

# Avansert hjemmesykehus – en effektiviseringsstrategi legitimert av barnets beste

**Marit Grødem Skjong**

Master i klinisk sykepleie, barnesykepleier ved Nyfødt intensiv, Ålesund sjukehus

**Rolf Horne**

Phd og kommunalsjef helse og omsorg, Hyllestad kommune

## Abstract

---

This article examines social conditions for the establishment of Advanced Home Hospital (AHH) for children and youth in Norway. The investigation is inspired by Pierre Bourdieu's theoretical universe, and makes use of the concepts of field, capital, and habitus. According to Bourdieu, habitus is particularly important to give meaning to the concepts of field and capital.

The purpose of the article is to analyze and convey possible explanations to understand how and why satellite functions are established from the hospitals, such as AHH. The article examines the positioning in several documents from sources that represent different positions with the power and influence on inter- and intra-organizational processes, in which partly produce, reproduce and argue over where sick children should stay during medical treatment.

The study's findings show that there were several positions involved in the discussion where children should be during medical treatment. Numerous arguments are identified in game which partly seek to substantiate the establishment of AHH as well as arguments which pull in the opposite direction. Economic considerations seem to have had the greatest impact in establishing Norway's first AHH. Psychological considerations, often described as children's best interests and children's rights, stand out as a counterpoint to economic arguments. In addition, it is argued from an ideological position where notions of what is the ideal way to organize health services in the future dominate.

**Keywords:** advanced home hospital, children's best interests, children's rights, praxeology, registrant analysis, field, capital, habitus, and Bourdieu.

---

Artikkelen bygger på en masteroppgave skrevet av Marit Grødem Skjong

Publisert: 24.10.2023

Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker ©2023 Marit Grødem Skjong & Rolf Horne

DOI: <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v5.3754>

## Sammendrag

---

Artikkelen undersøker de sosiale vilkårene for etableringen av Avansert hjemmesykehus (AHS) for barn og unge i Norge. Undersøkelsen er inspirert av Pierre Bourdieus teoretiske univers og tar utgangspunkt i begrepene felt, kapital og habitus, hvor habitus ifølge Bourdieu er særlig viktig for å gi felt- og kapitalbegrepet mening.

Formålet med artikkelen er å analysere frem og formidle mulige forklaringer på hvordan det kan være at det etableres satellittfunksjoner fra sykehusene, slik AHS fremstår å være. Artikkelen undersøker posisjoneringer i en rekke dokumenter fra kilder som representerer ulike posisjoner med makt og innflytelse på inter- og intraorganisasjonelle prosesser som dels produserer, reproduserer og kjemper om hvor syke barn skal oppholde seg når de er under medisinsk behandling.

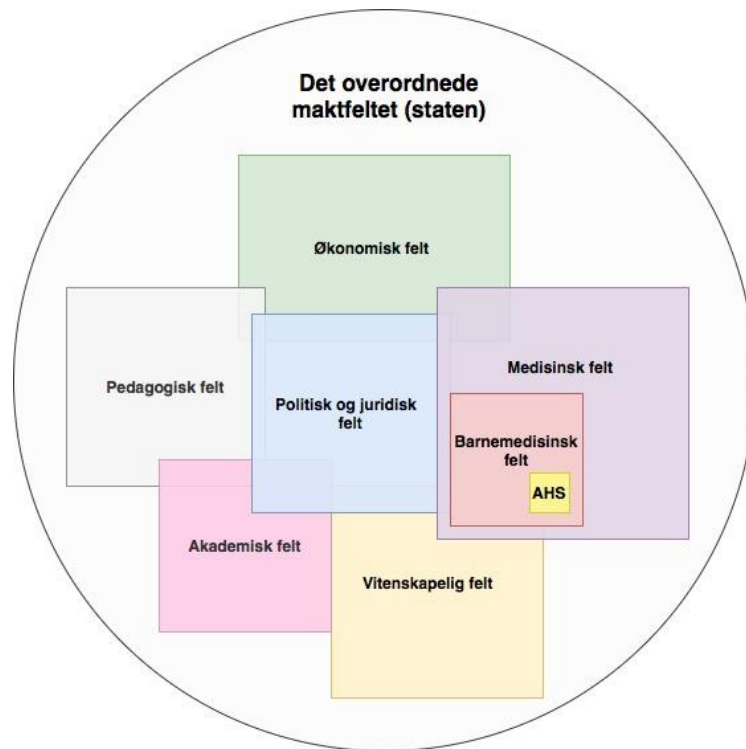
Studien viser at det var flere posisjoner involvert i kampen om hvor barn skal være under medisinsk behandling. Det identifiseres en rekke argument i spillet. Argumentene søker til dels å underbygge etableringen av AHS, men det finnes også argument som trekker i motsatt retning. Økonomiske vilkår ser ut til å ha fått størst gjennomslagskraft for å etablere Norges første AHS. Psykologiske hensyn, gjerne beskrevet som barnets beste og barns rettigheter, står som en motpol til økonomiske argument. I tillegg argumenteres det fra en ideologisk posisjon, hvor forestillinger om hva som er den ideelle måten å organisere helsetjenestene i fremtiden dominerer.

**Nøkkelord:** Avansert hjemmesykehus, barnets beste, barns rettigheter, praxeologi, registrantanalyse, felt, kapital, habitus, og Bourdieu.

## Introduksjon

Avansert hjemmesykehus (AHS) er en måte å organisere helsetjenester til barn og unge på, hvor de kan få medisinsk behandling hjemme under sykehusenes kontroll - en behandling som ellers ville foregått inne på sykehuset. Denne måten å organisere helsetjenesten på er relativt ny i Norge, og ble først etablert i 2008 ved Oslo universitetssykehus (OUS) (Helsedirektoratet, 2021).

Artikkelen tar for seg de sosiale vilkårene for etablering av AHS i Norge og søker å forklare hvordan det kan ha seg at AHS de siste årene har fått en stadig mer fremtredende posisjon i det barnemedisinske feltet. Artikkelen bygger på en masteroppgave (Grødem, 2021), skrevet av artikkelens førsteforfatter i 2021. Figur 1 illustrerer at AHS er del av noe større og har en relasjon til andre felt eller områder i samfunnet. Det vil si at det har sitt utspring i det medisinske felt gjennom at legene kontrollerer hvem som får tilbud om medisinsk behandling hjemme under deres, legenes, ansvar, og at det for eksempel er økonomiske forhold og juridiske forhold involvert fordi det er budsjetter og lovverk som regulerer virksomheten. Helselovgivningen og finansiering av helseforetakene er eksempel på det. På den måten illustrerer figuren den relative autonomien som ligger til grunn for felttenkingen analysen i artikkelen bygger på (Broady, 1991, s. 266-272; Horne, 2016).



