

R

Fra 1960-tallet har det blitt forventet at foreldre skal være inkludert i pleien av barn på sykehus

Hildegunn Sundal, Karin Anna Petersen og Jeanne Boge

Sammendrag

I perioden 1877–1940 var foreldre sjelden nevnt i norske lærebøker i sykepleie når barn på sykehus var omtalt. I 1941 utgis den første norske læreboken der det argumenteres for at foreldre bør få besøke barna sine når de er på sykehus. På 1960-tallet tas dette videre og det argumenteres i lærebøkene for at foreldre bør få delta i pleien av barn på sykehus. Siden slutten av 1980-tallet har det i norske lærebøker i sykepleie vært argumentert for omfattende foreldredeltakelse når barn er på sykehus. I denne artikkelen har vi undersøkt og drøftet mulighetsbetingelsene for inklusjonsargumentasjonen som oppstod i norske lærebøker i sykepleie på midten av 1900-tallet. Vi har argumentert for at inklusjonsnormene oppstod fordi det var til beste for barnet, men også samfunnsmessig og økonomisk fordelaktig at foreldre var sammen med barna sine på sykehus. Analysene er gjort i forlengelsen av den franske filosofen Michel Foucaults utlegninger om selvstyrt disiplinering.

Abstract

The first Norwegian nursing textbook that argued for the parents' right to visit their children in hospital was published in 1941. The first nursing textbook to argue for the parents' right to participate in the care of their hospitalized children was published in 1968. From 1987, Norwegian nursing textbooks have advocated full parental participation when children are in hospital. In this article, we present results from an analysis of the inclusion argumentation in Norwegian nursing textbooks and we discuss the ideological and political context that made such inclusion ideas possible. We have argued that the inclusion argument occurred because it may be in the child's best interest, and financially beneficial to society that parents were together with their hospitalized children. The analyses are done based on the French philosopher Michel Foucault's theories on disciplinary technologies of the self.

Introduksjon

I dag er det vanlig at foreldre er sammen med barna sine når de er på sykehus, men det har ikke alltid vært slik. Det finnes mange historier fra tidligere tider om barn som var alene på sykehus, og i perioden 1877–1940 er foreldre sjelden nevnt i norske

lærebøker i sykepleie som skriver om barn på sykehus (Sundal 2014; Sundal, Petersen og Boge 2015).

Overordnet spørsmål

Når oppstod normene om at foreldre skulle være sammen med barna sine på sykehus og hva gjorde dette mulig?

Tidligere studier

Tidligere studier av norske og danske lærebøker i sykepleie viser at det oppstår nye måter å tenke om sykepleie på midten av 1900-tallet. Den norske mastergradsstudenten Hilde Storum (2014) undersøkte hvordan norske lærebøker i sykepleie har skrevet om sykepleiedokumentasjon. Hun viser at fra midten på 1900-tallet er det pasientens behov som skal være utgangspunkt for sykepleiedokumentasjon. Denne behovstenkningen forsterkes på 1970-tallet med en dreining av fokus til å inkludere også pasientens subjektive opplevelse av sykdom og helsesvikt i sykepleiedokumentasjonen. Behovsargumentasjonen er ikke særnorsk. Den danske sykepleieforskeren Kirsten Beedholms (2003/2002) analyser av danske lærebøker i sykepleie viser at fra midten av 1900-tallet argumenteres det for at pasienten har grunnleggende behov som sykepleier skal ivareta og at det er behov for sykepleier som medmenneske. Denne nye pasientsentrerte sykepleien videreutvikles til at sykepleier på 1980-tallet skal ha omsorg for pasient-relasjonen og det mellommenneskelige. Behovstenkningen blir blant annet legitimert ved hjelp av psykologi og det relasjonelle ved hjelp av den norske sykepleieforskeren Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Også den danske sykepleieforskeren Kirsten Frederiksen (2005) analyser av lærebøker viser at behovstenkningen får en sentral plass i sykepleie på midten av 1900-tallet. Det argumenteres blant annet for at sykepleier skal ivareta pasientens behov på en hensynsfull måte og for at sykepleier bør være et medmenneske som vil hjelpe. De tidligere nevnte studier omfatter sykepleie generelt i Norge og Danmark, mens denne studien har fokus på sykepleie til barn innlagt på sykehus i Norge og inkluderingen av foreldre i pleien, hvilket ikke er beskrevet før.

Hensikt

Hensikten med denne artikkelen er å vise utviklingen av sykepleiefagets tenkning om foreldreinkludering når barn er på sykehus, og å få frem samfunnsmessige forhold som gjorde det mulig å tenke seg at foreldre kunne være sammen med barna sine når de var på sykehus.

Teori

Studiene til Beedholm (2003/2002), Frederiksen (2005) og Storum (2014) ovenfor viser at det oppstod en humanistisk dreining i tenkningen i sykepleiefaget på midten av 1900-tallet. De tre nevnte studiene ble gjort i forlengelsen av den franske filosofen Michel Foucaults teorier om selvstyrende disiplinering. På bakgrunn av studiene ovenfor har analysene våre vært basert på en teori om at tenkningen om å inkludere foreldre når barn er på sykehus kan ha oppstått på midten av 1900-tallet, fordi det oppstod en humanistisk dreining i faget på den tiden (jf. studier ovenfor). Som i de tre nevnte studiene har våre analyser også blitt gjort i forlengelsen av Foucault, og hans argumentasjon om at styresmakter i moderne demokratiske samfunn har brukt humanistisk viten til å få enkeltindivider til å styre seg selv (selvstyrt disiplinering) i pakt med det som blir regnet for samfunnsnyttig. Viten er makt, og kan brukes til å styre samfunn i bestemte retninger ved å disiplinere individene. I moderne vestlige samfunn danner maktens disiplinerende sammenkobling med viten grobunn for fremveksten av vitenskapelige «disipliner» om det moderne individ, og humanvitenskapene oppstår. Mennesket gjøres til gjenstand for prosesser og prosedyrer for å fremskaffe viten om dem, for så å styre dem. I historisk sammenheng og ut fra Foucaults tenkning

