, situasjon og tidspunkt, men det foreligger ikke sikker dokumentasjon på det. Når en ser det i sammenheng med andre bilder der barna oppholder seg i sengene eller i andre situasjoner uten å ha leker eller private eiendeler tilgjengelig, kan det være tilfelle (jf. lysbehandling). Det kan tyde på at barnets lek skjer på en velordnet og velorganisert måte og bare når pleierne initierer det.*

Randi Klepaker kom til *Kysthospitalet ved Stavern* i 1933 som fireåring og er beskrevet i boken av Nord m.fl. For henne representerer tiden på sykehuset en del vonde minner og kravet om å være medgjørlig er poengtert. Barnets underordning og det hierarkiske



tydeliggjøres ved å straffe barnet for ikke å innordne seg. Straffemetodene varierte, barnet kunne blant annet få ris, det kunne bli lagt til sengs med klut eller bind for øynene og bundet fast. Dette er vanskelig å begrunne med at det er en del av medisinsk observasjon av barnet, med det behandlingsmessige eller det hygieniske, og et utdrag fra Randi Klepakers fortelling viser dette:

Jeg husker vi ble servert havresuppe i store hvite emaljekrus. Krus som var skallet av innvendig... Suppa var klumpete. Jeg oppdaget en klump grønnsåpe i bunnen av kruset. Vi var på verandaen da en søster kom. Jeg fortalte om grønnsåpa. Sa jeg ikke orket å spise suppa. Men den ble truet i meg. Munnen min ble presset opp og suppa helt inn i meg. Jeg kastet opp i kruset, men måtte drikke både oppkast og suppa. Dette husker jeg i detalj. Jeg fortsatte å kaste opp. Ble kjørt inn på et rom alene og ble bundet fast. Det er vel nesten ikke noen som vil tro det. Men jeg innestår for at det virkelig skjedde... Min mor besøkte meg av og til. Men jeg fortalte ikke om det vonde jeg opplevde. Det gjorde jeg en gang. Da gikk mamma til oversøster, men da fikk jeg det vanskelig etterpå... En dag plukket jeg en stor bukett med blåbærris med masse blåbær på. Jeg tok det med opp på salen. Delte ut blåbær til de som lå til sengs... Jeg måtte kle av meg og fikk smake bjerkeriset. Og så bar det til sengs med klut over øynene for resten av dagen... Etter hvert lærte jeg å skrive og lese. Jeg sendte brev hjem og fikk brev igjen. Men brevene ble sensurert. Oversøster leste alle brev. Vi fikk ikke lov til å klage over noe. Jeg leste alle de bøker og blader jeg kom over. Det forandret tilværelsen. Jeg lærte mye om livet utenfor Kysthospitalets vegger... Du har nok ikke noen pappa lenger nå! Han døde for to år siden. Det var en vond opplevelse for meg. Men på denne måten fikk jeg jo svar på hvorfor han ikke besøkte meg, og ikke svarte på mine brev hvor jeg ba ham om å komme. Tross dette var det godt å komme hjem. Årene mine på Kysthospitalet ga meg en del psykiske plager. De tror jeg nok at jeg må leve videre med (*Klepaker 1992: 136-140*).

## Oppsummering av kapittel 2

Den første norske læreboken i sykepleie kom ut i 1877. I denne læreboken og i tilsvarende norske lærebøker som var i bruk frem til 1940, er foreldre sjelden eller aldri omtalt. De ser ut til å være ekskludert fra pleien. På samme måte som foreldre er fraværende i lærebøker i sykepleie, er de også fraværende på bilder av barn på sykehus i samme periode og i annet relevant materiale.

Adskillelsen mellom barn og foreldre som finner sted på sykehus er i pakt med adskillelsen mellom barn og foreldre som oppstod ellers i samfunnet ved fremveksten av moderne industrisamfunn og institusjonaliseringen av barn. Når barna var alene på sykehus kunne foreldrene produsere varer og tjene penger. Det ville høyst sannsynlig blitt en økonomisk og praktisk utfordring for den moderne kjernefamilien dersom en av foreldrene skulle være

sammen med barnet på sykehus. I perioden 1877-1940 fantes det ikke velferdsordninger som sikret familieøkonomien dersom en av foreldrene var sammen med barnet på sykehuset. Fraværet av foreldre gav samtidig legene fritt spillerom til å observere sykdommer og prøve ut behandlinger på barna.

Lærebøker i sykepleie fra perioden 1877-1940-tallet viser at renslighet hadde en sentral plass i fagets forståelse av forebygging og bekjempelse av sykdom. Renslighetsforståelsen var først fundert i en miasmatiske forståelse av hygiene. På slutten av 1800-tallet ble miasmelæren avløst av mikrobeteorien. På bakgrunn av redselen for mikrober er det forståelig at foreldre var ekskludert fra sykehus for å hindre at de smittet den øvrige befolkningen, og at de tok med seg farlige mikrober inn i sykehuset. Derimot virker det underlig at foreldre var ekskludert på den tiden da miasmelæren var rådende, fordi miasmene i seg selv ikke ble regnet for smittsomme. Dette tyder på at eksklusjonspraksisene ikke bare var basert på viten, men at ideer om miasmer og teorier om mikrober kan ha blitt brukt til å understøtte samfunnsmessig interessante eksklusjonspraksiser. Ideer om barns umodenhet og sårbare barnesinn som oppstod på slutten av 1800-tallet med barneredningsbevegelse og filantropisk bevegelse har sitt utspring i den franske filosofen Jean-Jacques Rousseaus filantropiske syn på barnet. Offentlige myndigheter innførte lover for å beskytte det umodne og sårbare barnet mot slutten av 1800-tallet. Dette synet på barn ser ikke ut til å ha hatt gjennomslag i moderne sykepleie, for da ville det ha vært naturlig å inkludere foreldrene i sykehusene for å beskytte barnet.

### **3 INKLUSJON AV FORELDRE NÅR BARN ER PÅ SYKEHUS**

I denne delen av studien blir det argumentert for at foreldre fikk større adgang til å besøke barna sine på sykehus på midten av 1900-tallet, og at de fikk anledning til å delta i pleien av barn på sykehus på slutten av 1960-tallet (jf. kap.3.1 og kap.3.2). Fra 1980-tallet blir det forventet at foreldre deltar aktivt i pleie og behandling når barn er innlagt på sykehus (jf. kap.3.4). I vår tid utfører foreldre mesteparten av pleien når barn er på sykehus (jf. kap.3.5). I tillegg til å argumentere for foreldreinkludering, omfatter dette kapitlet drøftelse av de samfunnsmessige (jf. kap.3.3 og kap.3.6) og vitenbaserte mulighetsbetingelsene for inkluderingen av foreldre i pleien når barn er på sykehus (jf. kap.3.7). Analysene og drøftelsene er gjort i forlengelsen av Foucaults dispositive analyseteknikker (jf. kap.1.6.2), og de er basert på lærebøker i sykepleie og en rekke andre kilder.

#### **3.1 Inklusjonsnormer 1941-1986**

Nedenfor vil jeg presentere analyser av inklusjonsnormer slik de fremkommer i lærebøker i sykepleie. Jeg har tidligere argumentert for at det er all grunn til å tro at normen i lærebøker i sykepleie er representativ som sykepleiefaglig litteratur og at de representerer det offisielle synet på foreldres eksklusjon eller inkludering i sykehus (jf. kap.1.6.3.1).

##### **3.1.1 Inklusjonsnormer 1941-1967: Foreldre bør få besøksrett**

Ovenfor, i kapittel 2, har jeg argumentert for at det kan se ut som om foreldre var ekskludert fra sykehus i siste halvdel av 1800-tallet da moderne sykepleie oppstod. Eksklusjonspraksisene stod ved lag til midt på 1900-tallet. På den tiden ser det ut til at det gradvis ble større rom for foreldre på sykehus.

I 1941 utgis den første læreboken i sykepleie, redigert av dr. med. og overlege Anton Jervell. I boken argumenteres det for at foreldre bør få besøke barn på sykehus, men at besøksretten bør være begrenset på grunn av infeksjonsfare. Omtanke for foreldre i mottakssituasjon

vektlegges for å ivareta foreldres adskillelse fra barnet. Slik skriver forfatterne av *Pleie av det friske og syke spedbarn*, sykepleierske Jenny Weberg og professor og dr. med. Alfred Sundal:

Vis vennlighet og vær imøtekommende mot barnets pårørende, naturligvis spesielt mot moren. Prøv å berolige henne, så hun skjønner at barnet er kommet i trygge hender... Av hensyn til faren for smittsom sykdom innskrenkes besøk mest mulig. I allminnelighet tillates bare besøk av foreldrene, og barn under 16 år får iallfall ikke adgang til barnestuen (*Weberg & Sundal 1941: 200-201, Weberg m.fl. 1951/1941: 170-171, Sundal 1960/1941: 63-66, det er små endringer av bokstaver og ord fra 1941 til 1960*).

Det går ti år og Jervells andre utgave utgis i 1951. I denne utgaven skrives det om foreldres besøksrett som i 1941, men det å beskytte spedbarn mot smitte blir poengtert tydeligere enn i 1941. Forfatterne er fortsatt Weberg & Sundal, men i tillegg er oversøster Bertha Olsen kommet med (1951/1941):

Alle uvedkommende bør holdes borte i hvert fall fra spedbarn. Alle som arbeider ved en barneavdeling, må lære å gjennomføre kravene til en god og riktig hygiene (*Weberg m.fl. 1951/1941: 171*).

I 1960 revideres lærebøkene til Jervell og utvides til ti bind, og i bind fire, *Lærebok for sykepleiere, Barnesykdommer, Smittsomme sykdommer*, er professor og dr. med. Alfred Sundal (1960/1941) fortsatt forfatter av *Barnesykdommer*. Her fremgår det at foreldre kan besøke barnet hver dag og eventuelt to ganger daglig ved behov. Besøksretten er utvidet i forhold til det som fremgår i Jervell fra 1941 og 1951 (*Weberg & Sundal 1941: 200-201, Weberg m.fl. 1951/1941: 170-171*). Det hygieniske er fortsatt vektlagt (jf. ovenfor), spesielt i forhold til de minste barna, og glassvegger nevnes som beskyttelse mot besøkende.

Hygienefokuset tilsvarer det som er skrevet i tidligere lærebøker i sykepleie:

De fleste barnesykehus har innført anledning til visitt av foreldre hver dag. Dette gjelder særlig barn mellom 1-5 års alderen som kan savne mor og far sterkt, og hvor det er viktig at barnet får beholde den gode bindingen til hjemmet også når det er på sykehuset. Et engstelig barn bør om mulig få besøk av mor (eller far) hver kveld, f. eks. kl. 18, slik at en av foreldrene kan være hos barnet  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  time mens det sovner inn (*Sundal 1960/1941b: 65*)... Sykerommet til de minste barna bør være forsynt med glass i vegg eller dør, slik at foreldre som besøker barnet, kan stå utenfor sykerommet og se hvorledes barnet har det (*Sundal 1960/1941b: 66*).

Tross utvidelse av foreldres besøksstid, så ligger det til grunn en fortsatt adskillelse mellom barn og foreldre. I Jervells lærebok fra 1960 problematiserer lege Sundal de følelsesmessige sider ved adskillelsen og gir anbefalinger om hvordan det bør håndteres. Barn bør skilles fra foreldre på en human måte:

Noen barn er fortvilet for å bli lagt inn på sykehus... Barnets skrik og fortvilelse sammen med den påkjenning det sikkert er for foreldre å levere et sykt barn fra seg, kan føre til at vi synes foreldrene ikke tar en slik situasjon slik som de burde... La foreldrene og barn få tid på seg. Riv ikke barnet fra moren, men gi tål og tid alt etter hvorledes barn og foreldre tar det. Unngå opprivende scener (*Sundal 1960/1941b: 64*).

Ovenfor har jeg vist at i lærebøker som kom ut i perioden 1941-60 begynte sykepleiere og leger å argumentere for at foreldre burde få mulighet til å besøke barnet mens det er på sykehus og at det argumenteres for en liberalisering og utvikling i omfanget av besøk. Læreboken til Jervell fra 1960 var i bruk frem til det kom ut nye læreverk i 1968.

### **3.1.2 1968-1986: Foreldre bør få delta i pleien av barn på sykehus**

I 1967-68 utgir sykepleier Kjellaug Lerheim m.fl., i samarbeid med Norsk sykepleieforbund (NSF), en serie lærebøker i sykepleie. Denne lærebokserien er den andre norske læreboken i sykepleie som har en sykepleier som redaktør. Den første sykepleieredaktøren var Rikke Nissen (2000/1877). Lærebøker som var i bruk i perioden 1901-1966 er skrevet helt og fullt av leger, eller redigert av dem med sykepleiere som medforfattere. *Lærebok for sykepleieskoler, Gynekologi, Obstetrik, Pediatri* bind 3, som utkommer i 1968, er spesielt interessant i denne studien. Forfatter av barnesykepleien er sykepleielærer Rigmor Andersen og av pediatri overlege Kåre H. Torp. I Lerheim & NSF (1968) argumenterer Andersen og Torp for at foreldre bør inkluderes ut fra hensynet til det psykiske hos barnet. Foreldrene bør gis en mulighet til å delta i pleien av barnets grunnleggende behov, selv om behov som begrep ikke er benyttet. Dette går utover det tidligere lærebøker skriver om foreldre, da det kun var tillatt med besøk.

Andersen og Torp (1968) poengterer barns rett til å ha besøk av foreldre i flere timer pr dag ved innleggelse på sykehus. Prioriteringen av foreldres besøksrett fremfor smitterisiko gjøres for å ivareta det psykiske hos barnet. Det gjelder spesielt de minste barna. Det argumenteres for at foreldre bør få besøksrett for å ivareta det psykiske hos barnet, og det at barnet gråter når foreldrene forlater barnet er ikke et argument mot foreldrebesøk. Tvert imot skal en heller være observant på om barna blir passive og stille, fordi barnets gråt sees på som naturlig. På den annen side er det ulik praksis for håndteringen av foreldres visittid med en klar anbefaling

om utvidet besøksrett som det riktige. En opplisting av argumentene mot foreldres besøk fulgt av argumenter for, tydeliggjør hvor viktig foreldrebesøk blir ansett for å være:

Småbarn i sykehus bør ha daglig besøk, hvor ikke smittehensyn eller spesielle psykologisk faktorer motsier dette. Særlig for de yngste, i alderen 6 mndr. til 3-4 år er det viktig at barnet ser moren ofte. At småbarn gråter de første dager når moren går igjen etter visitten, er en naturlig reaksjon. Mer betenkelig vil det være hvis barna under sykehusoppholdet blir passive og stille (*Torp 1968: 305*)... Mens det tidligere i mange sykehus ikke har vært tillatt med visitter til barnestuer og barneavdelinger, har de fleste sykehus nå innført visittid for foreldre. Enkelte steder er denne visittiden bare en time, mens mange sykehus har utvidet visittiden til flere timer (*Andersen 1968: 316*)... Det har vært hevdet at besøk av foreldrene bare gjør barnet vondt... Dette er imidlertid ikke noen grunn til å avskjære barnet besøk av mor og far. Det er helt naturlig at barnet gråter når de går (*Andersen 1968: 317*).

I læreboken til Lerheim & NSF fra 1968 er sykepleier Andersen (1968) kritisk til adskillelsespraksisene og argumenterer for at det bør brukes god tid på å adskille mor og barn. Å adskille barn og mor er det mor gruer seg til, og mor må få være hos barnet til det har roet seg. Det gjelder spesielt de minste barna. De følelsesmessige påkjenningene og de psykiske konsekvensene for barnet fremheves av lege Sundal i lærebokutgaven til Jervell fra 1960 (jf. kap.3.1), og blir enda tydeligere presisert av Andersen i Lerheim & NSF fra 1968. Der blir det påpekt at adskillelsen kan gjøres mer human med hjelp fra foreldrene:

Når barnet er ferdig undersøkt og skal bringes til avdelingen, kommer stunden moren kanskje mest har gruet for: Dette å skulle levere fra seg det syke barnet sitt... Aller først må hun la mor og barn få tid på seg. Selv om vi her i landet ikke har fått gjennomført i alle sykehus at moren skal få være mest mulig hos barnet sitt, så må vi i hvert fall ikke skille mor og barn brått og totalt fra hverandre... Moren må få følge med inn på stuen, og hun bør være hos barnet, i hver fall til det har roet seg. Dette gjelder spesielt barn fra ca. 1 år og oppover til 5-6 år (*Andersen 1968: 324-325*).

Foruten foreldres besøksrett og deres hjelp ved adskillelse, argumenter sykepleier Andersen og lege Torp i læreboken til Lerheim & NSF for at foreldre bør forberede barnet før innleggelse av hensyn til det psykiske hos barnet, men sykehuset har et ansvar for å tilrettelegge for forberedelsen ved å sende en informasjonsbrosjyre hjem. Det er viktig for å bevare barnets tillit. Dersom det ikke gjøres kan barnet få psykiske senvirkninger:

En slik brosjyre vil også være til god hjelp og veiledning for foreldrene, som skal forberede barnet på sykehusinnleggelsen (*Andersen 1968: 321*)... De siste dager før innleggelse i sykehus bør barnet gis orientering avpasset etter alderen, slik at tilliten bevares. Hvis dette forsømmes, vil barnet kunne oppfatte atskillelsen fra foreldrene og de smertefulle manipulasjoner som straff, noe som gir usikkerhet og frykt med stor fare for psykiske senvirkninger (*Torp 1968: 305*).

I læreboken av 1968 argumenteres det for at foreldre også har en viktig rolle i en mottakssituasjon. Sykepleier forventer at foreldre er til stede i mottakssituasjonen av barnet. Mor bør være til stede i mottakssituasjon og hennes nærvær under legens undersøkelse av barnet fremgår som en etablert praksis og letter legens arbeid:

Moren skal helst være hos barnet mens legen undersøker det, da det som regel vil være roligere når mor er der (*Andersen 1968: 324*).

Sykepleier Andersen skriver i læreboken til Lerheim & NSF fra 1968 om hva mor kan bidra med i mottakssituasjonen. Unntaksvis kan foreldre ekskluderes fra situasjonen dersom de ikke er til hjelp, eller de kompliserer situasjonen. Sykepleier må derfor få moren til å hjelpe seg for å ivareta det psykiske hos barnet. Sykepleier må få til en vellykket mottakssituasjon. Det å få kontakt med mor og barn og berolige dem, vil hjelpe, men dersom morens nærvær vanskeliggjør undersøkelsen av barnet anbefales det at hun ikke er til stede:

Men det hender også at morens nærvær kan gjøre det vanskelig å få undersøkt barnet ordentlig... I slike og lignende tilfelle kan det gå bedre hvis moren går ut litt, bare mens legen undersøker barnet (*Andersen 1968: 324*)... Det er meget viktig at mottakelsen i sykehuset blir så vellykket som mulig. Sykepleieren som tar imot barnet, må prøve å få god kontakt med både barnet og moren. Dersom barnet og/eller moren virker engstelige og urolige, er det hennes oppgave å prøve å berolige dem (*Andersen 1968: 322*).

Poengetingen som oppstår i læreboken fra 1968, om at mor bør bidra for å gjøre de medisinske undersøkelsene smidigere, står i kontrast til lignende beskrivelser i den foregående læreboken av Jervell fra 1960. Der skriver lege Sundal (1960/1941: 64) på en måte som avdekker at omtanke for morens og barnets følelser vektlegges mer enn at mor skal bidra. Han argumenterer for at en må vise forståelse for foreldrene som gir fra seg det kjæreste dem har og at det er nødvendig å vise forståelse for at barnet kan oppleve innleggelsen på sykehus som skremmende.

I læreboken til Lerheim & NSF fra 1968 argumenterer sykepleier Andersen for å håndtere smitterisiko i mottakssituasjon, med å la barnet være i mottaksrommet inntil lege har undersøkt barnet. Dette for å unngå å bringe smittsom sykdom inni selve avdelingen:

For å prøve å hindre at barnet kan bringe smittsom sykdom med seg inn i avdelingen, må det bli liggende i mottakelsesrommet eller i et spesielt undersøkelsesrom, inntil det er undersøkt av lege (*Andersen 1968: 323*).

Selv om læreboken fra 1968 vektlegger smittefare, så er denne argumentasjonen tonet ned i forhold til det foregående læreverket til Jervell fra 1960 (jf. kap.3.1). Dette viser en endring i prioriteringen, det psykiske hos barnet og morens bidrag i mottakssituasjoner prioriteres fremfor infeksjonsfare.

At foreldre skal være til stede i mottakssituasjonen, ser ut til å være en etablert måte å tenke om barn på sykehus på i læreboken til Lerheim & NSF fra 1968. De argumenterer for at sykepleier skal overta pleien av barnet, og så få morens hjelp til å få informasjon om barnet og sykepleier bør innhente viktig informasjon. Morens kjennskap til barnet og formidling av barnets spisevaner, pottetrening, uttrykk og hennes tilstedeværelse i selve situasjonen er vesentlig, og sees som en nødvendig forutsetning for et vellykket utfall. Hvordan sykepleier skal møte og håndtere foreldre ved overtakelse av pleien, også dersom det oppstår utfordringer, beskrives. Det følelsesmessige hos mor og barn er et prioritert område for sykepleiers oppmerksomhet. For å lette overgangen til sykehus og sykepleiers overtakelse av pleien er det anbefalt ulike konkrete foreldretiltak for å trygge barnet, som det å la mor følge barnet helt frem til sengen:

En må aldri glemme at det er moren som kjenner barnet best. De opplysninger hun kan gi både om spisevaner, pottetrening, barnets uttrykksmåte når det vil noe, osv., vil være til verdifull hjelp når en skal overta pleien av et ukjent lite barn (*Andersen 1968: 325*)... Innleggelse av barn i sykehus vil som regel være en stor påkjenning både for barnet selv og for foreldrene (*Andersen 1968: 321*)... Ved mottakelsen i sykehuset bør en sørge for at moren blir med helt inn til sengen, "så mor vet hvor jeg er" (*Torp 1968: 305*).

Ovenfor fremgår det at foreldre inkluderes i det å forberede barnet til innleggelse, de skal få være til stede i mottakssituasjonen, inkludert legeundersøkelse, og de skal få besøke barnet. I tillegg skal foreldre hjelpe sykepleier når barnet skal skilles fra foreldrene og når barnets pleie skal overdras til sykepleier. Begrunnelsen er ivaretagelsen av det psykiske hos barnet, og det at moren kan roe barnet og. Videre skriver Andersen i læreboken til Lerheim & NSF om foreldres deltakelse i pleien gjennom stell av barnet. Det er å oppfatte som en begynnelse og en mulighet. Her sees det en åpning for foreldrene til å stille barnet, i mottakssituasjonen og generelt under oppholdet. Foruten de nevnte områdene er det å roe barnet når det skal sove og hjelpe barnet å spise, samt å sitte hos barnet når det våkner etter anestesi, aktuelle situasjoner som foreldre kan delta i. Det sistnevnte inngår i det behandlingsmessige av barnet. Foreldres



deltakelse i pleien er tydelig og det åpnes for at foreldre kan bo sammen med barnet på sykehuset:

Moren bør få bli med inn i mottakelsesrommet, og når barnets tilstand tillater det, kan moren gjerne delta i stellet av barnet, med veiledning av sykepleieren (*Andersen 1968: 322*)... Mange barneavdelinger lar moren komme og gå fritt, eventuelt dele rom med barnet (rooming-in), og delta i stellet (*Torp 1968: 305*)... For mange barn vil det også være godt dersom mor eller far får adgang til å komme en liten stund om kvelden når barnet skal sove. Dette gjelder spesielt engstelige, urolige barn... Dersom mor f. eks. får komme til middag, kan hun mate barnet sitt selv, dersom det er nødvendig... Dersom barnet skal ha anestesi, bør moren få lov til å komme slik at hun sitter hos barnet sitt når det våkner av anestesen (*Andersen 1968: 316*).

Tilsvarende argumentasjon for foreldredeltakelse i barnets pleie finnes ikke i tidligere lærebøker i sykepleie. Det oppstår med andre ord en transformasjon i måten foreldrene blir omtalt på i perioden mellom læreboken til Jervell som kom ut i 1960, og læreboken til Lerheim & NSF fra 1968. I perioden 1969-1986 kommer det ikke ut nye norske lærebøker i sykepleie om barn på sykehus, men utenlandske læreverker oversettes og brukes. Det utgis blant annet to amerikanske lærebøker på norsk av Margaret Ann Jaeger Wallace i 1973, *Handbok i barnesykepleie*, og av Pamela Mitchell med tittelen *Grunnleggende sykepleie bind 1 og 2* i 1974 og 1975. I 1979 og 1980 utgis det på norsk en svensk trebindsserie i barnesykepleie, der det ene bindet har tittelen *Barnesykepleie, Medisinsk barnesykepleie, Bind 2*, med forfatterne sykepleier Marianne Brydolf, Britt Ståhl & Kerstin Syrèhn (1979). I forordet til boken fremgår det at boken er tilpasset norske forhold uten å spesifisere hva det innebærer. I denne boken kan en spore en sterkere markering av foreldrenes rolle når barn er på sykehus enn i Lerheim & NSFs 1968-utgaven ved at foreldres rett til å bo på sykehuset understrekes tydeligere. På den annen side er foreldrene fristilt til å velge å være til stede, eller ikke. Det frarådes å skape konflikter med foreldrene ved å kreve at de skal være der. Dersom mor eller far ikke er hos barnet, bør barnet ha en person hos seg som barnet kan oppnå tilknytning til og slik erstatter foreldrene:

Moren eller faren skal få mulighet til å bli på sykehuset... Sykehuset må sørge for rom til alle foreldre som ønsker det. Det skal være mulighet til overnatting i barnets rom eller i et eget foreldrerom i tilknytning til avdelingen... Dersom barnet blir innlagt uten mor eller far skal barnet bli "pleid av en person som det kan knytte seg til, og som fungerer som erstatning for foreldrene"... At foreldrene har anledning til å være hos barnet sitt på sykehuset, må ikke oppleves som et absolutt krav fra sykehusets side. Det kan føre til alvorlige konflikter hos foreldrene, noe som vil gjenspeile seg hos barnet (*Brydolf m.fl. 1979: 9-14*).

### 3.2 Inklusjonspraksiser - foreldre får gradvis adgang til å besøke og pleie barnet på sykehus i etterkrigstiden

Retrospektiv kilde om *Rikshospitalets barneavdeling*, skrevet av sykepleier Kari E. Grindaker (1993) og professor i pediatri Martin Fredrik Seip (1993) (f.1921-d.2001), bekrefter og understøtter lærebokstektene (Weberg m.fl. 1951/1941: 170-171, i Jervell m.fl.) om at det var begrensede besøksmuligheter for foreldre på 1950-tallet, til tross for endring i den offentlige holdningen om å tillate foreldrebesøk i større grad (jf. nedenfor om WHO's internasjonale konferanse i Stockholm i 1954). Forsvarsargumentasjonen mot økt besøkstid baseres på barnets beste, smitterisiko og personellressurser:

Besøkstidene for foreldrene var altfor knappe, disiplinen streng, og lekemulighetene dårlige. At barnet skrek sårt når mor forlot det etter besøk i sykehuset, ble ofte fremholdt som begrunnelse for at ”det er bedre for barnet” om det ikke fikk besøk (Seip 1993: 36)... Forsvaret mot økt besøkstid, var først og fremst smitterisiko og mangel på pleiepersonell... Barnet kunne gråtende bli revet ut av foreldres armer selv om den offentlige holdningen var at mor skulle være hos barnet til det sovnet (Grindaker 1993: 81-83).

Debatten i Norge på 1940- og 1950-tallet om barns forhold på sykehus og om foreldres inkludering skjer på flere plan, blant annet gjennom faglige artikler (Wergeland 1954: 607-609, Salomonsen 1954: 713-714, Sundal 1954a: 150-153) og gjennom arkitekt Odd Brochmann utgivelse av barneboken *Marianne på sykehus* i 1948. På bakgrunn av boken lages opplysningsfilmen med tittelen *Marianne på sykehus* i 1950. Filmen virker opplysende og skaper debatt i ulike aviser som trykker innlegg med overskriften *Marianne på sykehus* (Aftenposten 4.12.1950, B.F. Verdens Gang 5.12.1950, Vigerust, Nationen 5.12.1950, Wivart, Morgenbladet 22.12.1950). I Brochmanns barnebok oppholder Marianne seg på sykehus uten å få besøk av foreldre, og det er et barneperspektiv i boken. Det fremgår at Marianne skal reise til sykehuset aleine og det er en nært forestående avskjed som hun gruer for. Stedets lege trøster henne og forteller at hun på sykehuset vil møte personale som vil ta godt vare på henne:

Og så Marianne, selvfølgelig, det er jo henne som skal reise. De andre skal bare se henne vel av gårde. Hun har vært kjekk hele tiden, enda det kjennes verre og verre i magen. Men nå kommer en tåre trillende. ”Mor, jeg gruer slik for det fryktelige sykehuset!” Men da ler doktor Krag og kaller henne en tullebukk. Og nå forklarer han at et norsk sykehus slett ikke er fryktelig, tvert imot! Der strever hundrevis av sykesøstre for at alle som er syke, skal ha det godt (Brochmann 1948: 16).

I 2003 skriver museumsкуратор og historiker Frode Weium en retrospektiv artikkel i *Tidsskrift for den norske Legeforening* om hvordan Brochmanns (f.1909-d.1992) *Marianne på sykehus* fra 1948 danner grunnlaget for en opplysningsfilm i 1950 (Diesen 1998: 48-69 redegjør for opplysningsfilmens funksjon i samfunnet, hvordan myndighetene bruker den til å opplyse folket). Sosialdepartementet med statsråd Aaslaug Aasland var initiativtaker og Norsk Filminstitutt fungerte som bindeledd mellom departementet og produsenten Norsk Film A/S, manusarbeid og regi var ved Titus Vibe Müller. Helsedirektoratet, under Karl Evangs ledelse, vurderte filmprosjektet som et godt tiltak. Store deler av filmen ble tatt opp ved Rikshospitalet og de ansatte spilte selv inn filmen, dette for at filmen skulle få større autentisitet. Hensikten med filmen var å vise at det ikke er farlig å være på sykehus for barn og at barn ikke trenger å være redde for å komme på sykehus. Professor i pediatri og klinikkisjef ved *Rikshospitalets barneklinnikk*, Leif Salomonsen, bekreftet i ettertid at intensjonen med filmen ble innfridd. Nedenfor vises sitater fra artikkelen og bilder med bildetekst knyttet til filmen (jf. bildekommentar nedenfor), og en må anta at bildene er representative for forholdene på sykehus på det tidspunktet. Bildene viser barn alene uten foreldre og den restriktive besøksordningen for foreldre debatteres. En viktig forskjell mellom boken og filmen om Marianne påpekes. Marianne får besøk av mor i filmen men ikke i boken. I artikkelen nedenfor vises det til motstridende hensyn rundt foreldrebesøk når barn er på sykehus og som er under debatt i Norge. De psykiske påkjenninger når barn adskilles fra foreldrene, smitterisiko og mangel på pleiepersonell argumenteres det for:

I desember 1950 hadde filmen om *Marianne på sykehus* premiere i Oslo, med kong Haakon, statsminister Einar Gerhardsen og flere fra Storting og Regjering til stede i kinosalen... I denne sammenheng er det interessant å merke seg at Marianne i filmen, til forskjell fra i boken, får besøk av mor på sykehuset. De sterke begrensningene av foreldrenes adgang til å besøke sine barn på sykehus var under debatt i Norge rundt 1950. Ved kortere opphold var det gjerne besøksforbud. Forsvarerne av de restriktive besøksordningene viste blant annet til mangel på pleiepersonell og økt smittefare ved hyppige foreldrebesøk. Motstanderne fremhevet de psykiske påkjenningene for barna ved lengre tids atskillelse fra foreldrene. De hevdet at atskillelsen kunne føre til psykiske og psykosomatiske forstyrrelser i lang tid etter oppholdet... Mer enn 50 ansatte fra Rikshospitalet medvirket i filmen (*Weium 2003: 3585-3587*)...



... På bildet ses blant andre overlege Nikolai Paus (1877-1956), reservelege Jean Lange (1905-1990) og (delvis skjult) reservelege Henrik Hagelsteen (1909-). Gjengitt med tillatelse fra Norsk Filminstitutt (*Weium 2003: 3585-3587, jf. bilde ovenfor*).



... Røntgenapparatet er en fantastisk ting,... kommenteres det i filmen. Gjengitt med tillatelse fra Norsk Filminstitutt (*Weium 2003: 3585-3587, jf. bilde ovenfor*).



... Anestesilege Otto M. Mollestad (1908-73) gir narkose. Gjengitt med tillatelse fra Norsk Filminstitutt (Weium 2003: 3585-3587, jf. bilde ovenfor).

*Av de tre bildene ovenfor fra Rikshospitalet fra 1950 (Weium 2003) viser det første en situasjon som ser ut til å være en legevisitt der et barn er pasient og de to andre bildene viser undersøkelsessituasjoner av barn. Det skjer uten at foreldrene er til stede, pleiere hjelper til. Ut fra uniformene, hetter og nåler å dømme, er pleierne mest sannsynlig sykepleiere. Disse situasjonene avklarer ikke om foreldrene besøker barna eller ikke, noe som er under debatt i Norge på den tiden bildene er tatt (jf. dette kapittelet ovenfor). Bildene understreker likevel at foreldrene ikke er sammen med barna i disse situasjonene og mest sannsynlig ikke til stede i tilsvarende situasjoner. Det kan si noe om en etablert praksis. Barna kan allikevel ha besøk av foreldre på andre tidspunkt, men de inkluderes ikke når det gjennomføres legevisitt og undersøkelser.*

Det er ikke bare i Norge en er opptatt av å bedre barns forhold på sykehus ved å inkludere foreldre. Verdens helseorganisasjon (WHO) satte fokus på ufrivillige adskillelser mellom foreldre og barn ved barns innleggelse på sykehus. I 1951 utfordret de barnepsykiater og psykoanalytiker John Bowlby til å samle tilgjengelige opplysninger om temaet, samt å konkludere (Wergeland 1954: 607-609, Auestad m.fl. 1971: 5-19). WHO inviterte i 1954 barneleger, barnepsykiatere, psykologer og sosialarbeidere fra 14 europeiske land, samt USA, til en internasjonal konferanse i Stockholm. Hensikten var å diskutere hvordan man kunne redusere psykisk risiko for barn innlagt på sykehus (Wergeland 1954: 607-609, Salomonsen 1954: 713-714). Konferansen resulterte i en anbefaling på 6 punkter med blant annet

håndtering av adskillelse mellom foreldre og barn ved hyppige foreldrebesøk, samt forberedelse av barnet før innleggelse. Det beskrives av professor i pediatri Leif Salomonsen (f.1898-d.1972), men tydeligst av Hjalmar Wergeland (f.1909-d.1997) som var deltaker på konferansen, en norsk pediater og pioner innen barnepsykiatri:

Selve innleggelsen og avskjeden kan gjøres så skånsom som mulig... adskillelsen fra de pårørende kan reduseres betraktelig ved hyppige besøk (*Wergeland 1954: 607-609*).

Barneavdelingen ved Rikshospitalet blir påvirket av konferansens anbefalinger og endrer praksis og utvider besøkstiden:

Etter den internasjonale konferansen i Stockholm ble foreldrenes besøkstid ved Rikshospitalets barneavdeling utvidet fra to ganger i uken til daglig (*Grindaker 1993: 81*).

Norske forhold kan ha blitt påvirket av engelske forhold gjennom sosialarbeider og psykoanalytiker James Robertsons bok *Young Children in Hospital* fra 1958. Robertson poengterer at mentalhygieniske prinsipper for barn på sykehus ivaretas best ved innleggelse av mor sammen med barnet. Han er mer radikal i sine forslag om foreldres inkludering gjennom innleggelse av mor og ikke bare foreldrebesøk, og beskriver barnets adskillelse fra foreldre gjennom protest-, fortvilelses- og fornektelsesfase. Han baserer sin adskillelsesteori på observasjoner av barn når de blir adskilt fra foreldre (jf. kap.2.5 og kap.3.7). Nettopp i forordet til den norske oversettelsen av Robertsons (1967/1958: 7-20) bok understreker barnepsykolog Åse Gruda Skard (d.1905-f.1985) de minste barnas behov for samvær med foreldrene. En annen kilde til inspirasjon er *The Welfare of Children in Hospital* (1959), ”Platt” rapporten, som er skrevet av britiske eksperter på oppdrag fra det britiske helseministeriet for å belyse barns situasjon i sykehus. Rapporten kommer med anbefalinger og klare oppfordringer om å tillate foreldre å besøke sine barn, og disse anbefalingene refereres blant fagfolk i Norge på et senere tidspunkt (Auestad m.fl. 1971: 5-14) (jf. kap.2.5 og kap.3.7). Retrospektive artikler av Linda Alsop-Shields & Heather Mohay (2001: 50-58), Jill Connell & Sue Bradley (2000: 32-35) og Jeremy Jolley (2007: 22-25) beskriver John Bowlby and James Robertsons betydning for endringene av barns forhold på sykehus i mange land. Ruth Davies (2010: 6-23), Jill Connell & Sue Bradley (2000: 32-35) og Susan Bradley (2001: 44-51) beskriver hvilken betydning ”Platt” rapporten har hatt for endringene.

Bradley (2001) viser at i 1949 var foreldres besøksrett begrenset også i England. Ved *Evelina Hospital for Sick Children* (London) var det mulig for foreldre å besøke barnet en halv time hver kveld og en time hver søndag, mens på *St Thomas' Hospital* (London) var det tillatt med en times besøk hver ettermiddag. Newcastle-upon-Tyne tillot en halv times besøk hver kveld, men hadde tidligere kun hatt en time hver lørdag. *Bristol Royal Hospital for Sick Children* praktiserte daglige besøk eller to ganger ukentlig, mens *Royal Liverpool Children' Hospital* tillot en halv time ukentlig (Bradley 2001: 44-50).

Anbefalingene i læreboken av Jervell (1960/1941b) om daglig foreldrevsitt som kan utvides ved behov (jf. kap.3.1) er i pakt med praksisene ved *Rikshospitalets barneavdeling*, som viser en mindre restriktiv besøksordning for foreldre enn det som var tilfelle på 1950-tallet (Grindaker 1993). 1960-tallets omtale er en transformasjon/ forandring i forhold til omtalen ovenfor, i Jervell av 1941 og 1951 (jf. kap.3.1):

Hvis det er psykiske vanskeligheter, tillates besøk utenom visittiden (*Grindaker 1993: 87*).

De nedfelte rutine ved Rikshospitalets barneavdeling på 1960-tallet bekreftes retrospektivt av sykepleier Grindaker (1993) og viser hvordan adskillelse av barn og foreldre ble utført, og at det følelsesmessige har større prioritet enn tidligere. Det anbefales å gjøre adskillelsen på en skånsom måte og ta hensyn til barnets reaksjoner ved å vise forståelse for adskillelsen av barn og mor, og det anbefales å la mor sitte hos barnet en tid før hun forlater sykehuset (jf. kap.3.1, Sundal 1960/1941b: 64, i Jervell m.fl.):

Den største påkjenning for et barn som skal innlegges i sykehus, er adskillelsen i det øyeblikk moren overlater barnet i en søsters hender. Fra sykehusets side må vi ha åpne øyne for dette, og gjøre det så lempelig og gemytlig som mulig. Er det vanskelig med adskillelsen, bør moren følge med i badet og evt. bade barnet hvis det viser tendens til hysterisk gråt... De pårørende får alltid sitte litt hos barnet før de går (*Grindaker 1993: 86*).

Selv om det ser ut til å være en viss mulighet for at foreldre fikk besøke barn på sykehus på 1940-tallet, så tyder både lærebøker i sykepleie (jf. kap.3.1), skjønnlitterære kilder og bilder på at barn var alene på sykehus både på 1950 - og 1960-tallet. Et utdrag fra novellen av forfatteren Sigurd Evensmo, *Glassveggen* fra 1954, viser at foreldre og barn underordnes lege og sykepleier. Mor har tilgang til barnet gjennom en glassvegg, nettopp slik tittelen understreker. Synsvinkelen i novellen er et jeg-perspektiv hvor en mor forteller om det å måtte levere fra seg barnet og det å bli frarådet å besøke barnet av hygieniske hensyn.

Fortellingen beskriver morens lovnad om å være med til barnets seng, som hun ikke kunne holde grunnet hygieneregimet. Møte med sykehuset preges av taushet og av å bli utestengt som mor, der mor blir overlevert barnets klær og det understreker følelsen av å ha gitt fra seg barnet. Hjemme leser hun lappen med beskjeden om at de frarådes å komme på besøk. Men mor kommer på besøk, et møte gjennom en glassvegg der sterke følelser utspiller seg mellom mor og barn, der de ikke får komme nær hverandre. Beskrivelsene er vurdert som riktige, da fremstillingen korresponderer med andre kilder fra samme tid som utgivelsen av novellen. Det er gode grunner til å anta riktigheten av innholdet i den skjønnlitterære kilden nedenfor, da det samstemmer med de resterende beskrivelser fra kildemateriale ovenfor (jf. kap.3.1), og foreldrefraværet vil bli argumentert for som en etablert praksis:

Det er den hvitkledde mannen som ingenting sier. Og så er hun båret inn på et rom der du ikke får tusle etter... Nei, til slutt gir hun deg en liten pakke i brunt papir med hyssing omkring. Det er barnets klær som du kan ta med hjem — nattdrakten, et lite skjjerf, en strikkejakke. Hvorfor kan de ikke ha klærne her så lenge? Hjemme leser dere den stensilerte lappen, dere to som har fått det så stille. Der står det at foreldre frarådes å besøke barnet de første dagene... Bak glassveggene sitter og ligger de små i sengene, to og to ved siden av hverandre. Så ser du henne som har vært all din tanke og lengsel... Til beste for de små skal ingen utenfra komme nær med smitte eller ulovlige godter eller kjærtegn som river opp hver avskjed og får barnesinnet til å blø... Hun s e r bare og rører seg ikke, men øynene fylles, og så renner tårene hele tiden, lydløst, uten hikst eller snufs... Også du har bare sett, og hele tiden har du møtt øynene der borte, men framfor alt har du sett g l a s s v e g g e n... Din plass er utenfor glassveggen (*Evensmo 1954: 7-15*).

Sykepleier Kari E. Grindaker (1993: 79-80) bekrefter at det var glassvegger på barneavdelingen ved det nye *Rikshospitalets barneklinikk* som ble åpnet i 1950. Nedenfor kan vi se et bilde av slike glassvegger fra et engelsk sykehus (Zetterström 1985: 9, jf. bilde og bildetekst nedenfor). Bildet er fra 1960.





*Bild 4. 'Interiör från ett barnsjukhus i England 1960. Med hjälp av glasboxar försökte man hålla barnen isolerade.*

*Bildet ovenfor fra 1960-tallet viser en pleier ved et engelsk sykehus, og fra uniformen å dømme er det trolig en sykepleier. Hun har god oversikt gjennom glassvegger til pasientrommene der barnesenger står. Om hver av sengene er adskilt fra de andre sengene med glassvegger eller andre vegger er vanskelig å se, men noen skillevegger sees, eksempelvis midt i bildet. Om det er barn i alle sengene er vanskelig å bedømme og likedan om barna er der alene, og om de sover eller ikke. Med sikkerhet kan en se en pleier til høyre i bildet der et barn sitter oppreist. Lengst til venstre og bakerst i rommet eller rommene kan det se ut som en voksen person sitter, om det er pleier eller ikke, vites ikke. Men en kan muligens skimte det hvite hodeplagget til en pleier. Bildet viser hvordan en innretter seg for å ivareta det hygieniske og for å ha tilsyn og overvåke barna ut fra slik bildekildeforfatteren beskriver funksjonen til glassvegger (Zetterström 1985: 8-13). Beskrivelsene av glassvegger ved Rikshospitalets nyåpnede barneavdeling i 1950 kan ha hatt tilsvarende funksjon og innredning som ved det engelske sykehuset (Grindaker 1993: 79-80).*

Til tross for at det oppstod debatter om betydningen av at foreldrene fikk være mer sammen med barna sine når de var på sykehus, kan det se ut som at eksklusjonspraksisene holdes i hevd. Så sent som i 1964 kan det se ut som at barn ved *Reknes barnesanatorium* i Molde var alene når de var på sykehus. Marit Holte som var pasient forteller. Hun var fire år når hun ble innlagt og ankom i drosje sammen med far, og ble på sanatoriet i åtte måneder. Hun forstod ikke at hun skulle bli forlatt før det hadde skjedd og hun var fortvilt og gråt. Å være innlagt

der medførte å gjennomgå ulike behandlingsformer for å bli frisk og hun beskriver tøffe disiplineringsteknikker som ble håndhevet for å få henne til å adlyde. Far kommer på besøk annen hver lørdag:

Eg vart innlagt på Barnesanatoriet 7. juli 1964, og var der i åtte månadar. Eg var berre fire år gamal, så eg hugsar lite konkret. Hugsar då pappa tok meg med i ei drosje, og me kjørte lenge. Hugsar eg vart trilla på seng inn på sjukehuset, vart trilla forbi eit leikerom med nokre born, og eg hadde lyst inn der, men fekk ikkje lov. Hugsar at mamma og pappa var borte – for alltid? Kvifor kom pappa ikkje igjen? Var eg ikkje snill nok? Grein mykje og lurte på om pappa virkelig hadde forlatt meg, latt meg bli att her åleine... Far vår kom på besøk annakvar laurdag, nokre timar... Då eg nekta å ete opp maten min, noko som var veldig viktig for å bli frisk, vanka det ofte straff. Dei hadde liggande ei diger sprøyte på eit skap, og ei fæl nissemaske, som dei skremde oss med og brukte for å trua oss til å ete opp maten og ta medisinen... Kuringa var ei mare for oss når me elles følte oss bra, og heller ville leike. Alle måtte ligge musestille, eg synes eg kjenner kor det kriblar i heile kroppen etter å få røre på meg. Eg hugsar ikkje om eg vart reima fast, men når dei batt fast langt roligare ungar enn meg – pleiarane kalla meg ein trollunge – så har eg ikkje noko tru på at eg slapp unna, nei... Eit av dei få, men sterke minna som alltid vil følge meg, er «nisseloftet». Ser enda for meg den bratte trappa opp til den (for meg) store døra, den eg står bak og skrik med munnen full av mat, som eg nektar svelge ned. Vart dratt opp der, og låst inne i det beksvarte rommet. Ikkje visste eg kva som var der inne på det store rommet. Eg vert ståande der leeenge, grinande – spyttar ut maten. Veit ikkje om eg fekk straff for det *óg*, då dei såg griseriet som låg nede ved føtene mine. Kor ofte eg vart låst inne på nisseloftet veit eg ikkje (*Tekst: Holte & Norsk Teknisk Museum 2012*).



*Bildet er tatt på Reknes barnesanatorium i Molde på den tiden da Marit Holte, forfatteren av fortellingen ovenfor var pasient der, og bildet er tatt av et familiemedlem av Holte. Bildet*

viser at barn er alene på sykehus så sent som i 1964, noe Holte bekrefter i sin beskrivelse av at hun får besøk av far annen hver uke. Barna er kledd i eget tøy og oppholder seg utenfor sengene, men i pasientrommet, da barnesenger er synlige i bildet. Foreldrene ser fortsatt ut til å være fraværende, men kan altså besøke barna (Foto: Holte & Norsk Teknisk Museum 2012).

Psykolog Thorleif Eikeland (2007) har gjort en retrospektiv doktorgradsstudie av voksne om det å vokse opp på barnehjem og på sykehus. Han har intervjuet 37 tidligere barnehjemsbarn om deres hverdag i perioden 1940-1980 og 11 tidligere sanatoriebarn. Han ønsket å sammenligne barnehjemsbarnas opplevelser fra barnehjemmene med sanatoriebarnas beskrivelser av langvarige sykehusopphold, og gjør et forsøk på å finne en forklaring. Det vises til flere fellestrekk enn forskjeller ved å vokse opp på barnehjem og sanatorium. Barneperspektivet i avhandlingen kan si noe om barns adskillelse fra foreldre. Han omtaler den manglende forståelsen for barnets situasjon som ”kollektiv blindhet” når overgrep mot barnet skjedde. Han begrunner det med troen på daværende oppdragelsesregime som ikke muliggjorde en fristillelse av den profesjonelles rolle, der kristne verdier fikk innpass. En profesjonell relasjon til medmennesker krever en nødvendig bevisstgjøring av holdninger og behov som styrer ens atferd ut fra egen oppdragelse, for å kunne handle på tvers av eksisterende kunnskap og etiske grunnregler:

At det ble slik, søkes forklart ved henvisning til følgene av de århundrer med repressiv barneoppdragelse som *overstyrer* et oppdragelsesregime i tråd med det en kunne kalle grunnleggende kristne normer om kjærlighet... Kollektiv blindhet blir betegnelsen på det fenomen at voksent personell ser at barna utsettes for det vi i dag ville kalle overgrep – uten å gripe inn... Det trekkes linjer videre til hvor vidt det er mulig, på basis av den oppdragelse vi har vært utsatt for, å kunne gå inn i en profesjonell relasjon til et medmenneske uten en forutgående bevisstgjøring på hvilke holdninger og behov som kan styre vår atferd på tvers av den til en hver tid eksisterende kunnskap og på tvers av våre etiske grunnregler (Eikeland 2007: vii, viii).

Ut fra argumentasjonen til lege Torp og sykepleier Andersen i Lerheims & NSF's lærebok fra 1968, kan en anta at det var en viss motstand mot å endre praksis og tillate og utvide foreldres visittid (jf. kap.3.1). De etablerte adskillellespraksisene blir bekreftet av mange andre (Zetterström 1985, Auestad m.fl. 1971, Grindaker 1993, Eikeland 2007, Holte & Norsk Teknisk Museum 2012 og lærebøker i sykepleie jf. kap.3.1 og kap.3.2).

### **3.3 Samfunnskonteksten som muliggjorde inklusjonsnormene/ - praksisene som oppstod i etterkrigstiden**

Nedenfor skal vi stoppe opp ved samfunnskonteksten som gjorde det mulig å inkludere foreldre i pleien av barn på sykehus i etterkrigstiden.

#### **3.3.1 Fremveksten av sosialdemokratisk stat, velferdsstat og offentlig helsevesen**

Etterkrigstiden preges av fremveksten av en sosialdemokratisk stat med ekspansiv offentlig sektor, dette skjer samtidig med gjenreisning av industriproduksjon og regulering av økonomiske markedskrefter og økt urbanisering. I det bildet inngår velferdsstatens fremvekst og det skjer en ekspansiv vekst i helsevesenet og offentlig inngripen i barndom gjennom lovregulering (Furre 2010/2000).

Inklusjonen av foreldre i pleien av barn på sykehus oppstår samtidig med velferdsstaten. Velferdsstatens fremvekst er knyttet til tidsrommet 1945-1970, og oppstår ut fra målformuleringer om kollektive løsninger, tilgjengelighet og offentlig ansvar for befolkningens velferd og helse. Verdigrunnlaget er trygghet, frihet og likhet, og det offentlige har hovedansvaret for ivaretagelsen av borgernes velferd basert på bred politisk enighet. Ytelsene er tuftet på universalistiske prinsipper basert på rettighetsorienterte universelle ytelser finansiert over skatteseddelen. Velferdssektoren ekspanderer og en sentral målgruppe er barn, noe som uttrykkes i barnetrygdeloven fra 1946 (Schiøtz 2003: 89, 309-347).

Samfunnsendringer gjør at 1970-tallet blir omtalt som ”den andre industrielle revolusjon” med fremvekst av informasjonsteknologiske industrielle nyvinninger og oljeindustri, også omtalt som informasjonssamfunn. Etterkrigstidens sosialdemokratiske orden beskrives som å være i krise mot slutten av tiåret. Situasjonen preges av usikre arbeidsplasser med en gradvis forflytting av arbeid fra primærnæringer og tradisjonelle industribedrifter, eksempelvis skipsindustrien, til nye typer industrier og til tertiærnæringer som tjenesteytende næringer og offentlig sektor, og antallet industriarbeidere går kraftig ned. En offensiv utdanningspolitikk med fokus på kunnskap er vesentlige forutsetninger for de nye arbeidsplassene (Furre 2010/2000: 219-268).

I etterkrigstiden ble barndom mer og mer lovregulert og invadert av profesjonelle aktører. Eksempelvis ble barnetrygden innført i 1946. Den var barnerettet og familiesentrert for å bedre vilkårene for barn. Andre tiltak var skolelege, vaksinasjonsprogram og inspeksjon av hjem (Schrumpf 2007: 82-84). Den offentlige inngripen og regulering av barndom gjennom å utvikle barnet til opplyst og aktivt barn er en del av tanken om å utvikle velferdsstaten, og foreldre skal settes i stand til å ta vare på barna gjennom eksempelvis barnetrygdloven (Frønes 2011/2003: 70-81). Dette kan kobles til at foreldre gradvis får en mer aktiv rolle når barn er innlagt på sykehus. 1970-tallet preges av endringer av familiestruktur der en går gradvis fra en-inntektsfamilier til to-inntektsfamilier, med om lag 38 % av alle kvinner i inntektsgivende arbeid i 1970 mot 57 % i 1981. Sosial uro med endringer av familiemønster preget tiåret: forekomsten av skilsmisser øker og flere barn fødes utenfor ekteskap (Furre 2010/2000: 219-268). Foreldres rett til å besøke og bli inkludert i pleien av sine barn på sykehus oppstår samtidig med disse forandringer.

Dette stemmer overens med at helsedirektør og lege Karl Evang (f.1901-d.1981) nedsetter et sakkyndig utvalg i 1969 for å utrede forholdene rundt barn på sykehus. Det resulterer i boka *Når barn må på sykehus* fra 1971 av barnepsykiater Anne-Marie Auestad m.fl. (f.1931-d.2002), hvor det presiseres at miljøet ved sykehusene må ”menneskeliggjøres”. I boken blir det argumentert for at ”isolasjonsprinsippet” henger igjen til tross for at det kun er et lite mindretall av pasientene som trenger isolasjon grunnet infeksjoner (Auestad m.fl. 1971: 5-19). Utvalgets utredning og boken er forløperne til *Retningslinjer for barn på sykehus*, men allerede i 1969 utgir Helsedirektoratet *Utkast til regler for barn på sykehus* som poengterer foreldres døgnsamværsrett når barnet er under 6 år. En generell utvidelse av foreldrebesøksstid anbefales, pluss at foreldrene skal få dekket utgifter til losji og reiseutgifter, men ikke tapt arbeidsfortjeneste. Dette nedfelles i *Retningslinjer for barn på sykehus* som utgis av Sosialdepartementet i 1979, der foreldres tilstedeværelse blir utvidet til å inkludere tiden før og etter et inngrep for barn under 12 år. Foreldres tapte arbeidsfortjeneste dekkes fortsatt ikke, men folketrygdlovens bestemmelse §§ 3-22 og 3-23 om rett til sykepenger under barns sykdom kan komme til anvendelse. Samtidig understrekes barnets behov for å ha samme pleiepersonell, og at barnet bør aktiviseres og stimuleres (jf. kap.3.2). Myndighetenes legalisering av en endring av praksis er i gang, men det er ”bør” som brukes og anbefalingene er basert på en stor grad av frivillighet. Over tid fører dette til foreldres gradvise inkludering i sykehus og en humanisering av barnets opphold og pleie.

### 3.3.2 Sykepleiemangel

Den store sykepleiemangelen som oppstod i etterkrigstiden kan også være en av forklaringene på at foreldre ble inkludert i pleien av barn på sykehus. Antibiotika kan ha medvirket til sykepleiemangelen (jf. kap.3.7), fordi slike medisiner muliggjorde en rekke nye medisinske behandlingsintervensjoner og det oppstod en kraftig vekst innen teknologisk medisin med tilhørende behov for velutdannede pleiere.

I takt med spesialiseringen innenfor medisin vokste sykehusvesenet, og sengekapasiteten ble kraftig utvidet på 1950- og 1960-tallet. Det skjedde en sentralisering og differensiering i tilbudene utover 1960-tallet. Vi fikk flere spesialiteter og avdelinger ved de etablerte institusjonene, og slutten av 1960 årene innledet sentralsykehusenes æra. Samtidig, og videre over på 1970-tallet, foregikk en utbygging av sykehjemmene som i stor grad overtok de pleietrengende pasientene, de som hadde mindre behov for spesialisert pleie. Denne utviklingen skjedde parallelt med utviklingen innen norsk økonomi, befolkningsvekst, endring i befolkningsstruktur og bosettingsmønster, samt utvikling innenfor medisinsk vitenskap og teknologi. Endring i sykdomsmønster med økt forekomst av kroniske lidelser og livsstilssykdommer, samt press fra frivillige organisasjoner, bidro til sykehusvekst. Sykehusvesenet vokste i helsedirektør og lege Karl Evangs (f.1992-d.1981) tid med et legestyrte helsevesen og han tok initiativ til en ny sykehuslov som ble vedtatt i 1970. Han var i embetet i 34 år frem til 1972. Lovforslaget innledet en storstilt sykehusbygging. Ethvert menneske skulle ha tilgang til en sykehusplass og høyeste kompetanse. Det lages en ”landsplan” for sykehusutbygging med funksjonsfordeling, samt utdanning av helsepersonell, spesielt sykepleiere som etter hvert var blitt en mangelvare. Spesialisering og ny medisinsk teknologi skaper rask utvikling. Perioden står for fagstyrets gjennombrudd i statsforvaltningen (Schiøtz 2003: 309-347).

Sykehusutbyggingen skjedde raskt i Norge i denne perioden. I 1963 hadde antall sykehus økt til 228 fra 197 i 1938 (Mathisen 2006/1993: 194). Etter andre verdenskrig fikk Norge en svensk folkegave i takknemlighet over landets gjenvunne frihet, og den muliggjorde åpningen av tre moderne barneklonikere i 1950, ved Rikshospitalet og Ullevål (Oslo), og Barneklonikken i Bergen (Lie 1993: 5, Sundal 1954b: 171-175). Rikshospitalet får i løpet av 1950- til 1966-tallet en isolasjonsavdeling for barn med smittsomme sykdommer (Grindaker

1993: 80-88). En må anta at barn var innlagt på sykehus i voksenavdelinger eller barnestuer og saler ellers i landet i perioden 1855 og fremover. Det foreligger lite dokumentasjon om det, men i 1968 var 68 % av barna ved de to sykehusene Aker og Ullevål innlagt i andre avdelinger enn barneavdelinger (Auestad m.fl. 1971: 26). Etter hvert ble det opprettet flere barneavdelinger, grunnet spesialisering, desentralisering og utvikling av sentralsykehusfunksjonen.

Ekspansjon i offentlige helsetjenester gjennom sykehusvekst førte til sykepleiemangel i etterkrigstiden. I Norge var under 10 000 av de 15 000 registrerte sykepleierne i 1958/1959 yrkesaktive, hvorav 70 % jobbet i sykehus (Melby 2000/1990: 165, Martinsen 2003/1989: 211-227, Lund 2012: 123-139). I perioden 1955 til 1970 reduseres andelen yrkesaktive sykepleiere fra 27 til 56 prosent.

I 1955 var det registrert over 27 prosent ikke-yrkesaktive sykepleiere i Norge. I 1960 hadde andelen økt til om lag 33 prosent, ... og ved midten av 1960-årene var bare halvparten av alle utdannede sykepleiere yrkesaktive, ifølge statistikken. Utviklingen forverret seg ytterligere: i 1970 var andelen sykepleiere som ikke var registrert som arbeidstakere, oppe i 56 prosent (Lund 2012: 128).

Fra 1960 til 1971 var tallet på ferdig utdannede sykepleiere fordoblet, mens andelen yrkesaktive hadde gått ned. I 1960 var 10 000 registrert som yrkesaktive, mens det i 1971 var 14 000, samtidig som helsesektoren vokste (Lund 2012: 130). De nye spesialavdelingene innen sykehusene slukte sykepleiere og skulle bemanningen opprettholdes i de øvrige avdelingene, måtte hjelpepleierne utgjøre en større andel av pleiepersonalet. Samtidig overtok sykepleiere stadig flere legeoppgaver, mens legene fikk nye. Sykepleiemangel og legemangel gjorde det problematisk å bygge ut helse- og sykehusvesenet. En prøvde derfor å kompensere med å utdanne flere, men det var problematisk å rekruttere til sykepleieutdanningen fordi det ikke ble ansett som attraktivt nok å bli sykepleier. Det var flere grunner til det, men den etablerte tradisjonen med å se det som et livskall med lite rom for privatliv og strenge ekteskapsrestriksjoner, var en vesentlig grunn. NSF's medlemmer krevde bedre arbeids- og lønnsforhold, og slik presset det seg frem reformer som skulle gjøre det mer attraktivt å bli sykepleier (Melby: 2000/1990: 176-193).

I tillegg til bedre lønns- og arbeidsvilkår prøvde *Norsk sykepleierforbund* (NSF) å gjøre sykepleiefaget attraktivt gjennom profesjonalisering. Sykepleierforsker Helga Dagsland (f.1910-d.2003) var profesjonsforkjemper. Hun lærte seg forskningsmetode i USA på 1950-

tallet. Der ble både hun og etter hvert mange andre norske sykepleiere kjent med amerikanske sykepleietenkere som Henderson og Orem, og derfra kom også sykepleieprosessen på 1970-tallet: En problemløsningsmetode. Det amerikanske tankegodset fikk en sentral plass i utformingen av den profesjonelle sykepleien med tilhørende forskningsambisjoner (Mathisen 2006/1993: 143-152, 175-190, Lund 2012: 203-244). Hendersons definisjon av sykepleie og hennes behovsideologi ble opphøyet til en teori som ble brukt til å legitimere sykepleie som en humanistisk profesjon og forskjellig fra naturvitenskapelig basert medisin.

Samtidig med at NSF's profesjonaliseringsarbeid pågår, argumenterte norske styresmakter for at enklere pleieoppgaver burde overlates til mindre kvalifiserte hjelpepersonell, slik at sykepleieren kunne påta seg ansvaret for mer tekniske spesialiserte oppgaver. Det ble etablert en midlertidig ordning med formell hjelpepleieutdanning i 1963, med sykepleiere som undervisningsansvarlige og initiativet ble godkjent av *Norsk sykepleieforbund*. Pasientene måtte derfor klare seg med mindre kvalifiserte pleiere (Martinsen 2003/1989: 211-221, Melby: 2000/1990: 165, 205). Utdanningen av hjelpepleiere etablerte seg som et permanent utdanningssystem med 31 hjelpepleierskoler i 1968 med et antall på totalt 1358 elever, da det viste seg å være problematisk å få utdannet nok sykepleiere. Det ble etter hvert etablert spesialutdanninger i hjelpepleie med blant annet spedbarns- og barselpleie (Schjötz 2003: 466, 470-471). Enklere pleieoppgaver ble overlatt til hjelpepleiere med den begrunnelse at det var mangel på sykepleiere og dette skjer samtidig med at en i lærebøker i sykepleie begynner å argumentere for at foreldre burde besøke barnet og hjelpe til, der den første forsiktige argumentasjonen sees i 1941-utgaven (jf. kap.3.1). Perioden fra 1950-tallet og til utover 1970-tallet preges av en samtidighet i hendelsesforløpene mellom at det i lærebøker i sykepleie argumenteres for at foreldrene skal inkluderes i sykehuset, understøttet av annet materiale, og en dokumentert sykepleiemangel i helsevesenet. Slik kan sykepleiemangelen også være en av mulighetsbetingelsene for at foreldrene ble inkludert.

### **3.4 1987-2013: Foreldre bør pleie barna sine når de er på sykehus og delta ved behandling**

Ovenfor har vi sett at det var en omfattende internasjonal diskusjon på midten av 1900-tallet om at foreldre burde få anledning til å være sammen med barna sine på sykehus. Denne argumentasjonen ble tydelig nedfelt i lærebøker i sykepleie på den tiden, mens



inklusionspraksisene kunne variere mye mellom ulike sykehusavdelinger. Nedenfor skal vi se at det i lærebøker i sykepleie som blir brukt i perioden 1987-2013 uttrykkes forventninger om at foreldre skal utføre mesteparten av pleien når barn er på sykehus. Disse forventningene er i pakt med studier av inklusionspraksiser fra perioden 1986-2013 (jf. kap.3.5).

Læreboken *Barnesykepleie* som kom ut i 1987 og som ble skrevet av sykepleier Sidsel Tveiten markerer starten på en epoke som ikke bare gav mulighet for at foreldre kunne være sammen med barnet sitt på sykehus, men som forventet at foreldrene tok aktivt del i pleien. De samme forventningene til foreldre står fortsatt ved lag i 2013. I Tveitens lærebok argumenteres det for at foreldre bør få anledning til å besøke og bo sammen med barnet på sykehus (jf. Brydolf m.fl. 1979: 9-14, i kap.3.1). Foreldrene ansvarliggjøres og fremstår som mer selvstendige i barnets pleie enn tidligere med den begrunnelsen at foreldrene er best for barnet. De skal være til stede og delta i å dekke barnets grunnleggende behov.

I 1998 revideres læreboken til Tveiten og en ny kommer til av Grønseth & Markestad, *Pediatrisk sykepleie og pediatri*. Denne boken har vært revidert flere ganger og er hovedlærebok i barnesykepleie ved norske sykepleieutdanninger i vår tid (Grønseth & Markestad 2011/1998). Læreboken er skrevet av sykepleier Randi Grønseth og barnelege Trond Markestad. Samarbeid mellom foreldre og sykepleier, samt det å avklare foreldreoppgaver, er tydeligere vektlagt enn i Tveiten. I dette læreverket blir det regnet som en selvfølge at foreldre pleier barna sine på sykehus.

I kapittel 3.1 så vi at Lerheim & NSFs lærebok fra 1968 begynte å argumentere for at foreldre bør ha en mulighet til å stille barnet, hjelpe barnet å spise og roe det når det skal sove, mens det i Tveiten understrekes at foreldrene bør være til stede og bør naturlig delta i å dekke barnets grunnleggende behov og pleie barnet, det vil hjelpe foreldrene å forstå betydningen av barnets pleie og behandling. Foreldrene representerer barnets ytre ressurser og er en forutsetning for at barnet får de grunnleggende behov dekt (jf. kap.3.7 om ytre ressurser):

Omsorgspersonene representerer ytre ressurser i forhold til barnet. Ytre ressurser er i denne sammenheng nødvendig for å få dekket grunnleggende behov (*Tveiten 1987: 10*)... En fin måte å ta vare på begge parter på er å la omsorgspersonene ta del i pleien og behandling i den grad det er faglig forsvarlig... Det kan også hjelpe dem til å forstå betydningen av, og hensikten med, pleie og behandling (*Tveiten 1987: 16*).

Der Tveitens lærebok argumenterer for foreldres tilstedeværelse og naturlige deltakelse i å dekke barnets grunnleggende behov og deltakelse i barnets pleie, ligger det til grunn at foreldrene bør ha en selvstendig foreldredeltakelse i pleiens basisomsorg med å dekke barnets grunnleggende behov og ivareta barnets egenomsorg i læreboken til Grønseth og Markestad (2011/1998, jf. kap.3.7). Hensikten er at det skal bli mest mulig slik barnets foreldre gjør det hjemme, og foreldrene skal bli selvhjulpne i pleien ved sykepleiers hjelp og støtte og slik ivareta barnets umodenhet. Det nye i denne læreboken er henvisning til tidligere forskning med referanser i teksten (jf. vedlegg 9: 55, 56, 57, 65). Foreldres rett til å være til stede hos barnet, å være trygge og kompetente foreldre, gjør at de kan fylle foreldrerollen og mestre situasjonen. Det er nødvendige forutsetninger for at foreldre kan ivareta basisomsorg og barnets egenomsorg i følge læreboken. Andre forutsetninger er å avklare roller gjennom det nødvendige samarbeidet mellom sykepleier og foreldre, der foreldrenes rett til å avklare deres arbeidsoppgaver er regulert av forskrift. Læreboken argumenterer for at foreldre fortrinnsvis ønsker å ivareta basisomsorg med å stille, trøste, støtte og være tilgjengelige for barnet – være foreldre, og at de føler ubehag ved å bli overlatt oppgaver de ikke behersker. Samtidig blir det understreket at sykepleier overtar ansvaret ved behov, men tilbakefører det når det vurderes som aktuelt (Grønseth & Markestad 2011/1998: 53, 73-74, jf. i dette kapittelet nedenfor):

*Foreldre ønsker fortrinnsvis å ivareta basisomsorgen ved å stille, trøste, støtte og være tilgjengelige for barnet – være foreldre (Grønseth & Markestad 2011/1998: 73, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 55, 56, 57)... Sykepleieren overtar ansvaret når foreldrene selv ikke kan ivareta barnets egenomsorg, og styrker samtidig ressursene deres med sikte på å tilbakeføre ansvaret raskest mulig... (Grønseth & Markestad 2011/1998: 73-74, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 65).*

Videre understreker Tveiten at det oppstår utfordringer når foreldre skal være selvhjulpne, bo på sykehuset og ha et ansvar for barnet. Foreldrene trenger sykepleiers hjelp gjennom støtte, de trenger informasjon, veiledning og avlastning for å være selvhjulpne og sykepleier bør ivareta disse forhold. Å informere, støtte, veilede og avlaste foreldrene inngår i sykepleiers terapeutiske omsorg (jf. kap.3.7). For at foreldrene skal kunne bo på sykehuset må dessuten de praktiske forhold tilrettelegges:

*At omsorgspersonene er til stede, innebærer blant annet at de praktiske forholdene må legges til rette for dem, slik at belastningen med å ha et sykt barn ikke blir større på grunn av praktiske vansker. Omsorgspersonene må ha et sted å sove, helst ved siden av barnet hvis det er behov for det... Det er viktig å dekke omsorgspersonenes behov for informasjon, veiledning, avlastning og støtte (Tveiten 1987: 16)... De aller fleste*

omsorgspersoner har behov for avlastning når barnet er innlagt... For at dette virkelig skal bli avlastning, er det nødvendig at omsorgspersonene føler seg trygge på at barnet blir tatt vare på mens de er borte (*Tveiten 1987: 17*).

Hos Tveiten vektlegges at sykepleier bør støtte, veilede og avlaste foreldrene. I Grønseth & Markestad bør sykepleier hjelpe foreldrene til å være kompetente og trygge foreldre i å pleie barnet og hjelpe dem til å ha kontroll ved å redusere deres stress og styrke deres ressurser:

Derfor er det viktig å redusere forhold som skaper stress, og å styrke foreldrenes ressurser mens barnet er sykt... Foreldre trenger selv å føle seg trygge under sykehusoppholdet for å kunne videreformidle trygghet til barnet sitt. De har også behov for å kommunisere med personalet, oppleve at de har kontroll i situasjonen, føle seg kompetente som foreldre, delta i omsorgen, ta hånd om familien (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 71, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 51, 54, 55, 56, 57*).

Det argumenteres videre i Grønseth & Markestad for at foreldres mestring vil fremmes av sykepleiers støtte og anerkjennelse av forelders bidrag, og det vil gjøre at foreldre kan klare å fylle foreldrerollen og gjør at de får selvtillit og føler seg kompetente som foreldre:

Foreldre som gis anledning og får hjelp til å fylle foreldrerollen også mens barnet er sykt, får styrket selvtillit og føler at de fortsatt mestrer å være foreldre... Sykepleieren kan støtte foreldrene og bidra til at de får selvtillit i foreldrerollen ved å oppmuntre til besøk, anerkjenne dem som en viktig ressurs for barnet, veilede dem og involvere dem i beslutninger om pleien (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 73, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 55, 56, 60*).

For at foreldre skal ivareta barnets basisomsorg krever det samarbeid og arbeidsdeling og sykepleier og foreldre bør avklare roller i følge Grønseth & Markestad (2011/1998: 73-74). Foreldres rett til samarbeid og arbeidsdeling med sykepleier blir beskrevet sammen med de eventuelle utfordringer som kan oppstå i samarbeidet. På den ene siden skal foreldre og sykepleier ha komplementære roller, men samtidig vises det til kompleksiteten i en slik situasjon relatert til ulik maktfordeling basert på ulik kunnskap. Maktforholdet forsterkes av at samarbeidet skjer på personalets premisser. Det å avklare roller og arbeidsoppgaver er påkrevet. Det blir vist til forskningsresultater (jf. vedlegg 9: 56, 57, 65, 66) og forskrift om hvordan samarbeidet og arbeidsdelingen mellom foreldre og sykepleier bør ivaretas og kan bedres (Grønseth & Markestad 2011/1998: 73-75, jf. i dette kapittelet nedenfor). Her fremstår det en argumentasjon om det selvsagte samarbeidet mellom foreldre og sykepleier som går utover det Tveiten skriver om at foreldre bør være til stede og naturlig delta i barnets pleie.

Ut fra Grønseth & Markestad må sykepleier individualisere og justere samarbeidet i forhold til den enkelte forelder. Det begrunnes med foreldres manglende oversikt, og at de er i en ukjent situasjon med få eller forskjellige forventninger til samarbeid, mens sykepleier har rikelig med erfaringer. Det nødvendige samarbeidet handler om komplementære roller i det likeverdige samarbeidsforholdet der foreldre også skal ha en selvstendig rolle, men rollene kan ha ulikt innhold avhengig av barnets tilstand. Ansvarsforholdet kan forskyves. Det kan skyves over på sykepleier om barnets tilstand tilsier det (Grønseth & Markestad 2011/1998: 73-75, jf. kap.3.7).

Sykepleieren og foreldrene samarbeider om omsorgen for barnet. Rollene deres er komplementære og utfyller hverandre (Grønseth & Markestad 2011/1998: 73, *påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansen: 65*)... Samarbeidsforholdet bør diskuteres individuelt med foreldrene... Dette gjør samarbeidet komplisert. Rollefordelingen har direkte sammenheng med alvorlighetsgraden av barnets tilstand. Jo sykere barnet er, dess mer ansvar har sykepleieren... Hvis foreldrene skal ha en selvstendig rolle i det gjensidige samarbeidet, må de involveres mer i pleien (Grønseth & Markestad 2011/1998: 74-75, *påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 56, 57, 65*).

Foreldres rett til å avklare hvilke oppgaver de ønsker og kan gjøre, og sykepleiers plikt til å bidra til disse avklaringene og å avlaste foreldrene er nedfelt i *Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon* av 2000. Forskriftens innhold er beskrevet og vektlagt i Grønseth & Markestad (2011/1998: 52-55), og legaliserer det myndighetene anser som vesentlig. Foreldres rett til å avklare arbeidsoppgaver og å få avlastning blir problematisert og konklusjonen er at der er et stort forbedringspotensial. Sykepleiere bør gjøre en større innsats her (kildene er her sammenfallende med to av studiene i kapittel 3.5.1, Espeland 1997, Danielsen m.fl. 2006 og jf. vedlegg 9: 8, 9, Grønseth & Markestad 2011/1998: 53, 73-75):

Sykepleiere plikter å avklare hvilke oppgaver foreldrene selv ønsker å utføre mens de er hos barnet (Grønseth & Markestad 2011/1998: 74-75, *påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 56*)... Personalet skal avlaste foreldrene ved behov... Kommentarer:... Sykepleierne avklarer i liten grad hvordan arbeidsoppgavene skal deles med foreldrene... Kun 40 % av foreldrene er fornøyd med tilbudet om avlastning mens de er på sykehuset (Grønseth & Markestad 2011/1998: 53, *påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 8, 9*). (Kommentarer: *er forfatterens egne kommentarer*)... Foreldrenes mulighet til å delta aktivt i pleien avhenger blant annet av sykepleiernes holdninger, evne til å samarbeide, informere og kommunisere, og om de er villige til å gi fra seg makt over valg og beslutninger til

foreldrene... (Grønseth & Markestad 2011/1998: 75, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 57, 66).

De nevnte utfordringene i foreldres rett til å avklare arbeidsoppgaver ovenfor blir utdypet videre og ulik maktfordeling mellom foreldre og sykepleier der sykepleiers fagkompetanse gir makt medfører at samarbeidet skjer på personalets premisser og kan undergrave foreldres kompetanse og bidrag (Grønseth & Markestad 2011/1998: 74-75):

Det er ulik maktfordeling i forholdet mellom personalet og foreldrene. Sykepleieren har makt i kraft av sin yrkesrolle, fagkunnskaper og innsikt i avdelingens rutiner og drift... Svært ofte foregår foreldrenes deltakelse i omsorgen på personalets premisser (Grønseth & Markestad 2011/1998: 74-75, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 57, 66).

Mens læreboken til Lerheim & NSF fra 1968 argumenterer for at foreldre bør være til stede under legens undersøkelse i mottakssituasjonen og når barnet våkner etter narkose (jf. kap.3.1), argumenterer Tveiten (1987) for at foreldrene ikke bare bør være til stede i slike situasjoner der behandling, undersøkelser og prosedyrer foregår, men at de også bør delta. Det blir ikke utdypet hva foreldrene bør gjøre, ut over å ivareta det psykiske gjennom sin tilstedeværelse i prosedyresituasjoner. Dette for å dempe angst hos småbarn og førskolebarn:

En fin måte å ta vare på begge parter på er å la omsorgspersonene ta del i pleien og behandling i den grad det er faglig forsvarlig... Det kan også hjelpe dem til å forstå betydningen av, og hensikten med, pleie og behandling (Tveiten 1987: 16)... at omsorgspersonene er til stede i størst mulig grad når barnet er innlagt, og særlig i forbindelse med prøver og undersøkelser (Tveiten 1987: 31)... å ha omsorgspersonen til stede, i alle fall i stressituasjoner (prøver, undersøkelser) (Tveiten 1987: 32).

Når det gjelder behandling og diagnostisering av barnet må foreldrene forberede barnet, være til stede og delta i behandlings- og prosedyresituasjoner ut fra slik det beskrives i Grønseth & Markestad (2011/1998: 61-73). Som nevnt ovenfor sees det en forsiktig begynnelse til slik foreldredeltakelse på side 316, 321 og 324 i læreboken til Lerheim & NSF fra 1968 (jf. kap.3.1). Hos Tveiten (1987: 16, 31-32) blir dette utvidet til deltakelse i barnets behandling uten å bli spesifisert, og til foreldres tilstedeværelse i prosedyresituasjoner og stressende situasjoner for de minste barna.

I Grønseth & Markestad (2011/1998: 61-73) beskrives foreldres forberedelse av barnet og deltakelse i behandling og prosedyrer som vesentlig. Det nevnes som eksempel å lytte til foreldres råd om valg av tidspunkt for undersøkelser og at de gjentar viktig informasjon for

barnet. Mens Tveiten (1987: 31-32) argumenterer for at foreldrene bør være til stede ved undersøkelser, prosedyrer og behandling, understreker Grønseth & Markestad (2011/1998: 61-73) at det er nødvendig og selvsagt at foreldrene er til stede og deltar i behandling, undersøkelser og prosedyrer for å øke barnets trygghet og redusere barnets stress. Læreboken argumenterer for å tydeliggjøre viktigheten av foreldres tilstedeværelse også når barnet protesterer gjennom å forsikre foreldrene om at det er viktig. Foreldrene skal dessuten delta aktivt med å hjelpe barnet å mestre behandlings- og prosedyresituasjoner ved å støtte barnets mestringsstrategier gjennom avledning m.m. De kan hjelpe barnet å bearbeide opplevelsene etterpå. I Grønseth & Markestad tydeliggjøres et ønske om foreldres tilstedeværelse utover det å få barnet til å føle seg trygt og det forventes en utvidet foreldredeltakelse sammenlignet med det som beskrives i Tveiten (1987):

Foreldrene betyr svært mye for små og store barns trygghet i stressituasjoner, og de bør være til stede under undersøkelse prosedyrer og behandling... Enkelte barn er urolige og protesterer mer høylytt når foreldrene er til stede. Derfor trenger noen foreldre forsikringer om at det er best for barnet at de er der (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 64-65, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 12, 22, 36*)

Det markeres likevel noen fritak og unntak eller ytre grenser for hva foreldre skal gjøre i behandlings- og prosedyresituasjoner, der det fremgår at foreldre ikke ønsker å ha ansvar for prosedyrer og spesielt det å holde barnet fast i prosedyresituasjoner. De ønsker å være der for barnet og ikke for å hjelpe personalet:

De ønsker vanligvis ikke å observere vitale tegn og utføre medisinske prosedyrer, og overtar sjelden oppgaver de ikke er kompetente til å utføre. Tvert imot føler de fleste stort ubehag ved å bli overlatt oppgaver de ikke behersker... (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 73, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med forskningsreferansene: 55, 56, 57*)... De fleste foreldre ønsker primært å hjelpe barnet sitt i slike situasjoner, ikke å hjelpe personalet med å holde barnet fast eller utføre andre ubehagelige ting (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 65, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 22, 36, 37, 38*).

I lærebøkene som brukes i perioden 1987-2013 endres forventningene til foreldrenes rolle i barnets pleie og behandling fra at foreldrene har rett til å være til stede på sykehuset og naturlig delta i barnets pleie og behandling i læreboken til Tveiten, mens Grønseth & Markestad argumenterer for foreldredeltakelse som noe selvsagt.

<b>Figur 3: Oversikt over foreldres eksklusjon/ inklusjon i barnets pleie i lærebøker som har vært brukt i norsk sykepleie i perioden 1877-2013</b>	
<b>Lærebøker som ble brukt i perioden 1877-1940</b> Nissen (2000/1877) Waage (1901) Waage (1905/1901) Waage (1911/1901) Grøn & Widerøe (red.) (1921) Grøn & Widerøe (red.) (1932/1921)	<b>Eksklusjonsnormer 1877-1940:</b> Foreldre er fraværende i lærebøker i sykepleie Det bør være et visst rom for ammende mødre
<b>Lærebøker som ble brukt i perioden 1941-1986:</b> Jervell (red.) (1941) Jervell (red.) (1951/1941) Jervell (red.) (1960/1941b) Lerheim (red.) & Norsk sykepleieforbund (1968) Brydolf m.fl. (1979)	<b>Inklusjonsnormer 1968-1967: Foreldre bør få besøksrett</b>  <b>Inklusjonsnormer 1968-1986: Foreldre bør få delta i pleien av barn på sykehus</b>
<b>Lærebøker som ble brukt i perioden 1987-2013</b> Tveiten (1987) Grønseth & Markestad (2011/1998)	<b>1987-2013: Foreldre bør pleie barna sine når de er på sykehus og delta ved behandlinger</b>

### 3.5 Inklusjonspraksiser

Ovenfor har vi sett at lærebøkene som har blitt brukt i perioden 1987-2013 argumenterer for at foreldre bør være sammen med barnet når det er på sykehus. Bildet fra *Rikshospitalets barneavdeling* nedenfor tyder på at foreldre faktisk var sammen med barna sine når de var på sykehus. Bildet er ikke nøyaktig tidfestet, men det benyttes av forfatter og redaktør Elster (1990: 292, jf. bildekommentar) til å beskrive barn på sykehus i tidsrommet fra slutten av 1970-tallet til 1990-tallet, Tripp-trapp stolen på bildet blir først lansert i 1972 (Stokke 2013). Så bildet må være fra etter det tidspunktet. Boken utgis i 1990.



Atmosfæren på Barneklinikken er så trivelig som den kan bli. Foreldrene er sammen med barna så mye de kan, mange bor der. – Aud R. Linkjendal

*Bildet er fra Rikshospitalets barneavdeling fra perioden 1972-1990. Situasjonen viser et oppholdsrom der seks barn i ulike aldre sitter rundt et bord sammen med fem voksne, og de voksne antas å være foreldre fordi de ikke har uniformer. Om alle barna er pasienter eller er søsken til pasientene, og om de seks barna har foreldrene hos seg eller ikke, vites ikke, fordi noen barn kan ha begge foreldrene der. Foreldrene kan dessuten være på besøk og trenger ikke bo på sykehuset med barnet, men bildet er fra den perioden hvor både retningslinjer og etterhvert forskrift (jf. kap.3.4) og lærebøkene av Lerheim (1968) og Tveiten (1987) anbefaler at foreldrene bør besøke barna hver dag eller bo på sykehuset sammen med barna. Bildet viser at foreldrene leker med barna sine og de er til stede på en annen måte enn det som er dokumentert tidligere. På den måten viser bildet en endret praksis fra tidligere bilder (jf. kap.3.2), der den nye og etablerte praksisen inkluderer foreldrene.*

Forventningene om foreldreinkludering, som det blir argumentert for i Tveitens lærebok fra 1987, avspeiler med andre ord norske praksiser, og nedenfor skal vi se at læreboken også er i pakt med inkluderingssaksis i andre land.

### **3.5.1 Studier om foreldre når barn er på sykehus fra perioden 1986-2013**

I læreboken til Grønseth & Markestad fra 2011 er det tydelige forventninger om foreldredeltakelse og disse forventningene underbygges i selve læreboken ved å referere til forskningsresultater (jf. vedlegg 9).

I forbindelse med denne studien har jeg prøvd å finne frem til tidligere forskning om foreldre når barn er på sykehus. Jeg søkte i norsk og nordiske databaser på *barn\** kombinert med *sykehus\** i *BIBSYS for avhandlinger o.l.*, jeg har søkt etter artikler i *Norart* med søkeordene *sykehus? and barn? and (foreldre? or far? or fedre? or mor? or mødre?)*, for så å søke i den nordiske helsefaglige databasen *SveMed* med søkeordene *(hospital\* or ward\*) and child\* and (mother\* or father\* or parent\* or family)*. Videre har jeg søkt etter forskningsartikler i den internasjonale databasen *Ovid Nursing Database* med søkeordene *((pediatric nursing and (hospital\* or ward\*) and hospitalized child\*)) and (parent\* or mother\* or father\* or family)*. Jeg valgte å søke med ordet *'child\*'* istedenfor aldersfiltrene i *Ovid*, fordi søk med aldersfiltrene gav for mange uaktuelle artikler. Disse søkene var utgangssøket for videre søk med ordene *exclud\* or includ\**. Det gav en del treff, og ved å gjøre ulike manuelle søk i



kombinasjon med begreper som ble avdekket som vesentlige i de første søkene, ble *participat\* or involv\** valgt for videre søk. Dette søket ble så kombinert med utgangssøket. I tillegg søkte jeg på ulike forfatternavn som ble avdekket gjennom referanser i de ulike artiklene som jeg valgte. Nedenfor skal vi se nærmere på studier fra databasesøkene.

I 1986 ble det utført en studie i 9 europeiske land som tyder på at foreldre ble inkludert i pleie av barn i europeiske sykehus på den tiden. Studien ble utført av den danske pediatriiske sykepleieren Else Stenbak (1986: iv, 18-19, 21, 24-31, 48-49), i regi av *Verdens helseorganisasjon* (WHO), regionkontoret i Europa, København. Ni av de 33 europeiske medlemslandenes håndtering og regulering av forholdene for barn i alderen nyfødt til 15 år i sykehus, ble undersøkt ved spørreundersøkelser, intervjuer og observasjoner. Undersøkelsen var rettet mot helsemyndighetene i de 9 landene og sykepleiere ved 24 sykehusavdelinger. Landene var representert fra sør, nord, vest og øst i Europa. Studien avdekket at 18 av disse 24 avdelingene hadde praksis for å motivere foreldre til å stelle og gi barnet mat, mens 14 av disse motiverer foreldrene til å være til stede under medisinske prosedyrer. Tjue av avdelingene tillot at foreldrene ble innlagt sammen med barna, hvorav 11 oppfordret til det, mens 4 ikke tillot det og av disse er det 3 avdelinger som hadde svært begrenset eller ingen besøkstid for foreldre. Ved avdelingene som tillot foreldrebesøk, dvs. 21 avdelinger, hvor foreldre unnlot å besøke barnet, kontaktet personalet i avdelingene sosialtjenesten for å foreta hjemmebesøk. Samtidig avdekket varierende foreldrerettigheter i de ulike landene. I noen land kunne foreldre være borte fra arbeid i 30 dager i året for å ta seg av syke barn. I andre land hadde ikke foreldrene rett til å være borte en eneste dag når barna var syke.

Studien til Stenbak ovenfor er i pakt med en dansk studie fra 1988 som ble utført av sykepleier Kate Hovgaard Jakobsen. Studien handlet om samarbeid og kommunikasjon mellom foreldre innlagt sammen med barn og sykepleiepersonalet, etter ønske fra sykepleieledelsen ved Rigshospitalets (København) barneavdeling. Undersøkelsen baserte seg på intervju og deltakende observasjon av 15 foreldre til 8 barn i alderen 0-5 år. Funnene bekrefter at foreldre var hos barna under innleggelsen, passet barna og hadde omsorgen for dem, og de kunne henvende seg til personalet ved behov.

I 1997 utførte sykepleier Lisbeth Nortvedt & barnelege Bengt Frode Kase en spørreundersøkelse om barns rettigheter ved 14 norske sykehus. Avdelingssykepleier og

ledelse ved ulike kliniske avdelinger ble blant annet spurt om foreldres mulighet til avlastning og arbeidsdeling, og om å avklare sider av foreldres inkludering i barnets pleie. Det rapporteres ulikt fra de ulike sykehuskategoriene om disse forhold: Ca halvparten av de 19 postene ved regionalsykehusene hadde rutinemessig tilbud om avlastning for foreldre og rutiner for å avklare arbeidsdeling mellom foreldre og pleiere. På de 13 postene ved sentralsykehusene hadde også halvparten tilbud om avlastning, mens færre hadde rutiner for å avklare arbeidsdeling. Ved de 6 lokalsykehuspostene hadde de verken tilbud om avlastning av foreldre eller samtaler om arbeidsdeling mellom foreldre og pleiere.

Sykepleier Kathrine Espeland (1997) gjorde en hovedfagsstudie om foreldres opplevelser når barn er innlagt i to norske barneavdelinger ved regionsykehus. Funnene hennes viser at foreldre stort sett er sammen med barna. Ved å gjøre kvalitative dybdeintervju av 8 foreldre som i gjennomsnitt hadde 13 innleggelser sammen med egne barn, fant hun at foreldre hadde et ønske om å være hos barna og gjøre dagligdagse oppgaver mens barnet var innlagt. Men studien viser også at det ikke ble avklart hvilke arbeidsoppgaver foreldre ville eller kunne gjøre, samt at de hadde delansvar for å gi medikamenter, noe de ikke ønsket. For å kunne ta i mot avlastning måtte foreldre føle seg trygge på at personalet tok seg av barna, og det var ønskelig med samtaler for å kunne avklare situasjonen og rutinene. Dette fordi foreldrene opplevde at sykepleiere hadde et stort arbeidspress, så de prøvde å skåne personalet ved ikke å be om avlastning i vesentlig grad.

I min egen hovedfagsstudie forsøkte jeg gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ved kvalitative forskningsintervju å få tak i 6 mødres erfaringer om hvordan det var å være innlagt sammen med barna i en barnestue i voksenavdeling (Sundal 1998). Barna var i alderen 3-11 år og var innlagt grunnet operative inngrep, og utvalgsriteriet var at de måtte være innlagt i minst to dager. Funnene viste at mødrene ønsket og følte at de hadde hovedansvaret for barna, og at ansvaret kunne bli i meste laget til tider. Noe ansvar går utover det de ønsker, eksempelvis ansvaret for å våke over et nyoperert barn. De prøvde å ta vare på barna og trygge dem, men mødrene var usikre på hva de skulle ha ansvar for, og det viste seg individuelle forskjeller i hva foreldre ønsket å være ansvarlig for. De erfarte at personalet i avdelingen var travle og til tider fraværende og foreldrene var mye overlatt til seg selv, mens personalet på operasjonsstua og postoperativ avdeling var tydeligere til stede. Der hadde personalet et ansvar mødrene ikke kan ha, så der var ansvarsforholdene mer avklarte. Det å

føle at en ble tatt vare på av personalet var vesentlig og at personalet var til stede og tydelige i situasjonene. Mødrene omtalte personalet positivt til tross for travelhet og at de var mye overlatt til seg selv, og de gav uttrykk for å være fornøyde med oppholdet. Det som løftes frem som vesentlig er at personalet var hyggelige og imøtekommende, og det som flere mødre erfarte som mest krevende var å være med barnet under innledning av narkose, samt at det var trangt og mye uro på barnestua.

I 2006 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ved sosiologene Kirsten Danielsen, Gøril Groven, Therese Opsahl Holte og statistiker Jon Helgeland, en spørreundersøkelse om pårørendes erfaringer ved 20 somatiske barneavdelinger i Norge. Totalt var det 3308 som besvarte spørreundersøkelsen, en svarprosent på 54. Pårørende var generelt tilfredse med barneavdelingene. Det området som kommer dårligst ut er foreldrenes erfaringer med å innhente informasjon om hvilke arbeidsoppgaver de som pårørende hadde ansvar for under sykehusoppholdet. Det andre området som kommer dårlig ut er graden av avlastning og hjelp de pårørende fikk med barnet i løpet av oppholdet. Det konkluderes med at det å avklare foreldres avlastning og arbeidsdeling er viktig og at praksis her har et stort forbedringspotensial. Det som vektlegges positivt er at foreldrene erfarte at pleiepersonalet viste stor grad av omsorg og omtanke for barnet.

Sykepleierne Inger Kristensson-Hallstöm & Gunnel Elander (1994) har gjort en spørreundersøkelse i Sverige av 40 foreldre til barn i alderen fra en uke til fem år og av 44 personale ved en kirurgisk barneavdeling. Resultatene tyder på at foreldre bor sammen med barna sine under sykehusoppholdet og tar ansvar for den grunnleggende omsorgen av barnet, som personlig hygiene, mat og drikke. Videre mente både foreldre og ansatte at foreldre var viktige i å trøste og trygge barnet, samt at foreldre var sentrale når barnet opplevde ubehag. Begge parter mente at foreldre kan være i stand til å overta en større andel av omsorgsaktivitetene hvis de blir gitt instruksjon og støtte, selv om det var uenighet om hvilke sykepleieoppgaver det kunne være aktuelt for foreldre å ta over.

Sykepleier Philip Darbyshire (1996/1994) har gjort en doktorgradsstudie om hvordan foreldre erfarer å bo og leve sammen med det hospitaliserte barnet. Han studerte 30 foreldre og 27 sykepleiere gjennom feltarbeid og intervju. Intervjuene varierte fra individuelle intervju til intervju av begge foreldre og fokusgruppeintervju. Studien ble utført ved en generell

pediatrisk avdeling og ved en plastisk kirurgisk avdeling i Skottland. Studiens hovedkonklusjon er at mange av de hverdagslige forhold som en tar for gitt viser seg å være mer kompliserte. Foreldre så det som selvsagt at de skulle være hos barna, men de befant seg ofte i situasjoner preget av mangelfull involvering i barnets situasjon, samt forvirring, usikkerhet og engstelse. De måtte vise vilje til å delta i omsorgen for barnet, men ville ikke overta for sykepleier. Foreldre verdsatte sykepleiere som gav dem muligheter til å involvere seg i omsorgen for barnet og ikke ekskluderte dem, og som skapte muligheter heller enn avhengighet.

Sykepleier Lynn Kawik (1996) gjennomførte en studie i Storbritannia i to faser, hvor hun i den første fasen sendte spørreskjema via posten (postal survey) til 65 sykepleiere ved tre ulike avdelinger for å undersøke hvordan foreldre deltok i omsorgen av egne barn. I andre del av studien utførte hun 12 dybdeintervju av foreldre om samme tema. Funnene hennes tyder på at foreldre var villige til å være involvert i barnets omsorg når de var på sykehus, men at de opplevde det som vanskelig som følge av mangelfull informasjon og sykepleiers motvilje mot å gi avkall på kontroll. Funnene viser også at sykepleier og foreldre hadde ulik oppfatning av hverandres roller og at foreldres deltakelse i barnets pleie ikke skjedde planmessig, men mer ut fra en ad hoc basis. Videre viser studien at foreldre hadde et spesielt ønske om å trøste og roe barnet.

I Australia i 1996 gjennomførte sykepleierne Anne Johnson & Ann Lindschau en spørreundersøkelse av 62 ansatte med omsorg for barn på sykehus. De ønsket å identifisere de ansattes holdninger til foreldredeltakelse i barnets omsorg, og dette ble koblet til personlige og profesjonelle egenskaper som kunne påvirke disse holdningene. Den største forskjellen i holdninger viste seg i at utdannede sykepleiere skåret høyere enn gjennomsnittsskåren for de andre profesjonelle gruppene når det gjaldt å ha en aksepterende holdning til foreldredeltakelse i barnets omsorg. Personalets holdninger ble funnet å være barrierer for foreldres deltakelse i medisinske prosedyrer.

Sykepleier Peter Callery (1997) har gjort en studie i Storbritannia med dybdeintervju av 24 foreldre med barn innlagt i en kirurgisk avdeling. Studien undersøkte forskjeller på mødres kunnskap og faglig kunnskap. Han fant at de to ulike typene kunnskap er grunnlag for konflikter fordi de har ulikt opphav. Mødrenes kunnskap springer ut fra det private domene

med intim kontakt med barnet, mens den faglige har sitt opphav i en offentlig jobbsfære. De to typene kunnskap kommer til uttrykk i vurderingen av barns smerte. Partene klarer ikke å integrere de to kunnskapene når de skal samarbeide om barnets smerteuttrykk. Callery viser at objektive og faglige vurderinger dominerer den intuitive og private kunnskapen. Vurdering av barnets smerte kan sees som en del av foreldres involvering og deltakelse i omsorgen av barnet.

I 2004 studerte sykepleier Britt Marie Ygge & Judith E. Arnetz med master i offentlig helse foreldre til kronisk syke barn innlagt på sykehus i Sverige. Funnene kommer frem på basis av halvstrukturerede intervjuer av 14 foreldre. Hensikten med studien var å avdekke faktorer som påvirket foreldres involvering og å avklare foreldrerollen. Noen av funnene viser at foreldre fikk dårlig informasjon om hva som skulle skje med barnet og at sykepleier tok det for gitt at foreldre visste hva som skulle skje. Når barnet måtte gjennomgå ubehagelige og smertefulle prosedyrer, ble foreldre aldri spurt om de ville delta eller ikke. Sykepleier tok det for gitt at foreldre skulle delta, og innholdet i hva de skulle delta i ble ikke avklart. Det var en vesentlig forskjell for foreldre om de kunne være til følelsesmessig støtte for barnet eller om de måtte holde barnet fast.

Sykepleier Janet Roden gjennomførte i 2005 en australsk studie hvor 14 foreldre ble intervjuet i kombinasjon med 2 fokusgruppeintervju av pleiepersonalet for å undersøke forventninger og holdninger til foreldres deltakelse i barnets omsorg når barnet er innlagt i en generell barneavdeling. Noen av hovedtemaene som ble avdekket som viktige for foreldre handlet om det å ha kontroll, følelsen av å arbeide for personale istedenfor å være der som barnets støtte, og at det var viktig å få være sammen med barnet og gjøre foreldreting, mens sykepleier skulle gjøre sykepleietingene. Studien avdekket også problemer i kommunikasjonen mellom foreldre og sykepleiere.

Sykepleierne Britt Marie Ygge, Christina Lindholm & Judith Arnetz (2006) med master i offentlig helse har utført en studie om ansattes oppfattelse av foreldreinvolvering ved pediatriske avdelinger. Studien ble utført ved kirurgiske, nevrologiske og onkologiske avdelinger ved tre ulike sykehus i Sverige. Den er basert på en spørreundersøkelse av 207 leger, sykepleiere og hjelpepleiere hvorav 338 ble spurt. De ansatte ved onkologiske avdelinger rapporterte bedre rutiner for å involvere foreldre i barnets omsorg og de opplevde

det mindre belastende å ivareta foreldres deltakelse, sammenlignet med ansatte på de andre pediatrike avdelingene. Ansattes oppfatninger og arbeidsplassens rutiner vedrørende foreldreinvolvering varierer ikke statistisk signifikant i forhold til yrke eller lengde på arbeidserfaring, men ser ut til å være relatert til klinisk spesialitet. Ved onkologiske avdelinger var det lettere å etablere rutiner for foreldres involvering, og dermed opplevde personalet det som mindre arbeidsbelastende å samhandle med foreldre.

For å avdekke foreldres deltakelse i barnets omsorg utførte sykepleierne Imelda Coyne & Sara Cowley (2007) en studie. Den var basert på deltakende observasjon og dybdeintervju, og utvalget bestod av 10 foreldre, 11 barn og 12 sykepleiere fra 4 ulike barneavdelinger i 2 sykehus i England. Funnene viser at de fleste sykepleiere antok at foreldre ville delta i barnets grunnleggende omsorg og anså sin egen rolle som å være tilrettelegger for foreldrenes deltagelse. Sykepleiere rapporterte at ideologien i forhold til samarbeid med foreldre ikke reflekterte eller beskrev sykepleiernes faktiske situasjon. Foreldre kan aldri være likeverdige partnere i sykepleien til barn, fordi kontrollen ligger hos sykepleier. På den annen side følte foreldre seg tvunget til å være der, og til å være ansvarlig for omsorgen for egne barn på sykehus, og de sa at det var utfordrende å avgrense egen rolle. Pendelen for foreldres deltakelse har svingt fra å ekskludere foreldre til at foreldre føler et totalansvar for egne barn på sykehus.

En spansk studie ble utført i 2013 av Antonio Fernández-Castillo, Maria J. Vilchez-Lara & Isabel López-Naranjo. Studien undersøkte relasjonen mellom stress og tilfredshet hos 1347 foreldre når barn var på sykehus ved seks sykehus. 50 % av foreldrene var immigranter og 50 % var innfødte, dette for å avdekke om det var forskjeller mellom de to gruppene. Det ble benyttet et spørreskjema med skala for å bedømme sykehusrelatert stress og en skala for å bedømme tilfredshet med sykehusoppholdet. Funn viser at immigrantforeldrene var mer tilfredse enn innfødte foreldre, og menn var mer tilfredse enn kvinner. Det skulle små endringer og initiativ til for å øke graden av tilfredshet. For å øke foreldres tilfredshet var rikelig informasjon nødvendig, det å lytte til foreldrene i krevende situasjoner, la foreldrene være hos barna, gi mer støtte og anerkjennelse av foreldrenes rolle.

De nasjonale og internasjonale studiene som jeg har gjort rede for ovenfor fra perioden 1986-2013, fra Danmark, EU-land, Norge, Sverige, Skottland, England, Storbritannia, Australia og

Spania viser først hvordan foreldre ble inkludert i sykehusene og i pleien av barnet, for deretter å belyse et omfattende foreldreansvar for barnets pleie. Det kommer frem at foreldre ønsket å delta i barnets pleie, men de etterlyser tydeligere arbeidsfordeling mellom foreldre og sykepleier. Foreldre ønsket og var villige til å ivareta den grunnleggende pleien av barnet, og å trøste og trygge barnet, men det kommer også til syne noen grenser og hindringer for hva foreldre ønsket og kunne gjøre, som for eksempel det å avklare om de ville delta eller hva de skulle gjøre når barn skulle gjennomgå ubehagelige og smertefulle prosedyrer. Foreldrene ønsket mer informasjon, støtte og anerkjennelse av foreldrerollen. Det er i tråd med slik det skrives i lærebøkene i perioden 1987-2013. Nedenfor skal vi se hvordan foreldre ble inkludert i pleie av barn i en norsk barneavdeling i 2007.

### **3.5.2 Foreldre utførte mesteparten av pleien og deltok i behandlinger når barn var på sykehus i 2007**

I kapittel (jf. kap.1.6.3.4) gjorde jeg rede for et feltarbeid om samarbeid og fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar mellom foreldre og sykepleiere i en norsk barneavdeling i 2007. 12 foreldre og 17 sykepleiere deltok og de var knyttet til 11 barn i alderen 1-6 år. Barna som inngikk i studien hadde ulike medisinske diagnoser.

I perioden 2011-13 gjorde jeg nye analyser av feltnotater og de transkriberte intervjuene fra 2007 for å undersøke om materialet kunne si noe om eksklusjons- og inklusjonspraksiser når barn er innlagt på sykehus (jf. kap.1.6.3.4). Analysene viste at foreldre utførte mesteparten av pleien når barn var på sykehus. Sykepleiers rolle var gjerne å være tilgjengelig og å være en tilrettelegger for at foreldrene skulle ivareta pleien. Foreldre ønsket å utføre mesteparten av pleien, men de forventet at sykepleier skulle vurdere barnets helse og gripe inn når tiltak skulle settes i verk:

Sykepleier: I det daglige så forventer vi i grunnen mye av foreldrene. Det er kanskje greit for dem som er her i to, tre dager, men for dem som blir liggende her lenge, så tror jeg det blir veldig slitsomt. Fordi foreldrene er her og tar alt stell, passer på og har tilsyn hele tiden, mens vi går til og fra og utfører oppgaver (*intervju med Andres sykepleier, side 4-5 og side 10*)... Mor: Jeg følte det var min oppgave å følge med på barnets fysiske tilstand, hvordan feberen er og om barnet får i seg drikke, om barnet virket dårlig, virket barnet kontaktbar, og om medisinen hadde effekt og sanne ting... Mitt ansvar som mor er å følge med på tilstanden til barnet. Det å si fra når jeg synes barnet ser verre ut. Deres ansvar er å vurdere om det er rett at barnet er dårligere, det

er deres ansvar å finne ut av det. Om barnet skal ha mer medisin eller mer smertestillende får bli deres ansvar å avgjøre... Mitt ansvar er å være der som mor for barnet og passe på at hun gjør det dem vil at hun skal gjøre, gi henne drikke og sånne ting ... Å stellet barnet er mitt ansvar. Aktivisering vil jeg si er mitt ansvar (*intervju med Saras mor, side 3, 5 og side 10*).

### 3.5.2.1 Foreldre har hovedansvaret for den grunnleggende pleien

Mine undersøkelser viser at foreldre utførte et omfattende arbeid for å ivareta en rekke grunnleggende pleieoppgaver.

*Vasker og steller barnekroppen:* Daglig morgenstell kunne foreldrene utføre uten at sykepleier var involvert, mens i andre situasjoner hjalp sykepleier foreldrene fordi de var på fremmed sted og trengte tilrettelagt utstyr. Barnets stell opplevdes som foreldres ansvar både av foreldre og sykepleier, men både sykepleier og foreldre hadde et bevisst forhold til at foreldrene trengte hjelp. Foreldrenes behov for hjelp varierte, og sykepleier kunne ta initiativ til å avklare deres behov for utstyr og hjelp eller foreldrene kunne gjøre det selv. Sykepleier kunne om nødvendig være til stede i situasjonen i kortere eller lengre tid, og tilrettelegge ved å hente nødvendig utstyr. Det innebar at de kunne gå foreldrene til hånd og bar preg av at sykepleierne gikk til og fra i situasjonene, mens foreldrene hadde ansvaret. Fravær av hjemmets bad med utstyr tilpasset familiens situasjon krevde i noen sammenhenger sykepleiers tilrettelegging for stell i pasientrommet for de minste barna som brukte bleier eller det kunne skje i barnets seng for de syke og sengeliggende barna. Å stelle barnet påvirket av sykdom og behandling var en mer krevende situasjon for foreldrene, og sykepleiere involverte seg da mer og kunne om nødvendig overta stellet for så å gi det tilbake. Selv med praktisk tilretteleggelse var en situasjon så utfordrende at sykepleier utførte oppgaver direkte overfor barnet. Mor overlot da stellet til sykepleier og de byttet roller, og morens ansvar deltes mer med sykepleier. Det handlet om et barn med hyppige bleieskift kombinert med pågående infusjon og mor som var i dårlig form. Barnet hadde diaré på grunn av infusjonstømningsregime:

Victoria er to år gammel og har diaré på grunn av tømning med infusjon gjennom nesesonde knyttet til forstoppelse ... Det er ofte bleieskift, som utførtes i morens seng... Mor spør om hjelp alle gangene (*feltnotat knyttet til Victoria, side 4*).

*Sørger for ernæring:* Rammene rundt måltidet er forutsetningen for innholdet med å innta måltidet, og disse endres i sykehussammenheng med fremmede omgivelser, ukjente rom og



endrede tidspunkt for måltid osv. Foreldrene skaffet seg oversikt over måltidsrutinene gjennom informasjon fra andre foreldre og den rutinemessige introduksjonen ved ankomsten som samtale og omvisning i avdelingen. Introduksjonen fokuserte på å gi foreldre oversikt og gjøre dem selvhjulpne i forhold til måltid. Sykepleier i samarbeid med foreldre tilrettela og tilpasset barnets måltid til de nye forholdene, ved å klarere om familien skulle spise på rommet eller på spisestua og om maten skulle serveres eller om foreldrene hentet matbrettene selv. Det varierte om foreldrene hentet matbrettene selv eller om sykepleier gjorde det, og om de spiste på pasientrommet eller på spisestua. Med rammene på plass ivaretok foreldrene måltidet, og foreldres gjøremål var vesentlig i å skape en overgang fra hjem til institusjon. Foreldrene gjorde det ved å hjelpe barnet å spise, sitte sammen, spise sammen osv. Sykepleier avpasset graden av involvering og individualiserte ut fra de enkeltes behov. Barnets måltid påvirket av sykdom eller behandling endret måltidets ramme og innhold, eksempelvis at barnet måtte spise i sengen eller at barnet hadde dårlig appetitt på grunn av feber. Selv om rammene ble tilpasset eller omdefinert avhengig av barnets situasjon eller tilstand, og foreldres gjøremål kunne være å hjelpe barnet mer når det spiste, så beholdt foreldrene ansvaret for måltidet. I disse situasjonene involverte sykepleier seg mer direkte i barnet og oppholdt seg over tid i måltidssituasjonen for å avklare, for så å trekke seg unna:

Sykepleier: Jeg viste mor hvor hun finner mat dersom barnet ikke kan spise når maten serveres, samt tekjøkkenet og hvor hun finner kaffi... De vet når maten kommer. Den står på tralla og er navnet. Jeg pleier alltid å spørre om og når de vil ha lunsj eller middag. Jeg spør om dem ønsker den servert eller om de vil hente den (*intervju med Sunnivas sykepleier, side 8 og side 10-11*)... Mor: Jeg hentet maten, med unntak av når jeg ikke oppdaget når måltidet var. Da kom de og sa fra. Vi spiste sammen på rommet (*intervju med Solveigs mor, side 20*)... Mor: Det er mitt ansvar å få i barnet mat og drikke. Sykepleier må følge opp situasjonen og barnets tilstand i forhold til mat og drikke (*intervju med Saras mor, side 10*).

Sørger for at barnet får ro til å sove: Foreldrene hadde ansvar for å ivareta barnets søvn. Deres gjøremål representerte trygghet og forutsigbarhet, og deres faste rutiner ble ivarettatt ved at sykepleier holdt avstand eller trakk seg ut av situasjonen når det praktiske var på plass. Sovesituasjonen tilhørte barnets og foreldrenes private område og foreldre ordnet ting selv med faste leggeritualer, når de hadde fått tilgang til rom og seng. Gjennom samtaler kom det frem en vanlig foreldrepraksis med å la barnet sove i foreldres seng for å kompensere for det fremmede og for å trygge barnet. En vanlig forekommende situasjon var at rom og seng først ble tilgjengelig senere på dagen når barnet kom til planlagt innleggelse på formiddagen, selv om barnet kunne ha behov for å sove litt. Sykepleier kompenserte da for mangel på fasiliteter

med tilgjengelig seng ved å tilby lån av barnevogn. Dersom barnet hadde vansker med å finne roen til å sove på dagtid, benyttet foreldrene barnevogn på rommet eller gikk på en liten trilletur. Det fremmede reduseres eller stenges ute på den måten og foreldrene opprettholdt barnets søvnrytme. Foreldrene kunne også ha med egen vogn. Ved en planlagt innleggelse ønsket mor å sove hjemme med barnet innkomstnatten fordi hjemmet ikke var så langt unna, og begrunnet det med at barnet lettere ville roe seg. Ellers kunne foreldre be sykepleier om ikke å forstyrre dersom barnet var påvirket av sykdom og hadde sovet dårlig, og sykepleier kunne selv ta initiativ til å gjøre en slik avtale:

Mor: Mitt ansvar er å ta vare på barnet, samt å prøve å normalisere ting. Det at barnet får rutinene som det er vant til hjemme er viktig (*intervju med Marits mor, side 5*)...

Far: Barnet sovnet veldig fint i går kveld. Han var oppe flere ganger i natt og ville at jeg skulle være hos han. Han lå litt i senga mi og sovnet igjen, og så la jeg han over i egen seng (*intervju med Alberts far fra 2. opphold, side3*).

Aktiverer: Foreldrene hadde hovedansvaret for å aktivisere barnet, men dersom barnet ikke fikk behandling eller ikke var isolert på grunn av smitte, kunne de på dagtid benytte seg av lekestue og skolestue med pedagogisk personell tilgjengelig for å aktivisere barna. Barnets symptombilde og prosedyrer som gikk over tid kunne prege tiden mellom måltid, sovesituasjon og stellesituasjon, dvs. leketiden, blant annet kunne faste før prosedyre i narkose være en utfordring. I slike situasjoner oppholdt barn og foreldre seg som oftest på rommet der foreldrene prøvde å underholde barnet og sykepleier gikk til og fra, for eksempel for å hente leker.

### **3.5.2.2 Foreldre deltar ved medisinsk behandling**

Når barna var innlagt på sykehus må de gjennomgå ulike medisinske prosedyrer og mottaksprosedyrene er vesentlige. I disse situasjonene involverte sykepleier seg mer direkte i barnet og fokuserte på relasjonsbygging med barnet for å få kontakt før utførselen av prosedyrer. Her var foreldrene viktige bidragsyttere i å hjelpe sykepleierne.

Motiverer: I tillegg til å utføre mesteparten av den grunnleggende sykepleien, hadde foreldrene også en sentral rolle ved gjennomføringen av en rekke medisinske prosedyrer, selv om sykepleier var hovedansvarlig. I den forbindelse var forberedelse og motivering til de medisinske prosedyrene et sentralt arbeid. Målet med å motivere var å fremme barnets frivillighet til å gjøre ting eller la sykepleier gjøre ting med barnet. Den kontinuerlige

motivasjonsprosessen bestod i å skape en overgang til prosedyresituasjonen om nødvendig, og å gjøre det ukjente kjent for barnet, samt å ivareta barnets medvirkning. En vanlig overgang var å avbryte barnets lek for å gå til undersøkelsesrommet for at sykepleier skulle gjøre mottaksprosedyrer på barnet. Å forberede barnet ved å gjøre det ukjente kjent gjorde situasjonen mer forutsigbar for barnet. Et eksempel var sykepleiers og foreldres samarbeid i å nærme seg barnets kropp når sykepleier skulle telle barnets puls elektronisk, der de sammen viste hvordan det skulle gjøres på foreldrene først. Det å prioritere rekkefølgen på prosedyrene var vesentlig og det å vente med det mest ubehagelige til slutt ivaretok barnets frivillighet lengst mulig. En far med mye innleggelseserfaringer tok initiativ til å foreslå å vente med prosedyrer han visste barnet mislikte og ta dem til slutt. Foreldres og sykepleiers intense tilstedeværelse i situasjonen med varhet for barnets beste, og med åpenhet for hverandres bidrag og kompetanse, var tydelig. Det var en forutsetning for barnets medvirkning:

Sykepleier tar så frem elektronisk pulsmåleutstyr og viser utstyret ved å feste på egen finger, og vil gjøre det på barnet, men far vil at hun skal gjøre det på han først. Han lar barnet leke med fingerhylsteret etterpå. Deretter putter han det på fingeren til Albert og sykepleier gjør det spennende for barnet med å vise fjelltoppene som beveger seg på skjermen når pulsrhythmen beveger seg der. Sykepleier vil deretter ta blodtrykk, men far spør om ikke det er bedre å vente med det til slutt. Sykepleier spør om temperaturen også skal vente til slutt, og far sier at det er best (*feltnotat knyttet til Alberts 1. opphold, side 1*).

Avleder: Å avlede barnet under medisinske prosedyrer ivaretok barnets beste. Sykepleier og foreldre prøvde å finne noe som kunne endre barnets fokus bort fra det ubehagelige og ukjente som skulle skje eller skjedde. Foreldre og sykepleier byttet på å avlede, men sykepleier initierte avledning i de fleste tilfeller, mens foreldre fort fulgte opp. Prosessen med å avlede bidro først til å endre barnets fokus, for deretter å opprettholde en positiv atmosfære. Det innebar å skryte av barnet, belønne med premie og leke med barnet, prate med barnet eller la barnet se på film eller lese bok under eksempelvis pågående infusjon eller blodtrykksmåling. Å avlede og påføre barnet ubehag griper inn i hverandre, det skjer side om side, og sykepleier og foreldre hjalp hverandre i utførelsen av oppgavene:

Far: Vi endret fokus og barnet hadde noe positivt å være engasjert i. Noe som holdt fokuset vekk fra triste ting. Det er mulig å avlede barnet med noe som interesserer (*intervju med Alberts far fra 2. opphold, side 3*).

Påfører ubehag: Ved noen medisinske prosedyrer var det vanskelig å unngå å påføre barnet ubehag, i form av utrygghet, smerte eller at barnet ble holdt fast når det ikke ville. Noen

prosedyrer krevde at en holdt barnet fast, og det utfordret omtanken for barnets beste. Sykepleier tok initiativ i disse situasjonene, men trengte foreldres støtte og hjelp. I slike tilfeller var det nødvendig med en avklaringsprosess om hvem som skulle gjøre hva. Det skjedde planlagt på forhånd eller spontant i situasjonen. Fokuset var på å gjøre prosedyren forutsigbar ved å forberede barnet på ubehag, og sykepleier og foreldre var intenst til stede i situasjonen med varhet for barnets ubehag. Ansvaret for å utføre det ubehagelige, for eksempel å holde barnet fast når magesonde skulle settes ned, var sykepleiers. Foreldre kunne hjelpe til med å holde barnet fast og utførte i noen sammenhenger kjente prosedyrer under barnets protester, eksempelvis måling av temperatur. Å måle temperatur på barnet var både hyppig forekommende og noe barnet gjerne kunne protestere mot og oppleve som ubehagelig. Sykepleier var prosedyreansvarlig, men var imidlertid villig til å delegerer til foreldre og ikke ta over situasjonen når barnet protesterte. Foreldre var villige til å være medhjelpere, og foreldre og sykepleiere utførte prosedyrer til tross for barnets protester ved å tvinge barnet. Det langsiktige perspektivet på barnets beste i form av bedre helse ble da prioritert, og de var kreative og kompenserte for barnets ubehag. Selv om det var nødvendig å påføre barnet ubehag var det viktig for foreldrene å få valget om å gjøre det. Det gjaldt spesielt når ubehaget og smerten var omfattende. Det utfordrende og det ambivalente ved å påføre barn ubehag var tydelig hos foreldrene. Sykepleiere understreket at det skal være sykepleiers hovedansvar, og at foreldre skal være fritatt. Dette stemte overens med foreldres ønske om ikke å påføre eget barn ubehag, samtidig vises ambivalensen deres, og det står i motsetning til at noen foreldre faktisk ønsket å utføre prosedyrer som medførte lett ubehag og protester:

Sykepleier: Erfaringsmessig vet jeg at vi alltid må være to sykepleiere. En som holder barnet fast og en som utfører prosedyren (*intervju med Victorias sykepleier, side 9*)...

Sykepleier: Jeg så at mor ønsket å gi barnet premedikasjon selv eller at hun strakk ut hånden for å få den... Mor tok barnet automatisk på fanget og holdt rundt barnet (*intervju med Sunnivas sykepleier 2, side 12-13*).

Der er avvik mellom det som foreldre og sykepleiere sa i intervjusituasjonen, og det de faktisk gjorde. Som eksempel, en sykepleier sa: ”foreldre må unntas fra å påføre eget barn ubehag, det bør sykepleier gjøre”. Det var ikke alltid tilfelle. Noen foreldre var villige til å utføre prosedyrer som innebar mildt ubehag. En forelder sa: ”jeg pleier å gjøre det hjemme” og viste et ønske om å delta. Noen ganger opplevde foreldrene situasjonene som utfordrende og ambivalente følelser oppstod. Disse følelser av ambivalens var relatert til det uavklarte og det ukjente i situasjonen, og foreldres ønske om å beskytte sine barn. På den annen side hadde de

et ønske om rask gjennomføring av nødvendig prosedyre. I de fleste situasjonene skjedde avklaringen av hvem som gjorde hva spontant, uten å avtale på forhånd. Det kan være nødvendig med mer tydelighet, da vil kanskje det ambivalente hos foreldre bli mer avklart:

Mor: Jeg vil ikke utføre vonde ting på barnet og at barnet skal forbinde meg med det vonde. Barnet måtte gjøre det, og det ble litt tvang. Hun hadde ikke gjort det frivillig... Det føles lettere at jeg tvinger barnet enn at fremmede gjør det. Barnet er vant til at jeg setter foten ned... Jeg synes det var bedre at jeg holdt barnet fast enn at sykepleier gjorde det (*intervju av Sunnivas mor, side 3*).

Trøster: Det å påføre barnet ubehag og trøste oppstod samtidig, og inngikk i en dynamisk prosess for å ivareta barnets beste. Foreldre tok oftest initiativ til å trøste for å ivareta barnets trygghet og hadde et hovedansvar der. De var fysisk nær under utførelsen av prosedyrer, eksempelvis kunne de stå like ved barnet som lå på en benk og bøye seg over på en beskyttende måte, eller barnet var i foreldrenes fang under prosedyren. Foreldre og sykepleier ”trøste-snakket” og ”trøste-handlet” underveis. Foreldre understreket at de hadde et hovedansvar for å trøste og en mor sa: ”mitt ansvar er å være der for barnet og å trøste ham”. Foreldre og sykepleier bidro i fellesskap og fulgte barnet tett på med kontinuerlig å trøste. Foreldres fysiske nærhet, det å ”trøste-snakke” og ”trøste-handle” gikk over i hverandre i situasjonene:

Far: Jeg vil være faren og være trøster. Jeg prøvde å sitte slik at jeg kunne holde barnets hand (*intervju med Alberts far fra 2. opphold, side 7*). Sykepleiere: Mors rolle er å ha barnet på fanget. De skal være det trygge og hjelpe til, men kan holde barnet fast (*intervju med Sunnivas sykepleier 2, side 5*).

Foreldre var inkludert i de fleste prosedyresituasjonene, som for eksempel å legge ned magesonde, utføre spinalpunksjon, ta blodprøve, gi klyx, måle blodtrykk m.m. Foreldre og sykepleier var kontinuerlig til stede i situasjonen og den var avgrenset i tid og de *Motiverer*, *Avleder*, *Påfører ubehag* og *Trøster* barnet. Sykepleier var prosedyreansvarlig og tok initiativ, men sykepleier inkluderte foreldrene for å få hjelp til å stimulere barnets frivillighet og minimalisere graden av uvilje, protester og ubehag. Samtidig inkluderte foreldrene seg selv, og det skjedde på en selvfølgelig og spontan måte, uten noen form for avklaring. Sykepleier hadde egne og kreative måter å komme i kontakt med barnet på for å få frem barnets frivillighet, og slik minimalisere uvilje, protester og ubehag i prosedyresituasjonene. Foreldrene kunne hjelpe til eller holde seg i bakgrunnen dersom barnet tillot det, og sykepleier kunne sette foreldre og barnets vilje til side om nødvendig dersom barnets uvilje og protester ble for store. Det gjøres ved å hente inn andre sykepleiere til å hjelpe til.

Arbeidsdelingen mellom foreldre og sykepleiere skjedde ut fra premisset om å ivareta barnets beste i behandling og diagnostisering av barnet. Barnets beste var et underforstått og felles mål for begge parter, og dannet grunnlaget for dynamikken i delingen av oppgaver, der foreldres bidrag var vesentlig.

Sørger for at barnet blir veid, får målt temperatur, puls og blodtrykk: I mottakssituasjonen måtte barna gjennomgå ulike medisinske prosedyrer som veiing, høgdemåling, telling av puls, måling av blodtrykk og temperatur. Dersom de mislyktes i å spore barnets frivillighet, ble det nødvendig å tvinge barnet eller utsette prosedyren. Sykepleier var initiativtaker og prosedyreansvarlig og ansvarlig for å delegere oppgaver til foreldre, mens foreldre var medhjelpere. Foreldre støttet, hjalp til og utførte deler av prosedyrer eller kjente prosedyrer, eksempelvis måling av temperatur. Sykepleier og foreldre balanserte sine gjøremål for å ivareta barnets beste og det bidro til en dynamisk deling av oppgaver (jf. *å motivere, avlede, påføre ubehag og trøste* ovenfor).

Sørger for at barnet er forberedt til medisinske undersøkelser og kirurgiske inngrep: Å faste fra morgenen av før medisinsk prosedyre som skulle utføres i narkose var en vanlig situasjon, og foreldre håndterte det med støtte og hjelp fra sykepleier. De oppholdt seg ofte i pasientrommet for å hindre barnet i å se mat og å få tilgang til mat. Dersom de delte rom med annen familie, var det nødvendig at den andre familien inntok frokosten på spisestua. Å se film eller lese bok var hyppig brukte foreldreaktiviteter for å avlede barna fra det å ikke få mat (jf. *å avlede* ovenfor):

Far: Jeg var ikke ute av sengen. Det var den eneste plassen jeg kunne roe han ... Jeg prøvde å aktivisere han best mulig ... Situasjonen var stressende. Vi ventet lenge og han skulle være uten mat (*intervju med Alberts far fra 2. opphold, side 5-6*)...

Sykepleier: Det ble en lang dag, spesielt i forhold til fasting. Det er utfordrende (*intervju med Alberts sykepleier 2, side 6*).

Det å gi barnet premedikasjon før narkose var en tilsvarende vanlig situasjon, men det varierte om foreldre eller sykepleier gjorde det, og om barnet gjorde det frivillig eller om det var nødvendig å holde barnet fast for å få det til, der det krevdes samarbeid. Det var behov for å avklare hvem som skulle gjøre hva, men ofte skjedde det spontant uten avklaring og foreldrene var svært delaktige.

Å behandle og diagnostisere barnet var hensikten med innleggelsen. Sykepleier hadde hovedansvaret for å utføre medisinske prosedyrer, og foreldre var delaktige og hjalp til. Noen prosedyrer ble utført av lege og sykepleier assisterte, men det var et lite mindretall. En del prosedyrer ble utført i narkose, der ble foreldre og sykepleier ekskludert når barnet hadde sovnet fordi andre overtok. Det var en etablert praksis at foreldre skulle være med barnet til operasjonsavdelingen og røntgenavdelingen og være til stede under innledning av narkose for å trygge barnet, og deretter forlate barnet. Den tydeligste eksklusjonen av foreldre var da de forlot narkoserommet etter at barnet hadde sovnet, noe de kunne erfare som krevende.

Observasjonsdata viste en viss variasjon i hvordan sykepleiere gjorde dette, de kunne følge foreldre og barn til operasjonsavdelingen eller røntgenavdelingen og være i situasjonen til innledningen av narkosen var over, for deretter å følge foreldrene ut og eventuelt tilbake til avdelingen. I andre situasjoner kunne sykepleier følge dem dit, for så å forlate dem når personalet ved operasjonsavdelingen eller røntgenavdelingen mottok barnet og foreldrene forlot da narkosesituasjonen alene. Foreldrene kunne vente i avdelingen til barnet våknet etter narkosen eller oppholde seg utenfor operasjonsavdelingen eller røntgenavdelingen. Flere foreldre gav uttrykk for reaksjoner på det å se barnet sovne ved innledning av narkose og det kan tyde på at sykepleier kan være til hjelp ved å være til stede i situasjonen og de første minuttene etter, men det gjøres forskjellig:

Mor: Jeg forstod det i går at det var lagt opp til at jeg skulle være med, og når barnet har sovnet skulle jeg gå. Det gikk som det måtte gå. Jeg var med barnet helt til det sovnet og da sa de at jeg skulle gå, det var greit nok. Det er litt rart å se barnet bli helt hjelpeløst, men ikke direkte ubehagelig for det må til (*intervju med Andres mor, side 4-5*).

Sørger for at barnet gjennomfører infusjoner: En situasjon som kunne være en utfordring for foreldrene var å ha tilsyn med pågående infusjon når barnet våknet opp etter narkose med kanyle i armen og pågående infusjon, og barnet ble fortvilet og ville ha det bort eller ville ut å leke. Infusjonen burde barnet ha til det hadde begynt å drikke selv, ble foreldre forklart. En konkret situasjon handlet om et barn som hadde infusjonen over to dager gjennom magesonde for å tømme tarmen grunnet forstoppelse. Prosedyren grep inn i den tiden barnet skulle ha mulighet til å gjøre andre ting, som lek og aktivitet. Det utfordret mor å ha tilsyn med den pågående infusjonen, noe sykepleier bekreftet:

Mor: Slitsomt selvfølgelig. Springe etter henne hele tiden med ledningen på slep, det er litt travelt. Jeg synes det har gått veldig greit... Nå har jeg fått slappet av litt, så nå

er jeg litt bedre. Når du ikke er i form fra før, så blir du fortere gåen. I går kveld var jeg temmelig gåen når hun endelig sovnet (*intervju med Victorias mor, side 4 og side 6*).

Sørger for at barnet får rett medisin til rett tid på rett måte: Hos barn med kronisk sykdom kunne prosedyrer være en del av det daglige hjemme hos barnet og foreldrene utførte dem, som for eksempel å gi inhalasjoner. Ved innleggelse på sykehus var det vanlig at foreldrene fortsatte å utføre prosedyrene mens sykepleier tilrettela utstyret. Foreldrene til et av barna som var kronisk syk var avhengig av hjelp til flere ting, blant annet å gi medisiner til fast tid. De hadde vært mye innlagt på sykehus og foreldrene var vant til å gjøre prosedyrer daglig hjemme og tok mye ansvar. De klarte ikke helt å overlate ansvaret eller var ambivalente, og de begrunnet det med unøyaktighet i rutinene til sykepleierne. De uttrykte et ønske om punktlighet i rutinene. Far beskrev flere liknende situasjoner hvor arbeidsdeling hadde vært nødvendig, men ikke fungerte godt nok. Faren fortalte videre om å gi medikamenter, og beskrev at arbeidsdelingen generelt sett hadde utviklet seg i positiv retning, samtidig poengterte han de utfordringer som har vært:

Far: Men selvfølgelig blir en litt irritert når hun skulle hatt medisin kl 12 og vi sier til sykepleieren at barnet ikke har fått medisinen, og klokka er halv to. Det er deres jobb å passe på medisinen, men samtidig så er det litt vårt ansvar også, det er vi som har glemte det også... Vi har hatt 24 timers vakt hele tiden, vi får aldri hvile. Det er som å våkne og spørre: ”Har de gitt medisin? Jeg har ikke hørt dem komme” og det slår aldri feil. Det kommer sjelden medisin klokken 6, hun fikk klokka åtte i stedet (*intervju med Trines far, side 2-3, 6-7*).

Støtter barnet i forbindelse med spinale punksjoner: En sykepleier fortalte om situasjonen hvor barnet skulle gjennomføre spinalpunksjon hvor ting ikke gikk akkurat som ønsket, og mor erfarte det som problematisk og skremmende da det skjedde og inntrykket vedvarte. Prosedyresituasjonen utfordret mor, fordi barnet var redd og opplevde det svært ubehagelig og smertefullt. De mislyktes med å gjennomføre prosedyren og etter fire stikkforsøk ble det besluttet at barnet skulle gjøre undersøkelsen utført i narkose neste dag, etter ønske fra mor. Mor reflekterte over situasjonen i ettertid, hun følte at hun ble satt til side og ikke klarte å beskytte barnet:

Sykepleier: Mor synes ikke det var greit. Ho synes egentlig at det var nok. Mor hentet seg inn igjen i pausen. Det var tydelig at etter å ha stukket barnet var det nødvendig med pause. Så fikk mor hentet seg inn igjen, og var klar for neste runde. Ho var roligere på andre delen enn første delen (*intervju med Solveigs sykepleier, side 5-6*)...  
Mor: Kunne jeg gjort noe annerledes og gjort noe mer? Skulle jeg ha satt ned foten tidligere? (*intervju med Solveigs mor, side 10-11*).



### 3.5.2.3 Foreldre får avlastning dersom sykepleier har tid til det

Ulike sykepleiere reflekterte over foreldres behov for avlastning, dvs. at sykepleier overtar ansvaret for barnets grunnleggende behov for en kortere periode slik at foreldre kan gå fra barnet. De uttrykte at ved de vanlige korte innleggelsene var ikke behovet for avlastning til stede i vesentlig grad. Det bekreftes av foreldre med korte innleggelser at behovet for avlastning for å gå fra barnet for en kortere tid, ikke var betydelig:

Sykepleier: Det å avlaste på dagen er ikke alltid lett. Det har med hvor mange som er på jobb og hvor god anledning en har. Vi har oppgaver å gjøre. Jeg vet ikke om jeg har hatt anledning til det i dag... Foreldre er tryggheten for barnet og behovet for avlastning er kanskje ikke så stort... Med de små, slik som barnet i dag og tilsvarende situasjoner, så føler jeg ikke at det er så mye rom for avlastning. Jeg tror ikke foreldrene har behov for avlastning når det er slik at de kommer en dag og reiser neste... Det er vanskelig det med avlastning. Av og til trenger foreldrene det, men de vil ikke. Andre ganger vil dem det, men vi har ikke tid eller vi føler at dem ikke trenger det. Det har med hvor lenge de er her og barnets alder (*intervju med Sunnivas sykepleier 2, side 9, 11-12*).

Sykepleiernes refleksjoner over det å avlaste foreldre viste hvordan arbeidsdelingen kunne arte seg i noen situasjoner, og hvilke begrensninger det var for hvor mye avlastning som kunne tilbys fordi sykepleierne hadde andre arbeidsoppgaver, og vurderingene sykepleier gjorde om foreldres ulike behov for avlastning ble beskrevet. Der var praktiske begrensninger i tillegg til at barnet helst ville ha foreldrene hos seg, noe som også var best for barnet. Korte opphold gjorde at det ikke var så nødvendig med avlastning. Et av barna i studien hadde den femte innleggelsen på kort tid for å utrede samme symptombildet. Det kan være ulike grunner for hyppige og korte innleggelser, som for eksempel å avvente svar på undersøkelser og oppsummere, for så å bestemme videre forløp for å avklare diagnose og behandling. Observasjoner bekreftet sykepleiers refleksjoner over at det ikke var rom for å avlaste foreldre i vesentlig grad.

Ovenfor har jeg argumentert for at læreboken i sykepleie fra 1941 var den første norske læreboken som hevdet at foreldre burde få anledning til å besøke barna sine når de var på sykehus. I vår tid formidler lærebøkene tydelige forventninger om at foreldre ikke bare bør få besøke barna sine, men at de bør utføre store deler av pleiearbeidet når barn er på sykehus. Foreldreinkluderingen underbygges av et feltarbeid jeg gjennomførte i en norsk barneavdeling i 2007, andre studier og andre kilder.

### **3.6 Samfunnskonteksten som muliggjorde inklusjonspraksisene i perioden 1987-2013**

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for de samfunnsmessige forhold, sykehusforhold, familieforhold og sykepleiesituasjonen i Norge som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleie av barn på sykehus fra slutten av 1980-tallet og frem til vår tid.

1980-tallet fremstår som tiåret der den sterke staten ikke skal styre samfunnsutviklingen lenger, der demokratisering av arbeidsliv, offentlig helsestell og skolesystem debatteres og er under press. Etterkrigstidens sosialdemokratiske orden som var i krise mot slutten av 1970-tallet, avvikles i løpet av 1980-tallet. Arbeidslivet endres med kun 20 % som arbeider med å produsere varer i industrien og primærnæringene. Fagstyret bygges ned og flertallet av arbeidstakerne arbeider i tjenesteytende næringer og det er konkurranse om jobbene. Perioden fra 1980-tallet og frem mot i dag preges av skiftende økonomisk forhold og politisk ustabilitet, og ideer om en stadig sterkere økonomisk og politisk nyliberalistisk markedsorientert tenkning og styring får gjennomslag utover 1990-tallet og 2000-tallet. Samtidig fokuseres det på å internasjonalisere vareutvekslinger. Det medfører turbulens i arbeidslivet med usikre arbeidsplasser og arbeid forflyttes fra primærnæringer og industribedrifter til tertiærnæringer som tjenesteytende næringer og offentlig sektor. Det gir sosial uro med blant annet økt forekomst av skilsmisser, selvmord og alkohol- og narkotikamissbruk (Furre 2010/2000: 271-367).

Det er bakteppet for arbeidsforholdene i helsevesenet, der hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i vår tid har en sentral plass i norske kommunehelsetjenester sammen med sykepleiere, mens majoriteten av pleierne i somatisk spesialisthelsetjeneste har bachelorutdanning i sykepleie. Sykepleiefaget er hjemlet i helsepersonelloven (1999), pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning* (2008) (Skaset 2003: 545).

#### **3.6.1 Sykepleiermangel**

Bildet er komplisert rundt fordelingen av sykepleiere innen primær- og sekundærhelsetjenesten og det er vanskelig å avklare om sykepleiemangelen fra 1950-1970-tallet fortsetter (jf. kap.3.3). Til tross for at sykepleiere har fått bedre lønns- og arbeidsvilkår,

at sykepleiefaget er blitt en profesjon med bachelor-, master-, og ph.d. grader, at pleiepersonell med mindre utdanning har overtatt en del sykepleieoppgaver, at foreldre har overtatt mye av pleien når barn er på sykehus, at antall studieplasser i sykepleieutdanningene har økt betydelig fra 2 519 i 1990 til 4 015 i 1998, og at det i 2012 var 3979 fulltidsstudieplasser og 341 deltidsstudieplasser tilgjengelig til å søke på, så kan det likevel se ut som om det er mangel på sykepleiere her i landet. Bakgrunnen for en eventuell sykepleiemangel er trolig økende behov for sykepleiere i norske somatiske sykehus. I slike institusjoner har antall sykepleieårsverk økt fra 15 614 i 1990 til 22 314 i 2000 og videre til 24 886 i 2011, altså en avtakende økning i siste periode (siste tallet omfatter somatiske institusjoner og ikke bare somatiske sykehus). Så lenge det kan se ut som det er mangel på sykepleiere vil det trolig være stort behov for foreldre som utfører så mye av pleien som mulig når barn er på sykehus (Schjøtz 2003: 521-522, Statistisk sentralbyrå 2013a, Søkerhandboken 2012).

### 3.6.2 Profesjonalisering

Profesjonaliseringen som startet på begynnelsen av 1950-tallet (jf. kap.3.3) var et av grepene som skulle gjøre det mer attraktivt å bli sykepleier. En profesjon bør ha en selvstendig teori og et selvstendig fagområde, og utdannelsen av profesjonelle sykepleiere bør omfatte mye teoretisk undervisning. Fra 1950 og til 1962 økte timetallet i sykepleiefaget fra 600 til 1370 i den nye skoleplanen av 1962 i kjølvannet av sykepleieloven av 1960, slik at teoridelen omfattet en tredjedel av utdanningstiden. Før 1960 hadde sykepleiere en til tre fagbøker i sykepleie. I 1967/68 lanserte *Norsk Sykepleierforbund* ”den blå serien” som omfattet 12 bøker. Sykepleier Kjellaug Lerheim var redaktør. Hun hadde studert i USA i 1963 og var slik kjent med de amerikanske ideer og tenkningen til sykepleier Virginia Henderson (Mathisen 2006/1993: 143-152, Lund 2012: 95-120, jf. kap.3.1). Henderson var opptatt av å definere og forstå sykepleiefagets egenart og selvstendighet (Henderson & International Council on Nurses 1961/1960: 10), og Hendersons humanistiske ideer er tydelig til stede i dette læreverket fra 1967/68. Hendersons ideer har blitt brukt som et teoretisk fundament for profesjonell sykepleie (mer om Henderson i kap.3.1.2 og kap.3.7). De medisinske og naturvitenskapelige fagene var fortsatt prioritert i den nye skoleplanen av 1962 med 550 timer av 1370, men i forbindelse med den reviderte skoleplanen av 1967 blir den humanistiske

retningen vektlagt som ståsted for sykepleiefaget. Ved hjelp av Hendersons ideer profilerte faget seg som en humanistisk profesjon som var noe annet enn medisin som stod på en naturvitenskaplig grunn (Mathisen 2006/1993: 143-152, Lund 2012: 65, 95-120, jf. kap.3.7, Kirkevold 2006/1992: 20, 100-112). En profesjon bør utføre selvstendig forskning, ha utdanning på høgskolenivå (Lund 2012: 53-63, 199, 203-244), og i 1979 ble Norges første professor i sykepleie, Ulla Qvarnström, ansatt ved *Universitetet i Bergen* (Mathisen 2006/1993: 143-152, 175-190, Lund 2012: 203-244, Bondevik 2012) (jf. kap.3.6). Å gjøre sykepleierket til en selvstendig profesjon i etterkrigstiden er ikke et særnorsk fenomen, og de danske sykepleieforskerne Kirsten Beedholm (2003/2002: 152-194) og Karin Anna Petersen (1993/1992: 20-24) beskriver en tilsvarende utvikling i dansk sammenheng.

Profesjonaliseringen med tilhørende spesialisering reflekteres også i etableringen av spesialutdannelse i pediatrik sykepleie i 1971 (Grindaker 1993) og i oversettelsen av de første utenlandske lærebøker i barnesykepleie til norsk (Wallace 1973, Brydolf m.fl. 1979, 1980), og i utgivelsen av sykepleier Sidsel Tveitens (1987) *Barnesykepleie* som første norske lærebok i barnesykepleie (jf. kap.3.4), der Hendersons behovsideologi og Orems egenomsorgsideologi (jf. kap.3.7) sammen med sykepleieprosessen er sentrale.

### **3.6.3 Billigere at foreldre utfører pleien enn betalt helsepersonell**

Nå kan det være at det hadde vært fullt mulig å redusere vaktbelastningen, heve lønnen til pleierne og øke utdanningskapasiteten slik at enda flere ville velge sykepleie, hjelpepleie, omsorgsarbeid, som levevei. Dermed kunne det bli flere pleiere i barneavdelinger og større mulighet for å avlaste foreldre når barn er på sykehus. Flere pleiere med høyere lønn vil føre til økte offentlige utgifter. Nedenfor vil jeg argumentere for at det har vært og er økonomisk interessant at foreldre utfører så mye av pleien som mulig når barn er på sykehus, og at utgiftene til pleielønninger holdes så lave som mulig.

Foreldres innordning og deltakelse i barnets pleie i sykehus som offentlig institusjon kan betraktes som en del av den offentlige reguleringen av det private og familiesentrerte, og skillet mellom det offentlige og private viskes ut i sykehussammenheng, som ellers i samfunnet. Foreldrerollen gjøres betydningsfull og aktiv i tråd med kunnskapssamfunnet (Frønes 2011/2003: 53-67). Det tydeliggjøres gjennom myndighetenes regulering av barns og

foreldres rettigheter ved barns innleggelse på sykehus gjennom *Forskrift for barns opphold i sykehus* av 1988/1989. *Forskriften om barns opphold i helseinstitusjoner* av 2000 regner personer under 18 år som barn. I dag reguleres hvem som juridisk skal forstås som foreldre gjennom *Lov om barn og foreldre* (1981). Kriteriene er i hovedsak basert på biologi med noen unntak. *Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon* (2000) regner foreldre, fosterforeldre eller andre som opptrer i foreldres sted, som foreldre. Det er også en lovfestet rett for foreldrene å være borte fra arbeid for å ta seg av syke barn som innlegges på sykehus, uten tap av lønn (NAV 2013). Gjennom ulike lover regulerer myndighetene foreldres ansvar for barnet og dette ansvaret er lovfestet ved barns innleggelse på sykehus.

Det er årlig relativt mange barn som blir innlagt på norske sykehus. I 2012 hadde 880 459 personer døgnopphold i norske somatisk sykehus, hvorav vel 142 389 personer var i alderen 0-19 år. Av disse var ca 106 590 i alderen 0-9 år (Statistisk sentralbyrå 2013b). 50 % av barna var innlagt i voksenavdelinger i 1995 (jf. vedlegg 10) og barns innleggelse i andre avdelinger enn barneavdelinger bekreftes av Fonn (2003: 16-17), til tross for at barn i følge *Forskriften om barns opphold i helseinstitusjoner* av 2000 fortrinnsvis bør innlegges i egne barneavdelinger. Slike avdelinger er spesielt tilrettelagt for å ivareta barns og foreldres behov. Når det mangler slike avdelinger er det trolig uttrykk for at økonomiske forhold er overordnet barns og foreldres behov. Dersom barn ikke kan innlegges på barneavdelinger skal avdelinger som jevnlig mottar barn innrede barnestuer som er tilpasset barns behov i forhold til innredning, dvs. møbler og leker m.m. Det er imidlertid vanskelig å evaluere sykehusenes håndhevelse av forskriften om regulering av barns forhold i sykehus, fordi *Norsk pasientregister* i 2012 ikke registrerte hvilken type somatisk sykehusavdeling barn innlegges ved, om de innlegges i barneavdelinger eller voksenavdelinger (jf. vedlegg 11), noe de registrerte i 1995 (jf. vedlegg 10). Det er mest sannsynlig billigere at foreldrene pleier barna enn betalte pleiere (jf. nedenfor i kap.3.6.4).

### **3.6.4 Forventninger om effektivisering av offentlig helsevesen**

Det er relativt dyrt å drive sykehus med tilhørende spesialavdelinger, som for eksempel avdelinger for barn. Sykehjem er mest sannsynlig billigere i drift, og det aller billigste alternativet kan være å la syke og pleietrengende få mest mulig pleie og behandling i hjemmet. For å redusere de offentlige utgiftene skjedde det en desentralisering av

helsetjenester og utbygging av primærhelsetjenester på 1970 tallet og utover. Sykehjemmene ble etablert for å overta de pleietrengende grunnet det økende antallet pleietrengende eldre. Hjemmesykepleien ble etablert for å hjelpe pasienter til deltakelse i egne omsorgsaktiviteter. Hjemmesykepleier skal utføre behandling, pleie og omsorg i hjemmet til pasienter i alle aldre, samt drive forebyggende arbeid for å redusere etterspørselen av institusjonstjenester. *Lov om helsejenester i kommunen* av 1981 regulerer etter hvert virksomheten. Samtidig utvikles LEON-prinsippet (Lavest effektive omsorgsnivå) som presiserer at det offentlige helsevesen skal legge opp til en ordning som er billigst mulig uten at det går utover kvaliteten på tilbudene, dvs. *Tjenester på det lavest effektive omsorgsnivå*. Dette skal være det overordnede prinsipp for fremtidens helsetjenester, og primærhelsetjenesten har et sentralt ansvar (Schjøtz 2003: 345-347). Det ligger til grunn en politisk interesse for å utføre helsetjenester på billigst mulig måte.

Til tross for at mange pasienter ble flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, forble sykehusutgiftene relativt høye. For å effektivisere sykehusene lovfestes stykkprisfinansiering i 1997 og enhetlig ledelse i den nye spesialisthelsetjenesten av 1999. Den statlige overtakelse av sykehusene som fant sted i 2001 skulle blant annet sørge for en rettferdig fordeling av økonomiske ressurser mellom ulike sykehus i Norge. Disse endringene oppstod i forlengelsen av at *New Public Management* (NPM) tenkningen fikk innpass i offentlig sektor på 1990-tallet. I NPM-ideologien blir det argumentert for at offentlig sektor er for stor og kostbar og at den bør bli mer lik private bedrifter (Utaker 2005: 9-31). Den mest effektive måten å redusere utgifter i helsesektoren på er å ansette færre personer og/eller personer med så lav lønn som mulig, fordi lønnsutgiftene i spesialisthelsetjenesten er vesentlige, og i 2012 var 65 % av driftskostnadene lønnsutbetalinger (Statistisk sentralbyrå 2003, Statistisk sentralbyrå 2013c, 2013d). I kommunehelsetjenester ble det brukt 12,2 milliarder kroner i 2011, hvorav 8,8 milliarder kroner, eller 72 % prosent av utgiftene, i hovedsak var knyttet til lønn (Statistisk sentralbyrå 2012). Foreldre som utfører pleiearbeid på sykehus får ikke lønn, og de er dermed helseøkonomisk interessante. Selv om samfunnet påføres omkostninger ved at foreldre er borte fra arbeid for å ta seg av det syke barnet, så er det mest sannsynlig billigere enn å la betalte pleiere ha et større ansvar for barna som er på sykehus.

De offentlige sykehusutgiftene kan også reduseres ved hjelp av redusert liggetid og mye poliklinisk- og dagbehandling. På den måten kan pasienter tidlig overføres til primærhelsetjenesten og/eller familie og venner. Tall tyder på at myndighetene har lyktes med å begrense veksten i helsevesenet i forhold til *Brutto nasjonalprodukt* (BNP), for antallet personer som får et offentlig tilbud går ned fra midten av 1980-tallet til slutten av 1990-tallet (Skaset 2003: 499-548). Men styresmaktene ønsker ytterligere reduksjon i de offentlige helseutgiftene, gjennom overføring av enda større deler av pleie og behandling til primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen som er i ferd med å realiseres i våre dager er et ledd i dette arbeidet (Lund 2012: 421-429).

Den nyliberale NPM tenkemåten som har fått gjennomslag i helsevesenet de siste 20 årene sameksisterer godt med idealene i kunnskapsbasert praksis. I NPM ideologien bør fagpersonell få mindre makt, mens økonomer og administratorer bør få større makt. Standardiserte behandlingsopplegg kan administreres av personell uten større fagkompetanse, mens det kreves faglig kompetanse for å kunne utøve skjønn (Boge & Martinsen 2006: 32-35). Det er med andre ord samtidighet mellom oppkomsten til nyliberalistisk NPM tenkning og argumentasjon for kunnskapsbasert sykepleie.

Nyliberalistisk økonomi baseres på ideer om at menneskelig kapital økes ved investering i en selv (Utaker 2005: 9-31). Fellesskapstenkning for å ta vare på befolkningens velferd og helse ser ut til å bygges ned. Det snakkes mindre om velferdsstaten og mer om velferdssamfunnet, noe som signaliserer en overføring av ansvar til familie fra stat (Skaset 2003: 499-548). Sykehusvesenets fremvekst som kunnskapsbedrift ut fra nyliberalistisk tenkning øker samfunnets kapital gjennom å investere i mennesket selv, og det fordrer investering i kunnskap og utdanning hos de ansatte i helse- og sykehusvesenet. Samtidig skal enkeltindividene ta ansvar for seg selv og egen helse i større grad ut fra nyliberalistisk tenkning. Foreldredeltakelse kan sees som en foreldrebedrift der foreldrene rekvirerer hjelp for barnets pleie, men selv har hovedansvaret, en ”innovativ foreldredeltakelse” som blir nedfelt i artikulerte og uartikulerte regler og lover. Sykepleiebemanningen måtte økes kraftig dersom sykepleier skulle overta foreldrenes pleieinnsats, men sykepleier kunne likevel ikke få barna til å bli så medgjørliche og behandlingsmottakliche som det foreldrene kan på bakgrunn av den kunnskap og kjennskap som de har til barnet. Uten foreldre ville den medisinske behandlingen trolig ta lenger tid og skape en saktere gjennomstrømning. Det er med andre ord

kostnadseffektivt å la foreldre utføre mesteparten av pleien og å la dem være hos barnet i de fleste behandlings-, undersøkelses- og prosedyresituasjoner. Foreldre kan bidra til raskest mulig gjennomstrømning til lavest mulig pris.

Forventningene om foreldredeltakelse og ansvar er ikke spesielle for helsesektoren. De samme forventningene erfarer foreldre som har barn i barnehage og skole. Der organiserer og gjennomfører foreldrene 17. mai feiring, juleverksteder, skoleturer, avslutningsseremonier osv. På den måten spares det offentlige midler som ellers måtte brukes til å gi lærere overtidsbetaling eller redusert undervisningsplikt. Men, som ved oppkomsten av moderne industrisamfunn (jf. kap.2.3) er det staten, ikke foreldrene, som bestemmer hva barn skal lære i barnehagen og på skolen, undervisningsformer, bemanningsnormer osv. Det blir forventet at foreldrene sender barna i barnehage. I 1970 var et par prosent av barna i barnehage, og i 2000 var 80 % av 4- og 5-åringene der. Foreldre er pliktige til å sende barna på skole, og på fritiden forventes det at foreldre aktiviserer og beskytter barna sine (Frønes 2011/2003: 70-81, 53-126).

### **3.7 Viten som kunne understøtte foreldreinkludering**

Innledningsvis antok jeg at viten kan ha blitt brukt til å understøtte politisk interessante inklusjons- og eksklusjonspraksiser. Denne antagelsen var basert på Foucaults utlegninger om hvordan både objektiviserende og subjektiviserende viten hadde blitt brukt til å understøtte samfunnsnyttig interessante praksiser (jf. Foucault 1999/1976, kap.1.5.4). I dette kapitlet vil jeg argumentere for at ideer om behov, selvhjelp og separasjonsangst har vært med på å understøtte inklusjonspraksisene som oppstod i etterkrigstiden, og som fremdeles står ved lag. En annen mulighetsbetingelse var antibiotika. Videre vil jeg argumentere for at de forventningene til at familier bør være mest mulig selvhjulpne når barn er på sykehus, ikke alltid har vært i pakt med foreldre og barns ønsker og behov for hvordan pleien bør være når barn er på sykehus (jf. tidligere studier og praksiser i en barneavdeling i 2007, i kap.3.5).

#### **3.7.1 Viten om antibiotika**

At antibiotika ble allment tilgjengelig i etterkrigstiden, kan ha medvirket til at foreldre ble inkludert i pleien av barn på sykehus, fordi det reduserte redselen for infeksjoner (jf. kap.2.4).



Forutsetningen for fremstillingen av antibiotika var oppdagelsen av penicillin. Ved London universitet arbeidet lege og bakteriolog Alexander Fleming (f.1881-d.1855). Han oppdaget først i 1922 at muggsopp hindret formering og drepte kulturer av en rekke bakterier. Med utgangspunkt i beskrivelsene fra 1928 av disse iakttakelsene gjenoptok bakteriolog Howard Walter Florey (f.1898-d.1968) og biokjemiker Ernst Boris Chain (f.1906-d.1979) arbeidet i 1938 og lyktes i årene like etter å fremstille penicillin, og å finne frem til en praktisk fremstillingsmetode. Antibiotikaens æra var dermed innledet gjennom oppdagelsen av penicillin og dets helbredende virkning på forskjellige infeksjonssykdommer (Fenner 1996, Store norske leksikon 2012a, 2012b). Oppdagelsen av penicillin som behandling av infeksjoner innleder og fører til andre behandlingsmuligheter i etterkrigstiden.

I læreboken til Jervell som kom ut i 1941, og som ble revidert i 1951 og i 1960 argumenteres det tydelig for hygienens plass i sykepleiefaget, slik det har blitt gjort i tidligere lærebøker i sykepleie (jf. kap.2.4). Forstanderinnen Marit Berg Domaas m.fl. og sykepleielæreren Bjørg Nuland Hoven m.fl., poengterer hygienens plass i sykepleiefaget både i 1941, 1951 og i 1960, for å styrke organismen og hindre smitte:

Et hovedvilkår for all god sykepleie er gjennomført renslighet. Renslighet styrker organismen, og gir samtidig bakeriene dårlige vekstvilkår, slik at infeksjon og smitteoverføring motvirkes (*Domaas m.fl. 1941: 15*)... I sykehusene, hvor en må regne med atskillig infeksjonsfare, er kravene for renhold meget strenge. Kjennskap til smittmåter dikterer særlige forholdsregler (*Domaas m.fl. 1951/1941: 3, Hoven m.fl. 1960/1941a: 13, teksten er den samme i de to bøkene med små endringer av ord, men forfatterne er forskjellige*).

Lærebøkene som kom ut i perioden 1941-1960 argumenterer for at den kroppslige pleien er hovedoppgaven i det hygieniske sykepleiarbeidet og er å anse som en behandlingsmetode:

Men for de fleste sykepleiersker vil likevel hovedoppgaven bli selve stellet av den syke, omsorgen for ham. Men DENNE DAGLIGE SYKEPLEIE ER I SEG SELV Å ANSE SOM EN BEHANDLINGSMETODE, og den måte den gjennomføres på, kan få avgjørende betydning for sykdommens forløp, for sykeleiets varighet og for pasientens velbefinnende (*Domaas m.fl. 1941: 2*)... Enhver syk burde som det friske menneske få hel kroppsvask hver dag (*Domaas m.fl. 1941: 28, 1951/1941: 17*)... Et grundig toalett motarbeider sykdom, samtidig som det også gir fysisk og psykisk velvære. Dette spiller en stor rolle for et friskt menneske, og har ikke mindre å si for en som er syk. En av sykepleierens viktigste oppgaver er derfor å sørge for at pasienten får dette behov tilfredsstillet (*Hoven m.fl. 1960/1941a: 34*).

Tidligere lærebøker i sykepleie (Nissen 2000/1877, Waage 1901, 1905/1901, 1911/1901, Grøn & Widerøe m.fl. 1921, 1932/1921, jf. kap.2.6) har argumentert for sykepleiers

underordning og lydighet til lege. I beskrivelsene av Domaas m.fl. og Hoven m.fl. i Jervells lærebøker fra 1941-66 fremstår sykepleiefunksjonen som mer selvstendig. Sykepleier skal ivareta det hygieniske stellet og assistere lege ved undersøkelser, men også gjøre selvstendige undersøkelser:

Sykepleiersken utfører f. eks. viktige undersøkelser... og hennes iakttagelse av pasienten får ofte stor betydning når tilstanden skal bedømmes. På samme måte blir en rekke behandlingsmetoder... utført av sykepleiersken etter lægens anvisning (*Domaas m.fl. 1941: 1-2*)... Gjennom erfaring og metodisk arbeid har den moderne sykepleie nådd et høyt nivå. Den er ikke lenger i første rekke en barmhjertighetsgjerning, den representerer et fagarbeid med en omhyggelig utarbeidet teknikk (*Domaas m.fl. 1941: 2*)... De er lægens medhjelpere, de assisterer dem ved undersøkelser og behandlinger og setter deres forordninger ut i livet (*Domaas m.fl. 1951/1941: 3, Hoven m.fl. 1960/1941a: 12, teksten er den samme i de to bøkene med små ordendringer, men forfatterne er forskjellige*).

I 1951 og 1960 understrekes det i Jervell at sykehus er forbeholdt pasienter som trenger behandling og ikke bare pleie, og det er tydelig at redselen for smitte er redusert på denne tiden, begrunnet med kontroll over smitteoverføringen:

Sykehusene var en gang nærmest oppbevaringsanstalter for kronisk og håpløst syke, og for pasienter med smittsomme sykdommer... Takket være medisinenes enorme framskritt, ikke minst i løpet av de siste menneskealdre, er sykehusene blitt de viktigste sentra for undersøkelse og behandling av pasienter med de forskjellige sykdommer (*Domaas m.fl. 1951/1941: 2, Hoven m.fl. 1960/1941a: 11, teksten er den samme i de to bøkene med små endringer av ord, men forfatterne er forskjellige*).

Redusert redsel for smitte i læreboken fra 1951 kan ha forbindelse med at antibiotika er blitt allment tilgjengelig på den tiden. I lærebøkene fra 1951 og 1960 sees også en forsiktig begynnende humanistisk argumentasjon. Den humanistiske argumentasjonen er knyttet til sykepleiers yrkesetiske retningslinjer slik de kommer til uttrykk i *International Council of Nurses* (I.C.N.) (*Domaas m.fl. 1951/1941, Hoven m.fl. 1960/1941a*):

Den voksende forståelse av den store humanitære og sosiale betydning som sykepleien har i vårt samfunn, har også gitt sykepleiersken en sterkere yrkes- og standsbevissthet... Sykepleiersker verden over er gjennom de nasjonale foreninger tilsluttet *International Council of Nurses* (I.C.N.)... De felles mål for all sykepleie er: Å hjelpe den som er syk, til å gjenvinne helse. Å gjøre sykdomstiden lettest mulig for alle pasienter. Å motarbeide sykdom ved forebyggende helsearbeid og ved å spre hygienisk opplysning (*Domaas m.fl. 1951/1941: 1, Hoven m.fl. 1960/1941a: 9, teksten er den samme i de to bøkene med små endringer av ord, men forfatterne er forskjellige*). *International Council of Nurses* vedtok på sin kongress i Brasil 1953 følgende *Norm for etisk retningslinjer* (*Hoven m.fl. 1960/1941a: 9*).

I lærebøkene til Jervell fra 1951 og 1960 skriver sykepleierske Weberg og professor og dr. med. Sundal om barnets behov for å bli aktivisert og være sammen med barn på samme alder. Det blir fremhevet at leken er viktig for barnets åndelige og legemlige utvikling. Det er gjort et utvalg fra beskrivelsene:

Lek er for barnet ingen luksus, men et behov. Det er ikke bare til underholdning og atspredelse. Leken virker også utviklende, både åndelig og med hensyn til legemlige ferdigheter (*Weberg m.fl. 1951/1941: 155*)... Ved plassering av syke barn bør vi så vidt mulig ta hensyn til at jevnaldrende barn kommer på samme stue. Barna trives best med det, og god trivsel er viktig på et sykehus (*Sundal 1960/1941b: 66*)

### 3.7.2 Humanistisk viten

Argumentasjonen i lærebøkene fra 1951 og 1960 for at barn har behov for underholdning, adspredelse, lek og samvær med jevnaldrende samsvarer med humanistiske ideer som ble fremtredende i vestlige land fra 1940-tallet og utover. Det får blant annet betydning for psykologi som fag. På 1950-tallet får humanistisk psykologi gjennomslag i USA, men først på 1960-tallet ble den regnet som den tredje hovedretningen i psykologien ved siden av behaviorisme og psykoanalyse, beskrevet av pedagog Reidar Myhre (f.1919-d.2005) i *Grunnlinjer i pedagogikkens historie* (Myhre 2009/1992: 223-225) og psykolog Per Saugstad (2009/1998: 522-527) i *Psykologiens historie*. Humanistisk psykologi legger hovedvekten på menneskets subjektive opplevelser, verdier, valg og motiver i forståelsen av dets personlighet og atferd (Store norske leksikon 2012c). Den amerikanske psykologen Abraham Maslow (f.1908-d.1970) regnes som den fremste representant for retningen, og hans motivasjonsteori ordner menneskenes behov og motiv i nivåer, i et hierarki omtalt som behovspyramide. Nederste nivået er de fundamentale og sterkeste behovene og motivene som må tilfredsstilles først, de grunnleggende. Menneskets selvrealisering står sentralt og er plassert øverst i hierarkiet (Maslow 1943a, 1943b, Hall & Lindzey 1978: 266-275, Saugstad 2009/1998: 522-527, Store norske leksikon 2012d).

Hendersons behovsideologi og Orems egenomsorg som sykepleiefaget har støttet seg på, er i pakt med Maslows humanistiske teori (jf. nedenfor, Kirkevold 2006/1992: 20, 100-112). Jeg vil argumentere for at humanistiske ideer understøttet inklusjonen av foreldre som oppstod i sykehus i etterkrigstiden (jf. kap.3.1 og kap.3.4).

### 3.7.2.1 Hendersons og Orems selvhjelpsdeer

Lærebøkene til Lerheim & NSF som kom ut i 1967-68 er tydelig fundert i Hendersons behovstenkning med tilhørende selvhjelpsforventninger (jf. nedenfor i dette kapitlet, jf. kap.3.1 og kap.3.7). Den amerikanske sykepleieren Virginia Hendersons (f.1897-d.1996) sykepleieideologi blir spredd til store deler av sykepleiefaglige miljøer verden over gjennom *International Council of Nurses (ICN)* i 1960, og i det ligger det anerkjennelse av ideologien. På samme måte blir den kjent og anerkjent i Norge ved at *Norsk sykepleieforbund* publiserer ideologien i 1960. Slik får Hendersons definisjon av sykepleie innpass i sykepleiefaget i Norge, der det vektlegges at sykepleier skal hjelpe individet sykt eller friskt i de daglige gjøremål til snarest mulig å gjenvinne uavhengighet av andres hjelp:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre det på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (*Henderson & Norsk sykepleieforbund 1961/1960: 10*).

Henderson (1961/1960: 10, 1998: 45-47) har som mål for sykepleien at pasientene skal gjenvinne uavhengighet av andre personer og det innebærer selvstendighet og selvhjulpenhet.

Jo før pasienten kan klare seg selv, og på egen hånd komme frem til hvordan han kan gjenvinne helsen, ja, til og med selv utføre de handlinger som er foreskrevet, dess bedre er det. Denne oppfatning av sykepleieren som en slags utfyllende del av pasienten, er en erstatning han trenger for å være "hel", "før" og uavhengig (*Henderson & Norsk sykepleieforbund 1961/1960: 11*).

Videre argumenterer hun for at sykepleie har røtter i grunnleggende behov:

Alle er vel enige i at sykepleie har sine røtter i grunnleggende menneskelige behov, enten det mennesket hun tar hånd om er friskt eller sykt (*Henderson & Norsk sykepleieforbund 1961/1960: 13*).

Sentralt i Hendersons ideologi er de 14 grunnleggende behovene som sykepleier må tilgodese hos pasientene. Jeg vil ikke gå inn på de 14 grunnleggende behovene (jf. vedlegg 12), men ta utgangspunkt i tenkningen om at mennesket har et grunnleggende behov for å gjenvinne egen uavhengighet, å være selvhjulpen og selvstendig. Denne tenkningen kan komme til anvendelse for å understøtte inklusjonen av foreldre når barn er på sykehus, og understreker foreldrenes behov for å ivareta barnets grunnleggende behov og foreldrenes behov for å være selvstendige og selvhjulpne i dette arbeidet.

I ICN, *Sykepleiens grunnprinsipper* (Henderson & Norsk sykepleieforbund 1961/1960, Henderson & International Council of Nurses 1979/1960) refereres det til femteutgaven av *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* av sykepleierne Berta Harmer (f.1885-d.1934) og Virginia Henderson (Harmer & Henderson 1955/1922). Grunnprinsippene ser ut til å være en videreutvikling av tenkningen i den opprinnelige boken, der Harmer er eneforfatter i de tre første utgivelsene frem til 1939-utgaven (Boschma m.fl. 2009). I fjerdeutgaven fra 1939 benyttes i noen sammenhenger behov som begrep (Harmer & Henderson 1939/1922), men får først tydelig gjennomslag som behovstenkning i grunnprinsippene fra 1960. Sykepleieforsker Marit Kirkevold (2006/1992: 20, 100-112) argumenterer for at Hendersons behovstenkning er påvirket av psykologen Abraham Maslows (f.1908-d.1970) motivasjonshierarki og motivasjonsteori (Maslow 1943a, 1943b, Hall & Lindzey 1978: 266-275, Store norske leksikon 2012d), og delvis av livsfaseteorien til psykologen Erik H. Erikson (f.1902-d.1994) (Erikson 1972/1968). Henderson selv viser til psykologen Edward Thorndike (f.1874-d.1949) i måten hun vektlegger menneskets grunnleggende behov i sin tenkning (Henderson 1966, 1998/1991). Henderson argumenterer ikke for at tenkningen hennes er basert på konkrete studier, derfor omtaler jeg det som gjerne blir omtalt som Hendersons *behovsteori* som ideologi (jf. kap.1.5).

Egenomsorgsideene til Henderson er tydeligere i sykepleier Dorothea Orem (f.1914-d.2007) sykepleiemodell om egenomsorgstenkning. Orem har hatt en sentral plass i norske lærebøker i sykepleie etter 1987 (jf. nedenfor i dette kapitlet, jf. kap.3.4 og kap.3.7).

Orem begynte mot slutten av 1950-tallet arbeidet med å utvikle en modell for å forstå hva sykepleie er med utgangspunkt i hva sykepleier gjør, hvorfor sykepleier gjør som hun gjør og hva det resulterer i. Hun utviklet egenomsorgsmodellen som tar utgangspunkt i og defineres ut fra de aktiviteter et individ iverksetter og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære (Cavanagh 2001/1991: 17). De åtte universelle egenomsorgsbehovene som må tilfredsstilles er felles for alle mennesker, men modellen fokuserer også på utviklings- og helserelevante egenomsorgsbehov som oppstår i perioder i livet. Gjennom individets egenomsorg blir egenomsorgsbehovene dekket, men det må være balanse mellom individets egenomsorgskrav og egenomsorgsevner. Utviklings- og helserelevante egenomsorgsbehov vil kunne kreve assistanse fra andre for å dekkes og går utover de universelle behovene.

Når individets egenomsorgsevne ikke strekker til for å dekke egne universelle egenomsorgsbehov og utviklings- og helse relaterte egenomsorgsbehov, oppstår det en ubalanse og en får egenomsorgssvikt og behovet for assistanse oppstår. Dette omtales som terapeutiske tiltak og omsorg. Sykepleiekapasitet i form av terapeutisk omsorg skal avhjelpe situasjonen, samtidig vektlegger Orem pårørendeomsorg. Gjennom pårørendeomsorg må en anta at universelle, så vel som utviklings- og helse relaterte egenomsorgsbehov kan dekkes til en viss grad (Cavanagh 2001/1991).

Orems egenomsorgsmodell tar utgangspunkt i sykepleieprosessens problemløsningsmetode og mellommenneskelige dimensjon for å gjenvinne pasientens selvhjulpenhet basert på den stille sykepleiediagnose. Sykepleieintervensjoner planlegges for å dekke pasientens helse relaterte egenomsorgsbehov ut fra sykepleiediagnose, og intervensjonene evalueres. Sykepleieintervensjonene inngår i et sykepleiesystem som har tre dimensjoner ved seg, som helt kompenserende, delvis kompenserende eller støttende og undervisende sykepleiesystem basert på pasientens situasjon, nettopp for å gjenvinne pasientens selvhjulpenhet (Cavanagh 2001/1991: 15-48). Legene skal være opptatt av symptomer for å stille diagnose og behandle sykdom, mens sykepleie skal ha komplementaritet til medisin som fag og være opptatt av hvilke konsekvenser både sykdom og behandlingen får for pasienten, og på den bakgrunn skal det stilles sykepleiediagnoser (Lund 2012: 210).

Sykepleieforsker Marit Kirkevold (2006/1992: 128-143) omtaler Orems ideer som en teori som er en videreutvikling av Hendersons tenkning. Orem selv understreker at hennes tanker ikke er knyttet til noen teori, men til å utvikle sykepleie til en praktisk vitenskap, og i avhandlingen er både Orems og Hendersons tanker forstått som ideologier (jf. kap.1.5).

Helt siden 1901 har norske lærebøker i sykepleie argumentert for mest mulig selvhjelp ved kroppsvask (Waage 1901: 3, Boge 2008: 141-145). Det nye i lærebøkene til Lerheim & Norsk sykepleierforbund som kom ut i 1967 og 1968 (jf. kap.3.1), er at det argumenteres ikke bare for at pasienter bør klare seg mest mulig selv, men også for at de har BEHOV for å være selvhjulpne. Selv om det refereres til Virginia Henderson og *International Council of Nurses* i Jervells lærebok fra 1951 og 1960, så er det først i Lerheim & NSF's lærebok at behovsideologien trer tydelig frem. Det første av de tolv bindene har tittelen *Generell sykepleielære* med avdelingssykepleier Anne Elisabeth Hauen som forfatter. I dette læreverket

står det at sykepleier, gjennom pleien, skal ivareta pasientens ulike behov og legge til rette for at pasienten kan gjøre mest mulig selv, samt hjelpe pasienten til å gjenvinne selvstendighet og uavhengighet. Selvhjelpstenkingen til Henderson er tydelig til stede i lærebokens utlegning av hva sykepleie er:

HVA ER SYKEPLEIE?... Henderson sier:... Den egentlige sykepleieoppgave er å hjelpe det enkelte mennesket, sykt eller friskt, med utføringen av de aktiviteter som bidrar til helse og atferd (eller en fredfull død) som det ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt nødvendig styrke, vilje og kunnskap, og å gjøre dette slik at vedkommende så snart som mulig blir uavhengig av hjelp... Sykepleien tar sitt utgangspunkt i den enkeltes behov (*Hauen 1967: 12*).

Selv om sykepleier har ansvar for å hjelpe pasienter med å få tilfredsstillt sine behov, så argumenterer læreboken som Lerheim & Norsk sykepleierforbund gir ut i 1967 for at det ikke nødvendigvis er sykepleier som utfører pleien:

*Den spesielle sykepleie* bygger på den generelle... Profesjonell sykepleie behøver ikke å innebære at en skal gjøre alt for den syke, men å ta ansvar for at han får fullverdig pleie i den grad han har behov for det (*Hauen 1967: 13-14*)... Dette innebærer identifikasjon av pasientens behov og problemer, planlegging mot et realistisk mål, utføring av direkte sykepleieoppgaver og evaluering. Disse fire faktorene i sykepleien hører med til en sykepleiers ansvar direkte for en pasient, og de hører med til hennes ansvar som leder av en pleiegruppe (*Hauen 1967: 30*).

Som vi så ovenfor (jf. i dette kapittelet ovenfor) beskrives det allerede i 1951 at sykepleier har ansvar for å leke med barnet og få det til å trives når det er på sykehus og at barnet har behov for lek (jf. ovenfor i dette kapittelet, i Weberg m.fl. 1951/1941: 155). Argumentasjonen blir utdypet av Andersen i læreboken til Lerheim & NSF fra 1968. Det er gjort et utvalg fra beskrivelsene:

For småbarn som går mye rundt i sengen, kan det være hensiktsmessig å fjerne dynen en stund på dagen, og så legge fast sengebunn oppå madrassen og lakenet... Barnet kan ha glede av å trille leker med hjul på denne platen, og det faste underlaget er godt for barnets føtter (*Andersen 1968: 313*).

Ovenfor har vi sett at selv om sykepleier har ansvar for sykepleieoppgaver, er det ikke nødvendigvis slik at hun utfører alt arbeidet selv i 1967. I forlengelsen av den tenkemåten er det forståelig at foreldre gis besøksrett og tilgang til å stelle barnet. Læreboken fra 1968 argumenterer for foreldres deltakelse ut fra hensynet til barnets psykiske behov for å ha foreldre hos seg. Barnets psykiske behov ivaretas ved at foreldre skal hjelpe sykepleier på ulike måter til å overta pleien. Blant annet skal foreldre bidra med å forberede barnet til

innleggelse og hjelpe sykepleier når barnet skal skilles fra foreldre. De skal dessuten også være til stede under legeundersøkelse av barnet i mottakssituasjon (jf. kap.3.1).

I kapittel 3.1 så vi at læreboken til Lerheim & NSF fra 1968 beskrev at sykepleier overtar pleien ved foreldres hjelp, mens det i Tveitens lærebok fra 1987 forventes at foreldrene deltar mest mulig i pleien (jf. kap.3.4). Tveiten skrev den første norske læreboken i barnesykepleie. Ordet egenomsorg er tydelig til stede i læreboken fra 1987 og tenkemåten grunner seg tydelig i Orems tenkning.

I Tveitens lærebok oppfordres det til å se barn og foreldre som en helhet der barnets umodenhet blir ivaretatt av foreldre. Dette legger grunnen for en naturlig foreldredeltakelse i pleien og foreldrene ansvarliggjøres. Slik opprettholder en den naturlige helheten mellom foreldre og barn hjemmefra:

Sykepleie til barn krever spesielle hensyn av flere årsaker. Først og fremst skyldes dette barnets umodenhet og dermed stadige utvikling. Dessuten må barnet og omsorgspersonene betraktes som en helhet... I løpet av siste 10-15 år har det skjedd en utvikling innenfor barnesykepleien som blant annet skyldes denne helhetsbetraktningen (*Tveiten 1987: 7*).

Det fremgår at foreldre ivaretar de av barnets universelle og utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov som barnet ikke kan klare selv ved innleggelse i sykehus, på samme måte som hjemme (jf. nedenfor i første sitat og i påfølgende avsnitt). De pleieoppgaver foreldre gjør hjemme inngår i pårørendeomsorgen, men ved innleggelse i sykehus kan foreldre måtte ivareta barnets helserelaterte egenomsorgsbehov også. Det er et omfattende foreldreansvar, og hensikten med terapeutisk sykepleieomsorg kan sees som å sette foreldrene i stand til å ivareta barnets egenomsorgsbehov som før innleggelse, det vil si å gjøre foreldrene selvhjulpne i pleien. Foreldres pleie av barnet er slik knyttet til barnets grunnleggende behov, hvor de grunnleggende behovene og egenomsorgsbehovene går over i hverandre:

Omsorgspersonene tar del i pleien av barnet (*Tveiten 1987: 7*)... Andre grunnleggende behov må barnet ha hjelp til å dekke. Måten behovene dekkes på i barnealderen, er styrende for utviklingen av barnets egenomsorgskapasitet (*Tveiten 1987: 9*)... En fin måte å ta vare på begge parter på er å la omsorgspersonene ta del i pleie og behandling i den grad det er faglig forsvarlig... Det kan også hjelpe dem til å forstå betydningen av, og hensikten med, pleie og behandling (*Tveiten 1987: 16*).

I Tveitens lærebok fra 1987 brukes Orems egenomsorgstekning spesifikt til å underbygge foreldrenes ansvar for å ivareta barnets behov. Ved å se foreldre og barn som en helhet oppnår



barn egenomsorg basert på ytre ressurser gjennom foreldrekompetansen, som kompensasjon for barnets manglende indre ressurser som resultat av dets umodenhet. Helhetsperspektivet på barn og foreldre blir sentralt i egenomsorgstenkningen, og forutsetter at foreldre ivaretar barnets grunnleggende behov og egenomsorgsbehov ved sykepleiers hjelp, og det presiserer og utdyper foreldres naturlige deltakelse i pleien (jf. kap.3.4):

Dorothea W. Orem definerer universell egenomsorg som de aktiviteter individet selv tar initiativ til og utfører for å opprettholde liv, helse og velvære. Individet har egenomsorg når det er tilpassningsdyktig i den forstand at det får tilfredsstilt grunnleggende behov... Ifølge Orem er barnets egenomsorgskapasitet begrenset på grunn av dets fysiske og psykiske umodenhet (*Tveiten 1987: 9*)... Forutsetningen for å få dekket grunnleggende behov er visse indre og ytre ressurser. Indre ressurser er kunnskaper, vilje, evner, krefter og mot... Ytre ressurser er menneskene omkring barnet, miljøet det lever i og samfunnet... Omsorgspersonene representerer ytre ressurser i forhold til barnet. Ytre ressurser er i denne sammenheng nødvendige for å få dekket grunnleggende behov, det vil si nødvendige for universell egenomsorg (*Tveiten 1987: 10*)... Barnet er avhengig av omsorgspersonene for å ivareta universell egenomsorg. Graden av avhengighet påvirkes av alderen. En konsekvens av å se barn og omsorgspersonene som en helhet er at det nå er vanlig at omsorgspersonene i størst utstrekning er hos barnet mens det er i sykehus (*Tveiten 1987: 16*).

I læreboken til Tveiten (1987) argumenteres det også for at sykepleier har ansvar for å undervise foreldre slik at de blir i best mulig stand til å ta vare på det syke barnet sitt:

Orem skiller mellom universell egenomsorg (definert tidligere) og terapeutisk egenomsorg... Når et menneske blir sykt, kan egenomsorgskapasiteten reduseres. Det innebærer at en kompetent person (f. eks. sykepleieren) helt eller delvis må overta tilfredsstillelsen av grunnleggende behov, og av behov som skyldes sykdommen. Dette kalles terapeutisk egenomsorg... At sykepleieren skal ivareta den terapeutiske egenomsorgen for barnet, innebærer derfor også å sette omsorgspersonene i stand til å overta omsorgen igjen. I denne sammenheng blir den pedagogiske funksjon sentral (*Tveiten 1987: 11*).

Barnet skal ikke bare få hjelp til å dekke fysiologiske behov som en del av de universelle egenomsorgsbehovene. Psykologiske faktorer er minst like viktige:

Parallelt med å dekke grunnleggende behov og behov i forhold til sykdommen må barnet stimuleres slik at det utvikler seg og lærer nye ferdigheter... Barnets organisme er umoden, fysisk og psykisk. Intensiteten i veksten varierer med alderen... Barnets umodenhet har også psykiske sider (*Tveiten 1987: 13*).

Det vises videre til at lek kan redusere stress og psykiske påkjenninger når barn er på sykehus:

Et generelt mål for sykepleien til barn i sykehus er at barnet kommer gjennom oppholdet på en så positiv måte som mulig. I dette ligger også at barnets psykiske utvikling ivaretas, og i den forbindelse er lek sentralt. Lek kan være et kommunikasjonsmiddel (*Tveiten 1987: 34*).

Videre argumenteres det i Tveitens lærebok for et humanistisk menneskesyn og foreldres selvstendige rolle som menneske, og relasjonen mellom foreldre og sykepleier må sees som en subjekt-subjekt relasjon. Sykepleiers faglighet skal bidra til det. Foreldres selvstendige rolle som ansvarlige subjekter kan en se som begrunnelse for naturlig foreldredeltakelse i barnets pleie der foreldre og barn sees som en helhet, hvor foreldrene blir selvhjulpne og gjenvinner situasjonen slik det var før barnets innleggelse:

Et humanistisk menneskesyn, som innholdet i denne boken preges av, innebærer f. eks, at mennesket betraktes som et selvstendig, tenkende individ, med evne og rett til å ta ansvar for seg selv. Det innebærer at barnet, omsorgspersonene og sykepleieren står i et subjekt/subjekt-forhold til hverandre, selv om sykepleieren har kunnskaper og erfaring som omsorgspersonene ikke har... Derfor har sykepleiere en særegen funksjon overfor barn og omsorgspersoner (*Tveiten 1987: 7*).

Å se sykepleier og foreldre som likeverdige parter hos Tveiten legger grunnen for foreldres selvstendighet og deltakelse i pleien. Det er en del av bildet i det humanistiske menneskesynet som Tveiten funderer sykepleien på. Dette begrunner foreldredeltakelse i barnets pleie:

Et humanistisk menneskesyn innebærer blant annet at en ser på barnet og omsorgspersonene som likeverdige med sykepleieren, i den forstand at de har krav på å bli respektert og hørt på, at de har rett til å delta i avgjørelser som gjelder barnet. Konsekvensen av dette blir at sykepleieren må gi muligheter for valg (*Tveiten 1987: 12-13*).

I læreboken til Grønseth & Markestad som kom ut i 1998, og som fremdeles var i bruk i 2013, argumenteres det også ut fra egenomsorgstenkningen til Orem, der egenomsorgsbehovene vil variere i de ulike faser i livet og livssituasjoner. Barnets umodenhet og manglende omsorgsevne poengteres der foreldrene skal dekke behovene:

Egenomsorgsbehovene varierer med alder, kjønn, utviklingstrinn, helsetilstand, kulturell orientering, familiefaktorer, livsstil, miljøfaktorer og tilgang på adekvate ressurser. Barnets umodenhet gjør det ute av stand til å ivareta egne behov... Egenomsorgsevnen (kapasiteten) øker med alder, økt modenhet og læring... Foreldrene er barnets viktigste ressurs for å få dekket behovene, og viktigste samarbeidspartner i sykepleien til barn. Sykepleiers rolle veksler fra å ha total omsorg for barnet til en mer veiledende rolle der hun og foreldrene samarbeider om omsorgen (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 110*).

Grønseth & Markestad (2011/1998) poengterer også å se familien som en helhet, der foreldre ivaretar barnets grunnleggende behov og det vises til måter sykepleier kan bidra til dette, blant annet ved å veilede foreldrene. Det å se familien som helhet og å poengtere sykepleiers opplæringsansvar stemmer overens med Tveitens (1987: 7) argumentasjon:

Familien som helhet må fungere for å unngå å belaste foreldrene mer enn nødvendig under sykehusoppholdet (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 75*). Sykepleieren kan støtte foreldrene og bidra til at de får selvtilit i foreldrerollen ved å oppmuntre til besøk, anerkjenne dem som en viktig ressurs for barnet, veilede dem og involvere dem i beslutninger om pleien (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 73, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 55, 56, 60*).

Sykepleier har et veilednings- og opplæringsansvar for å gjøre foreldrene kompetente som foreldre og for å ivareta samarbeidet med foreldrene. Det å være kompetent som foreldre er knyttet til å mestre situasjonen og det vises i Grønseth & Markestad (2011/1998: 73-75, jf. kap.3.4) til betydningen av å styrke foreldres følelse av mestring. Dette for å redusere foreldrenes stressnivå slik at de bedre kan ivareta barna. Sykepleier kan gi nødvendig hjelp gjennom kommunikasjon, informasjon, følelsesmessig støtte, støtte i foreldrerollen, samt gjennom sykepleie av god kvalitet. Det vises til ”sykepleie-foreldre støttemodell” for å begrunne det:

Høyt stressnivå kan redusere foreldrenes omsorgsevne ved at de blir mindre oppmerksomme på barnets signaler og behov... Nurse-Parent Support Model... kan benyttes som guide for å hjelpe foreldre til å mestre barnets eller ungdommens sykdom og sykehusopphold. Modellen beskriver fire overlappende temaer som er viktige for å støtte foreldrene... Fortløpende kommunikasjon og informasjon... Følelsesmessig støtte... Støtte i foreldrerollen... Sykepleie av god kvalitet (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 71-72, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 4, 60*).

I Tveitens er den likeverdige relasjonen mellom foreldre og sykepleier fundert i det humanistiske menneskesynet, mens hos Grønseth & Markestad er den likeverdige relasjonen og samarbeidsforholdet mellom foreldre og sykepleier fundert i familiesentrert sykepleietenkning. Sykepleier skal arbeide ut fra disse prinsipper:

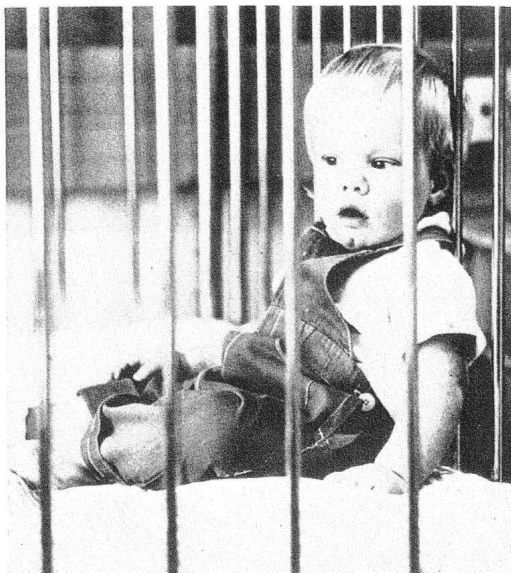
Man tilstreber familiesentrert sykepleie, det vil si pleie som preges av god kommunikasjon, forpliktelse, likhet, gode ferdigheter, tillit og respekt (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 71, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med forskningsreferansen: referanse 51*)... Familiesentrert sykepleie har som mål å etablere et likeverdig samarbeidsforhold med foreldrene (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 75, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferansen, jf. vedlegg 9 med referansene: 68*).

### 3.7.2.3 Ideer om separasjonsangst

Humanistiske ideer får gradvis innpass i hvordan en tenker om det å adskille barn fra foreldre. Barnepsykiater og psykoanalytiker Bowlbys bok *Maternal Care and Mental Health* (Bowlby: 1952/1951: 11-29) om betydningen av tilknytning og separasjon og kontinuitet i tilknytning mellom barn og mor, ble kjent og anerkjent blant fagfolk i Norge på 1950- til 1970-tallet (jf. kap.2.5 og kap.3.2). Han skriver om separasjonsreaksjoner hos barnet ved adskillelse fra mor (Auestad m.fl. 1971: 22-24, jf. kap.2.5 og kap.3.2). Læreboken av Brydolf m.fl. (1979: 7-8, jf. kap.3.1) argumenterte for at adskillelsen fra foreldre foregikk i faser, mens det i Lerheim & NSF (Torp 1968: 305, jf. kap.3.1) ble fokusert på de uheldige konsekvensene med at barna blir ”passive og stille” ved adskillelse fra foreldrene og det argumenteres for at barnets gråt er et naturlig uttrykk:

At barnet gråter de første dager når moren går igjen etter visitten, er en naturlig reaksjon. Mer betenkelig vil det være hvis barna under sykehusoppholdet blir passive og stille. De virker da overflatisk sett ”snille og greie i avdelingen”, men de kan være dypt ulykkelige, og den mentale skade kan vis seg som angstreaksjoner og psykosomatiske symptomer... kortere eller lengre tid etter hjemkomsten (Torp 1968: 305).

Det er blitt et anerkjent problem at barn reagerer negativt på adskillelse fra foreldre, men der er fortsatt en viss motstand mot å endre praksis. Dette illustreres ved et bilde fra et sykehus i Sverige. Bildet viser et lite barn som er påført depresjon som resultat av hospitalisering og adskillelse fra foreldre og understreker at separasjon mellom foreldre og barn fortsatt holdes i hevd (Zetterström 1985: 10, jf. bilde og bildekommentar nedenfor beskriver et deprimert barn på begynnelsen av 1970-tallet).



*Bild 5.  
Ett 20 månader gammalt barn med svår depression som  
följd av hospitalisering. Foto från början av 1970-talet.*

*Bildet er fra et svensk sykehus fra 1970-tallet. Barnet sitter oppreist i en grindseng der tre av sidene er synlige og viser at barnet mest sannsynlig ikke kan forlate sengen, og barnet har på eget tøy. Barnet har et stirrende blikk, noe som kan bety at barnet er trøtt, men i følge bildekildens forfatter lider barnet av depresjon grunnet sykehusinnleggelse (Zetterström 1985). Foreldre eller pleiere er ikke synlig til stede hos barnet, og ut fra bildekildeforfatters argumentasjon er barnet skilt fra foreldrene. Bildet inngår og underbygger argumentasjonen om effekten av barns separasjon fra foreldrene som debatteres fra 1950-tallet og utover, og understøtter slik argumentasjonen i læreboken til Lerheim & NSF (1968: 305, 316-317) om å la foreldrene besøke barnet.*

I Tveitens lærebok i sykepleie (1987: 23, 18-44) er tilknytnings- og separasjonsteorien til Bowlby sentral. Foreldres inkludering i sykehus i etterkrigstiden må derfor sees i sammenheng med Bowlbys påvirkning av norske forhold. På samme måte har sosialarbeider og psykoanalytiker Robertsons (1970/1958) bok *Young Children in Hospital* som ble oversatt til norsk i 1967, hatt betydning for barn i norske sykehus og den er sentral både i læreboken til Tveiten (1987: 23) og i boken til Auestad m.fl. (1971: 22-24). Robertson poengterer at

mentalhygieniske prinsipper for barn på sykehus ivaretas best ved innleggelse av mor sammen med barnet. Han beskriver barnets adskillelse fra foreldre gjennom protest-, fortvilelses- og fornektelsesfasen. Robertson støtter seg på Bowlbys tilknytnings- og separasjonsteori (Robertson 1970/1958: 1-20, 1967/1958: 7-40).

I Tveitens lærebok fra 1987 argumenteres det for den positive utviklingen som har skjedd de siste 20 årene der man har oppnådd fri besøkstid for foreldrene. Lerheim & NSF's lærebok fra 1968 argumenterte for foreldres daglige besøksrett:

På 1960-tallet begynte man her i landet å ta konsekvensene av den forskningen som fastslo at denne tilpasningen bare var tilsynelatende. I første rekke ble besøkstiden noe utvidet, og enkelte steder ble det også tillatt at omsorgspersonene var hos barnet så mye som de selv ønsket (*Tveiten 1987: 19*).

I læreboken til Tveiten omtales adskillelsen mellom barn og foreldre som sorgfaser. Det gjøres sammen med en fyldig omtale av psykoanalytiker og sosialarbeider James Robertsons beskrivelse av barnets ”tilpasning” gjennom tre adskillelsesfaser (jf. kap.3.7), for deretter å omdefinere det til sorgfaser. For å unngå ulikheter i praksis tydeliggjøres det hva som er best for barnet og det vises til *Retningslinjer for barn på sykehus* fra 1979, der intensjonen er at foreldre skal være hos barnet:

Barnet synes å gjennomgå faser i denne tilpasningen som kan sidestilles med sorgfaser... På barneavdelingene her i landet praktiseres nå stort sett fri besøkstid og innleggelse av både barnet og omsorgspersonen (*Tveiten 1987: 19-20*)... Barnet har store muligheter for å ha omsorgspersonene hos seg under sykehusoppholdet, selv om retningslinjene nok kan tolkes forskjellig (*Tveiten 1987: 23*).

I Tveiten (1987: 23) ble det poengtert at en bør unngå adskillelse av foreldre og barn, og dette er sammenfallende med argumentasjonen i Grønseth & Markestad (2011/1998: 53), men tydeligere markert. Her beskrives foreldres samværsrett med barnet som selvsagt, også i prosedyresituasjoner (jf. kap.3.7). Det blir vist til barns rett til å ha foreldrene hos seg, regulert av forskrift (jf. Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon av 2000). Samværsretten vil fremme barnets beste fordi foreldrene bidrar til barnets trygghet. I egen kommentarboks diskuteres håndhevelsen av forskriften i praksis. Det er evaluert som å fungere godt:

Barn har rett til å ha minst én omsorgsperson hos seg under hele sykehusoppholdet, også under behandling hvis barnet ønsker det, og det ikke er til hinder for behandlingen... Kommentarer: Foreldre får stort sett anledning til å være hos barnet på sykehuset, og det tilrettelegges også for at begge kan være til stede når de ønsker det, eller når barnet er alvorlig sykt (*Grønseth & Markestad 2011/1998: 53, Kommentarer: er forfatterens egne kommentarer*).

### 3.7.3 Ideer om kunnskapsbaserte praksiser

Ovenfor har vi sett at ideer om behov, selvhjelp og separasjonsangst kan ha vært med på å understøtte foreldreinkluderingen som oppstod i etterkrigstiden. I vår tid har ideer om behov og selvhjelp blitt supplert med ideer om kunnskapsbaserte sykepleiepraksiser (jf. dette kapitlet nedenfor, kap.3.4, kap.3.5 og kap.3.6). Evidensbevegelsen som forskningsbasert kunnskap har sin opprinnelse i, og startet med, en misnøye med hvordan leger håndterte medisinsk kunnskap, at de ikke var godt nok oppdatert og at kunnskapen var fragmentert og usystematisk. Kunnskapsgrunnlaget er tenkt forbedret gjennom å integrere evidens- og forskningsbasert kunnskap og se på hva som virker i praksis. Det debatteres hvilken vekt forskjellige typer vitenskapelig kunnskap skal gis, hvilken vekt som skal legges på erfaring og skjønn og generell kunnskap.

Samfunnsviter Lars Inge Terum og filosof Harald Grimen (2009: 9-16) peker på at det evidens- og kunnskapsbaserte er både et faglig og politisk program, som er knyttet til beslutningsgrunnlaget når det intervereres i menneskers liv i forskjellige kontekster og fag, og kommer til uttrykk i beslutningsprosessene hos ulike yrkesprofesjoner som leger, sykepleiere, sosialarbeidere m.m.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) understøtter ideene om kunnskapsbaserte praksiser (Lund 2012: 341-369). Det viste seg tydelig da NSF gratis gav boken *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere* til alle sine bortimot 100 000 medlemmer. Boken ble revidert i 2012 (Nortvedt m. fl. 2007).

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon (Nortvedt m. fl. 2007: 15).

I forlengelsen av den kunnskapsbaserte ideologien bør sykepleier i større grad enn før basere praksisene sine på forskningsbaserte, standardiserte anbefalinger og på den måten utøve ”best practice”. Argumentasjonen for at sykepleiepraksiser bør være forskningsbaserte oppstod for første gang i den norske pediatrike læreboken til Tveiten fra 1987, og argumentasjonen blir videreført og forsterket i læreboken til Grønseth og Markestad fra 2011 (jf. kap.3.4). I Tveitens lærebok fra 1987 argumenteres det for at det som tidligere ble oppfattet som barnets

positive tilpasning gjennom faser, viste seg å være negativt og omtales som sorgfaser av Robertson (1967/1958).

Barnet syntes å gjennomgå faser i denne tilpasningen som kan sidestilles med sorgfaser. Barnets ”tilpasning” var ingen reell tilpasning, snarere en form for oppgitthet (Robertson 1967).

I Grønseth & Markestads lærebok av 2011, som ble utgitt for første gang i 1998, poengteres det at forskning er viktig for å kunne evaluere hvordan foreldre og sykepleiere erfarer pleien av barn på sykehus. På bakgrunn av forskningsresultatene kan en så bedre forholdene slik at foreldre kan fylle rollen sin og være kompetente foreldre, og foreldreinklusjonen kan gjøres bedre til barnets beste. Med rikelige henvisning til forskningsresultater (jf. vedlegg 9) understrekes foreldres ønsker og behov, og frivillig inkludering i barnets pleie og behandling (jf. kap.3.4):

Foreldre ønsker fortrinnsvis å ivareta basisomsorgen ved å stille, trøste, støtte og være tilgjengelige for barnet – være foreldre (Grønseth & Markestad 2011/1998: 73, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 55, 56, 57). Enkelte barn er urolige og protesterer mer høylytt når foreldrene er til stede. Derfor trenger noen foreldre forsikringer om at det er best for barnet at de er der (Grønseth & Markestad 2011/1998: 64-65, påstanden underbygges med henvisning til forskningsreferanser, jf. vedlegg 9 med referansene: 12, 22, 36)

Når vi ser på resultatene fra tidligere studier (jf. kap.3.5, kap.3.5.1 og kap.3.5.2) er det lite som taler for at den inklusjonen av foreldrene i pleien av barn på sykehus som har funnet sted i etterkrigstiden bare er forskningsbasert.

Egne og andres studier viste at inklusjonspraksisene ikke bare er i pakt med forskning. Det ble blant annet tatt lite hensyn til foreldrenes behov for å få avklart hvilke oppgaver det ble forventet at de skal være involvert i og skal ha ansvar for (jf. kap.3.5 om observasjons- og intervjudata, og følgende studier ovenfor: Darbyshire 1996/1994, Kawik 1996, Espeland 1997, Nortvedt & Kase 1997, Ygge m.fl. 2006, Danielsen m.fl. 2006, Roden 2005). Foreldre ønsket å trøste barnet (Kristensson-Hallstöm & Elander 1994, Kawik 1996) og ikke ha en tydelig deltakelse i å påføre barnet ubehag (Ygge & Arnetz 2004), noe de faktisk måtte gjøre (jf. kap.3.5 om observasjons- og intervjudata). Fagpersonalets holdninger kan være dominerende eller fremstå som barrierer og avgjør foreldredeltakelsen (Johnson & Lindschau 1996, Callery 1997), og foreldrene ønsket mer informasjon, støtte og anerkjennelse av



foreldrerollen (Fernández-Castillo m.fl. 2013), noe som peker på at det ikke bare er foreldres ønsker og behov som avgjør foreldres deltakelse i barnets pleie.

For å kunne utføre ubehagelige prosedyrer uten foreldres hjelp må flere sykepleiere være til stede og det kreves mer tid. Det kan dermed se ut til at utenforliggende hensyn vektet mer enn foreldres og barns behov. På samme måte kommer det frem at foreldre har behov for avlastning, det vil si at foreldre kan forlate barnet en stund mot at sykepleier overtar. Egen empiri (jf. kap.3.5) viste at det er klare begrensinger i sykepleiers arbeidsdag som gjorde det vanskelig å gi nok avlastning til foreldre. Tidligere studier bekrefter at foreldres behov for avlastning ikke ble ivaretatt (Espeland 1997, Nortvedt & Kase 1997, Sundal 1998, Danielsen m.fl. 2006). For at foreldre skal få en reell avlastning antas det at et større antall pleiere må være tilgjengelig.

Eksempelene ovenfor viser at det ikke er foreldres behov alene som kan forklare hvordan praksis blir, men også helsevesenets behov. Barns behov, foreldres behov og egenomsorg, er hovednormen i Grønseth & Markestad av 2011, men det er forventninger om foreldres bidrag som fremstår som mest fremtredende, så på den måten er selvhjelpsideologien den dominerende ideologi. Boge (2008: 33, 141) poengterer at selvhjelpsideologien er sentral i vår tids lærebøker ut fra Hendersons ideologi, hun relaterer det til pasienters behov for kroppsvask og forventninger om selvhjelpenhet. I studien her må foreldre utføre, ha ansvar for, delta og være til stede utover eget ønske og behov i følge læreboksnormen, egen empiri og tidligere studier (jf. Grønseth & Markestad 2011/1998 i kap.3.4 og jf. kap.3.5). Det må antas å ha sammenheng med begrensede personellressurser og tidsressurser. Det er med andre ord lite som taler for at inklusjonspraksisene er basert på foreldrenes behov alene og de er heller ikke bare forskningsbaserte, men derimot baserte på forventningene om at foreldrene i størst mulig grad er selvhjelpne i pleien. Dersom inklusjonen av foreldre skulle baseres på foreldres behov og på forskning, hadde det trolig vært nødvendig med mer pleiepersonell.

### Oppsummering av kapittel 3

På midten av 1900-tallet oppstår det en endring i de norske sykepleielærebøkene måte å argumentere på. I læreboken fra 1941 blir det argumentert for at foreldre bør få anledning til å besøke barn som er på sykehus, og fra slutten av 1960-tallet argumenterer lærebøkene for at

foreldre bør bli inkludert i pleien av barn på sykehus. I lærebøker fra 1987 forventes det at foreldre utfører mesteparten av pleien når barn er på sykehus. Disse forventningene står ved lag i læreboken fra 2011, og forventningene er i pakt med bilde fra en barneavdeling, tidligere nasjonale og internasjonale studier og med realitetene i en norsk barneavdeling i 2007. Der vasket og stelte foreldrene barnet, de sørget for barnets ernæring, søvn og aktivisering. Foreldre deltok ved medisinsk behandling i ulike prosedyresituasjoner ved å motivere, avlede og trøste barnet, samt hjelpe til når barnet ble påført ubehag, og de hadde tilsynsansvar for prosedyrer som gikk over tid. Det var relativt lite rom for å avlaste foreldrene.

Inklusjonspraksisene oppstod samtidig med sosialdemokratiets og velferdsstatens fremvekst i etterkrigstiden. På denne tiden var det viktig at alle samfunnsmedlemmer fikk et godt offentlig helsetilbud. Det oppstod en eksplosiv utbygging av det offentlige helsevesenet samtidig som det var stor mangel på yrkesaktive sykepleiere. I en slik situasjon kan det ha vært interessant å overlate så store deler som mulig av sykepleiers arbeid til familie og/eller personell med mindre kompetanse. Foreldres deltakelse i pleie av barn på sykehus er i pakt med LEON-prinsippet (Lavest effektive omsorgsnivå) som oppstod på 1970-tallet og som ble det førende prinsippet for helsetjenestene. Poengteringen av effektivitet er sentralt i *New Public Management* (NPM), en økonomisk ideologi som fikk innpass i offentlig sektor på 1990-tallet. I NPM-ideologien blir det argumentert for at offentlig sektor er for stor og kostbar og at helsevesenet bør bli mer lik private bedrifter. Stor foreldredeltakelse kan være med på å redusere kostnadene i offentlig sektor, da det kan være billigere at foreldre utfører pleien enn betalt helsepersonell.

Inklusjonen av foreldre i pleie av barn på sykehus i Norge oppstod i etterkrigstiden samtidig med at antibiotika ble allment tilgjengelig, noe som reduserte redselen for at foreldre kunne dra smitte fra sykehuset med seg ut i befolkningen, og visa versa. Samtidig fikk humanistiske ideer om behov for mest mulig selvhjelp større innpass i sykepleiefaget og i samfunnet generelt. Humanistiske studier fra inn og utland, lærebøker i sykepleie, andre kilder og mine egne undersøkelser i en norsk barneavdeling viser likevel at human omtanke for barn og foreldre ikke ser ut til å være den eneste forklaringen på inklusjonspraksisene. Det virker mer sannsynlig at humanistisk tankegods kan ha vært brukt til å understøtte foreldres rett og plikt til å delta i pleien når barn er på sykehus. Selvhjelpsideologi kan ha skapt et inntrykk av at inklusjonspraksisene er basert på humanistisk viten om at mennesket har grunnleggende

behov for å klare seg selv så langt det er mulig. Den nyliberale NPM tenkemåten som har fått gjennomslag i helsevesenet de siste 20 årene oppstod samtidig med at sykepleiefaget begynte å argumentere for at sykepleiepraksiser burde være basert på forskning. Forskning viser at foreldre kan ha behov for mer hjelp av sykepleier enn de får når barnet deres er på sykehus, men slik forskning ser ikke ut til å endre praksiser. Når praksis ikke baseres på forskning, har det høyst sannsynlig sammenheng med at sykepleiebemanningen trolig måtte økes kraftig dersom sykepleier skulle overta større deler av pleieinnsatsen til foreldre når barn er på sykehus.



## 4 AVSLUTNING

I dette avrundende kapittelet vil jeg ikke gjøre en ny oppsummering (jf. sammendrag i begynnelsen av avhandlingen), men reflektere over om jeg fikk svar på undringen og reflektere over forholdet mellom antagelsen som denne studien hadde som utgangspunkt og resultatet. Videre vil jeg reflektere over forholdet mellom denne studien og tidligere studier, jeg vil peke på videre forskningsmuligheter om foreldre når barn er på sykehus og reflektere over hvem som kan ha glede og nytte av avhandlingen.

### 4.1 Forholdet mellom undring, antagelse og resultat

Denne studien startet med en undring over hva det er som har gjort det mulig å inkludere foreldre i pleien av barn på sykehus på visse tidspunkt og ekskludere foreldrene på andre tidspunkt i sykepleien. Undringen ble utvidet med spørsmålene om når henholdsvis eksklusjons- og inklusjonspraksisene oppstod og hvordan de har blitt praktisert. Denne undringen og disse spørsmålsstillingene har jeg undersøkt ved hjelp av en antagelse om at viten har blitt brukt til å understøtte samfunnsnyttige eksklusjons- og inklusjonspraksiser. Antagelsen er basert på Foucaults utlegninger om disiplinering og selvforholdspraksiser, og analysene og drøftelsene er gjennomført i forlengelsen av Foucaults dispositive metodologi (jf. kap.1.5).

Jeg fant ut at foreldre ser ut til å være ekskludert fra pleie av barn på sykehus helt fra den første lærebok i sykepleie kom ut i Norge i 1877 og frem til midten på 1900-tallet. I denne perioden var det vanskelig for foreldre å forlate hjem og arbeid når barna måtte på sykehus. Det fantes ikke offentlige støtteordninger som kunne kompensere for tapt inntekt og heller ikke offentlige ordninger som kunne sørge for barnepass og husstell om mor var med barnet på sykehus. Videre kan det ha vært medisinsk interessant for leger å lære om sykdommer og prøve ut behandlinger uten innblanding fra foreldre. Den disiplinierende hierarkiske ordningen mellom leger, sykepleiere, barn og foreldre kan ha vært med på å gjøre eksklusjonen av foreldre mulig. Miasmeideer og mikrobiologisk viten om smitte kan ha understøttet eksklusjonspraksisene. Disse ideene og teoriene hadde en sentral plass i sykepleiefaget og viser seg i lærebøkene argumentasjon for lys, luft og renslighet.

Studien viser at det oppstod normer på 1940-tallet om at foreldre burde få adgang til å besøke barn på sykehus. Fra slutten av 1960-tallet var normen at foreldre skulle ha adgang til å delta i pleien av barn på sykehus og mot slutten av 1980-tallet ble det forventet at de deltok i pleien. Inklusjonsnormene samsvarer med inklusjonspraksisene fra andre kilder og med egne erfaringer fra jeg begynte i sykepleien midt på 1970-tallet og frem til vår tid, der foreldrene stadig sterkere blir inkludert i sykehusene og i pleien (jf. kap.3.2 og kap.3.5). Inklusjonsnormene og praksisene oppstod i en periode med stor sykepleiemangel, og i en tid da offentlige velferdsordninger som sykelønn hadde blitt etablert. Et feltarbeid fra et norsk sykehus i 2007 viser at foreldre utførte mesteparten av pleien av barn på sykehus. I dag er det mulig for foreldre å veksle på å være sammen med syke barn på sykehus uten at de mister arbeidsinntekt. Inklusjonsnormene og praksisene oppstod etter at antibiotika var blitt offentlig tilgjengelig og etter at humane ideer om menneskelige behov hadde fått gjennomslag i samfunnet generelt og i sykepleiefaget spesielt. De humane selvhjelpsideene fikk gjennomslag i samfunnet på midten av 1900-tallet, og de står fortsatt ved lag i sykepleiefaget. Slike ideer kan ha understøttet inklusjonen av foreldre når barn er på sykehus, fordi implisitt i slike ideer ligger forventinger om at familien klarer seg selv med minst mulig hjelp fra offentlige instanser. Selvhjelpsideologien kan også brukes politisk som argumentasjon for å spare ressurser heller enn å oppfylle barns eller foreldres behov.

De humanistiske ideene om menneskelige behov som fikk en sentral plass i sykepleiefaget i siste halvdel av 1900-tallet (jf. kap.3.7), ville høyst sannsynlig ikke fått gjennomslag på 1800-tallet, fordi de ikke kunne brukes til å understøtte den eksklusjonen av foreldre som ser ut for å ha vært en samfunnsmessig interessant praksis på den tiden. I et foucaultsk perspektiv er det ikke politisk tilfeldig at ideer om det sårbare barnet ikke fikk gjennomslag i siste halvdel av 1800-tallet (jf. kap.2.5). Vi tror kanskje at kunnskapsbaserte praksiser er et særtrekk ved vår tid. I denne studien om eksklusjon/ inklusjon av foreldre i pleien av barn på sykehus, viser det seg at understøtting av praksiser ved hjelp av viten ikke er et nytt fenomen, men at dette er et sentralt fenomen i demokratiske samfunn (jf. Foucault, i kap.1.5). I takt med at de samfunnsmessige vilkårene endrer seg, kan også mekanismene om hvilken viten som understøtter justeres. I lærebøker i sykepleie som var i bruk i perioden 1877-1940 da det var interessant at foreldre var ekskludert fra sykehus, kan hygieneviten ha fungert som understøttende viten (jf. kap.2). I perioden 1941-2013, da det var interessant å inkludere foreldre i pleien av barn på sykehus, ser det ut for at behovs- og selvhjelpsideologi kan ha hatt

en sentral plass som understøttende vitensgrunnlag for slike praksiser. I lærebøker i barnesykepleie som er fra perioden 1987-2013 har ideer om at praksiser skal være basert på forskning fått innpass i sykepleiefagets lærebøker (jf. kap.3).

I denne studien har vi sett at både hygieneviten og ideer om behov har hatt en sentral plass i sykepleiefaget. Det kan argumenteres for at hygieneviten er forskjellig fra behovsviten, men ikke nødvendigvis bedre og at behovsviten ikke er en evolusjonistisk fremvekst som bygger på hygieneviten. Slik fremgår det at viten som ”sannhet” er foranderlig i en historisk sammenheng. Foreldre og sykepleiere forstår seg selv på bakgrunn av disse ”sannheter” og det kan argumenteres for ulike ”sannhetsregimer”, der en epokes tankeformer og rasjonalitet tydeliggjøres og muliggjør eksklusjons- og inklusjonspraksisene av foreldrene. Kort sagt, den menneskelige fornuft er foranderlig sett i et historisk perspektiv. I de to epokene dominerer viten om hygiene i første epoke, og selv om hygienetenkningen lever videre, så er det behovsviten som dominerer neste epoke og suppleres av vår tids ideer om forskningsbaserte praksiser (jf. kap.1.5).

## **4.2 Forholdet mellom denne studien og tidligere studier**

Tidligere studier om foreldre når barn er på sykehus har hovedsakelig handlet om hvordan foreldre og sykepleiere har erfart nåtidige inklusjons- og eksklusjonspraksiser når barn er på sykehus (jf. kap.3.5). Min studie omfatter også beskrivelser av foreldres og sykepleieres erfaringer i nåtid, og funnene i studien min er sammenfallende med tidligere studier med hensyn til at foreldre i vår tid ønsker å pleie barna sine når de er på sykehus (jf. kap.3.5).

På samme måte som tidligere studier viste min studie at foreldre har behov for å avklare ansvars- og arbeidsoppgaver i forbindelse med pleien av barnet (jf. kap.3.5). De har spesielt behov for å avklare ansvars- og arbeidsoppgaver i forbindelse med at det utføres medisinske intervensjoner på barnet, og foreldrene ønsket mer informasjon, støtte og anerkjennelse av foreldrerollen. Min studie viser at foreldre utførte et omfattende arbeid med barnet i forbindelse med medisinske intervensjoner. Dette kommer ikke så tydelig frem i tidligere studier (jf. kap.3.5).

Det som skiller min studie tydelig fra tidligere studier, er analysene av foreldres erfaringer i lys av den samfunnsmessige konteksten erfaringene står i. Jeg kan ikke se at tidligere studier har vektlagt samfunnskonteksten på samme måte som jeg har gjort. Tidligere studier har heller ikke analysert forholdet mellom eksklusjons- og inklusjonspraksisene og normene i aktuelle lærebøker i sykepleie eller barnesykepleie. Således innebærer min studie av nåtidspraksisene analyser som ikke har vært gjort tidligere, med tilhørende generering av ny kunnskap. Den største forskjellen mellom min studie og tidligere studier av foreldre eksklusjon/ -inkludering er det historiske perspektivet på foreldreinkludering/ -ekskludering som jeg har arbeidet frem. Dette perspektivet, med tilhørende analyser av lærebøker, bilder og andre kilder, var helt avgjørende for at jeg kunne få svar på forskningsspørsmålet som jeg stilte i dette forskningsarbeidet. Analysene viste blant annet at eksklusjonspraksisene strekte seg over en periode på cirka 100 år, fra siste halvdel av 1800-tallet til midten av 1900-tallet (jf. kap.2.1 og kap.2.2). Gjennom å identifisere når tid det så ut for at foreldre var ekskludert fra pleien av barn på sykehus, fant jeg samtidig ut at normene endret seg på midten av 1900-tallet, til at foreldre burde være inkludert i pleien av barn på sykehus. I vår tid ser ut til at foreldrene utfører mesteparten av pleien når barn er på sykehus. Det gir en forståelse av vår tids inklusjonspraksiser, som vi regner som naturlige, mens min studie viser at eksklusjonspraksisene mest sannsynlig ble regnet som like naturlig som nåtidige inklusjonspraksiser.

### **4.3 Metodologiske og metodiske likheter og forskjeller i forhold til andre Foucault-inspirerte studier**

Jeg kan ikke se at tidligere studier om foreldres eksklusjon/ inkludering har analysert forholdet mellom praksisene og understøttende viten og heller ikke brukt Foucaults utlegninger som analyseramme i Norge. Således representerer denne studien nye måter å forske på med tilhørende ny viten innenfor norsk sykepleievitenskap.

I kapittel 1.2 gjorde jeg rede for tidligere studier som hadde inspirert meg metodologisk. I den forbindelse skrev jeg at det spesielt var avhandlingene til Frederiksen (2005) om sykepleiers utdanning til ordentlighet og Bøge (2008) om kroppsvask som inspirerte meg til å analysere eksklusjon og inkludering av foreldre i lys av en foucaultsk dispositiv metodologi. Analysene mine ligner på de to nevnte studiene, men de er ikke identiske. Når vi sammenligner



analysene til Frederiksen (2005) med mine, så ser vi at hennes studie ikke eksplisitt drøfter forholdet mellom praksisene hun analyserer og de samfunnsmessige mulighetsbetingelsene. Hun drøfter heller ikke eksplisitt forholdet mellom praksisene hun analyserer og understøttende viten. Hennes utgangspunkt var at hun lurte på hvordan det kunne ha seg at man begynte å *problematisere* gangkonene på 1800-tallet. Når noe som før var selvfølgelig blir utilstrekkelig og problematisk, trer problematiseringsformene frem. En samling av tanker fremviser det som ikke lengre er en selvfølgelig praksis, men gir anledning til besvær, og en må finne nye måter å tenke og oppføre seg på (jf. kap.3.7, jf. kap.1.2 og Frederiksen 2005: 33-34). I min studie var ikke problematiseringsformer utgangspunktet for analysene, men problematiseringen kommer frem som et funn, ved at jeg oppdaget at lærebøker og andre kilder fra midten av 1900-tallet begynte å problematisere fraværet av foreldre når barn var på sykehus.

Metodologisk ligger studien min tett opp til måten Boge (2008) studerte kroppsvask på, men studien min er ikke en metodologisk replikasjon av Boges avhandling. Jeg har gjort et mer omfattende historisk arbeid i min studie enn det Boge gjorde. Jeg har blant annet lagt ned et stort arbeid for å fremskaffe bilder av barn på sykehus, for å finne ut om foreldrene var til stede eller ikke gjennom en teoretisk bildeanalyse. Både Boges (2008) og min studie omfatter analyser av nåtidspraksiser slik de fremkommer i feltnotater og i transkriberte intervju. Frederiksen (2005) har ikke tilsvarende tekster som beskriver praksisene hun analyserte.

At ulike forskere som har lent seg på en dispositiv metodologi kan arbeide forskjellig, er ikke uttrykk for at den ene måten å forske på er bedre enn den andre, men slike forskjeller viser at en dispositiv metodologi kan gi rom for ulike tilnærminger.

#### **4.4 Studien kan bli til glede og nytte**

Studien har hovedsaklig hatt sitt utspring i en norsk kontekst, men bilder og andre studier tyder på at eksklusjons- og inklusjonspraksisene jeg har beskrevet også kan være aktuelle i andre skandinaviske og vestlige land. Dermed kan funnene også være av interesse langt ut over den norske konteksten jeg har tatt utgangspunkt i.

Denne avhandlingen vil trolig bli lest, da det ikke finnes lignende studier om eksklusjon/ inklusjon av foreldre i pleien av barn på sykehus. På den måten vil det være mange som kan vurdere, og kritisere studien. Sykepleiere som arbeider i sykehusavdelinger, da spesielt barneavdelinger, er blant de som vil kunne vurdere og kritisere eller ha nytte og glede av studien. Dette gjelder også studenter og lærere i sykepleieutdanninger/ -videreutdanninger og andre helsefaglige utdanninger/ -videreutdanninger/ -miljøer spesielt knyttet til de som jobber med barn og foreldre, samt personer som driver med forskning i de nevnte områdene. Studien har noen begrensninger i forhold til intensivbehandling av barn på sykehus, fordi sykepleiere har et større ansvar for barnets pleie og behandling i slike situasjoner.

#### **4.5 Noen avsluttende refleksjoner om egen studie og videre forskning**

Analysen av lærebøker i medisin kunne styrket argumentasjonen i avhandlingen, fordi leger også har hatt en svært sentral plass i norske sykehus i den aktuelle tidsepoken. Jeg har likevel avgrenset meg til lærebøker i sykepleie, fordi jeg er opptatt av inklusjon/ eksklusjon av foreldre i pleien av barn og fordi studien ville blitt for omfattende om jeg også skulle ha analysert medisinsk litteratur. Videre er det slik at jeg regner med at det som står om inklusjon/ eksklusjon av foreldre i lærebøker i sykepleie er nokså sammenfallende med legers syn på de aktuelle praksisene, fordi leger ofte har vært redaktører og/eller forfattere i lærebøker i sykepleie (jf. kap.2.1 og kap.3.1).

Argumentasjonen i avhandlingen kunne også blitt styrket om studien hadde omfattet flere pedagogiske kilder om barn for ytterligere å vise hvordan det ble tenkt om barn i tidsrommet avhandlingen omhandler (jf. Siegumfeldt, i kap.1.5.3). De kildene om synet på barn som jeg har støttet meg på, er hovedsakelig barndomshistoriske verker.

Det er også mulig at jeg kunne fått tilgang til mer kunnskap om eksklusjon/ inklusjon av foreldrene i pleien gjennom analyser av journaler for barn som var innlagt på sykehus, men det kunne blitt en studie i seg selv, og for omfattende i denne omgang. Dessuten hadde det vært av interesse å kunne belyse det som det argumenteres for i avhandlingen om norske eksklusjons- og inklusjonspraksiser av foreldre, for så å kunne bekrefte eller avkrefte gjennom analyser om det er tilsvarende forhold i de nordiske og engelsktalende landene ut fra disse lands lærebøker i sykepleie. Det ville også ha vært for omfattende i denne omgang.

Kjeldstadli (1997: 218) argumenterer for at tidsskrifter med artikler og innlegg er den beste veien til å få adgang til sentrale samfunnsforhold og debatter. I forlengelsen av den argumentasjonen ville det være interessant å gjøre analyser av hvordan tidsskriftet *Sykepleien* i ulike perioder i norsk sammenheng har skrevet om inklusjon/ eksklusjon av foreldre når barn er på sykehus. Det kan gjøres ved en senere anledning.

Selv om det er mulig å gjøre enda mer omfattende studier om eksklusjon og inklusjon av foreldre når barn er på sykehus, så vil jeg argumentere for at de mangfoldige undersøkelsene som er gjort i denne studien er et solid grunnlag som jeg selv og andre forskere kan ha som utgangspunkt for videre studier om foreldre når barn er på sykehus. Om andre skulle gjøre en tilsvarende studie som jeg har gjort er det sannsynlig at vedkommende ville argumentert på andre måter enn jeg har gjort, fordi ulike forskere har ulike erfaringer, kunnskaper, teoretiske perspektiv, begrep, metodologier og det genererer ulike spørsmålsstillinger, antagelser, analyser og resultater om samme tematikk.

I denne studien har jeg analysert eksklusjon og inklusjon av foreldre i et foucaultsk perspektiv. Foucault (1999/1976) analyserte seksualitet, Boge (2008) analyserte kroppsvask og Frederiksen (2005) analyserte sykepleiers utdannelse til ordentlighet. Det hadde vært spennende om denne og lignende studier kunne stimulere andre forskere til å gjøre dispositive analyser av andre praksiser i sykepleiefaget og i andre fag.



## REFERANSER

- Aaser, E. 1921. *Hygiene*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Haandbok i sykepleie. Aschehoug, Kristiania.
- Aaser, E. 1932/1921. *Hygiene*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Lærebok i sykepleien. Aschehoug, Oslo.
- Andersen, R. 1968. *Barnesykepleie*. I: Lerheim, K. (red.), Borchgrevink, C., Breiland, O., Jukvam, R. & Norsk sykepleieforbund. Lærebok for sykepleieskoler. Bind III, Gynekologi, obstetikk og pediatri. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Alsop-Shields, L. & Mohay, H. 2001. John Bowlby and James Robertson theorists: scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*: 35: 1: 50-58.
- Ariès, P. 2003/1960. *Barndommens historie*. Gyldendal, Oslo.
- Arntzen, A. 1921. *Indledning*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Haandbok i sykepleie. Aschehoug, Kristiania.
- Arntzen, A. 1932/1921. *Indledning*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Lærebok i sykepleien. Aschehoug, Oslo.
- Auestad, A., Killingmo, B., Nyhus, H. & Pande, H. 1971. *Når barn må på sykehus. Mentalhygeinske aspekter*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Augestad, P. 2005. Recept for et sunnere Norge. Et foucaultsk blikk på norsk helsepolitikk. *Sosiologi i dag*: 35: 2: 33-52.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. 1981. *Lov om barn og foreldre*.
- Beedholm, K. 2003/2002. *Forandring og trøghed i den sygepleijefaglige diskurs*. Forlaget PUC, Viborg-seminaret, Viborg.
- B. F. Marianne på sykehus. *Verdens Gang*: 5.12.1950.
- Blanck, A. E. 2006. "Så opassande att vara sjuksköterska" – sjuksköterskeyrkets formering i Sverige 1850-1950. I: Petersn, K. A., Beedholm, K., Engström, L., Gunvik-Grönbladh & Larson, L. Objektiviseringer. En dansk-svensk-norsk antologi om vård, omvårdnad, sygepleje, omsorg og medicin – At tænke med human- og samfundsvidenskab. Ethos in Society, Education and Practices. Rapport nr 7, Uppsala.
- Boschma, G., Davidson, L. & Bonifacio, N. 2009. Bertha Harmer's 1922 textbook - The Principles and Practice of Nursing: clinical nursing from an historical perspective. *Journal of Clinical Nursing*: 18: 19:2684-91.
- Boge, J. 2008. *Kroppsvask i sjukepleia*. Avhandling for graden philosophie doctor (PhD). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Boge, J. & Martinsen, K. 2006. Kritisk kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*: 80: 26: 2: 32-35.
- Bowlby, J. 1952/1951. *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization. Plades des Nations, Geneva.
- Bradley, S. 2001. Suffer the little children. The influence of nurses and parents in the evolution of open visiting in children's wards 1940-1970. *International History of Nursing Journal*: 6: 2: 44-51.
- Brochmann, O. 1948. *Marianne på sykehus*. H. Ascheoug & Co., Oslo.
- Brydolf, M., Ståhl, B. & Syrén, K. 1979. *Barnesykepleie. Medisinsk barnesykepleie. Bind II*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Brydolf, M., Ståhl, B. & Syrén, K. 1980. *Barnesykepleie. Kirurgisk barnesykepleie. Bind III*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Callery, P. 1997. Maternal knowledge and professional knowledge: co-operation and conflict

- in the care of sick children. *International Journal of Nursing Studies*: 34: 1: 27-34.
- Callewaert, S. 2006. Bourdieu, Critic of Foucault. The Case of Empirical Social Science against Double-Game-Philosophy. *Theory, Culture & Society*: 6: 73-98.
- Cavanagh, S. J. 2001/1991. *Orems sykepleiemodell i praksis*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Sandin, B. 1997. "In the Large Factory Town" *Child Labour Legislation, Child Labour and School Compulsion*. I: Conick-Smith, N. de., Sandin, B. & Schrupf, E. (red.). *Industrious Children. Work and Childhood in the Nordic Countries 1850-1990*. Odense University Press, Odense.
- Connell, J. & Bradley, S. 2000. Visiting children in hospital: a vision from the past. *Paediatric Nursing*: 12: 3: 32-35.
- Coyne, I. & Cowley, S. 2007. Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*: 44: 893-904.
- Danielsen, K., Groven, G., Helgeland, J. & Holte, T. O. 2006. *Pårørendes erfaringer med somatiske barneavdelinger i 2005 – Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse*. PasOpp-rapport: 03. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenester, Oslo.
- Darbyshire, P. 1996/1994. *Living with a Sick Child in Hospital. The experiences of parents and nurses*. Chapman & Hall, London.
- Davies, R. 2010. Making the 50th anniversary of the Platt Report: from exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. *Journal of Child Health Care*: 14: 1: 6-23.
- Diesen, J. A. 1998. *Film som statlig folkeopplyser: Statens filmsentral i 50 år*. Norsk filminstitutt skriftserie 9. Norsk filminstitutt, Oslo.
- Domaas, M. B., Heggenhougen, A., Wyller, I. & Jervell, A. 1941. *Alminnelig sykepleie*. I: Jervell, A. (red.), Arentz, G., Asbjørnsen, M., Moe, K. E. & Rimestad, A. Lærebok for sykepleiersker. Bind I. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Domaas, M. B., Heggenhougen, A., Wyller, I., Lindstøm, A. & Vogt, A. 1951/1941. *Alminnelig sykepleie*. I: Jervell, A. (red.), Arentz, G., Asbjørnsen, M., Moe, K. E. & Rimestad, A. Lærebok for sykepleiersker. Bind I. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Eikeland, T. 2007. *En undersøkelse av barnehjemsbarns opplevelser på barnehjem sammenholdt med sanatoriebarns beskrivelse av langvarige sykehusopphold – og et forsøk på forklaring*. Avhandling (dr.philos.). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Elster, T. 1990. *Rikets hospital*. Aschehoug. Utgitt i samarbeid med Rikshospitalet, Oslo.
- Emanuelsson, A. 1990. *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851-1939*. SHSTF.
- Emanuelsson, S. 1992. *Minner fra Kysthospitalet og dagliglivet der*. I: Nord, E. (red.), Eidsten, B., Arild, O., Lund, K. H. & Ødegaard, O. *Kysthospitalet i storm og stille*. Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992. Kysthospitalet, Stavern.
- Erikson, E. H. 1972/1968. *Barndommen og samfunnet*. Gyldendals Kjempefakler, Oslo.
- Ertresvaag, E. 1993. *Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år*. Kysthospitalet i Hagevik, Bergen.
- Espeland, K. 1997. "Foreldreopplevelser når barnet er innlagt på barneavdelingen". Hovedoppgave. Universitet i Oslo, Oslo.
- Evensmo, S. 1954. *Glassveggen: noveller*. Gyldendal, Oslo.
- Fangen, K. 2004. *Deltakende observasjon*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Fenner, F. 1996. Florey, Howard Walter (1898-1968). *Australian Dictionary of Biography*: 14. <http://adb.anu.edu.au/biography/florey-howard-walter-10206>, (nedlastet: 01.11.2012).

- Fernández-Castillo, A., Vilchez-Lara, M. J. & López-Naranjo, I. 2013. Parental Stress and Satisfaction during Children's Hospitalization: Differences between Immigrant and Autochthonous Population. *Stress and Health*: 29: 22-30.
- Fønn, M. 2003. Barn på voksenpost. *Sykepleien*: 9: 16-17.
- Forskningsetiske komiteer. 2012a. *Helsinkideklarasjonen*.  
<http://www.etikk.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>, (nedlastet: 01.11.2012).
- Forskningsetiske komiteer. 2012b. <http://www.etikk.no>, (nedlastet: 01.11.2012).
- Foucault, M. 1987. Hva er opplysning? *Slagmark*: 9: 90-105.
- Foucault, M. 1999/1976. *Seksualitetens historie. Viljen til viten*. Pax Forlag, Oslo.
- Foucault, M. 2000/1961. *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Gyldendal, Oslo.
- Foucault, M. 2000/1963. *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Foucault, M. 2001/1984. *Seksualitetens historie. Bruken av nytelsene*. Pax Forlag, Oslo.
- Foucault, M. 2002/1984. *Seksualitetens historie. Omsorgen for seg selv*. Pax Forlag, Oslo.
- Foucault, M. 2002/1994a. *Governmentality*. I: Faubion, J. D. (red.). Power. Essential works of Foucault 1954-1984. Penguin Books, London.
- Foucault, M. 2002/1994b. *Questions of Method*. I: Faubion, J. D. (red.). Power. Essential works of Foucault 1954-1984. Penguin Books, London.
- Foucault, M. 2002/1994c. *The Birth of social Medicine*. I: Faubion, J. D. (red.). Power. Essential works of Foucault 1954-1984. Penguin Books, London.
- Foucault, M. 2008/1975. *Overvåkning og straff*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Frederiksen, K. 2005. *Uddannelse til ordentlighed – at lære sygepleje gennem 200 år*. Forlaget PUC Midt-vest, Viborg.
- Frølich, T. 1921. *Spædbarnpleie*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Haandbok i sykepleie. Aschehoug, Kristiania.
- Frølich, T. 1932/1921. *Spædbarnpleie*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Lærebok i sykepleien. Aschehoug, Oslo.
- Frønes, I. 1998/1989. *Den norske barndommen*. Cappelen Damm Akademiske, Oslo.
- Frønes, I. 2011/2003. *Moderne barndom*. Cappelen Damm Akademiske, Oslo.
- Furre, B. 2010/2000. *Norsk historie 1914-2000*. Det norske samlaget, Oslo.
- Gade, H. G. 1930. *Kysthospitalet i Hagevik*. A.S. Griegs Boktrykkeri, Bergen.
- Grimen, H. 2004/2000. *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Grimen, H. & Terum, L. I. (red.). 2009. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Abstrakt forlag, Oslo.
- Grindaker, K. E. 1993. *Utviklingen av den pediatrike sykepleien*. I: Lie, S. O. (red.). For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet, 1893-1993. Barneklubben, Rikshospitalet, Oslo.
- Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). 1921. *Haandbok i sykepleie*. Aschehoug, Kristiania.
- Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). 1926/1921. *Lærebok i sykepleien*. Aschehoug, Oslo.
- Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). 1932/1921. *Lærebok i sykepleien*. Aschehoug, Oslo.
- Grønseth, R. & Markestad, T. 1998. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Grønseth, R. & Markestad, T. 2005/1998. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Grønseth, R. & Markestad, T. 2011/1998. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Hall, C. S. & Lindzey, G. 1978. *Theories of personality*. Wiley, New York.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. 2006/1983. *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Harmer, B. & Henderson, V. 1939/1922. *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. The Macmillan Company, New York.

- Harmer, B. & Henderson, V. 1955/1922. *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. The Macmillan Company, New York.
- Hauen, A. E. 1967. *Generell sykepleielære*. I: Lerheim, K. (red.), Borchgrevink C., Breiland, O., Jukvam, R. & Norsk sykepleieforbund. Lærebok for sykepleieskoler. Bind I. Generell sykepleielære. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Heede, D. 2010/1992. *Det tomme menneske. Introduktion til Michel Foucault*. Museum Tusulanums Forlag, København.
- Helsedirektoratet. 1969. *Utkast til regler for barn på sykehus*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Lov om helsepersonell*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Lov om pasientrettigheter- og brukerrettigheter*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Lov om spesialisthelsetjenesten*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2000. *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2001. *Lov om helseforetak*.
- Henderson, V. A. & Norsk sykepleieforbund. 1961/1960. *ICN. Sykepleiens grunnprinsipper*. ICN, Geneve.
- Henderson, V. A. 1966. *The Nature of Nursing. A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*. Macmillan Publishing CO., INC., New York. Collier Macmillan Publishers, London.
- Henderson, V. A. & International Council of Nurse. 1979/1969. *Basic Principles of Nursing Care*. International Council of Nurse, Geneva.
- Henderson, V. A. 1998/1991. *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Henry, C. 1992. "Jeg har lufta, for ikke å si dufta, i nesa ennå". I: Nord, E. (red.), Eidsten, B., Arild, O., Lund, K. H. & Ødegaard, O. *Kysthospitalet i storm og stille. Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992*. Kysthospitalet, Stavern.
- Hermann, S. 2000. *Fra magt/viden og dominans til selvtknologier og frihedspraksis. Sociologiske træk af Michel Foucaults samtidsdiagnose*. Danmarks pædagogiske bibliotek, København.
- Hermann, S. 2003/2000. *Michel Foucault – pædagogik som maktteknologi*. I: Olesen, S. G. & Pedersen, P. M. (red.). *Pædagogik i sociologisk perspektiv*. Forlaget PUC, Viborg.
- Hertz, R. 1925. *En kort oversigt over kysthospitalet og dets virksomhed i anledning af dets 50-aarige bestaaen*. I: Linnemann, Bang, S., Andersen, J., Bing, H. J., Cederfeld de Simonsen, H. C. F. V., Damm, E., Knutsen, Th., Lendorf, A., Lerch-Lerchenborg, C. & Saxild, C. (red.). *Kysthospitalet paa Refsnæs*. Levin & Munksgaards forlag, København.
- Holte, M. & Norsk Teknisk Museum 2012. *Utstillinger på medisinsk museum. Sanatorium*. Norsk Teknisk Museum, Oslo.
- Hoven, B. N., Tveit, K. & Tveit, K. 1960/1941a. *Alminnelig sykepleie*. I: Jervell, A. (red.), Wolan, G., Hunskaar, R., Thomassen, E., Nymoene, H. & Thomassen, A. *Lærebok for sykepleiere*. Bind I. Alminnelig sykepleie. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Hustad, O. R. 1993. *Verandagutt*. I: Ertresvaag, E. *Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år*. Kysthospitalet i Hagevik, Bergen.
- Jakobsen, K. H. 1988. *Barnets indlæggelse et kort intermezzo i forældres liv med det lille barn. En undersøgelse om samarbejde og kommunikation mellem medindlagte forældre og sygeplejerskersonalet på børneafdelingen*. Rigshospitalet, København.
- Jervell, A. (red.), Arentz, G., Asbjørnsen, M., Moe, K. E. & Rimestad, A. 1941. *Lærebok for sykepleiersker*. Bind I. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.



- Jervell, A. (red.), Arentz, G., Asbjørnsen, M., Moe, K. E. & Rimestad, A. 1951/1941. *Lærebok for sykepleiersker. Bind I.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Jervell, A. (red.), Wolan, G., Hunnskaar, R., Thomassen, E., Nymoene, H. & Thomassen, A. 1960/1941a. *Lærebok for sykepleiere. Bind I. Alminnelig sykepleie.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Jervell, A. (red.), Wolan, G., Hunnskaar, R., Thomassen, E., Nymoene, H. & Thomassen, A. 1960/1941b. *Lærebok for sykepleiere. Bind VI. Barnesykdommer og smittsomme sykdommer.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Johnson, A. & Lindschau, A. 1996. Staff Attitudes Toward Parent Participation in Care of Children Who Are Hospitalized. *Pediatric Nursing*: 22: 2: 99-113/120.
- Jolley, J. 2007. Separation and psychological trauma: a paradox examined. *Paediatric Nursing*: 19: 3: 22-25.
- Jørgensen, E. B. 2007. *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje. Om hvordan medicin og sygepleje som moderne fag, erhverv og uddannelser har konstitueret sig i Danmark samt forbindelsen mellem dem. For lægeerhvervet er perioden 1736-1937 og for sygeplejerhvervet er perioden 1863-1957.* Forlaget Hexis, Danmark.
- Kaurin, E. 1879. *Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd.* Cammermeyer, Kristiania.
- Kawik, L. 1996. Nurses' and parents' perceptions of participation and partnership in caring for a hospitalized child. *British Journal of Nursing*: 5: 7: 430-437.
- Kunnskapsdepartementet. 2008. *Rammeplan for sykepleierutdanning.*
- Kunnskapsdepartementet. 2008. *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning.*
- Kirkeveid, M. 2006/1992. *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.* Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Kjeldstadli, K. 1997. *Å analysere skriftlige kilder.* I: Fossåskaret, E., Fuglestad, O. L. & Aase, T. H. (red.). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data.* Universitetet, Oslo.
- Kjeldstadli, K. 2010/1992. *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget.* Universitetet, Oslo.
- Klepaker, R. 1992. *"Vonde minner gjennom hele livet".* I: Nord, E. (red.), Eidsten, B., Arild, O., Lund, K. H. & Ødegaard, O. *Kysthospitalet i storm og stille. Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992.* Kysthospitalet, Stavern.
- Kristensson-Hallstöm, I. & Elander, G. 1994. Parental Participation in the Care of Hospitalized Children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 8: 149-154.
- Kvale, S. 2004/1997. *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Kvalvåg, B. 1992. *"Evig takknemlig for at jeg ble frisk".* I: Nord, E. (red.), Eidsten, B., Arild, O., Lund, K. H. & Ødegaard, O. *Kysthospitalet i storm og stille. Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992.* Kysthospitalet, Stavern.
- Larsen, A. 1921. *Almindelig sykepleie.* I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). *Haandbok i sykepleie.* Aschehoug, Kristiania.
- Larsen, A. 1932/1921. *Almindelig sykepleie.* I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). *Lærebok i sykepleien.* Aschehoug, Oslo.
- Larsen, B. H. 2006. *Anerkendelse og krænkelse.* Forlaget PUC Midt-vest, Viborg.
- Lerheim, K. (red.), Borchgrevink C., Breiland, O., Jukvam, R. & Norsk sykepleieforbund. 1967. *Lærebok for sykepleieskoler. Bind I. Generell sykepleielære.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Lerheim, K. (red.), Borchgrevink C., Breiland, O., Jukvam, R. & Norsk sykepleieforbund. 1968. *Lærebok for sykepleieskoler. Bind III, Gynekologi, obstetrik og pediatri.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.

- Lie, S. O. (red.). 1993. *For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet, 1893-1993*. Barneklubben, Rikshospitalet, Oslo.
- Linnemann, Bang, S., Andersen, J., Bing, H. J., Cederfeld de Simonsen, H. C. F. V., Damm, E., Knutsen, Th., Lendorf, A., Lerch-Lerchenborg, C. & Saxild, C. (red.). 1925. *Kysthospitalet paa Refsnæs*. Levin & Munksgaards forlag, København.
- Lund, E. C. 2012. *Virke og profesjon. Norsk Sykepleieforbund gjennom 100 år (1912-2012). Bind II*. Akribe, Oslo.
- Lystad, H. 1921. *Øiets, ørets og næsens pleie*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Haandbok i sykepleie. Aschehoug, Kristiania.
- Lystad, H. 1932/1921. *Øiets, ørets og næsens pleie*. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.). Lærebok i sykepleien. Aschehoug, Oslo.
- «Marianne på sykehus» fremvist for innbudte. *Aftenposten*: 4.12.1950.
- Martinsen, K. 1984. *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*. Aschehoug/tanum-Nordli, Oslo.
- Martinsen, K. 2003/1989. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofisk essays*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Martinsen, K. & Boge, J. 2004. Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet sykepleien*: 14: 58-61.
- Martinsen, K. 2005. *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Akribe, Oslo.
- Maslow, A. H. 1943a. A preface to motivation theory. *Psychosomatic Med.*: 1943: 5: 85-92.
- Maslow, A. H. 1943b. A Theory of Human Motivation. Originally Published in *Psychological Review*: 50: 370-396. Christopher D. Green.  
(<http://www.yorku.ca/dept/psych/classics/author.htm>).  
York University, Toronto, Ontario.
- Mathisen, J. 2006/1993. *Sykepleiehistorie. Ideer – mennesker – muligheter*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Melby, K. 2000/1990. *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. Norsk Sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag A. S., Oslo.
- Moseng, O. G. 2003. *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850. Bind I*. Universitetsforlaget, Oslo.
- NAV. 2013. *Omsorgspenger ved barns eller barnepassers sykdom*.  
<https://www.nav.no/Helse/Sykt+barn+eller+familie/Omsorgspenger>, (nedlastet: 09.12.2013).
- Myhre, R. 2009/1992. *Grunnlinjer i pedagogikkens historie*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Nerbøvik, J. 1976/1973. *Norsk historie 1870-1905*. Det norske samlaget, Oslo.
- Nerbøvik, J. 2011/1999. *Norsk historie 1860-1914*. Det norske samlaget, Oslo.
- Nightingale, F. 1997/1860. *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Nissen, R. 2000/1877. *Lærebog i Sygpleie*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Nord, E., Eidsten, B., Arild, O., Lund, K. H. & Ødegaard, O. 1992. *Kysthospitalet i storm og stille. Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992*. Kysthospitalet, Stavern.
- Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste. 2012. <http://www.nsd.uib.no>, (nedlastet: 01.11.2012).
- Norsk Teknisk Museum 2012. *Utstillinger på medisinsk museum. Sanatorium*. Norsk Teknisk Museum, Oslo.
- Nortvedt, L. & Kase, B. F. 1997. Forskrift om barn i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeförening*: 28: 4102-4105.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Garverholt, B. & Reinart, L. M. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleieforbund, Oslo.

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Garverholt, B. & Reinart, L. M. 2012/2007. *Jobb kunnskapsbasert! – en arbeidsbok*. Akribe, Oslo.
- Panofsky, E. 1939. *Studies in Iconology. Humanistic Themes In the Art of the Renaissance*. Oxford University Press. New York.
- Panofsky, E. 1955. *Meaning in the Visual Arts*. Doubleday Anchor Books, Doubleday & Company, Inc. Garden City, N. Y.
- Petersen, K. A. 1989. *Den praktiske sans – sygeplejens skjulte principper*. Delrapport I. Faglig Profil Serie nr. 4 – DISS udgivelse nr. 12. Dansk institutt for Sundheds – og Sygeplejeforskning.
- Petersen, K. A. 1993/1992. *Den praktiske erkendelse. Forholdet mellem teori og praksis i sygeplejen og sygeplejerskeuddannelsen*. Danmarks sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, Aarhus.
- Platt, H. 1959. *The Welfare and Children in Hospital*. Ministry of Health, Central Health Services Council, London.
- Pryser, T. 2009/1999. *Norsk historie 1814-1860*. Det norske samlaget, Oslo.
- Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M. & Thaning, M. S. 2009. *Foucault*. Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Robertson, J. 1970/1958. *Young Children in Hospital*. Tavistock publication, London.
- Robertson, J. 1967/1958. *Små barn på sykehus*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Roden, J. 2005. The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. *Journal of Child Health Care*: 9: 3: 222-240.
- Rousseau, J-J. 2010. *Emile eller Om oppdragelse*. Vidarforlaget, Oslo.
- Salomonsen, L. 1954. Barn på sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*: 74: 713-714.
- Saugstad, P. 2009/1998. *Psykologiens historie*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Schaanning, E. 1993a. *Kommunikative maktstrategier, rapporter fra et tårn*. Spartacus forlag, Oslo.
- Schaanning, E. 1993b. *Michel Foucault*. I: Eriksen, T. B. (red.). *Vestens tenkere*. Bind III. Aschehoug, Oslo.
- Schaanning, E. 1999/1976. *Forord*. I: Foucault, M. *Seksualitetens historie*. Viljen til viten. Pax Forlag, Oslo.
- Schiøtz, A. 2003. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Bind II*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Schrumpf, E. 2007. *Barndomshistorie*. Det Norske Samlaget, Oslo.
- Seip, M. F. 1993. *Et historisk tilbakeblikk*. I: Lie, S. O. (red.). *For syke barn i 100 år*. Barneklubben Rikshospitalet, 1893-1993. Barneklubben, Rikshospitalet, Oslo.
- Shorter, E. 1976. *The Making of the Modern Family*. Collins St. James's Place, London.
- Siegumfeldt, B. 1992. "Adam og Eva skrev sandsynlivis lodret!". *Dansk pædagogisk tidsskrift*: 2: 68-74.
- Skaset, M. 2003. *Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985*. I: Schiøtz, A. (red.). *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Bind II*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Skirbekk, G. & Gilje, N. 2001/1972. *Filosofihistorie*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet. 1969. *Utkast til regler for barn på sykehus*.
- Sosialdepartementet. 1979. *Retningslinjer for barn på sykehus*.
- Sosialdepartementet. 1989/1988. *Forskrift om barns opphold på sykehus*.
- Statistisk sentralbyrå. 2003. Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner, men fylkesvise variasjoner. *Samfunnsspeilet*: 2.
- Statistisk sentralbyrå 2012. *Kommunehelsetenesta, 2011*. Frigitt 6. juli 2012. <http://www.ssb.no/>. (nedlastet: 01.11.2012).

- Statistisk sentralbyrå. 2013a. 133. *Spesialisthelsetjenesten. Årsverk<sup>1</sup> etter tjenestekområde og yrke. 2011*. <http://www.ssb.no/>, (nedlastet: 19.01.2014).
- Statistisk sentralbyrå. 2013b. 135. *Døgnopphold<sup>1</sup> ved somatiske sykehus, etter alder og diagnose. 2012*. <http://www.ssb.no/>, (nedlastet: 19.01.2014).
- Statistisk sentralbyrå. 2013c. *Spesialisthelsetjenesten, 2012*. Publisert: 19. juni 2013. Spesialisthelsetjenesten og StatRes. Nøkkeltall. <http://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2013-06-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=115022>, (nedlastet: 19.01.2014).
- Statistisk sentralbyrå. 2013d. *Spesialisthelsetjenesten, 2012*. Publisert: 19. juni 2013. Spesialisthelsetjenesten og StatRes. Nøkkeltall. <http://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2013-06-19#content>, (nedlastet: 19.01.2014).
- Store norske leksikon. 2012a. *Alexander, Sir Fleming*. [http://snl.no/Alexander\\_Sir\\_Fleming](http://snl.no/Alexander_Sir_Fleming), (nedlastet: 01.11.2012).
- Store norske leksikon. 2012b. *Ernst Boris Chain*. [http://snl.no/Ernst\\_Boris\\_Chain](http://snl.no/Ernst_Boris_Chain), (nedlastet: 01.11.2012).
- Store norske leksikon. 2012c. *Humanistisk psykologi*. [http://snl.no/sml\\_artikkel/humanistisk\\_psykologi](http://snl.no/sml_artikkel/humanistisk_psykologi), (nedlastet: 01.11.2012).
- Store norske leksikon. 2012d. *Abraham Maslow*. [http://snl.no/Abraham\\_Maslow](http://snl.no/Abraham_Maslow), (nedlastet: 01.11.2012).
- Store norske leksikon. 2013a. *Gymnas – skole*. <http://snl.no/gymnas/skole>, (nedlastet 01.11.2013).
- Store norske leksikon. 2013b. *Skole og utdanning i Norge*. [http://snl.no/Skole\\_og\\_utdanning\\_i\\_Norge](http://snl.no/Skole_og_utdanning_i_Norge), (nedlastet 01.11.2013).
- Store norske leksikon. 2013c. *Landbruksskole*. <http://snl.no/landbruksskole>, (nedlastet 01.11.2013).
- Store norske leksikon. 2014. *Fotografi*. <http://snl.no/fotografi>, (nedlastet 09.01.14).
- Sundal, A. 1954a. *Pediatrien i Norge. Liv og Helse: 7: 150-153.*
- Sundal, A. 1954b. *Pediatrien i Norge. Liv og Helse: 8: 171-175.*
- Sundal, A. 1960/1941b. *Barnesykdommer. Pleie av det friske og syke spedbarnet*. I: Jervell, A. (red.), Wolan, G., Hunskaar, R., Thomassen, E., Nymoene, H. & Thomassen, A. Lærebok for sykepleiere. Bind VI. Barnesykdommer og smittsomme sykdommer. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Sundal, H. 1998. *Barn på sjukehus. Ein fenomenologisk studie av kva røynsler mødrer har av å vere innlagt i sjukehus saman med barna sine*. Hovudfagsoppgave. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Sundal, H. 2001. "Mors" uklare rolle når barnet er innlagt i sjukehus. *Vård i Norden: 21: 3: 39-42.*
- Stenbak, E. 1986. *Care of children in hospital*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Stokke. 2013. *Tripp Trapp-stolen*. <http://www.stokke.com/no-no/highchair/tripp-trapp-product-concept.aspx>, (nedlastet 01.11.2013).
- Sydnes, T. 2001. *Centrale ideer i Florence Nightingales sygeplejefilosofi*. I: Birkelund, R. (red.). Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sykepleiens historie. Gyldendal, København.
- Søkerhandboken. 2012. <http://www.samordnaopptak.no/info/pdf/Sokerhandboka2012.pdf>, (nedlastet 01.12.12).
- Terum, L. I. & Grimen, H. 2009. *Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet*. I: Grimen, H. & Terum, L. I. (red.). Evidensbasert profesjonsutøvelse. Abstrakt forlag, Oslo.

- Torp, K. H. 1968. *Pediatri*. I: Lerheim, K. (red.), Borchgrevink C., Breiland, O., Jukvam, R. & Norsk sykepleieforbund. Lærebok for sykepleieskoler. Bind III, Gynekologi, obstetikk og pediatri. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Tveiten, T. 1987. *Barnesykepleie*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Tveiten, T., Steen, H. F. & Wennick, A. 2012. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Tveiten, T. 1998/1987. *Barnesykepleie*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Bondevik, M. 2012. *Jubileumsskrift*. Universitetet i Bergen.  
<http://www.uib.no/filearchive/jubileumsskrift-til-trykking.pdf>. (nedlastet: 12.12.2012).
- Universitetet i Oslo. 2013. *Bokmålsordboka / Nynorskordboka*. <http://www.nob-ordbok.uio.no/per/ordbok.cgi?OPP=kunnskap&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>. (nedlastet: 28.07.2013).
- Utaker, A. 2005. Michel Foucault om liberalisme og nyliberalisme. *Sosiologi i dag*: 35: 2: 9-31.
- Valla, A., Bakken H. & Sundal, H. 2000. *Prosjekt barn. Kommunikasjon med og om barnet – som pasient på sykehus uten egen barneavdeling*. Fylkessykehuset i Molde, Molde.
- Vigerust, Å. Marianne på sykehus. *Nationen*: 5.12.1950.
- Waage, H. R. 1901. *Lærebog i sygepleie*. I kommisjon hos H. Aschehoug & CO, Kristiania.
- Waage, H. R. 1905/1901. *Lærebog i sygepleie*. I kommisjon hos H. Aschehoug & CO, Kristiania.
- Waage, H. R. 1911/1901. *Lærebog i sygepleie*. I kommisjon hos H. Aschehoug & CO, Kristiania.
- Wadel, C. 2006/1991. *Feltarbeid i egen kultur*. SEEK A/S, Flekkefjord.
- Wallace, M. A. J. 1973. *Håndbok i barnesykepleie*. Univeristetsforlaget, Oslo.
- Weberg, J. & Sundal, A. 1941. *Pleie av det friske og syke spedbarn*. I: Jervell, A. (red.), Arentz, G., Asbjørnsen, M., Moe, K. E. & Rimestad, A. Lærebok for sykepleiersker. Bind I. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Weberg, J., Sundal, A. & Olsen, B. 1951/1941. *Pleie av det friske og syke spedbarn*. I: Jervell, A. (red.), Arentz, G., Asbjørnsen, M., Moe, K. E. & Rimestad, A. Lærebok for sykepleiersker. Bind I. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Wergeland, H. 1954. Barn på sykehus. *Sykepleien*: 20: 607-609.
- Weium, F. 2003. Marianne på sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeförening*: 24: 123: 3585-3587.
- Wivart, B. Marianne på sykehus. *Morgenbladet*: 22.12.1950.
- Ygge, B. M. & Arnetz, J. E. 2004. A Study of Parental Involvement in Pediatric Hospital Care: Implications for Clinical Practice. *Journal of Pediatric Nursing*: 19: 3: 217-223.
- Ygge, B. M., Lindholm, C. & Arnetz, J. 2006. Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. *Journal of Advanced Nursing*: 53: 5: 534-542.
- Zetterström, R. 1985. Barn på sjukhus, problem, seneffekter och förebyggande åtgärder. *Draco pro Medico*: 3-4: 8: 8-13.



# Vedlegg 1





## OBSERVASJONS-/INTERVJUGUIDE

Problemstillingen for studien er: Hvordan erfarer foreldre og sykepleier å dele ansvar og arbeid i daglig omsorg av barnet, innlagt i barneavdeling? De grunnleggende behovene barnet har kan være påvirket av sykdom og kan gi utfordringer i den daglige omsorgen av barnet. Noen situasjoner er sentrale å gjøre deltakende observasjon av og samtale om i intervjusituasjonen knyttet til foreldres og sykepleiers deling av ansvar og arbeid innenfor rammen av daglig omsorg av det syke barnet. Disse situasjonene er som følger:

- **mottakelsessituasjon** - barnet med foreldre blir tatt imot, hilst på
- **stell** - stellesituasjonen, dvs. når barnet skal ha daglig stell, som vasking, påkledning, gå på toalettet, dvs. behovet for å være rein og velstelt og behovet for eliminasjon
- **måltid** - spisesituasjon, måltid, dvs. behovet for ernæring
- **sovesituasjon** - sovesituasjon, behovet for søvn og hvile, rutiner knyttet til sovesituasjon
- **avlastning** – foreldres behov for å gå fra barnet, dvs. situasjonen når mor eller far forlater barnet, knyttet til barnets behov for trygghet
- **lek/aktivitet** - lekesituasjon, tilrettelegging for lek, behovet for trivsel hos barnet, når barnet og foreldre får besøk av andre familiemedlemmer og venner, trivselsfaktorer
- **sykdomsopplevelser** - når barnet viser mistriivsel, har sykdomssymptomer, har ubehag og smerter
- **prosedyrer og behandling** - før, under og etter gjennomføring av ulike prosedyrer og behandlinger, eksempelvis: innledning av narkose, blodprøvetaking, innleggelse av venekanyler, suturfjerning osv.
- **utskrivelsessituasjon** - avskjed og informasjon barnet/foreldre får

### Utdyping knyttet til intervjusituasjon:

#### 1. Innledende og åpne spørsmål:

- kort om barnets tilstand og sykdomsforløp
- hvordan mor/far eller sykepleier har opplevd innleggelsesforløpet i hovedtrekk

2. Fokus på fortellinger knyttet til de mest vanlige samarbeidssituasjonene med utgangspunkt i de situasjonene der jeg har vært deltakende observatør, i kombinasjon med utdypende og spesifiserende spørsmål.

#### 3. Oppsummere erfaringene:

- ved tilbakeblikk, hvordan vil en oppsummere ansvars- og arbeidsdelingen mellom foreldre og sykepleier
- noe en husker spesielt godt



# Vedlegg 2





Utvalget består av foreldre med barn innlagt på sykehus, og sykepleiere tilknyttet behandlingen av barnet.

Det registreres sensitive opplysninger om helseforhold om barnet, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Foreldre og sykepleiere får hvert sitt informasjonsskriv og samtykker skriftlig til deltakelse. Forsker vurderer om barnet bør få enkel og kortfattet informasjon tilpasset alder, utvikling og tilstand om hvorfor forsker er der. Dette for å trygge situasjonen for barnet. Reviderte informasjonsskriv per 30.05.2007 finnes tilfredsstillende.

Prosjektet gjennomføres som feltarbeid med deltakende observasjon og intervju. Det innebærer at prosjektleder oppholder seg ved en eller to barneavdelinger og gjør deltakende observasjon om hvordan foreldre og sykepleier samarbeider. Prosjektleder følger opp valgte samarbeidssituasjoner mellom foreldre og sykepleier. De samme samarbeidssituasjonene vil være utgangspunktet for kvalitative forskningsintervju med både foreldre og sykepleiere. Alle sykepleierne på avdelingen vil forespørres og det forutsettes at det innhentes samtykke fra alle sykepleiere som skal observeres. Foreldrene samtykker til at sykepleierne kan uttale seg.

Prosjektleder opplyser at hun gjennom sin tilstedeværelse på avdelingen vil få innsikt i andre pasienter og andre samarbeidssituasjoner. Det skal søkes Sosial- og helsedirektoratet om dispensasjon fra taushetsplikten for å kunne observere på sykehuset på grunn av tilgangen til andre pasienter som ikke skal delta i prosjektet. Personvernombudet forutsetter at slik dispensasjon gis dersom det er nødvendig og ber om at kopi av tillatelse ettersendes når den foreligger. Vi minner om at prosjektet ikke kan settes i gang før en eventuell dispensasjon foreligger.

Ved prosjektslutt 31.12.2010 skal datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), lydopptak og koblingsnøkkel slettes.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikkk.



Harald Hårfages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Hildegunn Sundal  
Avdeling for helse- og sosialfag  
Høgskolen i Molde  
Postboks 2110  
6402 MOLDE

Vår dato: 04.06.2007

Vår ref: 16697/E

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.04.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

16697  
Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig

Barn innlagt på sykehus - samarbeid mellom foreldre og sykepleier  
Høgskolen i Molde, ved institusjonens overste leder  
Hildegunn Sundal

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

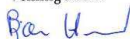
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.swana@svl.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmsa@sv.uit.no

# Vedlegg 3







Hildegunn Sundal

Saksbehandler  
Seniorkonsulent Jacob Hølen  
Telefon 73 86 72 72  
Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no  
rek-4@ntnu.no  
Postadresse: Det medisinske fakultet  
Medisinsk teknisk forskningscenter  
7489 Trondheim  
Besøksadr: ISM, Røde Kors 3 etg.  
St.Olavs Hospital

Vår dato:  
02.05.2007

Vår ref.:  
4.2006.3865/4.2007.1097

Deres dato:

Deres ref.:

### Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier.

Komiteen vurderte prosjektet i møte 20. april 2007 med følgende merknader og tilråding:

Studiens hensikt er å skaffe til veie empirisk materiale for å belyse foreldre og sykepleiers erfaringer med å dele ansvar og arbeid når barnet er innlagt i barneavdeling. En vil studere innholdet i og det eventuelt uklare i foreldre og sykepleiers deling av ansvar og arbeid. Å gå i dybden og ha et spesielt fokus på hvordan foreldre og sykepleier erfarer den uklare sonens ansvars- og arbeidsdeling (gråsonen) innenfor rammen av daglig omsorg, og hvilke situasjoner som er mest utfordrende, vil gi ny kunnskap.

Studien har et kvalitativt design med feltarbeid som deltakende observasjon og det kvalitative forskningsintervju.

Feltet er avgrenset til ansvars- og arbeidsdeling mellom foreldre og sykepleier. Alder og egenskaper hos barnet, hvor sykt det er, og diagnosen/tilstanden/situasjonen til barnet, vil være bestemte faktorer for innholdet i ansvars- og arbeidsdelingen. Eksempelvis vil et mindre barn være mer avhengig av foreldrene og alvorlig sykt barn krever større faglig involvering fra sykepleier.

Sykepleier i prosjektet representerer en eller flere som inngår i daglig ansvars- og arbeidsdeling rundt det enkelte barn. En av foreldrene kan være innlagt i barneavdelingen eller begge kan være det. I tillegg kan foreldrene bytte på å være innlagt sammen med barnet.

En ønsker å observere 8 - 10 samarbeidssituasjoner mellom foreldre og sykepleier over tid.

Komiteen har følgende merknader til prosjektet:

- Komiteen viser til prosjektprotokollen og har ingen særlige merknader. Prosjektet er gjennomarbeidet og det er gitt en god gjennomgang av de etiske spørsmål som kan reises i forbindelse med prosjektet.
- Komiteen vil understreke at også barn har nektingskompetanse, dvs at dersom det er tegn som skulle tyde på at noen av barna som deltar føler det vanskelig at observatør er til stede, må det respekteres og observasjon avsluttes.

- Stryk setningen: "Jeg vil være en person i hvitt....."
- Komiteen viser til informasjonsskrivet og ber om at det skrives om slik at en ikke bruker "jeg-form". Det er prosjektet som skal presenteres og opplysninger om prosjektleder skal komme til slutt i skrivet, jf. vedlagt veiledning. Bakgrunn for og hensikten med studien skal komme først i informasjonsskrivet.
- Samtykkeformularet må utformes slik det er gjort greie for i pkt. 15 i vedlagt veiledning. Det skal ikke være nødvendig å underskrive på alle de vilkår og opplysninger som står listet opp i samtykkeformularet, slike opplysninger og vilkår skal stå i selve skrivet. I samtykkeformularet skal de kun stå at en har lest skrivet og samtykker i å delta i prosjektet.
- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv. Komiteens leder får fullmakt til å gi endelig vurdering, og prosjektet må ikke settes i gang før slik vurdering og godkjenning foreligger.

Komiteen ber om å få tilsendt artikkel/rapport når studien er fullført.

**Tilråding:**

**"Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres med de merknader som er gitt."**

Med hilsen



Arne Sandvik  
Professor  
Leder i komiteen



Jacob C Hølen  
Seniorkonsulent



Hildegunn Sundal

Saksbehandler  
Seniorkonsulent Jacob Hølen  
Telefon 73 86 72 72  
Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no  
rek-4@ntnu.no  
Postadresse: Det medisinske fakultet  
Medisinsk teknisk forskningscenter  
7489 Trondheim  
Besøksadr: ISM, Røde Kors 3 etg.  
St.Olavs Hospital

Vår dato:  
10.05.2007

Vår ref.:  
4.2006.3865/4.2007.1097

Deres dato:

Deres ref.:

**Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier.**

Vi viser til brev med reviderte informasjonsskriv og bemerker at de er unødige lange. Skrivene godkjennes under forutsetning av at siste setningen i begge skrivene strykes da dette kan virke appellerende:

*Takk for hjelpen. Ditt bidrag vil hjelpe oss til å få større innsikt i foreldre og sykepleiers erfaringer ved å samarbeide om barnet innlagt i barneavdelingen.*

Med hilsen

Arne Sandvik  
Professor  
Leder i komiteen

Jacob C Hølen  
Seniorkonsulent



# Vedlegg 4



Høgskolen i Molde  
v/Hildegunn Sundal  
Postboks 2110  
6402 MOLDE

Deres ref:  
Saksbehandler: IAL  
Vår ref: 07/3088-  
Dato: 14.06.2007

**Søknad om dispensasjon fra taushetsplikten ifm forskning - Barn innlagt i sykehus - samarbeid mellom foreldre og sykepleier**

Sosial- og helsedirektoratet viser til søknad av 04.06.2007 om dispensasjon fra taushetsplikten samt til telefonsamtale den 14.06.2007 hvor prosjektet og de juridiske sidene av dette ble diskutert.

Som nevnt er det direktoratets vurdering at dispensasjon fra taushetsplikten ikke er nødvendig for gjennomføringen av prosjektet. Det rettslige utgangspunktet er helsepersonelloven (hlsp) § 21 som slår fast at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger forutsetter hjemmelsgrunnlag: Alternative hjemmelsgrunnlag kan blant annet være gyldig samtykke fra pasienten, jf. hlsp § 22, eller dispensasjon fra taushetsplikten, jf. hlsp § 29. Dersom det innhentes gyldig samtykke, er det ikke nødvendig med dispensasjon fra taushetsplikten.

I denne studien er det lagt opp til at det skal innhentes samtykke fra både foreldre og involvert helsepersonell. For at det skal være mulig å gjennomføre prosjektet med samtykke, kreves det at samtykket fra er informert. Dette vil si at de aktuelle personene må ha fått informasjon om hvilke opplysninger samtykket gjelder, hvordan disse skal anvendes og eventuelt konsekvensen av dette. Det kreves videre at personen har forstått hva prosjektet dreier seg om og hva som er dets formål og metode. Videre må det opplyses om at det er frivillig å ikke delta, at manglende samtykke ikke vil få noen behandlingsmessige konsekvenser samt at man når som helst kan trekke seg fra studien.

Det følger videre av helsepersonelloven § 22 annet ledd at pasientrettighetslovens representasjonsregler, pasrl §§ 4-4 og 3-4 annet ledd, gjelder tilsvarende for samtykke etter helsepersonelloven. Dette innebærer at foreldre i et prosjekt som det omsøkte, kan samtykke på vegne av sine barn. Det må imidlertid forutsettes at barna på ingen måte kan ta skade av deltakelse i prosjektet.

Med vennlig hilsen



Ragnhild Castberg e.f.  
avdelingsdirektør



Ingunn Alvik  
rådgiver

**Sosial- og helsedirektoratet**

Avd. bioteknologi og generelle helselover  
Ingunn Alvik, Tel: 24 16 34 88

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo  
Tel: 810 20 050 • Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no





# Vedlegg 5



Avs.; Hildegunn Sundal  
Privat adr.; Margareta Dahls gate 30,  
6413 Molde  
Privat tlf.; 71254131  
Privat mobil; 48078771  
Arb. adr.; Høgskolen i Molde,  
Britvn. 2, Pb. 2110, 6402 Molde  
Tlf. arb.; 71214045  
Mailadr.; hildegunn.sundal@himolde.no

Molde

Til

## **Søknad om tillatelse til å utføre et forskningsprosjekt ved barneavdelingen ved ..... sykehus knyttet til prosjektet; Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier**

Jeg holder på med doktorgradsstudier ved Universitetet i Bergen og er for tiden doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Molde. I forbindelse med studiene ønsker jeg å gjøre et forskningsprosjekt med tema ” Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier”. Min bakgrunn er at jeg er sykepleier med 30 års erfaring. I ca. ti år som høyskolelektor har jeg hatt et utviklings-, undervisnings- og veiledningsansvar for sykepleie til barn i sykehus i sykepleieutdanningen. Min tidligere hovedfagsstudie omhandlet også tema barn innlagt i sykehus. I tillegg har jeg sammen med to andre samarbeidspartnere gjennomført en spørreundersøkelse om samme tema. Jeg er i den planlagte studien interessert i å finne ut hvilke erfaringer foreldre har ved å dele ansvar og arbeid med sykepleier, når barnet er innlagt i barneavdelingen. Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskap om de erfaringene foreldre og sykepleier har ved å samarbeide om barnet innlagt i barneavdeling. Dette for at samarbeidsforholdene kan forbedres til beste for barnet.

Tema for forskningsprosjektet er: Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier. Problemstillingen er: Hvordan erfarer foreldre og sykepleier å dele ansvar og arbeid i daglig omsorg av barnet, innlagt i barneavdeling?

Tilnærming og metode: Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Metoden er deltakende observasjon og kvalitative forskningsintervju. Intervjuene vil bli gjennomført i ettertid av innleggelsen eller ved utreise.

Jeg ønsker å gjøre deltakende observasjon over en periode i barneavdelingen for å samle data til forskningsprosjektet. Observasjonssituasjonene velges ut fra utvalgsriterier. Ut fra de situasjoner som jeg har observert ønsker jeg å gjøre intervju for videre datasamling. Jeg vil kun samle data knyttet til personer som har gitt sitt informerte samtykke. Fordi jeg selv ikke arbeider ved sykehuset ønsker jeg i observasjonsperioden å få tillatelse til å inneha hospitantstatus ved avdelingen og slik skrive under taushetsløftet. Dette fordi jeg ved oppholdet i avdelingen kommer til å få innsikt i pasientsituasjoner. Nærmere begrunnelser er at jeg får kjennskap til andre pasientsituasjoner og ser andre samarbeidssituasjoner mellom

pasienter og personalet, enn de som jeg samler data om gjennom deltakende observasjon, og som er basert på det informerte samtykket.

Prosjektet er tilrådd av Regionale komité for medisinsk forskningsetikk (se vedlegg). Prosjektet er meldt til Personvernombudet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (se vedlegg).

### **Utvelgelse av situasjoner for deltakende observasjon og intervju:**

Jeg vil være til stede i avdelingen over en periode på noen måneder. Først vil jeg bruke tid på å hospitere ved den/de aktuelle barneavdelingen(e) for å bli kjent. Jeg ønsker å observere 8 - 10 samarbeidssituasjoner mellom foreldre og sykepleier over tid.

Når det gjelder utvalg av situasjoner med foreldre, vil avdelingssykepleier i starten gjøre et utvalg av foreldre med barn som fyller utvalgskriteriene. Jeg vil følge opp den situasjonen over tid, med å oppholde meg på dag-, kvelds- og nattevakter til barnet blir utskrevet. Deretter velges det ny situasjon. Jeg vil gjennom avdelingssykepleier innhente det informerte samtykke fra foreldre.

Samarbeidssituasjonene rundt foreldre og barnet vil være uforutsigbare med hensyn til hvem av sykepleierne som vil inngå, derfor vil jeg på forhånd gjennom avdelingssykepleier innhente samtykke fra alle sykepleierne knyttet til avdelingen.

Jeg vil ved utreise eller etter utreise gjøre intervju av foreldre og sykepleier fra de observerte samarbeidssituasjonene. Den sykepleieren som i den konkrete samarbeidssituasjonene har hatt flest ansvarsvakter for barnet i innleggelsesperioden, vil bli forespurt om å intervjues. Intervjuet kan skje på sykehuset ved utreisetidspunktet om foreldrene ønsker det eller etter hjemkomst, men innen 1 måned. Sykepleier ønsker jeg å intervju snarest mulig etter utreise eller ved utreise.

Faglig veileder for prosjektet er sykepleier / jordmor / dr. polit. / professorstipendiat Gunnhild Blåka ved Universitetet i Bergen og biveileder er sykepleier / intensivsykepleier / dr. polit. Else Lykkeslet ved Høgskolen i Molde.

Jeg sender med prosjektskissen. Når jeg har fått innvilget tillatelse til å gjennomføre prosjektet av dere, sender jeg kopi av denne søknaden for å informere avdelingen der prosjektet skal utføres.

Med vennlig hilsen  
Hildegunn Sundal

Vedlegg:  
Prosjektskisse  
Godkjenning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk – REK - Midt - Norge  
Tillatelse fra Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste – NSD  
Informasjonsskriv med samtykke fra foreldre  
Informasjonsskriv med samtykke fra sykepleier

Kopi:

# Vedlegg 6



**Avtale om tillatelse gitt til Hildegunn Sundal til å gjennomføre prosjektet:  
Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier, ved  
barneavdelingen ved \_\_\_\_\_ i perioden 20. august 2007 og ca et  
halvt år fremover i tid**

**Tema for forskingsprosjektet er: Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier.**

**Problemstillingen er: Hvordan erfarer foreldre og sykepleier å dele ansvar og arbeid i daglig omsorg av barnet, innlagt i barneavdeling?**

Avtalingsoverlege C. ...	underskrift - Avdelingssykepleier	underskrift
<u>19/07</u>	<u>19/07</u>	<u>19/07</u>
Sted Dato	Underskrift	Sted Dato Underskrift





# Vedlegg 7



Informasjonsskriv til sykepleier ved barneavdelingen

## **Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse av: Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier**

### **Hensikt**

Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskap om de erfaringene foreldre og sykepleier har ved å samarbeide om barnet innlagt i barneavdeling. Dette for at samarbeidsforholdene kan forbedres til beste for barnet.

### **Tema og problemstilling**

Tema for forskningsprosjektet er: Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier. Problemstillingen er: Hvordan erfarer foreldre og sykepleier å dele ansvar og arbeid i daglig omsorg av barnet, innlagt i barneavdeling?

### **Deltakelse og studiens fremgangsmåte**

Forespørselen gjelder om du som sykepleier ved barneavdelingen kan tenke deg å delta i forskningsprosjektet. Å delta i prosjektet for deg kan være todelt. Det innebærer for det første at prosjektleder er til stede på dine vakter og observerer hva som skjer når du samarbeider med foreldre om barnet. Selv om prosjektleder ikke skal ha noen direkte utøvende rolle i forhold til verken deg som sykepleier, barnet eller foreldre, må prosjektleder være sammen med dere for å se hvordan dere samarbeider. Det innebærer også å delta i rapporteringssystemet og de uformelle samtale, mellom deg og personalet utenom pasientsituasjonene. Prosjektleder vil underveis vurdere om det kan være aktuelt å opptre litt på egenhånd sammen med foreldre og barnet, for å bli kjent med dem og situasjonen deres. En vil opptre med varhet og ta hensyn til familiens behov.

Deretter kan du bli intervjuet om dine erfaringer ved å samarbeide med foreldre. Det vil skje ved utreise av barnet eller etter hjemreise. Det er ikke alle sykepleiere som prosjektleder har observert samarbeidet med foreldre som en ønsker å intervju. Dersom du blir valgt til å intervjues er du en av åtte til ti sykepleiere. Intervjuet er som en vanlig samtale og vil ta ca. en time. I samtalen tas det utgangspunkt i de konkrete samarbeidssituasjonene som har foregått. Intervjuet tas opp på bånd for at ikke viktig informasjon skal gå tapt. Det vil bli gjort nærmere avtale om tid og sted for intervjuet.

### **Frivillighet**

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere eller at det får noen konsekvenser for deg som sykepleier. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data bli slettet. Prosjektet skal resultere i en avhandling og artikler som skal publiseres i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter. En vil gjøre oppmerksom på at data ikke kan slettes etter at avhandlingen og artiklene er skrevet.

### **Taushetsplikt**

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i avhandlingen og de publiserte artiklene. Opplysningene fra observasjonene og

intervjuene blir avidentifiserte og opptakene slettes når prosjektet er ferdig innen høsten 2010. Prosjektleder og prosjektmedarbeidere har taushetsplikt i henhold til Helsepersonelloven § 21 og Forvaltningsloven § 13.

### **Tillatelse til forskningsprosjektet**

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Midt-Norge. Det er i tillegg gitt tillatelse til å gjennomføre forskningsprosjektet av avdelingsoverlege..... ved barneavdelingen ved.....sykehus.

### **Hvem prosjektleder er**

Mitt navn er Hildegunn Sundal. Jeg er sykepleier, lektor ved sykepleieutdanningen og nå også doktorgradstudent ved Universitetet i Bergen. Jeg arbeider ved Høgskolen i Molde. I forbindelse med studiene ønsker jeg å gjøre forskningsprosjektet ”Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier”. Gjennomføringen av prosjektet i barneavdelingen skjer fra høsten 2007 til høsten 2008, men etterarbeidet foregår til høsten 2010.

### **Prosjektleders faglige veiledning**

Faglig veileder for prosjektet er sykepleier / jordmor / dr.polit. / professorstipendiat Gunnhild Blåka ved Universitetet i Bergen og biveileder er sykepleier / intensivsykepleier / dr.polit. Else Lykkeslet ved Høgskolen i Molde.

### **Avslutning**

Dersom du har lyst til å være med på observasjon og intervju, skriver du under de to vedlagte samtykkeerklæringene og gir den ene til avdelingssykepleier ..... på barneavdelingen. Den andre beholder du selv.

Hvis det er spørsmål kan jeg nås på følgende telefonnummer;

Hjemmetelefon; 71254131,

Jobbtelefon; 71214045

Privat mobiltelefon; 48078771

Vennlig hilsen

Hildegunn Sundal

(prosjektleder)

## SAMTYKKEERKLÆRING

Samtykkeerklæring vedrørende prosjektet; **Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier**. Jeg har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta i prosjektet.

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift av sykepleier: \_\_\_\_\_



# Vedlegg 8





Informasjonsskriv til foreldre ved barneavdelingen

## **Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse av: Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier**

### **Hensikt**

Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskap om de erfaringene foreldre og sykepleier har ved å samarbeide om barnet innlagt i barneavdeling. Dette for at samarbeidsforholdene kan forbedres til beste for barnet.

### **Tema og problemstilling**

Tema for forskningsprosjektet er: Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier. Problemstillingen er: Hvordan erfarer foreldre og sykepleier å dele ansvar og arbeid i daglig omsorg av barnet, innlagt i barneavdeling?

### **Deltakelse og studiens fremgangsmåte**

Forespørselen gjelder om du som foreldre til barn innlagt i barneavdelingen, kan tenke deg å delta i forskningsprosjektet. Å delta i prosjektet for deg er todelt. Det innebærer for det første at prosjektleder er til stede og observerer hva som skjer når du samarbeider med sykepleiere. Selv om prosjektleder ikke skal ha noen direkte utøvende rolle i forhold til verken deg som foreldre, barnet eller sykepleier, må prosjektleder være sammen med dere for å se hvordan dere samarbeider. En vil opptre med varhet og ta hensyn.

Deretter blir du intervjuet om dine erfaringer ved å samarbeide med sykepleier. Det vil skje ved utreise av barnet eller etter hjemreise. Du er en av åtte til ti foreldre som intervjues. Intervjuet er som en vanlig samtale og vil ta ca. en time. I samtalen tas det utgangspunkt i de konkrete samarbeidssituasjonene som har foregått. Intervjuet tas opp på bånd for at ikke viktig informasjon skal gå tapt. Det vil bli gjort nærmere avtale om tid og sted for intervjuet.

### **Frivillighet**

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere eller at det får noen konsekvenser for deg som foreldre og for barnet ditt. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data bli slettet. Prosjektet skal resultere i en avhandling og artikler som skal publiseres i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter. En vil gjøre oppmerksom på at data ikke kan slettes etter at avhandlingen og artiklene er skrevet.

### **Taushetsplikt**

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i avhandlingen og de publiserte artiklene. Opplysningene fra observasjonene og intervjuene blir avidentifiserte og opptakene slettes når prosjektet er ferdig innen høsten 2010. Prosjektleder og prosjektmedarbeidere har taushetsplikt i henhold til Helsepersonelloven § 21 og Forvaltningsloven § 13.

### **Tillatelse til forskningsprosjektet**

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og godkjent av Regional komitè for medisinsk forskningsetikk Midt-Norge. Det er i tillegg gitt tillatelse til å gjennomføre forskningsprosjektet av avdelingsoverlege..... ved barneavdelingen ved.....sykehus.

### **Hvem prosjektleder er**

Mitt navn er Hildegunn Sundal. Jeg er sykepleier, lektor ved sykepleieutdanningen og nå også doktorgradstudent ved Universitetet i Bergen. Jeg arbeider ved Høgskolen i Molde. I forbindelse med studiene ønsker jeg å gjøre forskningsprosjektet ”Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier”. Gjennomføringen av prosjektet i barneavdelingen skjer fra høsten 2007 til høsten 2008, men etterarbeidet foregår til høsten 2010.

### **Prosjektleders faglige veiledning**

Faglig veileder for prosjektet er sykepleier / jordmor / dr.polit. / professorstipendiat Gunnhild Blåka ved Universitetet i Bergen og biveileder er sykepleier / intensivsykepleier / dr.polit. Else Lykkeslet ved Høgskolen i Molde.

### **Avslutning**

Dersom du har lyst til å være med på observasjon og intervju, skriver du under de to vedlagte samtykkeerklæringene og gir den ene til avdelingssykepleier .....på barneavdelingen. Den andre beholder du selv.

Hvis det er spørsmål kan jeg nås på følgende telefonnummer;

Hjemmetelefon; 71254131,

Jobbtelefon; 71214045

Privat mobiltelefon; 48078771

Vennlig hilsen

Hildegunn Sundal

(prosjektleder)

## SAMTYKKEERKLÆRING

Samtykkeerklæring vedrørende prosjektet; **Barn innlagt i sykehus – samarbeid mellom foreldre og sykepleier**. Jeg har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta i prosjektet.

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift av foreldre: \_\_\_\_\_



# Vedlegg 9



**Referanser i kapittel 6 i Pediatri og pediatrik sykepleie av Grønseth & Markestad 2011/1998**

4. Small, L. (2002). Early Predictors of Poor Coping Outcomes in Children Following Intensive Care Hospitalization and Stressful Medical Encounters. *Pediatric Nursing*, 28 (4): 393–401.
8. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). Pårørendes erfaringer med somatiske barneavdelinger i 2005. Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse. Rapport nr. 3 (PasOpp-rapport). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
9. Espeland, K. (1997). Foreldreopplevelser når barnet er innlagt på barneavdelingen. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for sykepleievitenskap.
12. Runeson, I. mfl. (2002). Children's needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. *International Journal of Nursing Practice*, 8: 158–166.
22. Bruce, E. (2009). Management of Painful Procedures. I: Twycross, A., S.J. Dowden og E. Bruce (red.). *Managing Pain in Children – a clinical guide*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
36. Ahmann, E. og M.E. Broome (2000). Helping parents support their child in pain. *Pediatric Nursing*, 26 (3): 315–318.
37. LeRoy, S. mfl. (2003). Recommendations for Preparing Children and Adolescents for Invasive Cardiac Procedures. A Statement From the American Heart Association Pediatric Nursing Subcommittee of the Council on Cardiovascular Nursing in Collaboration With the Council on Cardiovascular Diseases of the Young. [www.circulationaha.org](http://www.circulationaha.org).
38. McMurtry, C.M., C.T. Chambers, P.J. McGrath og E. Asp. (2010). When «don't worry» communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain*, 150: 52–58.
51. Blue-Banning, M., J.A. Summers, H.C. Frankland, L.L. Nelson og G. Beegle (2004). Dimensions of Family and Professional Partnerships: Guidelines for Collaboration. *Exceptional Children*, 70 (2): 167–184.
52. Board, R. og N. Ryan-Wenger (2000). State of the Science on Parental Stress and Family Functioning in Pediatric Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 9 (2): 106–124.
55. Fisher, H. (2001). The needs of parents with chronically sick children: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (4): 600–607.
56. Shields, L., J. Pratt og J. Hunter (2006). Family centered care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 1317–1323.
57. Corlett, J. og A. Twycross (2006). Negotiation of parental roles within family-centered care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 1308–1316.

60. Miles, M.S. (2003). Support for Parents During a Child's Hospitalization. *American Journal of Nursing*, 103 (2): 62–64.
65. Fegran, L., S. Helseth og Å. Slettebø (2006). Nurses as Moral Practitioners Encountering Parents in Neonatal Intensive Care Units. *Nursing Ethics*, 13 (1): 52–64.
66. Ygge, B.M. (2007). Nurses' perceptions of parental involvement in hospital care. *Pediatric Nursing*, 19 (5): 38–40.
68. Shields, L., J. Pratt, L. Davis og J. Hunter (2007). Family-centered care for children in hospital (Review). *The Cochrane Library*, 2.



# Vedlegg 10







# Vedlegg 11



HILDEGUNN SUNDAL  
MARGARETA DAHLS GATE 30  
6413 MOLDE

Deres ref.:  
Vår ref.: 12/10063-4  
Saksbehandler: Inger Johanne Bakken  
Dato: 04.01.2013

**Angående din bestilling av data fra Norsk pasientregister (NPR)**

Helsedirektoratet avd. Norsk pasientregister (NPR) viser til din databestilling av 12.12.2012.

Det er oppgitt at det er behov for data om antall barn < 18 år innlagt i barneavdeling 4400 og antall barn i somatiske «voksenavdelinger» i 2011, unntatt barn i fødeavdelinger 2600. Det er oppgitt at materialet skal brukes i forbindelse med et doktorgradsarbeid om barn i sykehus.

Avdelingskodeverket er dessverre ikke tilrettelagt på en slik måte at det enkelt lar seg gjøre å skille ut barneavdelingene. Vi må derfor avslå søknaden din om utlevering av data.

Vennlig hilsen

Unn Elisabeth Huse e.f.  
avdelingsdirektør

Inger Johanne Bakken  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

**Helsedirektoratet - Divisjon helseøkonomi og finansiering**

Avdeling norsk pasientregister

Inger Johanne Bakken, tlf.: 98245149

Postboks 6173, Sluppen • Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no





# Vedlegg 12



## **Virginia Hendersons 14 grunnleggende behov:**

Å hjelpe pasienten med disse funksjoner eller skape forhold som vil sett ham istand til å:

1. puste normalt.
2. spise og drikke tilstrekkelig.
3. få fjernet kroppens avfallsstoffer.
4. opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger sitter, går og står og med å skifte stilling.
5. sove og hvile.
6. velge passende klær og sko, og å kle av og på seg.
7. opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur.
8. holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet.
9. unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre.
10. få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser.
11. praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.
12. arbeide med noe, som gir følelse av å utrette noe.(Produktiv sysselsetting.)
13. finne underholdning og fritidssysler.
14. lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.

Henderson, V. A. & Norsk sykepleieforbund 1961/1960: 17-18



## ERRATA

- Side 14: linje 22: registrerings prosedyrer **endret til** registreringsprosedyrer
- Side 20: linje 15: (Foucault 2002/1994b: 225) **endret til** (*Foucault 2002/1994b: 225*)
- Side 25: linje 18: 134 år **endret til** 136 år
- Side 28: linje 12 og linje 21: Kjeldstadli (2010/1992: 197-207) **endret til** Kjeldstadli (2010/1992: 151-154, 197-207)
- Side 29: linje 1 og 32: Kjeldstadli (2010/1992: 197-207) **endret til** Kjeldstadli (2010/1992: 151-154, 197-207)
- Side 31: linje 10: 1952-1990 **endret til** 1852-1990
- Side 40: linje 9-10: (Wadel 2006/1991: 9) **endret til** (*Wadel 2006/1991: 9*)
- Side 91: linje 11: (Rousseau 2010/1762: 18) **endret til** (*Rousseau 2010/1762: 18*)
- Side 104: linje 13: (Hertz 1925: 53) **endret til** (*Hertz 1925: 53*)
- Side 107: linje 26: (Klepaker 1992: 136-140) **endret til** (*Klepaker 1992: 136-140*)
- Side 115: linje 37: (Brydolf m.fl. 1979: 9-14) **endret til** (*Brydolf m.fl. 1979: 9-14*)
- Side 118: linje 3 og linje 5: (Weium 2003: 3585-3587, jf. bilde ovenfor) **endret til** (*Weium 2003: 3585-3587, jf. bilde ovenfor*)
- Side 119: linje 2: (Weium 2003: 3585-3587, jf. bilde ovenfor) **endret til** (*Weium 2003: 3585-3587, jf. bilde ovenfor*)
- Side 131: linje 28: (jf. kap3.7 om ytre ressurser) **endret til** (jf. kap.3.7 om ytre ressurser)
- Side 134: linje 36: *forfatterens* **endret til** *forfatternes*
- Side 149: linje 20: best. **endret til** best
- Side 151: linje 23: (intervju med Sunnivas sykepleier 2, side 5) **endret til** (*intervju med Sunnivas sykepleier 2, side 5*)
- Side 163: linje 31: (Domaas m.fl. 1941: 2) **endret til** (*Domaas m.fl. 1941: 2*)
- Side 170: linje 18: (Tveiten 1987: 7) **endret til** (*Tveiten 1987: 7*)
- Side 176: linje 22: (Tveiten 1987: 19-20) **endret til** (*Tveiten 1987: 19-20*)
- Side 176: linje 38: *forfatterens* **endret til** *forfatternes*
- Side 178: linje 5: (Robertson 1967) **endret til** (*Robertson 1967*)
- Side 178: linje 22: (jf. kap.3.5) **endret til** (jf. kap.3.5, kap.3.5.1 og kap.3.5.2)
- Side 194: linje 32: *oversikt* **endret til** *oversigt*