Figur 1: Illustrasjon som viser det barnemedisinske feltet og AHS i relasjon til andre felt.

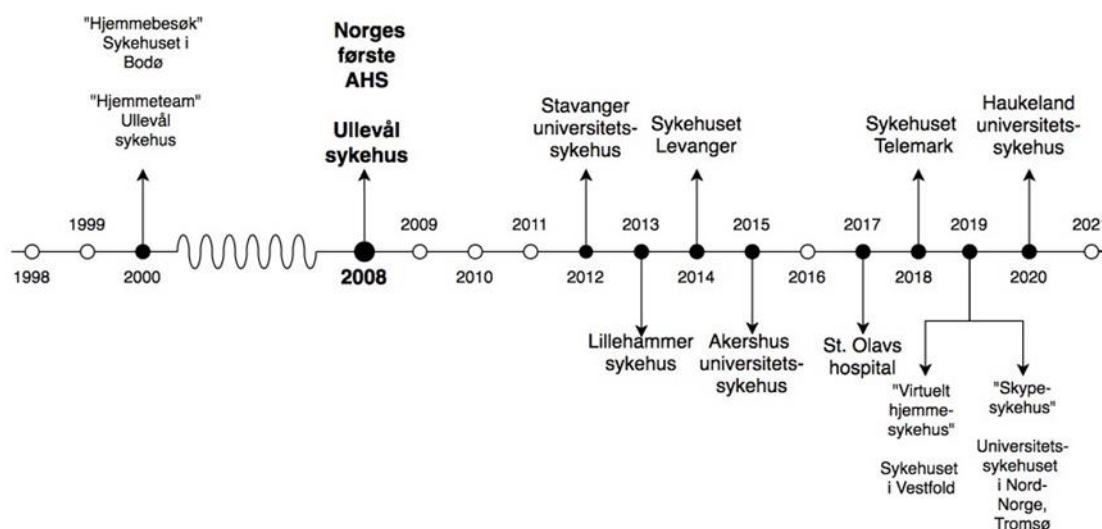
Med inspirasjon fra den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) sin praxeologiske vitenskapsteori undersøkes det hvordan det kan ha seg at AHS som organiseringsform oppstår og legitimeres. Herunder hvilke posisjoner/aktører og interesser som har vært i spill, og som har bidratt til å realisere medisinsk behandling av barn hjemme i regi av sykehuset. Studien har analysert sosiale praksiser som materialiserer seg gjennom offentlige dokumenter og publikasjoner fra ti år før Norges første AHS ble etablert, og fra tiden etter, hvor andre sykehus etablerer og utvikler helsetjenestene som muliggjør hjemmebehandling av barn og unge (Callewaert, 2019, s. 1; Järvinen, 2013, s. 365).

## Konseptet Avansert hjemmesykehus (AHS)

AHS fremstår som en institusjonell organisering av en del av helsetjenesten hvor det gis sykepleie, medisinsk behandling og kontroll hjemme hos pasienten som et alternativ til tradisjonell behandling som foregår inne på sykehuset (Børsting et al., 2021, s. 5). AHS er et frivillig tilbud for barn og unge med behov for sykehusbehandling, hvor tilstanden defineres av legene om behandling kan foregå hjemme. For at en pasient skal kunne bli inkludert i AHS er det helsetilstanden og behandlingsbehovet som er avgjørende, ikke diagnosene i seg selv. Reiseavstand er også et element i vurderingen om hvem som får tilbudet (Helsedirektoratet, 2021; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 49).

Helt siden 2015 har det fra politisk hold ligget et ønske om utvikling og etablering av AHS: «Stortinget ber regjeringen utrede muligheten for etablering av Avansert hjemmesykehus for barn innen alle helseregioner, samt kartlegge behovet for styrking av det eksisterende hjemmetilbudet» (Helsedirektoratet, 2021; Prop. 1 S (2015-2016), 2015, s. 304).

I løpet av de siste årene har AHS blitt etablert både ved større og mindre sykehus i Norge, se Figur 2. I 2020 var det etablert AHS ved alle norske regionsykehus (Helsedirektoratet, 2021).



Figur 2: Modellen viser en kronologisk oversikt over etablering av AHS i Norge.

## Tidligere studier og det vi vet om AHS fra andre land

AHS er ikke en norsk oppfinnelse. Før etableringen i Norge eksisterte det tilsvarende tilbud internasjonalt og i Norges naboland. På 1990-tallet ble det første AHS etablert i Danmark. I Sverige ble det etablert på slutten av 1990-tallet, og i Finland på begynnelsen av 2000-tallet. Tilbudene i Sverige og Danmark ble innført med bakgrunn i ønsker om å effektivisere drift og redusere sykehuskostnader gjennom å gjøre det mulig for syke barn å bli behandlet hjemme (Helsedirektoratet, 2021). I Sverige erfarte de tidlig at AHS var kostnadseffektivt og medisinsk sett minst like godt som tradisjonell sykehusbehandling (Andersen, 2002, s. 8).

Forskningslitteraturen om de sosiale vilkårene for etablering av AHS i Norge viser seg å være meget begrenset, men det eksisterer noen norske studier som har undersøkt effekten av og erfaringer med implementering av AHS, helsepersonellets opplevelse av endringsprosesser,

økonomiske, organisatoriske- og strukturelle forhold, samt familiære perspektiver (Bjørndalen, 2013; Haugsbakk & Harstad, 2020; Norseth & Nørve, 2021; Ponton, 2017; Støme, 2014).