er det som holdes som «sannhet» foranderlig, og det innebærer at den menneskelige fornuft er foranderlig. Ny viten skaper brudd eller transformasjoner i tankeformer og rasjonalitet som iscenesetter praktikker (jf. praktikk nedenfor) og avslører den vilje til makt som denne viten uttrykker. Det etableres vitensregimer, også omtalt som «sannhetsregime», der understøttende viten oppstår samtidig med praktikkene. De to størrelsene har ikke nødvendigvis noe med hverandre å gjøre, men de legitimerer hverandre under gitte samfunnsmessige betingelser. På den måten kommer det frem hvilken viten som muligjgjøres og som iscenesetter praktikker, og vitenpraktikker oppstår. I den forbindelse er nye normers oppkomst spesielt interessant, fordi nye praktikknormer innebærer et brudd med tidligere tenkemåter. Når slike endringer oppstår undersøkes de samfunnsmessige betingelsene som gjorde det mulig for de nye normene å oppstå og det undersøkes videre hvilken viten som kan ha understøttet praktikknormene. Begrepet praktikk kommer fra det franske ordet «pratique» som blir oversatt til «practice» på engelsk. Det benyttes her som et akademisk begrep som handler om det mennesker gjør i en sosial kontekst (Foucault 1999/1976, 2008/1975).

Metodologi og undersøkelsesteknikker

Foucault arbeidet arkeologisk for å analysere seg frem til praktikktenkningens oppkomst av normer, for så å gjøre genealogiske analyser av de vitenmessige og samfunnsmessige mulighetsbetingelsene for praktikktenkningen. Arkeologi dreier seg om å grave frem og lete i fortiden for å forstå nåtiden, dvs. å avdekke oppkomsten til en praktikktenkning. Genealogi viser til de samfunnsmessige og vitenmessige mulig-

hetsbetingelsene for at en praktikktenkning blir mulig, omtalt som en praktikktenknings herkomst. Når en har funnet frem til oppkomsttidspunktet for en praktikktenkning, det vil si til tidspunktene for endringer, transformasjoner og brudd med tidligere normer stanser en opp og gjør genealogiske analyser av herkomsten, altså samfunnskonteksten med tilhørende vitensregimer som gjorde det mulig å skrive om praktikktenkningen på nye måter (Foucault 1999/1976). Foucault omtaler disse undersøkelsene av gjøremål og tenkemåter som undersøkelser av praktikker (Foucault 2002/1994: 225–258; Boge m.fl. 2016).

- Viten er makt, og kan brukes til å styre samfunn i bestemte retninger ved å disiplinere individene.

Inspirert av Foucaults måte å forske på, har vi undersøkt når en i lærebøker i sykepleie begynte å argumentere for at foreldre burde få være sammen med barna sine på sykehus (oppkomst). Videre har vi undersøkt samfunnsmessige forhold og viten som gjorde normene om inklusjon av foreldre mulig (herkomst). Viten blir forstått i lys av Foucault som et overordnet og vidt begrep i kraft av å være knyttet til bestemte praktikkformer, der kunnskap erverves og utøves, og kunnskap handler om ideer, teorier, forestillinger eller mentaliteter. Foucaults vitensbegrep omfatter med andre ord mer enn bare vitenskapelig kunnskap (Sundal 2014).

Undersøkelsene av oppkomsten til inklusjonsargumentasjonen er gjort ved hjelp av følgende spørsmål:

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

Når ble foreldre inkludert i pleien av barn på sykehus?

Hvordan ble foreldre inkludert i pleien av barn på sykehus?

Spørsmålene ovenfor har blitt stilt til tilgjengelige norske lærebøker i sykepleie. Lærebøker er normative kilder, og vi har analysert dem som offentlige dokument om hvordan det tenkes om sykepleie i Norge i aktuelle tidsrom (Foucault 2002/1994: 225). Vi har med andre ord analysert de skriftlige lærebokskildene som uttrykk for det offisielle synet på hvordan foreldreinkludering bør gjøres i sykepleiefaget.

Den første norske lærebok i sykepleie ble skrevet av diakonisse Rikke Nissen i 1877 (Nissen 2000/1877). I perioden 1877–1940 ble det gitt ut 4 lærebøker i sykepleie. Fra 1941 og frem til 2015 har det blitt skrevet en rekke lærebøker i sykepleie (Weberg og Sundal 1941; Domaas m.fl. 1951/1941; Hoven, Tveit og Tveit 1960/1941; Sundal 1960/1941; Hauen 1967; Andersen 1968; Torp 1968; Tveiten 1987; Grønseth og Markestad 2011/1998). Fra slutten av 1980-tallet har Norge hatt egne lærebøker i barnesykepleie (Tveiten 1987; Grønseth og Markestad 2011/1998). I våre analyser har vi vektlagt både det som er skrevet og det som ikke er skrevet om foreldre på sykehus. Vi har sett på i hvilke pleiesammenhenger barn nevnes men ikke foreldre og det motsatte når foreldre nevnes og ikke barn, og hvordan foreldrene nevnes når de nevnes. Slik har vi forsøkt å tidfeste inklusjonen av foreldre i pleien av barn på sykehus, og hvordan slik inklusjon har vært tenkt.

For å utfordre og underbygge tenkningen som kom til uttrykk i lærebøkene og for å finne ut om foreldre var inkludert, analyserte vi skriftlige kilder som skjønnlitterære bøker, artikler, studier, sykehus- og hospitalhistoriske bøker m.m. (Evensmo

1954; Wergeland 1954; Elster 1990; Grindaker 1993; Seip 1993; Weium 2003), i tillegg til foto fra norske sykehus tatt i perioden 1940–2013 (Elster 1990; Grindaker 1993; Seip 1993; Weium 2003). Basert på fotografier av barn på sykehus har vi vurdert situasjonen som er avbildet, hvilke situasjon handler det om, hva gjør personen(e) i disse situasjonene og hvem er til stede sammen med barnet/barna m.m. De skriftlige kildene er analysert med utgangspunkt i hva som er skrevet og ikke skrevet om foreldre. Tekstkildene er en kombinasjon av primære og sekundære kilder, der sekundære forstås som kilder basert på andres retrospektive analyser og primære forstås som tidsriktige originalkilder.

Da vi hadde analysert inklusjonsargumentasjonens oppkomst, kunne vi undersøke hvilken viten som gjorde det mulig for inklusjonspraktikkene å oppstå. Vi stilte følgende spørsmål: *Hvilken viten oppstod samtidig med og/eller var rådende på den tiden da inklusjonsargumentasjonen av foreldre i pleien oppstod?*

I analysene av underliggende viten har vi basert oss på de ovenfor nevnte lærebøkene i sykepleie.

Analysene av de samfunnsmessige mulighetsbetingelsene ble gjort ved hjelp av følgende spørsmål: *Hvordan var samfunnskonteksten som gjorde argumentasjonen om foreldrenes inklusjon i pleien mulig?* For å kunne svare på dette spørsmålet baserte vi oss på offentlig tilgjengelige myndighetsregler/-forskrifter, skjønnlitterære bøker, artikler, studier, verker om barndomshistorie, helsevesenets historie og sykehus- og hospitalhistoriske bøker fra perioden 1940–2013 (Evensmo 1954; Wergeland 1954; Helsedirektoratet 1969; Elster 1990; Grindaker 1993; Seip 1993; Sosialdepartementet 1979; 1989/1988; Foucault 2002/1994: 225; Wium 2003; Sundal 2014: 25–27).

Tekstkildene er også her en kombinasjon av primære og sekundære kilder.

Resultat

Nedenfor gjør vi rede for resultatene av analysene av oppkomsten og herkomsten til normene om at foreldre bør få være sammen med barna sine når de er på sykehus.

Oppkomsten til inklusjonsnormene

1941–1967: Foreldre kan få besøke barna sine når de er på sykehus

I norske lærebøker i sykepleie fra 1877–1940 skrives det lite eller ingenting om foreldre før 1941 (Sundal 2014: 47–50). I 1941 oppstod den første norske lærebok i sykepleie som omtaler foreldres mulighet til å besøke barn som er innlagt på sykehus. I analysene ble det vektlagt både hva som har blitt skrevet og ikke skrevet om foreldre, og spørsmål ble stilt til tekstene i lærebøker fra perioden 1941–2013. Med utgangspunkt i disse analysene fremstår det en periode hvor foreldre gradvis inkluderes mer og mer (Sundal 2014: 109–115, 130–137).

I 1941 utgis den første norske læreboken i sykepleie som argumenterer for at foreldre bør få besøke barn på sykehus, men at besøksretten bør være begrenset på grunn av infeksjonsfare. I mottakssituasjon vektlegges omtanken for foreldre ved adskillelse fra barnet:

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 (Weberg og Sundal 1941: 200–201).

Læreboken som utgis i 1960 er i bruk frem

til 1967. Besøksnormene er her utvidet til besøk av barnet hver dag og eventuelt to ganger daglig for å ivareta det følelsesmessige hos barnet, men redselen for infeksjoner setter begrensninger i form av glassvegger:

De fleste barnesykehus har innført anledning til vititt 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... mens det sovner inn (Sundal 1960/1941: 65).

Sykerommet til de minste barna bør være forsynt med glass i vegg eller dør, slik at foreldre... kan stå utenfor sykerommet og se hvorledes barnet har det (Sundal 1960/1941: 66).

Adskillelsesnormen ser ut til å vektlegge følelsesmessige sider hos foreldrene også, og at barn og foreldre får tid på seg: «Barnets skrik og fortvilelse sammen med den påkjenning det sikkert er for foreldre å levere et sykt barn fra seg... La foreldrene og barn få tid på seg» (Sundal 1960/1941: 64).

I lærebøkene av 1951 og 1960 understrekes det at sykehus er forbeholdt pasienter som trenger behandling og ikke bare pleie, og det er tydelig at redselen for smitte nå er redusert:

Sykehusene var en gang nærmest oppbevaringsanstalter for kronisk og håpløst syke, og for pasienter med smittsomme sykdommer... Takket være medisinske enorme framskritt... er sykehusene blitt de viktigste sentra for undersøkelse og

behandling av pasienter (Domaas m.fl. 1951/1941: 2; Hoven, Tveit og Tveit 1960/1941: 11).

Kilder som omhandler Rikshospitalets barneavdeling (Grindaker 1993; Seip 1993) bekrefter læreboktekstens beskrivelser av foreldres begrensede besøksmuligheter på 1950-tallet (Weberg og Sundal 1941: 200–201). Dette til tross for en tydelig endring i den offentlige holdningen til foreldrebesøk som reflekteres i Verdens helseorganisasjons (WHO) internasjonale konferanse om barns forhold i sykehus i Stockholm i 1954 der slike besøk anbefales (Wergeland 1954: 607–609). Argumentasjonen mot økt besøkstid ved Rikshospitalets barneavdeling er basert 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).