## Forløperne til AHS

Allerede før første AHS ble etablert i Norge har det vært «hjemmebesøk», «hjemmeteam» og «nyfødtdavdelings ambulerende sykepleietjeneste (NAST)», se Figur 2. «Hjemmeteam» og «NAST» var og er tilbud organisert ut fra nyfødttintensivavdelinger som muliggjorde at premature kunne dra tidligere hjem fra sykehuset til videre oppfølging (Helsedirektoratet, 2021; Toften, 2010, s. 67). I vurderinger av erfaringene med «hjemmebesøk», «hjemmeteam» og «NAST» pekes det på gode erfaringer, og det fremheves at barn har det best i trygge og kjente omgivelser under medisinsk behandling. Erfaringsoppsummeringer fra «hjemmeteam» ved Oslo universitetssykehus (OUS) viser til gode resultater basert på tilfredshet, kvalitet og effektivitet. Resultatene herfra ble brukt som argument for etablering av Norges første AHS (Andersen, 2002, s. 8; Grøgaard, 2011, s. 5; Milde, 2002, s. 6; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 6; Toften, 2011, s. 17).

Ved å gå enda lengre tilbake i tid finner man begrepet «områdepедиatri», som ble lansert i 1979 av Norsk Barnelegeforening (Norsk barnelegeforening, 1997, s. 32). Barnelegen Ole Sverre Haga stod bak denne virksomheten som omhandlet barnemedisin utenfor sykehuset. Ideen hans var at barneleger skulle dra ut fra sykehuset til primærhelsetjenesten, i hovedsak til helsestasjoner, for å møte pasienter og veilede personalet der (Alme, 2006, s. 79-80; Lunde & Holte, 2019, s. 16). Virksomheten ble ikke utviklet videre som tenkt, men kan ha frembrakt ideer og noen fremtidige føringer for barnas helsetjeneste sammen med *Samhandlingsreformen* fra 2009. For barn er det også viktig med rett behandling, på rett sted, til rett tid (Norsk barnelegeforening, 2011, s. 25; St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009).

## Formål og undersøkelsesstrategi

Formålet med studien var å fremskaffe kunnskap som kan bidra til å forstå og forklare forhold som har bidratt til at AHS ble etablert og etableres ved stadig flere norske sykehus. Artikkelen utforsker dermed også indirekte vilkårene for å flytte barn som trenger avansert sykehusbehandling hjem, både fra et historisk og et nåtidig perspektiv. Forsknings spørsmålet er:

*Er det slik at AHS er det beste for barnet og familien slik det blir fremstilt og formidlet, eller ligger det også andre forklarende faktorer og føringer bak?*

Ettersom det er en rekke mennesker i ulike posisjoner som står bak innretningen og organiseringen av det norske helsevesenet, er det interessant og nyttig å se på sosiale forhold mellom vilkår i samfunnet og sosiale praksiser som de mange ulike posisjoner setter i verk og som her settes i relasjon til hjemmebehandling av barn og unge. Det er dette som er fokus i denne studien. Det vil si at studien ser på de sosiale eller de mer skjulte sidene av AHS. De sosiale praksisene det her er snakk om handler om hva sentrale og betydningsfulle posisjoner/aktører skriver og argumenterer for som understøtter beslutninger, setter dagsorden for utvikling og etablering av AHS.

Like viktig som argumenter og kampen for AHS, er argumenter i opposisjon til etablering av AHS betydningsfulle for å forklare de sosiale forholdene. Det vil si stemmene som argumenterer mot eller uttrykker skepsis til hjemmebehandling av barn i sykehusets regi. Begge sider er inkludert i analysen for å få frem nyanser som samlet sett kan forklare at AHS etableres og implementeres som et

alternativ til tradisjonell sykehusbehandling. Med andre ord at AHS kan fungere som sykehusets forlengede arm inn i hjemmet.

Studien er en teoretisk-empirisk studie, og det er anvendt en registrant for å systematisere data fra kildene og en refleksiv analyse hvor Bourdieus begreper anvendes på datamaterialet i det vi vil kalle en praxeologisk analysestrategi. Det sosiale og det som står på spill er ifølge Bourdieu gjerne skjult for det blotte øye og må derfor analyseres frem for å bli synlig (Horne, 2016, s. 39; Petersen & Callewaert, 2013, s. 20). Bourdieu utviklet flere begreper for å avdekke og forklare det som er på spill i sosiale sammenhenger, det vil si det sosiale aktører gjør og hvorfor de gjør som de gjør. Sosiale praksiser kan analyseres og forklares ved hjelp av begrepene felt, sosiale posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer. En posisjon kan defineres ut fra kapitalform eller kapitalmengde, som gjør at den skiller seg fra andre posisjoner i feltet. En posisjon kan for eksempel være posisjonen som lege eller sykepleier, men også for eksempel sykehus og offentlige dokumenter kan i analysen anses som posisjoner (Horne, 2016, s. 39-48; Sestoft, 2006, s. 167). Disposisjoner eller habitus kan være «anlegg» eller orienteringer for å agere på bestemte måter i ulike situasjoner (Hjellbrekke & Osland, 2010, s. 275). Posisjoneringer forstås her som meninger, gjerninger eller synspunkter (Sestoft, 2006, s. 169).

Analysestrategien har vært å rekonstruere historien både opp til tiden før det ble snakk om å flytte sykehusbehandling av barn og unge ut av sykehusene, og tiden etter etableringen (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 22; Mathiesen, 2002, s. 17). Antakelsen som ligger til grunn for arbeidet er at makten genereres i relasjoner mellom samfunnets dominerende felt, og at makten blir definert gjennom et dialektisk forhold mellom dem som utøver makt og dem som makten utøves på. Derfor er en rekonstruksjon av historien avgjørende for å få tilgang til disse forholdene (Bourdieu, 1996, s. 45; 2008, s. 72).

Det empiriske grunnlaget for registrantanalysen er ulike dokumenter og ytringene om AHS i perioden 1998-2021 (Kropp, 2009, s. 173-175). Tidsperioden er valgt ut fra antagelsen om at årene før første etablering kunne gi viktig informasjon som kunne bidra til å forklare hvorfor AHS har oppstått (Helsedirektoratet, 2021).

Dataene for undersøkelsen er produsert i møte med kildene og gjort tilgjengelige for studien. Det empiriske materialet omfatter rapporter, prosjektsøknader og en konseptutredning fra sykehusene, samt politiske dokumenter som Meldinger til Stortinget (Meld. St.), Proposisjoner til Stortinget (Prop. St.) og oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. I tillegg er det informasjon fra fagtidsskriftene: *Tidsskriftet for Den norske legeforening* (TDNLF), *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening* (Paidos), *Sykepleien - Tidsskrift for sykepleieren* (Sykepleien) og *Tidsskriftet for barnesykepleiere*. Kildene er fra perioden 1998 til 2021 og er valgt fordi de bidrar til å avdekke hvilken stillingstaking/hvilke posisjoneringer staten Norge, institusjonene og sentrale fagpersoner har/tar om AHS. Systematikk og en stringent behandling av kildene er sikret ved at de samme spørsmålene er stilt til alle dokumentene (Kropp, 2009, s. 173-175). Det stilles likelydende spørsmål til dokumentenes tittel, utgivelse, forfatter, sosial posisjon og hvordan de posisjonere seg om AHS. Det lages en systematisk oversikt over svarene på disse spørsmålene. Denne oversikten kalles en registrant, og det er informasjonen i registranten som ligger til grunn for studiens analyse (Esmark, 2009, s. 194; Kropp, 2009, s. 173-175, 180).

Analysen avdekker som nevnt hvilke posisjoner med tilhørende disposisjoner og hvilke posisjoneringer disse setter i verk. Disposisjonene er rekonstruert ved hjelp av indikatorer for de ulike kapitalformene og mengde kapital posisjonene bærer, se Tabell 1. Det er her gjort en vurdering og verdianslag ut fra mengde kapital innskrevet i dokumentene, eller hva dokumentene representerer. Høy mengde kapital gir høy verdi. Det vil for eksempel si at når det er mye økonomisk kapital involvert, øker gjennomslagskraften. Det samme skjer når det er mye kulturell og sosial kapital involvert (Broadly, 1991, s. 169-179; Frederiksen, 2016, s.129-136). Dermed ble det mulig å

kategorisere posisjonen til de ulike dokumentene i det som utgjør det sosiale rommet av AHS. Kapitalen det her er snakk om kan relateres til økonomisk, kulturell og sosial kapital.

Økonomisk kapital består for eksempel i denne sammenheng av ressurser som blir investert, budsjettfestet eller som kan gi avkastning når det gjelder institusjoner, og inntekt, om vi snakker om personer (Callewaert, 2021, s. 13; Aakvaag, 2008, s. 152). Kulturell kapital er typisk kunnskap og informasjon om AHS, og for personer utdannelse og utdannelsesnivå (Harrits, 2014, s. 128; Järvinen, 2013, s. 369). Sosial kapital består av tilgang til sosiale nettverk og innflytelse gjennom relasjoner. Det kan for eksempel være politiske eller fagpolitiske allianser. Betydningen av sosial kapital avhenger av mengden kapitalformer som aktører som inngår i allianser eller fagmiljø har (Wilken, 2008, s. 39, 56; Aakvaag, 2008, s. 153). Framstillingen av sammensetningen av kapital er en rekonstruksjon av disposisjonene de ulike dokumentene/posisjonene representerer.

Tabell 1: Definisjon av indikatorer for å differensiere dokumentenes disposisjoner.

Disposisjon	Indikatorer
<b>Økonomisk kapital</b>	<p><u>Øk 3</u>: Dokumenter/posisjoner som direkte understøtter AHS økonomisk.</p> <p><u>Øk 2</u>: Dokumenter/posisjoner som har mulighet til å understøtte AHS økonomisk.</p> <p><u>Øk 1</u>: Dokumenter/posisjoner som har ingen eller i liten grad mulighet til å understøtte AHS økonomisk.</p>
<b>Kulturell kapital</b>	<p><u>Ku 3</u>: Dokumenter/posisjoner som tydelig legger direkte rammer og føringer for AHS.</p> <p><u>Ku 2</u>: Dokumenter/posisjoner som argumenterer om AHS.</p> <p><u>Ku 1</u>: Dokumenter/posisjoner som inneholder veiledning relatert til AHS.</p>
<b>Sosial kapital</b>	<p><u>So 3</u>: Dokumenter/posisjoner som direkte eller indirekte påvirker AHS som alternativ sykehusbehandling, og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med medlemsmasse over 20.000 medlemmer.</p> <p><u>So 2</u>: Dokumenter/posisjoner som til en viss grad påvirker og berører AHS som alternativ til sykehusbehandling, og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med en medlemsmasse fra 1000 til 20.000 medlemmer.</p> <p><u>So 1</u>: Dokumenter/posisjoner som ikke direkte påvirker AHS som alternativ til sykehusbehandling og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med en medlemsmasse under 1000 medlemmer.</p>

Kapitalformene danner disposisjoner som har betydning for hvilke meninger og argumenter som verdsettes gjennom posisjoneringer, og er viktige for å avdekke meningene i kampen om å sette dagsorden eller definere om barn skal kunne behandles utenfor sykehusets vegger eller ikke. Innenfor hver kapitalform er det tre indikatorer som er angitt av en tallverdi. Samlet tallverdi for hvert dokument angir en poengsum for totalvolum av kapital, som videre rangerer dokumentene til ulike posisjoner. Dette kartlegger dokumentene sine disposisjoner som en del av posisjoneringene (Frederiksen, 2016, s. 131, 136).

Kapital gir makt og muliggjør som nevnt innflytelse. Kapitalen angir posisjonenes plassering i det sosiale rommet og er et uttrykk for hvilken orden en posisjon er i stand til å gjennomføre. Det vil si at kapital har betydning for hvilke meninger som vinner frem og dermed hvilke beslutninger som fattes. Dette fører til at noen posisjoner dominerer, mens andre blir dominert, noe som også materialiserer seg gjennom de sosiale praktikker eller posisjoneringene (Callewaert, 2021, s. 13; Aakvaag, 2008, s. 151-155). Når kapitalformene oppfattes som legitime, kan de omgjøres til symbolsk kapital (Järvinen, 2013, s. 385). Det vil si når argumentene om AHS, som er kapital i transformert form, anerkjennes av de dominante posisjonene, blir de objektivert som symbolsk kapital. Dermed blir kapital et redskap for å oppnå makt og dominans (Broady, 1991, s. 169-171; Hjellbrekke & Osland, 2010, s. 277).