I 1950 tar norske myndigheter initiativ til å lage opplysningsfilmen *Marianne på sykehus*. I filmens debatt om foreldres besøksrett kan en spore en endring. For å gjøre filmen autentisk, fungerer både leger og sykepleiere fra Rikshospitalet som skuespillere. Et foto som er tatt i forbindelse med filmen viser et barn som ligger i en sykehus-

seng, leger og sykepleiere, men ingen foreldre (Weium 2003: 3585–3587).

Utdraget fra en norsk novelle fra 1950-tallet om en mor som har barn innlagt på sykehus, viser at foreldre har begrenset adgang til sykehuset grunnet smittefare (Evensmo 1954). Fremstillingen korresponderer med andre kilder fra 1950-tallet (Grindaker 1993; Seip 1993). I novellen beskrives møtet mellom mor og barn, med en glassvegg som skille, et møte der sterke følelser utspiller seg og mor og barn ikke får komme nær hverandre (Evensmo 1954):

Det er den hvitkledde mannen som ingenting sier. Og så er hun båret inn på et rom der du ikke får tuse etter... 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 glassveggen... Din plass er utenfor g l a s s v e g g e n (Evensmo 1954: 7–15).

1968–1986: Foreldre kan få pleie barna sine når de er på sykehus

Læreboken fra 1968 som er i bruk frem til 1986, beskriver utvidet besøkstid, og barnet har rett til å ha besøk av foreldre i flere timer om dagen. Viktigheten av at barna får besøk av foreldrene understrekes, med for-

behold om hensyn til smitterisiko eller andre tungtveiende grunner, spesielt for de minste barna. Vi ser at enkelte tidligere argumenter mot foreldrenes besøk av barna nå ikke lenger anses som gyldige, særlig gjelder dette argumentet for at det rett og slett var skadelig for barnet å få besøk av foreldrene da det kunne utløse sterke følger:

Småbarn i sykehus bør ha daglig besøk, hvor ikke smittehensyn eller spesielle psykologisk faktorer motsier dette. Særlig for de yngste... er det viktig at barnet ser moren ofte (Torp 1968: 305).

Mens det tidligere i mange sykehus ikke har vært tillatt med visitter... har de fleste sykehus nå innført visittid for foreldre (Andersen 1968: 316).

Det har vært hevdet at besøk av foreldrene bare gjør barnet vondt... Det er helt naturlig at barnet gråter når de går (Andersen 1968: 317).

Andre tydelige endringer i læreboken fra 1968 er det nye fokuset på at foreldre bør forberede barnet før innleggelse, være til stede i mottakssituasjonen, inkludert legeundersøkelse, og sykepleiere skal hjelpe til når barnet skal skilles fra foreldrene for å ivareta barnet. Det anbefales at sykepleier bruker tid på adskillelsen mellom mor og barn og viser forståelse for situasjonen. Samtidig argumenteres det for at sykepleier må innhente informasjon om barnet når barnets pleie skal overdras fra foreldrene (Andersen 1968: 321–325; Torp 1968: 305).

I læreboken fra 1968 skrives det dessuten at foreldrene bør få stille barnet i mottakssituasjon og under oppholdet. Foruten de nevnte områdene er det å roe barnet når det skal sove og hjelpe barnet å spise aktuelle

situasjoner som foreldre kan delta i. Foreldre kan også delta i behandlingen av barnet, ved for eksempel å sitte hos barnet når det våkner etter anestesi. 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 (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... 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 anestesi (Andersen 1968: 316).

- Eksempelvis bør sykepleier bytte til foreldres råd om valg av tidspunkt for undersøkelser og foreldrene bør gjenta viktig informasjon for barnet.

1987–2013: Foreldre bør delta i pleie og behandling når barn er på sykehus

I læreboken i barnesykepleie som kom ut i 1987 og som var i bruk frem til 1997, forventes det at foreldre deltar i pleie og behandling av barna når de er på sykehus. En slik deltakelse vil hjelpe foreldrene å forstå betydningen av barnets pleie og behandling: «En fin måte å ta vare på begge parter på er å la omsorgspersonene ta del i

pleien og behandling... Det kan også hjelpe dem til å forstå betydningen av, og hensikten med, pleie og behandling» (Tveiten 1987: 16). Foruten at foreldrene bør pleie barnet, bør de også være til stede i situasjoner der behandling, undersøkelser og prosedyrer foregår: «... at omsorgspersonene er til stede i størst mulig grad når barnet er innlagt, og særlig i forbindelse med prøver og undersøkelser ... å ha omsorgspersonen til stede, i alle fall i stressituasjoner (prøver, undersøkelser)» (Tveiten 1987: 31–32). Dessuten bør de praktiske forhold legges til rette for at foreldre kan bo på sykehuset og foreldre bør avlastes når de bor på sykehuset, slik at de kan gå fra og vite at barnet blir tatt vare på (Tveiten 1987: 16–17).

Læreboken fra 2011 som fortsatt er i bruk understrekes det at foreldre har en selvsagt rolle i pleiens basisomsorg og barnets egenomsorg. Slik pleie skal være mest mulig likt det foreldrene gjør hjemme. Det forventes at foreldrene har behov for å ivareta basisomsorg med å stelle, trøste, støtte og være tilgjengelige for barnet – være foreldre. Det blir samtidig understreket at sykepleier overtar ansvaret ved behov, men tilbakefører det når det vurderes som aktuelt:

Foreldre ønsker fortrinnsvis å ivareta basisomsorgen ved å stelle, trøste, støtte og være tilgjengelige for barnet – være foreldre... 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 og Markestad 2011/1998: 73–74).