## Stillingstakning om å behandle barn hjemme i regi av sykehusene

Datamaterialet i undersøkelsen er politiske dokumenter fra regjeringsapparatet, dokumenter fra sykehus og fagtidsskrifter for leger og sykepleiere. Vi har her å gjøre med sosiale posisjoner som står i et homologiforhold og som manifesterer seg gjennom et hierarki av kapital og et homologt hierarki av stillingstakning (Halskov et al., 2008, s. 273-293). Begrepet homologi indikerer at strukturen av sosiale posisjoner er relativt lik strukturen av stillingstakninger. Det vil her si stillingstakning i spennet av differanser og forskjellige muligheter for innflytelse i spørsmålet om behandling av barn i hjemmet som en forlenget arm og kontroll av sykehuset, sett i relasjon til behandling ved tradisjonell sykehus innleggelse.

Slik kapitalen distribueres for hver av de ulike institusjonene som representerer kildene til materialet i studien, representerer de et rom av distinkte posisjoner som sameksisterer i spørsmål om hvordan syke barn behandles. Disposisjonene de bærer kan dermed stilles opp i et hierarki utfra kapitaltype og -volum, og kommer dermed til syne i en form for rang de har i forhold til hverandre i dette spørsmålet. Siden det usynlige sosiale rommet for sosiale posisjoner kommer til uttrykk i rommet for stillingstakning via rommet for disposisjoner (Bourdieu, 1995, s. 36), vil det fra en feltanalytisk posisjon si at distribusjonen av symbolsk kapital vil være indirekte, men forklarende for aktørenes forestillinger og virksomhetenes innflytelse. Dermed kan det bidra til å forklare sosiale forhold for etablering av AHS.

Analysen som følger innbefatter en beskrivelse av de kildene studien har inkludert som grunnlag for analysen og som dermed bidrar til å besvare spørsmålet om hvordan det kan ha seg at AHS oppstår som fenomen i Norge og hvordan det får innpass i det norske helsevesenet. I et forsøk på å differensiere kildene/dokumentene er de verdisatt, og hver av dem har en egen posisjon som bærer kapital, og de posisjonerer seg i forhold til hverandre og AHS, se Tabell 2.

I undersøkelsen av hvilke stillinger regjeringsdokumentene tar til AHS over tid kommer det frem en prosessuell utvikling av begrepsbruken fra 2012 hvor det skrives om hjemmesykehus, men uten at det defineres hvilke pasienter det er snakk om (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012, s. 19). Dette viser seg gjennom *Oppdragsdokumentene* fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseforetakene, hvor det tas tydelig stilling til at det skal kartlegges muligheter for å etablere nye kostnadseffektive alternativer til sykehusbehandling i samarbeid med primærhelsetjenesten.

*Samhandlingsreformen* fra 2009 legger ytterligere vekt på at behandlingen flyttes over til dagpost og poliklinikk som et rimeligere alternativ enn innleggelse for å behandle flere pasienter uten ytterligere kostnadsøkninger. I 2017 kommer AHS inn i statsbudsjettet, og i *Meld. St. 7* og *Meld. St. 24* fra 2019 og 2020 introduseres begrepet «det utadvendte sykehuset», og barnet og familien inkluderes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 11; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 48-50; Meld. St. 24 (2019-2020), 2020, s. 51). Argumentasjonen er tydelig normativ og individorientert, og hensynet til barnets beste trer frem i forgrunnen, mens de økonomiske argumenter kommer mer i bakgrunnen.

Fra sykehusene derimot er den første rapporten hvor de posisjonerer seg fra et økonomisk perspektiv fra OUS i 2014, hvor budsjetttrammer er det avgjørende argumentet for etablering av Norges første AHS ved sykehuset i 2008 (Oslo universitetssykehus, 2014).

Overordnet kan man si at regjeringsdokumentene, etterfulgt av sykehusdokumentene, inntar dominerende posisjoner i spørsmål om AHS fordi disse dokumentene har mest samlet kapital, og dermed mer makt enn fagtidsskriftene, se Tabell 2 og Figur 3. Regjeringsdokumentene har høyest kapital fordi de kommer fra overordnede myndigheter som er styrende for helseforetakene utfra demokratiske prinsipper.

Oppdragsdokumentene rangeres som den posisjonen med mest samlet kapitalvolum og dermed den mest dominerende posisjonen i relasjon til de andre inkluderte dokumentene (Bourdieu, 1995, s.



34-35). Oppdragsdokumentene har høy kulturell kapital fordi de er statens instruks overfor de regionale helseforetakene, og de legger føringer for hva helseforetakene skal utføre. Dokumentene er også styrende for hvor mye midler som bevilges til AHS, og dermed er de også forbundet med høy økonomisk kapital. Dokumentene skårer også høyt på sosial kapital siden de har stor påvirkningskraft på spesialisthelsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 2; 2021; Stamsø, 2017, s. 121).

Meldinger til Stortinget (*Meld. St.*) og stortingsproposisjoner (*Prop. St.*) er rangert til en noe lavere posisjon enn oppdragsdokumentene. Meldinger til Stortinget får middels økonomisk kapital begrunnet mulighet til å understøtte AHS økonomisk. Av kulturell kapital får de høy skår grunnet posisjoneringer kan legge tydelige rammer og føringer for helsetjenestene. Dokumentene skårer høyt på sosial kapital fordi de legger føringer for AHS som et alternativ til sykehusbehandling.

Stortingsproposisjoner har noe mer økonomisk kapital enn stortingsmeldinger, da de har økonomisk innflytelse, og fordi bevilgninger fra statsbudsjettet nevnes her. Stortingsproposisjoner får noe lavere skår på kulturell kapital enn stortingsmeldinger, da de i mindre grad posisjonerer seg i AHS-spørsmålet.

Sykehusdokumentene har en høy posisjon, men plasserer seg hierarkisk underordnet regjeringsdokumentene fordi sykehusene er underlagt statens instruks gjennom oppdragsdokumentene.

Fagtidsskriftene inntar en dominert posisjon i denne studien, se Tabell 2 og Figur 3. Det henger sammen med at de representerer faggrupper med høy kulturell kapital og som staten har gitt særlige rettigheter til gjennom autorisasjoner. Fagtidsskriftet *Tidsskrift for Den norske legeforening (TDNLF)* utgis av Den norske legeforening og har i relasjon til studiens fagtidsskrifter den høyeste posisjonen. *TDNLF* har en ledende posisjon i det medisinske feltet og kan dermed bruke sin posisjon i helsevesenet til å oppnå innflytelse (Den norske legeforening, u.å-b, u.å-c). *Paidos* er barnelegene sitt tidsskrift, og det plasserer seg underordnet *TDNLF*, men med mer kulturell kapital fordi tidsskriftet er rettet mot barnemedisinen. Her publiserer leger vitenskapelige artikler og formidler sine meninger om utviklingen i faget. Grunnet betydelig lavere lesertall enn *TDNLF* får tidsskriftet en svakere sosial kapital (Den norske legeforening, u.å-a).

Fagtidsskriftet *Sykepleien* har en middels høy posisjon basert på samlet kapitalvolum. *Norsk Sykepleierforbund (NSF)*, som er et av Norges største fagforbund, står bak fagtidsskriftet. NSF har en stor medlemsmasse som gir tidsskriftet høy sosial kapital (Norsk Sykepleierforbund, u.å). *Sykepleien* er rettet mot sykepleiere og plasseres hierarkisk mellom *TDNLF* og *Tidsskriftet for barnesykepleiere*. *Tidsskriftet for barnesykepleiere* har den svakeste posisjonen i relasjon til studiens empiri, ettersom den har et lite nedslagsfelt og mindre kulturell og økonomisk kapital. Det er få utgivelser, og tidsskriftet representerer en faggruppe som er relativt ny. *Barnesykepleierforbundet (BSF)* står bak tidsskriftet og har en liten medlemsmasse med nærmere 1000 medlemmer (Dolonen, 2020), og dermed svak sosial kapital og relativt liten økonomisk kapital. På den måten kan det kanskje være mindre interessant for forfattere med høye posisjoner å publisere i dette tidsskriftet enn i de andre fagtidsskriftene som inngår i studien.

Tabell 2: Type og volum av kapital til posisjonene som representerer det empiriske materialet

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

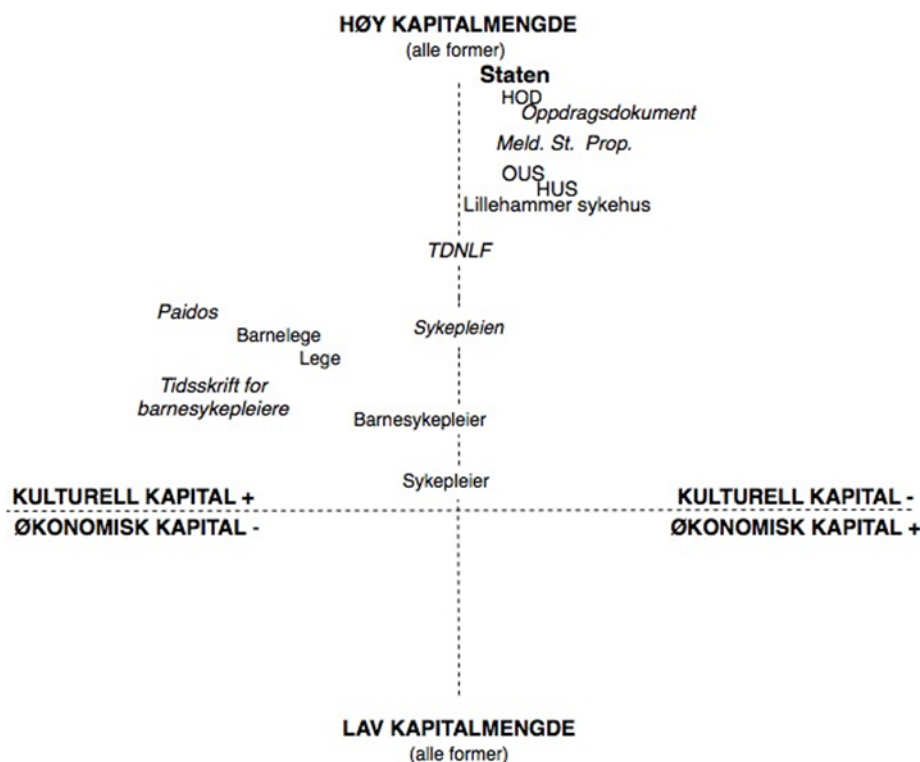
## Konstruksjon av et sosialt rom for beslutninger om AHS

Analysens del to avdekker posisjonene som relaterer seg til hverandre og som dermed danner grunnlag for konstruksjonen av en teori om det sosiale rommet som har bidratt til å gjøre etableringen av AHS mulig.

AHS kan oppfattes som et sosialt rom i det barnemedisinske feltet, som igjen er en del av det medisinske feltet som tangerer andre felt, se Figur 1. I det sosiale rommet AHS er det flere aktører som er involvert og som representerer posisjoner som posisjonere seg.

I studien er det sosiale rommet konstruert frem ved å først avdekke hvordan ulike posisjoner plasserer seg med utgangspunkt i økonomisk og kulturell kapital, se Figur 3. Posisjonenes samlede kapital angir en plassering i det sosiale rommet. Det vil si at avstanden mellom agentene eller posisjonene indikerer sosial avstand i relasjon til hvilke kapitaler de bærer i det sosiale rommet. Plassering og avstand i det sosiale rommet bidrar til å forklare posisjonenes posisjoneringer, forstått som en homologi (Bourdieu, 1995, s. 34-35). Posisjoneringene kommer til uttrykk som sosial praksis gjennom studiens inkluderte dokumenter. Det vil si hva de ulike posisjoner mener og uttrykker gjennom tekstene. Posisjoneringer fra et dokument som verdsettes med høyt kapitalvolum får en tilsvarende høy posisjon, og dermed større mulighet og makt til å påvirke praksis og dominere over posisjoner med lavere kapitalvolum (Frederiksen, 2016, s. 131-135).

Desto mer samlet kapital dokumentene har, det vil si jo høyere plassert de er i figur 3, desto mer symbolsk makt har de til å mene noe og å få gjennomslag om saken. Det gjør at noen dokumenter har mer makt og mulighet til å påvirke og legitimere praksis enn andre, og dermed vil de dominere over andre dokumenter med lavere samlet kapital (Callewaert, 2021, s. 13; Aakvaag, 2008, s. 151-155). Dermed kan man avdekke de sosiale vilkårene for å hvordan AHS har oppstått og etableres. Analysen viser nettopp dette gjennom at sykehusene som vil få etablert AHS inntar en posisjon hvor de argumenterer tilsvarende ordlyden i regjeringsdokumentene, som da viser seg å få stor gjennomslagskraft. Fagpolitiske dokumenter blir dermed satt i en underordnet posisjon som må tilpasse seg og la seg dominere uavhengig av deres argumenter for eller mot AHS. Argument relatert til barnets beste ser ut til være et strategisk viktig argument som det vanskelig kan argumenteres mot, selv om virkningen på nettopp barnets beste når AHS innføres ikke er undersøkt. Fra det perspektivet kan man sette frem påstanden om at innføring av AHS er et sosialt eksperiment i norsk sammenheng.