Videre argumenteres det i læreboken fra 2011 for at dersom foreldrene skal kunne fylle foreldrerollen og mestre situasjonen ut

fra deres rett til å være til stede hos barnet, må de få hjelp til å være trygge og kompetente foreldre. Det er nødvendige forutsetninger for at foreldre kan ivareta basisomsorg og barnets egenomsorg (Grønseth og Markestad 2011/1998: 73–75). Videre blir det understreket at foreldre og sykepleier bør samarbeide om barnet og sykepleier må diskutere samarbeidet individuelt med foreldrene. Foreldre og sykepleier bør ha komplementære roller og utfylle hverandre, men samtidig skal foreldrene ha en selvstendig rolle i samarbeidsforholdet. Det er dessuten viktig å avklare roller og arbeidsoppgaver mellom foreldre og sykepleier, og foreldre har behov for avlastning. Det å samarbeide om avlastning av foreldre blir problematisert og konklusjonen er at det er et stort forbedringspotensial, og sykepleier bør gjøre en større innsats her. På grunn av ulik maktfordeling i samarbeidsrelasjonen, der sykepleier har makt grunnet fagkunnskap og innsikt i rutiner og drift, må en være oppmerksom på at samarbeidet kan skje på personalets premisser (Grønseth og Markestad 2011/1998: 53–66, 73–75).

I læreboken fra 2011 understrekes det videre at foreldre bør forberede barnet og delta ved behandling og prosedyrer. Eksempelvis bør sykepleier lytte til foreldres råd om valg av tidspunkt for undersøkelser og foreldrene bør gjenta viktig informasjon for barnet. For å hjelpe barnet til å mestre behandlings- og prosedyresituasjoner skal foreldrene dessuten delta aktivt ved å støtte barnets mestringsstrategier gjennom avledning m.m. De kan hjelpe barnet med å bearbeide opplevelsene etterpå (Grønseth og Markestad 2011/1998: 61–73). Det ansees som nødvendig og selvsagt at foreldrene er til stede og deltar i behandling, undersøkelser og prosedyrer for å øke barnets trygghet og redusere barnets stress. Videre understrekes viktigheten av foreldres til-

stedeværelse også når barnet protesterer, gjennom å forsikre foreldrene om at det er viktig:

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 og Markestad 2011/1998: 64–65).

Selv om det i læreboken fra 2011 argumenteres for at foreldrene bør være sentrale i pleien av barn på sykehus poengterer læreboken at det må være visse grenser for hva en kan forvente av foreldre i behandlings- og prosedyresituasjoner, og at de føler ubehag ved å bli overlatt oppgaver de ikke behersker. Foreldre bør få være der for barnet sitt, og blant annet slippe å observere vitale tegn og slippe å holde barnet fast i prosedyresituasjoner:

De ønsker vanligvis ikke å observere vitale tegn og utføre medisinske prosedyrer, og overtar sjelden oppgaver de ikke er kompetente til å utføre (Grønseth og Markestad 2011/1998: 73)

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 og Markestad 2011/1998: 65).

Foreldres inklusjon understøttes av et foto fra Rikshospitalets barneavdeling som tyder på at foreldre var sammen med barna sine når de var på sykehus. Fotoet viser foreldre og barn på et oppholdsrom, der foreldre ser ut til å aktivisere barna. Fotoet antas å være

fra tidsrommet fra slutten av 1970-tallet til 1990-tallet (Elster 1990: 292). Antagelsen er basert på at fotografiet ikke er tidfestet, derimot er utgivelsestidspunktet for boken hvor fotoet er presentert 1990.

Herkomsten til inklusjonsnormene

Etter at vi hadde analysert oss frem til oppkomsten til inklusjonsnormene, undersøkte vi viten og samfunnsforhold som gjorde inklusjonsnormene mulig.

Samfunnskonteksten som gjorde inklusjonsnormene mulig

Inklusjonsnormene oppstår i lærebøker i sykepleie samtidig med en ekspansiv vekst i helsevesenet og parallelt med utviklingen av velferdsstaten. Velferdsstaten skal ivareta borgernes velferd og helse, og dens fremvekst er knyttet til tidsrommet 1945–1970, der barnetrygdloven av 1946 inngår og skal sette foreldrene i stand til å ta vare på barns velferd og helse (Schjøtz 2003: 31, 309–347; Schrupf 2007: 82–84).

Det oppstod en massiv sykepleiemangel i etterkrigstiden. Antibiotika som ble allment tilgjengelig i etterkrigstiden kan ha medvirket til sykepleiemangelen, fordi slike medisiner muliggjorde en rekke nye medisinske behandlingsintervensjoner og det oppstod en kraftig vekst i antall sykehus og ny medisinsk teknologi med tilhørende behov for velutdannede pleiere (Schjøtz 2003: 309–347). I en slik situasjon kan det ha vært interessant å overlate så store deler som mulig av sykepleiers arbeid til familie (Sundal 2014: 126–130).

Nå kan det være at det hadde vært fullt mulig å rekruttere flere pleiere i barneavdelinger med større mulighet for å avlaste foreldre når barn er på sykehus i vår tid, men flere pleiere som mottar lønn vil føre til økte offentlige utgifter. 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, 2013a, 2013b). Det kan i lys av det være 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 (Sundal 2014: 158–159). Ved å se det i sammenheng med at det årlig er relativt mange barn som blir innlagt på sykehus tydeliggjøres omfanget av foreldredeltakelsen. I 2012 hadde i alt 142 389 personer i alderen 0–19 år døgnopphold i norske somatiske sykehus, hvorav ca. 106 590 var i alderen 0–9 år (Statistisk sentralbyrå 2013c). Foreldredeltakelse understrekes gjennom myndighetenes regulering av barns rett til å ha foreldrene hos seg ved barns innleggelse på sykehus inntil de er 18 år. Det gjøres gjennom *Forskrift for barns opphold i sykehus* (Sosialdepartementet 1989/1988) og *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner* (Helse- og omsorgsdepartementet 2000). Foreldreansvaret blir på generelt grunnlag regulert i *Lov om barn og foreldre* (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 1981). Dessuten har foreldre også en lovfestet rett til 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.

Foreldreinklusionen er videre i pakt med det førende LEON-prinsippet (Lavest effektive omsorgsnivå) som oppstod på 1970-tallet, der den politiske hensikten er å utføre helsetjenester på billigst mulig måte, og det vil kunne argumenteres for at inklusionen av foreldre til å ta seg av barna er billigere enn betalte pleiere (Schiøtz 2003: 345–347).

Det kan sees i sammenheng med at for å effektivisere sykehusene ble det innført lovfestet stykkprisfinansiering i 1997 og enhetlig ledelse ved den nye spesialisthelsetjenesteloven av 1999 (Helse- og omsorgsdepartementet 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 *New Public Management* (NPM) tenkningen. Denne økonomiske ideologien fikk innpass i offentlig sektor på 1990-tallet. Her blir det argumentert for at offentlig sektor er for stor og kostbar og at helsevesenet bør bli mer lik private bedrifter. Den omfattende foreldredeltakelsen i vår tid er slik i pakt med *New Public Management*, der effektivitet poengteres som sentralt (Utaker 2005: 9–31; Schiøtz 2003: 345–347; Schrumpf 2007: 9–31). Det kan være billigere at foreldre utfører pleien enn betalt helsepersonell, da stor foreldredeltakelse er i pakt med forventninger til foreldrene ellers i kunnskapssamfunnet, og det kan være med på å redusere kostnadene i offentlig sektor (Sundal 2014: 156–162).

Viten som kan understøtte foreldreinklusion I tillegg til at det oppstod samfunnsmessige endringer i etterkrigstiden som gjør inklusionsnormene forståelige, oppstod det også humanistisk viten om menneskelige behov og separasjonsangst som kunne understøtte foreldreinklusionen.

Behov for å være selvhjulpne: I 1967 utgis den første lærebok i norsk sykepleie hvor det argumenteres for at pasienter bør klare seg mest mulig selv og at de har behov for å være selvhjulpne og uavhengige. Behovs- og selvhjelps ideologien er tydelig forankret i den amerikanske sykepleieren Virginia Hendersons sykepleietenkning:

... sykepleieoppgave er å hjelpe det enkelte mennesket... 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).

Hendersons sykepleieideologi beskriver hva sykepleie bør være, dvs. sykepleiers særegne funksjon bør være å hjelpe det syke eller friske individet i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller fredfull død), ved å tilgodese individets 14 grunnleggende behov på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson og Norsk sykepleieforbund 1961/1960: 10–13).

I læreboken fra 1987 brukes den amerikanske sykepleieren Dorothea Orem sine egenomsorgstenkning spesifikt til å underbygge foreldrenes ansvar for å ivareta barnets universelle egenomsorg. Videre fremgår det at egenomsorgstenkningen forutsetter at foreldre er til stede grunnet barnets avhengighet av foreldre, dette for å ivareta barnets egenomsorgsbehov knyttet til alder (Tveiten 1987: 7–16):

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 (Tveiten 1987: 16).

Orem sine ideer er også tydelige i læreboken fra 2011, som fremdeles er i bruk i 2016. Der argumenteres det for at foreldrene skal dekke barnas behov, da barna mangler egenomsorgskapasitet: «Egenomsorgsev-

nen (kapasiteten) øker med alder, økt modenhet og læring... Foreldrene er barnets viktigste ressurs for å få dekket behovene» (Grønseth og Markestad 2011/1998: 110).

Orem vektla i sin sykepleieideologi hva sykepleier gjør, hvorfor hun gjør som hun gjør og hva det resulterer i med utgangspunkt i egenomsorgsmodellen basert på de aktiviteter individet utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Barnet har utviklings- og helse relaterte egenomsorgsbehov som de trenger assistanse med og pårørendeomsorgen nevnes som bidrag, og samtidig er hensikten med sykepleiefunksjonen og terapeutisk omsorg å gjenvinne individenes selvhjelpenhet (Cavanagh 2001/1991: 17).

Selvhjelps ideologien i sykepleiefaget oppstår samtidig med at psykologen Abraham Maslow argumenterer for at mennesket har behov for å ta vare på seg selv og realisere sine potensialer (Maslow 1943).

- På det viset fungerer lærebøker som disiplineringverktøy gjennom sine normer om hvordan sykepleie bør gjøres.

Separasjonsangst: I læreboken fra 1968 ble det fokusert på de uheldige konsekvensene ved at barna blir «*passive og stille*» ved adskillelse fra foreldre, og samtidig blir det argumentert for at barnets gråt er et naturlig uttrykk: «At barnet gråter de første dager når moren går... er en naturlig reaksjon. Mer betenkelig vil det være hvis barna under sykehusoppholdet blir passive og stille» (Torp 1968: 305).

Ideene om separasjonsangst trer tydeligere frem i læreboken fra 1987, der tilknytnings- og separasjonsteorien til barnepsykiater og psykoanalytiker John Bowlby er sentral. Det gis en fyldig omtale av psykoanalytiker og sosialarbeider James Robert-

sons beskrivelse av barnets «*tilpasning*» gjennom tre adskillelsesfaser når barnet blir skilt fra foreldrene, for deretter å omdefinere det til sorgfaser: «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).

Foreldres inkludering i sykehus i etterkrigstiden må derfor sees i sammenheng med Bowlbys påvirkning på norske forhold. Bowlbys bok *Maternal Care and Mental Health* om betydningen av tilknytning og separasjon og kontinuitet i tilknytningen mellom barn og mor, ble kjent og anerkjent blant fagfolk i Norge på 1950- til 1970-tallet. Han skriver om separasjonsreaksjoner hos barnet ved adskillelse fra mor. På samme måte har Robertsons bok *Young Children in Hospital* som ble oversatt til norsk i 1967, hatt betydning for barn i norske sykehus og er sentral i læreboken av 1987. Han beskriver barnets adskillelse fra foreldre gjennom protest-, fortvilelses- og fornektelsesfase og understreker at de mentalhygieniske prinsipper for barn på sykehus ivaretas best ved at mor blir innlagt sammen med barnet. Robertson støtter seg på Bowlbys tilknytnings- og separasjonsteori (Auestad m.fl. 1971: 22–24). Disse anbefalingene konkretiseres i utkastet til norske retningslinjer om barn på sykehus av 1969 og vedtas i 1979, og blir regulert gjennom forskrift av 1989/1988 og av 2000 (Helsedirektoratet 1969; Sosialdepartementet 1979, 1989/1988; Helse- og omsorgsdepartementet 2000).

Drøfting

Ovenfor har vi sett at læreboksnormen om at foreldre bør delta i pleien av barn på syke-

hus oppstod i en periode med sykepleiemangel. I lærebøker fra vår tid er normen at foreldre bør utføre mesteparten av pleien når barn er på sykehus.

Humanistisk viten om behov og separasjonsangst kan ha understøttet argumentasjonen for at det var best for barnet at foreldre er inkludert når barn er på sykehus. I lys av at viten har blitt brukt til å disiplinere individer i moderne samfunn, kan humanistisk viten ha fungert slik i sammenheng med inklusjonsnormen. Tenkning om behov og separasjonsangst kan ha selvdisiplinert forfattere av lærebøker i sykepleie til en samstemt argumentasjon om at foreldre bør inkluderes. Lærebøker avspeiler vanligvis praktikker som allerede er etablert, så når det i lærebøkene argumenteres for inklusjon av foreldre når barn er på sykehus, er det trolig uttrykk for at slike praktikker allerede er etablert i det norske helsevesenet. Norske sykepleiestudenter leser vanligvis de samme læreverker. På det viset fungerer lærebøker som disiplineringsverktøy gjennom sine normer om hvordan sykepleie bør gjøres. Lærebøkene kan bidra til at sykepleiere tenker likt om praktikker.

Normene om at foreldre bør inkluderes og etterhvert delta i pleie av barn på sykehus representerte et brudd med tidligere tenkning om foreldre. I norske lærebøker i sykepleie som ble utgitt i perioden 1877–1940 blir det ikke argumentert for inklusjon av foreldre. Det er en samtidighet mellom oppkomsten av normer om inklusjon av foreldre og herkomsten av viten om individenes behov og barns separasjonsangst. De kan ha blitt hverandres forutsetninger under de gitte samfunnsmessige betingelser, der mangel på sykepleiere og etter hvert kravet om kostnadseffektivitet kan ha fungert som vesentlige samfunnsmessige betingelser for foreldreinkludering.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi vist at det oppstod normer i lærebøker i sykepleie på midten av 1900-tallet om at foreldre burde få anledning til å være sammen med barna sine når de var på sykehus. Slike tenkemåter representerte et brudd med måten det tidligere har blitt skrevet i lærebøker om foreldre når barn er på sykehus (Sundal 2014: 47–50). Inklusjonsnormene er forståelige i lys av de samfunnsmessige mulighetsbetingelser som oppstod i Norge på midten av 1900-tallet. Inklusjonsnormene er også forståelige i lys av humanistisk viten om behov og separasjonsangst som fikk stort gjennomslag i vestlige samfunn i samme epoke, der

hensynet til barnets beste tydeliggjøres. Studien viser med andre ord at inklusjonspraktikker som vi regner som naturlige i vår tid, ikke er naturlige, men samfunnsskapt, og at det ikke er tilfeldig når det oppstår nye måter å tenke/skrive om sykepleie på.

Hvem som kan ha nytte av forskningen

Studien kan gi både barn og foreldre større forståelse for erfaringer de har gjort seg som pasienter og pårørende til syke barn på sykehus. Studien kan også gi sykepleiere og annet helsepersonell forståelse for at sykepleietenkningen endrer seg i pakt med de samfunnsmessige mulighetsbetingelser.

Referanser

- Andersen, R. 1968. Barnesykepleie. I: K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, R. Jukvam og Norsk sykepleieforbund, red. *Lærebok for sykepleieskoler. Bind III, Gynekologi, obstetrikk og pediatri*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Auestad, A., Killingmo, B., Nyhus, H. og H. Pande. 1971. *Når barn må på sykehus. Mentalhygeinske aspekter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. 1981. *Lov om barn og foreldre*.
- Beedholm, K. 2003/2002. *Forandring og trøghed i den sykeplejefaglige diskurs*. Viborg: Forlaget PUC, Viborg-seminaret.
- Boge, J., Sundal, H., Storum, H., Callewaert, C. og Petersen, K.A. 2016. Muligheter og begrensninger ved analyser av sykepleiepraktikker i et Foucault perspektiv. *Klinisk sygepleje* 1: 30: 31–44.
- Cavanagh, S. J. 2001/1991. *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Domaas, M.B., Heggenhougen, A., Wyller, I., Lindstøm, A. og Vogt, A. 1951/1941. Alminnelig sykepleie. I: A. Jervell, G. Arentz, M. Asbjørnsen, K.E. Moe og A. Rimestad, red. *Lærebok for sykepleiersker. Bind I*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Elster, T. 1990. *Rikets hospital*. Oslo: Aschehoug. Utgitt i samarbeid med Rikshospitalet.
- Evensmo, S. 1954. *Glassveggen: noveller*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. 1999/1976. *Seksualitetens historie. Viljen til viten*. Oslo: Pax Forlag.
- Foucault, M. 2002/1994. Questions of Method. I: J.D. Faubion, red. *Power. Essential Works of Foucault 1954–1984*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. 2008/1975. *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Frederiksen, K. 2005. *Uddannelse til ordentlighed – at lære sygepleje gennem 200 år*. Viborg: Forlaget PUC Midt-vest.

- Grindaker, K.E. 1993. Utviklingen av den pediatriske sykepleien. I: S. O. Lie, red. *For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet, 1893–1993*. Oslo: Barneklubben, Rikshospitalet.
- Grønseth, R. og Markestad, T. 2011/1998. *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauen, A.E. 1967. Generell sykepleielære. I: K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, R. Jukvam og Norsk sykepleieforbund, red. *Lærebok for sykepleieskoler. Bind I. Generell sykepleielære*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Henderson, V.A. og Norsk sykepleieforbund. 1961/1960. *ICN. Sykepleiens grunnprinsipper*. Geneve: ICN. Helsedirektoratet. 1969. *Utkast til regler for barn på sykehus*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Lov om spesialisthelsetjenesten*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2000. *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*.
- Hoven, B.N., Tveit, K. og Tveit, K. 1960/1941. Alminnelig sykepleie. I: A. Jervell, G. Wolan, R. Hunskaar, E. Thomassen, H. Nymoene og A. Thomassen, red. *Lærebok for sykepleiere. Bind I. Alminnelig sykepleie*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Maslow A.H. 1943. *A Theory of Human Motivation*. Originally Published in Psychological Review 50: 370–396. Toronto, Ontario: York University, Christopher D. Green. <http://www.yorku.ca/dept/psych/classics/author.htm>
- NAV. 2013. *Omsorgspenger ved barns eller barnepassers sykdom*. <https://www.nav.no/Helse/Sykt+barn+eller+familie/Omsorgspenger>, (nedlastet: 09.12.2013).
- Nissen, R. 2000/1877. *Lærebog i sygepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Schiøtz, A. 2003. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Bind II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schrumpf, E. 2007. *Barndomshistorie*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Seip, M.F. 1993. Et historisk tilbakeblikk. I: S.O. Lie, red. *For syke barn i 100 år. Barneklubben Rikshospitalet, 1893–1993*. Oslo: Barneklubben, Rikshospitalet.
- 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. 2013a. *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. 2013b. *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).
- Statistisk sentralbyrå. 2013c. 135. *Døgnopphold ved somatiske sykehus, etter alder og diagnose. 2012*. <http://www.ssb.no/> (nedlastet: 19.01.2014).
- Storum, H. 2014. *Sjukepleiedokumentasjon – eit politisk perspektiv. Ein dispositivanalyse av normene for sjukepleiedokumentasjon*. Bergen: Forskningsgruppen praxeologi, faggruppe sykepleievitenskap, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Bergen University.
- Sundal, A. 1960/1941. Barnesykdommer. Pleie av det friske og syke spedbarnet. I: A. Jervell, G. Wolan, R. Hunskaar, E. Thomassen, H. Nymoene og A. Thomassen, red. *Lærebok for sykepleiere. Bind VI. Barnesykdommer og smittsomme sykdommer*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Sundal, H. 2014. *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sjukehus. 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*. Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.). Bergen: University of Bergen, Norway. <http://hdl.handle.net/1956/7942>
- Sundal, H., Petersen K.A. og Boge J. 2015. Tenkning i sykepleie om eksklusjon av foreldre ved barns innleggelse i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 11: 2: 76–85.
- Torp, K.H. 1968. *Pediatri*. I: K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, R. Jukvam og Norsk sykepleieforbund, red. *Lærebok for sykepleieskoler. Bind III, Gynekologi, obstetrikk og pediatri*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Tveiten, T. 1987. *Barnesykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Utaker, A. 2005. Michel Foucault om liberalisme og nyliberalisme. *Sosiologi i dag* 35: 2: 9–31.
- Weberg, J. og Sundal, A. 1941. Pleie av det friske og syke spedbarn. I: A. Jervell, G. Arentz, M. Asbjørnsen, K.E. Moe og A. Rimestad, red. *Lærebok for sykepleiersker. Bind I*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Weium, F. 2003. Marianne på sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 24: 123: 3585–3587.
- Wergeland, H. 1954. Barn på sykehus. *Sykepleien* 20: 607–609.

Hildegunn Sundal er hovedforfatter av artikkelen. Hun er tidligere ph.d.-student i forskningsgruppen Praxeologi, faggruppe sykepleievitenskap, Institutt for global helse og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Hun er nå førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde. Hun er aktiv i forskningsgruppen «Samhandling med sårbare grupper i et fenomenologisk perspektiv.»

Hildegunn Sundal, Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag, Postboks 2110, NO-6402 Molde, Norge. Email: hildegunn.sundal@himolde.no

Karin Anna Petersen er professor og leder for forskningsgruppen Praxeologi, faggruppe sykepleievitenskap, Institutt for global helse og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Karin Anna Petersen, Institutt for global helse og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, Norge. Email: Karin.Petersen@uib.no

Jeanne Boge er tidligere førsteamanuensis i forskningsgruppen Praxeologi, faggruppe sykepleievitenskap, Institutt for global helse og samfunnsmedisinske fag. Hun er nå førsteamanuensis på Høgskolen i Bergen. Hun arbeider tett sammen med Senter for omsorgsforskning Vest.

Jeanne Boge, Institutt for sykepleiefag, Høgskolen i Bergen, Norge. Email: jhb@hib.no