Figur 3: Illustrasjon som viser konfigurasjonen av AHS som et sosialt rom.

## Resultat

Regjeringsdokumentene, som har mest makt, argumenterer for å etablere og tilby helsetjenester med pasienten i fokus. Det argumenteres for at AHS ivaretar barnets beste med tilhørende rettigheter. Slike argument ser ut til å handle om å legitimere helsetjenesten slik at sykehusene og helsepersonell agerer slik regjeringen og staten ønsker. Argumentet om barnets beste er et argument med følelseladete konnotasjoner. Dette kan forstås som et retorisk grep, noe det kan være vanskelig å gjennomskue og vanskelig å stille seg i opposisjon til fordi det er argument som handler om at barn og familiene har det best hjemme. Dette vil vi argumentere for har vært av betydning for å muliggjøre gjennomføring av politikken som dominerer i det overordnede maktfeltet, særlig når argumentene fremsettes fra posisjoner med mye makt som søker å legitimere AHS. Det kan se ut til at argument som vinner fram bidrar til å etablere en doxa om at AHS kan erstatte sykehusinnleggelse, der AHS fremstilles som en selvfølgelig måte å organisere behandlingen av syke barn på.

Studien viser at det er mange argument involvert og mange aktører som spiller spillet om etableringen av AHS. Det barnemedisinske feltet har utviklet seg betydelig de siste tiårene. Det var for eksempel tidligere slik at barn skulle være innlagt på sykehuset uten foreldre tilstede, men etterhvert fikk foreldre delta stadig mer, noe som gjorde behandling og pleie mer kostnadseffektivt for sykehusene (Sundal, 2014, s. 183-184). En ytterligere effektivisering ses gjennom at stadig mer av behandlingen flyttes fra innleggelse til dagpost og poliklinikk (Meld. St. 24 (2019-2020), 2020, s. 51; Norsk barnelegeforening, 1997, s. 20; St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 113). Ved etablering av AHS skjedde det en ny og radikal endring, hvor sykehusbehandling som tidligere ble gitt på sykehuset nå flyttes hjem til barna og familiene.

Ved å etablere AHS ser det ut til at familiens ansvar og omsorg for syke barn får en stor betydning for hvordan syke barn behandles og for driften til sykehusene, noe som kan være et eksempel på det som Johansen & Solbjør (2012, s. 307-323) kaller velferdsstatens tilbaketrekning forkledd som barnets beste, men som kan være et bidrag til svar på deler av helsevesenets effektiviseringsproblem, eller kanskje effektivitetsløsning. Det kan med andre ord se ut som om AHS kan ha tvunget frem en løsning for å få pasientene ut av sykehuset. Fordelene for det syke barnet og familiene er mange, men disse fordelene kan heller ikke overskygge belastningen som kan forekomme ved å ha et sykt barn hjemme. Foreldrene tillegges mer ansvar og kan overbelastes med mer ansvar enn det de er i stand til å takle. I enkelte tilfeller vil barnet ha det best på sykehuset, selv om barnet da blir tatt ut av de kjente omgivelsene hjemme. Viten om disse forholdene og virkningene av dem er et empirisk spørsmål som må besvares gjennom en annen studie.

### **Avsluttende kommentarer**

Studien viser at sosiokulturelle vilkår hadde relativ stor betydning for å forklare hva som ligger til grunn for etablering av Norges første AHS. Empirien viser imidlertid at det også er flere lag i argumentasjonen som først kommer til syne gjennom analysene av de involverte sosiale posisjoner og posisjoneringer de setter i verk. Dette må undersøkes nærmere. Avslutningsvis vil vi foreslå ytterligere forskning av AHS sin relevans, effektivitet, tilfredshet i tillegg til økonomisk rasjonale. Dette vil dog kreve annet empirisk materiale enn det som har vært brukt i denne studien.

## Referanser

- Alme, T. N. (2006). Ole Sverre Haga. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 24(3), 78-81.
- Andersen, R. D. (2002). Ambulerande barnsjukvård i hjemmet. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 6(2), 8.
- Bjørndalen, H. J. (2013). *Hjemme - borte - uavgjort? Erfaringer fra avansert hjemmesykehus* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. UiO: DUO vitenarkiv. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-41459>
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: En sosiologisk kritikk av dømmekraften* (A. Prieur, overs.). Pax Forlag A/S.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk Makt*. Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (2008). De tre former for teoretisk viden. I S. Callewaert (Red.), *Pierre Bourdieu: Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori* (s. 72-103). Bogforlaget Frydenlund
- Broadly, D. (1991). *Sociologi och epistemologi: Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. HLS Förlag.
- Børsting, T. E., Lycke, N. G. & Silkoset, H. (2021). *Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver*. Barnesykepleierforbundet NSF & Norsk Sykepleierforbund. [https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet\\_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/?fbclid=IwAR3gO8BUln69JkKrzdj9yBjgCighFTOiN-EnALxDEgpjSD9PwrX0qqWNpFE#](https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/?fbclid=IwAR3gO8BUln69JkKrzdj9yBjgCighFTOiN-EnALxDEgpjSD9PwrX0qqWNpFE#)
- Callewaert, S. (2019). Introduktion til Pierre Bourdieu: «De tre former for teoretisk viten». *Praxeologi - Et kritisk blikk på sosiale praktikker*, 1(e2595), 1-5. <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.2595>
- Callewaert, S. (2021). Pierre Bourdieu. *Praxeologi - Et kritisk blikk på sosiale praktikker*, 3(e3158), 1-15. <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3158>
- Den norske legeforening. (u.å-a). *Fagmedisinske foreninger*. Hentet 22.04.22 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/fagmedisinske-foreninger/>
- Den norske legeforening. (u.å-b). *Om oss*. Hentet 22.04.22 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/>
- Den norske legeforening. (u.å-c). *Om tidsskriftet*. Hentet 22.04.22 fra <https://tidsskriftet.no/annet/om-tidsskriftet>
- Dolonen, K. A. (2020, 24. februar). *Fakta om NSF's medlemmer: Hvilken av NSF's faggrupper er størst? Sykepleien*. Hentet 22.05.22 fra <https://sykepleien.no/2020/02/fakta-om-nsfs-medlemmer>
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land. I O. Hammerslev, A. Hansen, Jens & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis* (s. 190-209). Hans Reitzels Forlag.
- Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofesjoner: Tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberales velfærdsstats profesjoner* [Doktoravhandling, Roskilde Universitet]. UC Viden. Roskilde. [https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen\\_J.\\_2015\\_Tv\\_rprofessionelle\\_velf\\_rdsprofesjoner.pdf](https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen_J._2015_Tv_rprofessionelle_velf_rdsprofesjoner.pdf)
- Grødem, M. (2021). Etablering av Avansert hjemmesykehus for barn og unge i Norge - En praxeologisk studie [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. HVL Open. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/3043239>
- Grøgaard, J. (2011). Avansert hjemmesykehus. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 29(1), 5-8.

- Halskov, G., Lundin, S. & Petersen, K. A. (2008). Homologier. I K. A. Petersen & M. Høyen (Red.), *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu: æresbog til Staf Callewaert* (s. 273-293). Hexis Forlag.
- Hammerslev, O. & Hansen, J. A. (2009). Indledning: Bourdieus refleksive sosiologi i praksis. I O. Hammerslev, A. Hansen, Jens & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 11-34). Hans Reitzels Forlag.
- Harrits, G. S. (2014). *Klasse - en introduktion*. Hans Reitzels Forlag.
- Haugsbakk, F. & Harstad, L. (2020). *Ansattes opplevelse av endringsprosesser: En kvalitativ studie av hvordan ansatte ved Haukeland Universitetssykehus opplever prosessen med å etablere et nytt tjenestetilbud* [Masteroppgave, Norges Handelshøyskole]. NHH Brage.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Oppdragsdokument til Helse Vest RHF*.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument\\_2010/oppdragsdokument-til-helse-vest-rhf-nn.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument_2010/oppdragsdokument-til-helse-vest-rhf-nn.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Oppdragsdokument 2017 Helse Vest RHF*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-helse-vest-rhf-2017-c.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 14. januar). *Oppdragsdokument*. Hentet 15.03.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Helsedirektoratet. (2021, 24. juni 2021). *Evaluering og vurdering av avansert hjemmesykehus for barn*. Hentet 03.04.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-og-vurdering-av-avansert-hjemmesykehus-for-barn>
- Hjellbrekke, J. & Osland, O. (2010). Pierre Bourdieu -maktkritikk som sisyfoarbeid. I J. Pedersen (Red.), *Moderne politisk teori* (s. 273-293). Pax Forlag.
- Horne, R. (2016). «Like barn leikar best»: *Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengende barn og unge* [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen]. BORA. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/15253>
- Johansen, B. & Solbjør, M. (2012). Brukermedvirkning som «universalmiddel» for helsevesenets problemer. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 307-393). Gyldendal Norsk Forlag.
- Järvinen, M. (2013). Pierre Bourdieu. I H. Andersen & B. L. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5. utg., s. 365-386). Hans Reitzels Forlag
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-189). Hans Reitzels Forlag.
- Lunde, J. & Holte, K. (2019). Hundre år med Norsk barnelegeforening. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 37(1), 14-19.
- Mathiesen, A. (2002). *Sociologiske feltanalyser*. Roskilde University.
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd*. Kunnskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 24 (2019-2020). (2020). *Lindrende behandling og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>
- Milde, H. L. (2002). Hjemmet som sykehus. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 6(2), 6.
- Norseth, A. H. & Nørve, H. C. J. (2021). *Kostnader ved AHS -hva er egentlig relevant?: en bedriftsøkonomisk kostnadsanalyse av avansert hjemmesykehus for barn og unge ved Helse Bergen (AHS)* [Masteroppgave, Norges Handelshøyskole]. NHH Brage.  
<https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/handle/11250/2768772>
- Norsk barnelegeforening. (1997). *Generalplan for NBF*. Den norske legeförening.
- Norsk barnelegeforening. (2011). *Satsningsområder for norsk pediatri i perioden 2011-2015*. Den norske legeförening.  
<https://www.legeföreningen.no/contentassets/6ae76b261b174c1c8ed9438b700e084d/satsningsomrader-for-norsk-pediatri-i-perioden-2011-2015.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å). *Om oss*. Hentet 22.04.22 fra <https://www.nsf.no/om-oss/om-oss>
- Oslo universitetssykehus. (2014). *Evaluering av innovasjonsprosjektet: Avansert Hjemmesykehus, pasienter tilknyttet OUS i alderen 0-18 år*. Idépoliklinikken.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab -hvad er det?: En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Forlaget Hexis.
- Ponton, G. I. (2017). *Hjemmesykehus som organisatorisk reform: En effektstudie av ny tjenestemodell i spesialisthelsetjenesten* [Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus]. ODA.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/5293/Ponton.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Prop. 1 S (2015-2016). (2015). *FOR BUDSJETTÅRET 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/9dca368594614ba79ac971b3608048ea/no/pdfs/prp201520160001hoddddpdfs.pdf>
- Sestoft, C. (2006). Felt: begreper og analyser. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu: En introduktion* (4. utg., s. 157-184). Hans Reitzels Forlag.
- St. Meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stamsø, M. A. (2017). Organisering og finansiering av velferdstjenester. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg., s. 110-143). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Støme, L. N. (2014). *Advanced Home Hospital; A Health Technology Assessment* [Masteroppgave, Università Degli Studi Di Modena E Reggio Emilia].
- Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus* [Doktoravhandling, Universitet i Bergen]. BORA. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/7942>
- Toften, I. (2010). Syke barn har det best hjemme. *Tidsskriftet Sykepleien*, 98(3), 66-69.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0013>
- Toften, I. (2011). Hjemmebesøk hos alvorlig syke barn. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 15(3), 15-17.
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Tapir Akademisk Forlag.
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS.