

LEG I PRAKSIS PÅ BØRNEHOSPITALER

En Bourdieu-inspireret feltundersøgelse af
hospitalsansattes tilgang til leg



JULIE HEJBROCH JOHANSEN
KAROLINE LORANGE
TRINE LYHOLM LARSEN

10. SEMESTER KANDIDATSPECIALE
LÆRING OG FORANDRINGSPROCESSER
AALBORG UNIVERSITET

31. MAJ 2018

ANDERKENDELSE

Først vil vi gerne takke afdelingssygeplejerske Merete fra Aabenraa Sygehus og velfærdskoordinator, Mette Sorang fra H.C Andersens Børnehospital for deres engagement vedrørende vores speciale og deres indsats for at skaffe os hospitalsansatte til interview.

En stor tak skal endnu lyde til vores speciale vejledningsgruppe for gode råd og inputs. Vi udbringer endvidere en stor tak til vores kære vejleder Kristian Larsen, for at tro på vores ide og rådgive os.

Allersidst, en stor tak til vores familier og venner, som har måtte høre på os være frustreret, være glade og at være til rådighed når vi har haft brug for det.

ABSTRACT

Given a society in change, this thesis takes particular focus on children's hospitals and how hospital staff interact with children through play and playful approaches, when it comes to treatment and nursing in practise. By challenging the phenomena play and its many meanings in nowadays society, we set to understand how play is part of practice at children's hospital and how hospital staffs play influence the everyday chores.

From a hospital staff perspective, the study seeks to challenge the medical field, and give play an important role in the debate of importance in the hospital staff practice on children's hospitals in Denmark. With a Pierre Bourdieu inspired approach, interviews with 17 different professions who all have a daily job task at children hospitals, combined with a historical outline of children's hospitals, community literature and reviews of play at other children's hospitals, the study critically discusses the ways the hospital staff positions themselves according to truisms and opposites in their sayings. We outline the analysis funds within the hospitals staff's sayings according to historical and community-based factors that can influence doings and sayings in practice at children's hospital.

The study found that play is perceived in many different variations which sets the settings for new dominance relationship and positions throughout the medical field. A field that otherwise base the hierarchy according to importance in life saving situations. But living in a society with higher focus on the individual and not only the treatment, but also the experience. Hospital staff seeks to do treatment with the children's needs at first hands and if that demands a playful approach, they are submitted to deliver. Societies dominance, rapid growth and streamlines are all indicators in society, which has an important part of the playfulness at children's hospital. If the care and nursing is easier to approach through play, the consultations goes faster, and more children can get treatment and nursing.

This thesis contributes to academia by identifying new ways of identifying the phenomena play in working situations at children's hospitals and it gives a introduction to plays potentials in changing positions, dominance relationships and hierarchies through different fields. This thesis provides a framework for children's hospitals developers by introducing the potentials of play and what indicators that are relevant to have in mind, when it comes to creating a playful environment at children's hospitals.

KEYWORDS

play, playfulness, children's hospital, hospital staff, professions, a changing society, Bourdieu, positioning, distinctions, dominance relations

FORORD

I år 2024 åbner Rigshospitalet deres nye børnehospital - Børneriget. Rigshospitalets ambitioner er at skabe verdens bedste børnehospital med leg som en integreret del af hele forløbet¹. Ifølge artiklen *Læger skal lege børn raske*² gøres det klart, at leg skal være en integreret del af Børneriget. Det fremgår i artiklen at læger og sygeplejersker i fremtiden skal finde deres indre legebarn frem, når de skal behandle syge børn på Børneriget.

Vi finder det interessant, hvordan det kan lade sig gøre at integrere leg i hospitalsverdenen, som Børneriget har ambitioner om. Hvilke faktorer og elementer medtænkes, hvis leg er en integreret del af indlæggelse, behandling og sygepleje på børnehospital. Vi finder det interessant at undersøge om samfundets krav og normer er nået dertil, hvor oplevelse tæller lige så meget som det at blive rask.

For at undersøge dette, har vi fundet det nødvendigt at undersøge, hvordan der gøres børnehospital på nuværende tidspunkt. Dette speciale omhandler derfor leg på børnehospitaler med udgangspunkt i hospitalsansattes erfaringer og oplevelser.

¹ Rigshospitalet

<https://www.rigshospitalet.dk/boerneriget/nyheder-og-presse/nyheder/Sider/2017/boerneriget-bliver-legende-logisk-og-designet-til-hverdagen-for-boern-unge-foedende-og-deres-familier.aspx> Besøgt den 22 marts 2018 kl. 14.56

² Mandag Morgen: Reimermann, Jens (2017) *Læger skal lege børn raske* - <https://www.mm.dk/artikel/laeger-skal-lege-boern-raske> Besøgt d.5 april 2018 kl. 12.33

INDHOLDSFORTEGNELSE

INTRODUKTION	4
PROBLEMFELT	4
OPSUMMERING	7
PROBLEMFORMULERING	8
UDREDNING AF PROBLEMFORMULERING	8
SPECIALETS TEORETISKE RAMME	9
HVORFOR ER VI INSPIRERET AF PIERRE BOURDIEU?	9
TEORETISK BEGREBSAPPARAT	9
HABITUS	9
FELT	10
KULTUREL KAPITAL	11
SYMBOLSK VOLD	12
BOURDIEU I DETTE SPECIALE	13
KONTEKSTUALISERING - EN HISTORISK OG SOCIAL SAMMENHÆNG	14
LEG OG HOSPITALER	14
DET MEDICINSKE FELT - HIERARKIER OG STRUKTURER	17
DET MEDICINSKE FELT	17
ARKITEKTUR STRUKTURER PRAKSIS	18
HISTORISERING - HOSPITALSUDVIKLING, BØRNEHOSPITALER OG LEG	18
DET HISTORISKE PERSPEKTIV I SUNDHEDSVÆSENET	19
SUNDHEDSPOLITIK GENNEM TIDEN	19
BØRNEHOSPITALERNES OPBLOMSTRING - FILANTROPISTER OG REFORMERE	20
ET BLIK PÅ LEGS UDVIKLING	21
SPECIALETS METODISKE VALG	23
KVALITATIV METODE	23
TILGANG TIL UNDERSØGELSESFELTET	23
GENERALISERBARHED	24
VÆSENTLIGE BETEGNELSER I SPECIALET	25

INTERVIEW	25
HVORFOR VI VÆLGER KVALE OG BOURDIEU	25
DET SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEW	26
FREM GANGSMÅDE FOR INTERVIEW	27
OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER TIL FREMGANGSMÅDEN FOR INTERVIEW	27
UDVALGTE HOSPITALER	28
INFORMANTER	29
DE INTERVIEWEDE FAGPROFESSIONER	29
SELV OBJEKTIVERING	31
BEARBEJDNING AF DATA OG ANALYSE DESIGN	32
TRANSSKRIBERING	32
FOKUS PÅ MENING	32
OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER TIL ANALYSE	34
ETISKE FORBEHOLD OG OVERVEJELSER	34
BEGRÆNSNINGER VED DET METODISKE VALG	35
KRITIK AF LITTERATUR	36
<u>SPECIALETS BOURDIEU-INSPIREREDE ANALYSE</u>	<u>37</u>
INTRODUKTION TIL ANALYSE	37
KOORDINAT-ILLUSTRATIONER: FAGPROFESSIONERNE I FORHOLD TIL LEG I PRAKSIS	37
ANALYSE: LEG SOM MIDDEL OG MÅL	39
LEG SOM MIDDEL OG MÅL: KOORDINAT-ILLUSTRATION	40
AFLEDNING	41
FORBEREDELSE	51
LEG SOM FORMÅL	58
ANALYSE: LEG OG MATERIALITET	66
LEG OG MATERIALITET: KOORDINAT-ILLUSTRATION	67
RUM & OMGIVELSER	68
ARTEFAKTER	76
ANALYSE: LEG OG POSITIONER	84
LEG OG POSITIONER: KOORDINAT-ILLUSTRATION	85
POSITIONER	86

POSITIONERING MELLEM FAGPROFESSIONERNE	95
FAGPROFESSIONERNES ITALESÆTTELSE AF SUB-FELTETS UDVIKLING	101
EN DISKUSSION AF ANALYSENS RESULTATER	109
AFLEDNING FOR PATIENTERNE ELLER FOR EN SELV?	109
FORBEREDELSE, ELLER FOR AT REDDE?	110
KAN VI KOMME FREM TIL, HVAD LEGENS FORMÅL ER I ET NUTIDIGT PERSPEKTIV?	111
HOSPITALSANSATTE I RUM OG RUM I HOSPITALSANSATTE	112
POSITIONER - KOMPETENCER, UDDANNELSER OG GENERALISTVIDEN	114
HIERARKIER - KØN, MAGT, AUTORITETER OG HISTORIE	116
SUB-FELTETS UDVIKLING - FRA ALLE TIL ÉN?	117
KONKLUSION	120
PERSPEKTIVERING	123
TEMAER DER UDSPRINGER AF EMPIRIEN	123
FUND DER UDSPRINGER, UNDER UDARBEJDELSEN AF SPECIALET	124
METODISK REFLEKSION	125
TILGANG	125
EMPIRISK MATERIALE	125
VORES RØLLE	127
LITTERATURLISTE	129
WEBSITES	129
ARTIKLER/PUBLIKATIONER	130
BØGER	132

1. INTRODUKTION

INTRODUKTION

Vi redegør her for specialets første fase, problemfeltet. Specialet er udformet som en konstruktivistisk Bourdieu-inspireret feltundersøgelse af hospitalsansattes brug af leg i praksis på børnehospitaler. Ud fra en historisk og samfundsmæssig kontekst vil vi forstå, forklare og argumentere for, hvad grundlaget for hospitalsansattes handlinger er. Dette afsnit er en præsentation af udvalgte forskningsresultater, som har relevans for specialets problemformulering med dertilhørende arbejds spørgsmål.

PROBLEMFELT

I 2016 blev mere end 76.000 børn mellem 0-19 år indlagt på danske hospitaler (dst, 2016). Det er alvorligt, at børn holder op med at lege, når de bliver syge, og en konsekvens heraf er, at det kan gøre dem mere syge, udtaler afdelingsleder Lone Møller fra H. C. Andersen Børnehospital. Et børnehospital skal være et sted, hvor der er plads til at lege, samtidigt med at børn er syge (Janniche, 2017). Det kræver hospitalsansatte, der kan integrere leg i praksis, men der mangler teoretisk grundlag til at klargøre sygeplejersker til kommunikation med børn (dsr, Andersen, 2014). Det kan nemlig være grænseoverskridende for sygeplejersker og andre at kaste sig ud i legens univers. Erfaring kan dog lære sygeplejersker, at når man skal kommunikere med børn, er det leg, der virker (dsr, Welsh & Sørensen, 1998).

The desire to play is fundamentally the desire to be. - Jean-Paul Sartre (Sicart, 2014, 18)¹

En grundpræmis for, at leg kan være svært at integrere i sit arbejde, kan begrundes ud fra et normativt syn på leg, hvor leg er i kontrast til arbejde. Arbejde foregår af nødvendighed, og leg foregår i frihed. De to indeholder adskillige modsætninger, blandt andet alvor mod lyst, rationel produktion mod "irrationel" leg og produktivitet mod uproduktivitet. I takt med at samfundet forandrer sig, ændrer menneskers legekultur sig også. Nærvær og dagligt samvær er udfordret, mens det virtuelle liv stormer frem, og fortryller med romantiske billeder og interaktive muligheder (Eichberg, 2015).

Steder, hvor der specifikt skabes rum til leg som legepladser og legesteder, er omringet af en verden, som virker til i de fleste tilfælde at være komplet rensat for leg. Leg udfases i en verden af ikke-leg.

¹ Sicart, Miguel (2014) Play Matters p.18, Cambridge, Mit Press LTD.

Samtidigt udvikler legeteknologi sig med høj økonomisk indsats fra vareproduktion til markedsføring af legetøj. Der skabes hele tiden ny leg på markedet, og leg bliver til et produkt, som måske kan betegnes som ikke-leg, blandt andet når leg inddrages i arbejdet. Når leg inddrages i arbejdet, betegnes det som en legeficerings af arbejdet (ibid.: 2015).

Leg som fænomen er kommet i fokus i de senere år, og konceptet leg bliver brugt som metafor for mange menneskelige praksisser. For eksempel, leg og innovation, leg og læring, leg og kreativitet. Leg forstås ud fra ideen om funktion og nyttighed i forskellige situationer. Hermed anerkendes det at nutidens forståelse af leg fortynder forståelsen af legeaktiviteter (Karoff, 2013: 1). I relation til leg betyder det, at praksis inkluderer måder at være i en krop på, at tænke på, at bruge legetøj og ting på, at føle på, at være motiveret på osv. ((Schmidt, 1999) Karoff, 2013: 4-5). En praksis karakteriseres som *“a doing and a making, done in a repetitive rhythm”* (Schmidt, 1999).

The great hope of society is in individual character - William Elly Channing²

Mennesket er under forandring fra præmoderne til moderne og fra moderne til senmoderne. Socialfilosoffer som Anthony Giddens, Ulrich Beck og Thomas Ziehe tager afsæt i, at der sker fundamentale ændringer i samfundet. Det at være menneske, er stærkt overbetonet af forestillingen om det frit flydende individ, der bliver sin egen reflekterende og selvskabende entreprenør. Dette skyldes økonomiske, materielle og sociale forandringer i samfundet, som skaber nye måder at være menneske på. Disse forandringer i identiteten hos mennesker medfører også forandringer i autoritetsrelationer og videns relationer i sundhedsvæsenet (Larsen, 2010: 45). I vores samfund er patienter i større grad blevet subjekter. Patienter kræver i højere grad deres ret, og denne ret bliver understøttet af patienternes mulighed for at gå på nettet samt konsultere venner og bekendte for at få en second opinion på deres situation, sygdom, behandling osv. Der er tendenser, som påpeger, at viden ikke længere går fra ekspert til patient, men at begge nu er subjekter, som indgår i en dialog, hvorigennem de begge udvikler viden til fælles gavn (ibid.: 46). Dette understøttes af et uddrag fra patienthåndbogens strategi 2016-2018, som vægter, at borgere bliver aktive medspillere i eget sundhedsforløb. *“På den måde sikrer portalen overordnede mål om at gøre patienter og borgere til aktive medspillere i deres eget sundhedsforløb”* (sundhed.dk). Patienthåndbogen viser, at den offentlige sektor er under

² William Elly Channing - <http://www.picturequotes.com/the-great-hope-of-society-is-in-individual-character-quote-598> - besøgt d. 11 maj 2018

modernisering. Patienten er nu en aktiv del af eget sygdomsforløb, hvor der førhen var større skel mellem ekspert og patient. Derfor er professionerne også under udvikling.

Professioner er forpligtet til at tale om sig selv på en særlig måde, som er svær at tale sig ud af, uden at svække erhvervets legitimitet. Denne professionsdiskurs er en konsekvens af samfundets forandring. En af de mest dominerende diskurser, er forandringsdiskursen. De professionelle går fra at bygge praksis på forskningsbaseret og specialiseret viden, til at skulle udvikle en generalistviden. Det skyldes samfundets udvikling fra industrisamfund til informationssamfund (Moos & Krejsler, 2006: 282). Lægeprofessionen er ikke længere meningsfuld i sig selv, men kun i relation til mere dominerende diskurser, som påvirker og gennemtværler professionen. Professionsdiskurser og konstellationer af mere eller mindre dominerende diskurser sætter vilkårene for, hvorledes man på meningsfuld vis, kan tale om professioner i dag. Det skyldes, at hvad der er meningsfuldt i dag, ikke nødvendigvis vil forekomme meningsfuldt fremover (ibid.: 286).

Forandringer i samfundet, skaber forandringer i sundhedsvæsenet. Hospitaler er i konstant forandring, hvilket påvirker de virkende kroppe i organisationen. Rummet organiserer kroppe, og kroppe påvirker rummet (Botin, 2018: 297) Gennem de seneste 20-30 år er der sket et paradigmeskifte inden for lægevidenskaben og sygeplejevidenskaben, hvor fokus er på at styrke den evidensbaserede videnskabelig praksis (ibid.: 311). Værdier som trøst og lindring bliver nu sat i kvantitativ kontekst og skal kunne måles på, før de har nogen betydning (ibid.: 312). Blokhospitaler og supersygehuse er maskiner for hurtig ind- og udslusning af patienter, der ses som en anonym masse, som skal undersøges, behandles og hurtigt videre. Dette strider imod det princip og mantra, der har floreret de seneste år om at stille patienten i centrum og tage afsæt i den enkeltes unikke tilstand (ibid.: 322).

You treat a disease, you win, you lose. You treat a person, I guarantee you, you'll win, no matter what the outcome. - Hunter Patch Adams (1998)³

I 2000 var næsten 700 af de knap 1000 ansøgere på medicinstudiet kvinder, og med kommunikation og samarbejde som en del af uddannelsesreformen, kan man tale om feminisering af medicinen (Larsen, 2003: 5) Det understøtter en diskurs, der afspejler et konfliktfyldt forhold mellem professionalisering, magt, autoritet og køn. Denne stigning medfører en risiko; at kvindelig fylde og dominans er professionaliseringens forudsætning og forhindring, og at dette kan medføre en diskurs i

³ Hunter Patch Adams (1998) <https://www.imdb.com/title/tt0129290/quotes> - besøgt d.11 maj 2018

spændingsfeltet mellem klassiske patriarker og moderne kvindelige autoriteter (Borgnakke, 2006: 346). Medicin er historisk set en lukket og konservativ profession, som har været mandligt konnoteret gennem tiden (Larsen, 2003: 5). Tilbage i 1875 fik kvinder adgang til universitetets prøver og grader på samme vilkår som mænd efter højlydte protester, der gik på, at kvindelige læger var et aldeles unødvendigt onde. Kvinder demonstrerede og protesterede og fik adgang trods protesterne og udelukkelsesstrategier (Borgnakke, 2006: 352).

Til stadighed er der en maskulin struktur på hospitaler, hvor det handler om effektivisering og at få patienterne ind og ud hurtigst muligt (Larsen, 2003: 5). I 2000 udgjorde mænd mere end 90% inden for særligt prestigefyldte specialer som neurokirurgi, ortopædkirurgi og thoraxkirurgi. Derimod er der en stor andel af kvinder inden for de mindre prestigefyldte specialer som børnepsykiatri, pædiatri og psykiatri (ibid.: 7). Den historiske udvikling af kvindelig autoritet er præget af en udrykning fra først familien til skolen og videre fra skolen til samfundet. Der sker en feminisering af den offentlige sektor, som medfører, at mænd holder sig væk. Et grundt standpunkt i pædagogikkens verden er, at udvikling af pædagogisk professionalitet ikke er tjent med patriarkalisme. Der skal oprettes en middevej mellem patriarkalsk pædagogik og kvindelige pædagogik, for at undgå ulighed i køn i professionerne (Borgnakke, 2006: 348).

OPSUMMERING

Indledningen har til formål at opsummere videnskabelige fund og samfundsmæssige tendenser. Der påpeges i denne indledning at:

- Leg er nødvendig for kommunikationen med barnet, for barnets udvikling og sygdomsforløb.
- Leg er en indlejret praksis, der er svær at definere i moderne sammenhæng.
- Samfundet er i forandring med henblik på sundhedsvæsenet, nye vilkår for hospitaler samt nye professions- og kønsdiskurser.

Ud fra dette vil vi undersøge, hvordan leg er en del af praksis på børnehospitaler ud fra de præmisser, som samfundet skaber grobund for. Vi er interesseret i at undersøge, hvilken rolle leg spiller i professionernes praksis og vil behandle dette i specialet. Vi ønsker at frembringe en viden om, hvordan leg bringes i spil, af hvem og hvilken betydning den har for både børn, deres pårørende og for professionerne selv. Dette problemfelt leder os frem til nedenstående problemformulering.

PROBLEMFORMULERING

Hvordan italesættes leg blandt hospitalsansatte på børnehospitaler?

På hvilke måder kan vi ud fra leg i praksis forstå, hvordan der gøres børnehospital med afsæt i et socialt og historisk perspektiv?

UDREDNING AF PROBLEMFORMULERING

For at besvare vores problemformulering, vælger vi at benytte os af Pierre Bourdieus sociologiske tilgang. Vi har hertil udarbejdet følgende arbejdsspørgsmål som vi besvarer løbende gennem specialets udfoldelse:

- *Hvordan har den historiske udvikling af børnehospitaler indflydelse på nutidige børnehospitaler?*
- *Hvordan udfolder børnehospitals praksis sig, og hvordan bruges leg i patienttilgangen af de forskellige professioner?*
- *Er der dominerende positioner i forhold til, hvem der påtager sig leg, og hvordan leg bliver brugt i praksis?*
- *Hvilke ligheder og forskelle kommer til udtryk i hospitalsansattes brug af leg?*

2. TEORI

SPECIALETS TEORETISKE RAMME

HVORFOR ER VI INSPIRERET AF PIERRE BOURDIEU?

Ifølge Bourdieu er den sociale verden relationel, bestående af: “*Objektive relationer, der eksisterer uafhængigt af den enkeltes bevidsthed og vilje*” (Bourdieu & Wacquant, 1996: 84). Derfor ser Bourdieu, at videnskabelig erkendelse af den sociale verden opnås ved at forstå menneskelig handlen og virkeligheden som relationel (ibid.: 84). Med Bourdieus kombination af en strukturalistisk og konstruktivistisk videnskabsteoretisk tilgang, belyses vores vidensområde og undersøgelsesfelt (Bourdieu, 1989: 14). Vi ser leg på børnehospitaler, som en kulturel tendens, der har spor i samfundets udvikling og forandring, og herfra forstår vi, at vi skriver os ind i den konstruktivistiske forsknings-tradition. Specialet tager form ud fra hospitalsansattes opfattelser, handlinger og sagte gøren. For Bourdieu skal verdenen begribes ud fra en historisering af konkrete agents praksis i bestemte omgivelser (Bourdieu & Wacquant, 1996: 84). Vi vælger at inddrage Bourdieu for at forstå, hvilke historiske erkendelser og samfundsmæssige tendenser, der ligger til grund for legens position og dominans, hos de hospitalsansatte på børnehospitaler. Bourdieu påpeger nødvendigheden af, at sætte undersøgelsesobjektet i kontekst til tid og positioner (Rasborg, 2009: 371).

Vi er i dette speciale inspireret af Bourdieus feltanalytiske og praktisk-teoretiske tilgang, hvor empiri og teori går hånd i hånd. Ifølge Bourdieu spiller det empiriske arbejde en helt central rolle i forhold til at bryde med eksisterende og dominerende tankemønstre og at se disse i relation til de betingelser, de skabes af (Bourdieu & Wacquant, 1996: 145).

TEORETISK BEGREBSAPPARAT

Med inspiration i en praktisk-teoretisk tilgang anvendes begreberne; *habitus*, *felt*, *kapital* samt *symbolsk vold*. Under disse begreber berøres endvidere begrebet *doxa*. Begreberne influerer alle på hinanden. Vi redegør for de enkelte begreber og deres sammenhæng, samt hvordan vi gør brug af dem i specialet.

HABITUS

Habitus er kropsligt forankret og skal forstås som erfaringer og handlemuligheder der er indlejret i kroppen. Agenten agerer således ubevidst ud fra kropsligt indlejrede kulturelle normer (Bourdieu,

1984: 466). I den tidlige socialisering dannes den primære habitus. Habitus skal ses som varige dispositioner, som er træge men foranderlige (Bourdieu & Wacquant, 1996: 133). *“Habitus’er er varige dispositions-systemer, der er prædisponerede til at fungere som strukturerende strukturer, det vil sige som principper, der frembringer og strukturerer praksisser og repræsentationer”* (Bourdieu, 2007: 92). Habitus er historisk forankret og består af oplevelses-, tæknings- og handlingsskemaer. Disse handlingsskemaer har betydning for måden den enkelte agent agerer på i praksis. Den enkeltes habitus skabes gennem sociale strukturer og i de dynamiske relationer mellem agenten og det sociale, og er ligeledes medskabende af, hvordan de sociale strukturer forandrer sig. Agentens dispositioner tager afsæt i egen historie og erfaringer, som tilegnes ud fra de ”spilleregler” der gør sig gældende i sociale rum. Habitus bekræftes, reproduceres og forandres gennem de forskellige samfundsinstitutioner agenten tilgår (Bourdieu, 2007: 192). Agenten har på baggrund heraf opbygget dispositioner for, hvorledes det skal og kan agere i både individuelle og kollektive praksisser. Man kan derfor sige, at selvom habitus er med til at reproducere de sociale systemer, er habitus foranderlig i takt med, at samfundet og det sociale rums strukturer ændrer sig (Bourdieu, 2007: 94).

Bourdieu's habitus-begreb skal i dette speciale forstås som kropslige, kognitive strukturer og dispositioner, som danner grundlag for måder fagprofessionerne agerer ud fra i det sociale rum. Således betragter vi habitus som influerende på den måde fagprofessionerne orienterer sig og handler i praksis

FELT

Feltbegrebet skal ses som en konstellation af objektive relationer mellem forskellige positioner. Et felt kan defineres som *“et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner”* (Bourdieu & Wacquant 1996, 84).

Positionerne i et felt har både modsatrettede og forskellige værdier i forhold til hinanden. Samtidig er det karakteristisk for et felt, at der skal være noget på spil for agenterne, hvilket skal forstås som, at der enten skal være noget at kæmpe for eller noget at kæmpe om. Bourdieu ser felter som værende relativt autonome, og det er derfor forskelligt fra felt til felt, hvad der er på spil og hvilken kamp der skal udkæmpes. Det, som er fælles for felter, er, at de er dynamiske, ved at de udvikles og forandres i takt med at kampene udspiller sig (Bourdieu & Wacquant, 1996: 88). Der er i feltet en bestemt logik som agenterne orienterer sig efter, i forhold til de forskellige kampe samt opdelingen af, hvor

grænserne går mellem de to ”leje”, kampene udspiller sig mellem (Bourdieu, 1997: 65-66). I et felt kæmpes der om positionernes indbyrdes magtforhold ud fra agenternes habituelle dispositioner, og det forsøges at forøge eller omsætte kapitaler til anerkendelse og status (Bourdieu & Wacquant, 1996: 85-87).

Bourdieu understreger, at kampe der udkæmpes aldrig vil føre til udligning af forskelle, fordi kampe altid reproduceres af dominerende agenter, som ønsker at opretholde deres position og status over for de dominerede agenter (Bourdieu, 1993: 72). Kampene i feltet handler derfor om magtrelationer og en uoverensstemmelse mellem feltets struktur og agentens habitus. Til at beskrive denne uoverensstemmelse opererer Bourdieu med begrebet *doxa*, som omhandler det, den sociale orden bygger på. Doxa er indlejret i både habitus og samfund, og dækker over det, der tages for givet i et felt. Det vil sige, alt det som for agenterne er indlysende, uskrevet og ikke står til diskussion (Bourdieu, 2007: 114). Vi finder det relevant at tage feltets doxa i betragtning, da dette er medskaber af muligheder og begrænsninger for fagprofessionerne og dermed styrende for deres positioner, meninger og de valg, de træffer.

I et felt tilhører en social orden, hvor agenter klassificerer og klassificeres ud fra deres smag og afsmag. Agentens position er derfor bestemt af agentens relation eller afstand til feltets øvrige agents positioner (Rasborg 2009, 371). Bourdieu omtaler smag som en “match-maker” som bringer agenter tættere sammen i det sociale rum, hvis de har samme smag og distancerer dem, hvis smagen er forskellig. Denne afsmag betegnes distinktioner (Bourdieu, 1984: 243). Smag og afsmag er derfor et udtryk for positioner og positioneringer. Når vi forholder os til distinktioner, herunder smag og afsmag fremadrettet i specialet, anvendes positioner og positioneringer.

Til et felt knytter der sig sub-felter og sociale rum, som følger feltets overordnede agenda, men samtidig har sin egen struktur og doxa. Vi ser i denne sammenhæng børnehospitaler som et sub-felt til det medicinske felt. Vi argumenterer for, at børnehospitaler kan anses som værende et sub-felt, fordi agendaen på et børnehospital adskiller sig fra det overordnede medicinske felt. Det medicinske felt præsenteres i specialets kapitel 3.

KULTUREL KAPITAL

I dette speciale centrerer vi os om den kulturelle kapital velvidende, at Bourdieu opererer med tre kapitalformer: *økonomisk*-, *kulturel*- og *social kapital*. Disse kan efterfølgende fremtræde i en fjerde kapitalform kaldet *symbolsk kapital*. “Dynamikken i et felt ligger i kapitalformernes strukturelle

konfiguration, det vil sige i spændingen mellem de forskellige kræfter, der står over for hinanden” (Bourdieu & Wacquant 1996, 88f). Kapital skal forstås som en værdi eller ressource, som den enkelte agent råder over, og som de sociale agenter kæmper om at få adgang til. Værdien af de enkelte kapitaler varierer afhængigt af, i hvilke felter de bringes i spil. Det er for den enkelte agent muligt at opnå indflydelse og magt i det pågældende felt gennem kapitaler (Bourdieu & Wacquant, 1996: 86-87). Kapitalerne bruges derfor af agenterne til at dominere og dermed positionere sig i forskellige felter (ibid.: 105).

Den kulturelle kapital dækker over agentens viden og uddannelsesmæssige baggrund, samt agentens evne til at mestre sprog og kultur på en særlig måde. Kulturel kapital skal ses som en kropsliggjort kapital som har betydning for agentens måde at være i verden på, og som noget agenten kan have mere eller mindre af sammenholdt med andre agenter (Larsen, 2010: 57).

Den kulturelle kapital anvendes i specialet, når vi undersøger hvorledes de forskellige fagprofessioner positionerer sig i sub-feltet. Da vi undersøger forskellige fagprofessioners oplevelse af leg i praksis, finder vi det relevant at tage den kulturelle kapital i betragtning. Kulturel kapital kan have betydning for hvorledes positioner og dominansrelationer udspiller sig i sub-feltet.

SYMBOLSK VOLD

Begrebet symbolsk vold anvender Bourdieu i forbindelse med dominansrelationer mellem agenter. I enhver kommunikativ handlen mellem to agenter eller flere, er der mulighed for, at den symbolske vold udspiller sig. Den symbolske vold finder sted, ved at den dominerede agent accepterer, at ting er, som de er. Det vil sige, at den dominerede agent ikke opfatter dominansforholdet, fordi agenten i sin habitus har internaliseret, at det er en del af feltets struktur. Da den dominerede agent finder dominansen naturlig, er han/hun med til at opretholde dominansforholdet (Bourdieu & Wacquant, 1996: 151-152). Den symbolske vold hviler derfor på den overensstemmelse, der finder sted i dominansrelationen, hvor den dominerede agent opfatter den dominerende agent ud fra kategorier, som dominansrelationen har skabt (Bourdieu, 1997: 214). Begrebet symbolsk vold anvendes i specialets analyse og diskussion, til at undersøge hvorledes dominansforholdene udspiller sig mellem fagprofessionerne.

BOURDIEU I DETTE SPECIALE

Bourdieu's teoretiske begreber giver os mulighed for at opnå indsigt og forståelse for, hvordan subfelter udspiller sig, hvilke doxa der gør sig gældende, og hvordan kulturel kapital kommer til udtryk. Herved får vi mulighed for at forstå, hvilke fagprofessioner, der ser leg som en del af deres profession, og hvilke fagprofessioner der ikke gør. Med inspiration i Bourdieu får vi ligeledes mulighed for at forstå de sociale relationer og hvorledes dominansforholdene udspiller sig. Når vi undersøger fagprofessionernes positioner og holdninger til leg på børnehospitaler, undersøger vi det i lyset af dét sociale rum, fagprofessionerne gør praksis i. Herunder ser vi historiseringen af børnehospitaler som en vigtig medspiller, når vi konstruerer objektet.

Specialets kapitel 3, indeholder relevante forskningsartikler, vi vælger at inddrage, samt en redegørelse af udvalgt historisk litteratur om børnehospitaler, sundhedsvæsenet, det medicinske felt og leg. Den udvalgte litteratur, skal give et indblik i en historisk og samfundsmæssig kontekst, vi behandler specialet ud fra.

3. KONTEKSTUALISERING

KONTEKSTUALISERING – EN HISTORISK OG SOCIAL SAMMENHÆNG

Dette afsnit opdeler vi i tre afsnit:

- Forskning der relaterer sig til leg og hospitaler. Her præsenterer vi forskning, der relaterer sig til emnet børnehospitaler og leg for at sætte specialets problemformulering i en samfundsmæssig kontekst, blandt andet hvordan leg i forskellige former bidrager til børnehospitals kultur.
- Litteratur der belyser det medicinske felts hierarkier og strukturer. Her kontekstualiserer vi børnehospitalet. Vi introducerer objektive strukturer, der kan sætte en ramme for, hvilke strukturer vi forholder os til fremadrettet i specialet.
- Historiske perspektiver på hospitalers udvikling, børnehospitaler, sundhedspolitik og leg. Vi inddrager historisk litteratur for at kunne kontekstualisere specialet, herunder med henblik på at drage paralleller mellem historiske episoder og hospitalsansattes nutidige positioner og handlinger.

LEG OG HOSPITALER

Vi vælger at inddrage forskningsartikler om leg og hospitaler til brug i diskussionsafsnittet, for at operationalisere specialets problemformulering og belyse specialets fund med flere perspektiver. Ved at bruge søgeord som *Children's Hospitals*, *Børnehospitaler*, *Play*, *Pediatric*, *Healing Architecture*, *Healing Play* i AAUs universitetsbibliotek herunder ProQuest, har vi udvalgt nedenstående forskningsartikler. Forskningsartiklerne giver os et indblik i børnehospitaler, og hvordan leg har betydning indenfor dette felt.

I forskningsartiklen *Pediatric facility improves efficiencies with playful amenities, coordinated care* (Nohenstein, 2001), forklares det, hvor vigtigt leg er på et hospital. Formålet med Children's Hospital i Omaha var at skabe et børnehospital, hvor fokus udelukkende var på sundhedspleje. Efter færdiggørelsen af hospitalsbyggeriet opnås der ikke tilfredsstillende resultater inden for patienttilfredshed og effektivitet. Dog viser det sig, at den integrerede leg i byggeriet - som dyrepoter & præriescenarierne på væggene, glitrende stjerner i loftet på medicinske behandlingsrum, kunst fra børnene, der

pryder væggene, og så videre - har en helende effekt på børn og deres familier, selvom hospitalsser- vicen ikke er helt som forventet. På grund af de legende elementer i byggeriet opleves der mindre stress og angst hos familierne, når de kommer på hospitalet. Denne forskningsartikel giver os et ind- blik i, hvordan legende omgivelser er gavnligt på børnehospitaler. Omgivelserne har betydning for børns heling, når de er på hospitalet. Denne viden er relevant, fordi vi gerne vil komme nærmere, hvordan hospitalsansatte bruger leg i de rum, de udfører praksis i.

I *Hospital Design and Staff Perceptions: An Explorative Analysis* (Mroczek, 2005) beskrives det, at fokus tit er på patienter og helende miljøer i udvikling af design i sundhedssektoren. Herunder menes blødt lys, vandinstallationer og helende haver. Disse faktorer kan have positive effekter på patienter, reducere stress og forkorte helingsprocessen. Desværre er faktorer som stress og udbrændthed en realitet, der påvirker den fysiske og psykiske sundhed hos personalet. Artiklen påviser, at et støttende fysisk miljø er afgørende for ansattes helbred, og hvordan de har det på deres arbejdsplads. I forhold til dette speciale ser vi det relevant at inddrage et perspektiv som dette, for at undersøge om rummet har indflydelse på de ansattes tilgange til leg i praksis, herunder om rummet kan være med til at skabe trivsel.

I *Playfulness of Children at home and in the Hospital* (Bloomer & Candler, 2013), undersøges det, hvordan børn leger, når de er på hospitalet, og hvordan de leger, når de er hjemme. Det beskrives også hvorfor leg er vigtigt for børn. Det redegøres i artiklen, at børn har forskellige beskæftigelser. For eksempel at underholde sig selv, at spise og at lære. Herunder pointeres det, at leg er en af de vigtigste beskæftigelser for børn. Det argumenteres med, at der for eksempel er bestemte måder, hvorpå man børster tænder, binder sko, og færdiggør sine lektier, men når der leges, er der ingen bestemte måder, hvorpå dette skal gøres. Derudover argumenteres der, ved hjælp af udviklingspsy- kologerne Jerome Bruner og Jean Piaget, at leg er godt for den kognitive udvikling. Artiklen argu- menterer for, at leg hjælper børn med senere at kunne handle og tage kritisk stilling gennem livet. Artiklen fokuserer altså på, at leg er vigtigt for børn, da legen indeholder mange kvaliteter, som børn kan benytte senere hen i deres voksenliv. Derfor er det essentielt og vigtigt, at børn ikke stopper med at lege, når de kommer på hospitalet. Men på hospitalet er man underlagt nogle faktorer, man er nødt til at tage højde for. Hospitalsmiljøerne udsætter børn for nogle andre sociale miljøer, end de er vant til i deres typiske barndomsmiljø. Børn bliver separeret fra nær familie og nære venner, og andet børn er vant til. På hospitalet skal børn agere i et nyt miljø, hvor de skal interagere med hospitalsansatte,

andre patienter og de andre patienters familier og gæster. Bloomer og Candler beskriver, at børn må aflæse miljøet og interagere med de andre, for at finde deres rolle i det nye miljø. På børnehospitaler støder mange forskellige kulturer sammen. Hvert barn har sin egen kultur og tro og egne værdier og traditioner. Indlagte børn bliver eksponeret for nye kulturer og værdier, og derudover skaber hospitalsverdenen en ny kultur, hvor der er stringente regler, hygiejneprincipper og andre ting, der skal tages højde for. Fordi hospitalets vigtigste funktion er at gøre børn raske, kan børn ikke være 100% med på beslutninger om, hvornår tingene skal ske, og dette kan have en negativ effekt på børnenes leg. Bloomer og Candlers artikel beskriver endvidere, at den legende tilgang hos børn ikke er så forskellig fra hjem til hospital, og at børn, der leger mere hjemmefra, også leger mere på hospitalet. De finder frem til, at barnets leg måske er mere afhængig af barnets personlige og individuelle karakter end de miljømæssige forskelle, fordi børn over tid vil vænne sig til hospitalsmiljøet. Denne artikel vil vi bruge til at understrege vigtigheden af leg, legens potentialer for børn, og at det er vigtigt, at børn ikke stopper med at lege, bare fordi de er syge og på hospitalet.

I artiklen *Hospitalet bliver aldrig et godt sted, - kan hospitalsklovne gøre en forskel?* (Pedersen & Aagaard, 2014) undersøges hospitalsklovnes effekt på barnets mestring og oplevelse af at være på skadestue. Børnene i undersøgelsen oplever, at hospitalsklovne gør en forskel ved at bidrage til, at børnene mestrer situationen. Hospitalsklovnene skaber en god relation til børnene blandt andet ved at lege og bruge magi. De relationer, som hospitalsklovnene skaber til børn, bidrager til, at de enkelte børn i større grad oplever at kunne overskue hospitalssituationen, forstå, hvad det er, der foregår, og få en meningsfuld oplevelse. Artiklen konkluderer, at hospitalsklovne hjælper børn, til at få en god oplevelse på skadestuen. Vi mener, at denne artikel er relevant i forhold til at vise, at klovne og leg kan bidrage til at give børn en god oplevelse, når de er på hospitalet, da hospitalsklovne kan skabe relationer og øge børns mestringsevne. Vi inddrager artiklen som et perspektiv på legens indtog på børnehospitaler. Hospitalsklovnen er et symbol på, at subjektet i dag er i fokus, og at det legende perspektiv er en stor del af det at komme på hospitalet, når man er barn.

Dette afsnit om leg og hospitaler, kan være med til at give et indblik i, at leg kan have en helende effekt på børn og højne deres livskvalitet under indlæggelse og behandling. Vi argumenterer for, at denne forskning relaterer sig til vores speciale i en grad at det er værd at undersøge, om der kan være en kamp i feltet omhandlende behandling og leg. En kamp hvor hospitalsansatte kæmper om, hvor stor betydning leg kan og skal have i et felt, hvor det handler om at gøre det syge barn raskt.

DET MEDICINSKE FELT – HIERARKIER OG STRUKTURER

I dette afsnit præsenterer vi hierarkier og strukturers betydning for det medicinske felt. Dette gør vi for at skabe en forståelse for, hvad det er for et felt børnehospitaler som kategori er underlagt og hvilke forbehold og strukturer, vi forholder os til, når det handler om at undersøge hospitalsansattes tilgang til leg på børnehospitaler. Dette afsnit benyttes sammen med Bourdieus teori i analyseafsnittet.

DET MEDICINSKE FELT

Vi udfører vores undersøgelsesarbejde på et børnehospital, som er underlagt strukturer fra det medicinske felt. Det medicinske felt skal forstås som et felt der er under konstant forandring og som består af flere lag, hvoraf kun de nederste er stabile. Der er blandt andet sket ændringer indenfor forståelsen af den biologiske menneskekrop og sygdomme, og der er kommet nye ekspertiseområder, som går under betegnelsen sundhedsprofessionelle. Stabilitet i feltet viser sig ved opretholdte strukturer trods demografiske, rekrutteringsmæssige og kønsmæssige forskydninger. I dag er der flere kvinder inden for lægefaget, og kvinder anses som værende den dominerende faggruppe i feltet. De store magtpositioner i det medicinske felt besiddes af økonomiske interessenter som lægemiddelindustri og medikoteknologi-industri på den ene side og videnskabeligt orienterede positioner såsom institutioner og agenter, der koncentrerer sig om human-, samfunds- og grundvidenskab på den anden side (Larsen, 2008: 299-300). Der er forskel på, hvor vigtige de forskellige faggrupper, sygdomme, kropsdele og patienter opfattes i det medicinske felt. Lægeprofessionen er den mest dominerende. Læger har dermed den højeste position i feltet. I en mellemposition findes sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, med flere. Herefter indtager social- og sundhedshjælpere/assistenter den laveste position i feltet (ibid.: 301). Det er ikke kun professionerne som hierarkiseres i det medicinske felt. Det gør kroppe, kropsdele, sygdomme og kropsfunktioner også. Disse hierarkier konstrueres i det sociale rum af de dominerende agenter. Det vil sige, at nogle sygdomme anses som havende en højere position end andre. For eksempel er akutte sygdomme højere positioneret end kroniske, og hjertet som organ er vigtigere end andre organer (ibid.: 303). Positionerne knytter sig til, hvor vigtige de hospitalsansatte er for patienters forløb. Et eksempel på dette er, at det er læger, der udfører operation, sygeplejersker der medicinere, og social og sundhedshjælpere der tager sig af den personlige hygiejne. Sygdomme relateret til hjerte og hjerne anses som højest positioneret, mens sygdomme vedrørende for

eksempelvis hud anses som lavest positioneret. Patientmæssigt positioneres de yngre patienter over de ældre (Larsen, 2008: 301-302).

ARKITEKTUR STRUKTURER PRAKSIS

Vi anskuer hospitalsansatte som kroppe i sub-feltet og derfor ser vi det relevant, at se det i kontekst til rum, kroppe befinder sig i. Til at understøtte dette, inddrager vi et syn på arkitektur som læremester. Larsen stiller skarpt på, hvordan sygeplejerskestuderende tilegner sig og bruger faglig viden i et praktikophold på et hospitalsafsnit. Studiet viser, at arkitektur, rum, indretning, adskillelser og lugte er aktive og nærværende medspillere i studerendes læring i praksis. Med afsæt i Bourdieu peges der på, at historien er materialiseret eller objektiveret i arkitektur. Arkitekturen strukturerer bestemte praktikker til forskellige rum. Rum skal forstås som subjekter, som gør brug af de studerende som objekter. De studerende læser og responderer således på hospitalet med deres kroppe, fordi kroppen har handlinger og forståelser indlejret. Derfor er der en sammenhæng mellem hospitalet og kroppen, fordi de indre principper sygeplejerskestuderende har spiller sammen med den objektive ydre verden, når sygeplejerskestuderende orienterer sig i den sociale verden (Larsen, 2001).

Når vi beskriver og forklarer positioner i forhold til leg, har vi det medicinske felt med dets objektive strukturer i betragtning. For at kunne analysere, hvordan hospitalsansatte positionerer sig i forhold til hinanden, sætter vi det i kontekst til de objektive og prædefinerede hierarkier, der findes i det medicinske felt. Objektivisme kan ikke stå alene, men skal sættes i relation til fagprofessionernes egen subjektive oplevelse og forståelse (Wilken, 2014: 117).

HISTORISERING – HOSPITALSUDVIKLING, BØRNEHOSPITALER OG LEG

I dette afsnit belyser vi historiske nedslag for at undersøge om ændringer i praksis, kan have betydning for det syn og den måde, der gøres børnehospital på. Vi finder det nødvendigt at redegøre for historisk udvikling, da erkendelser herfra kan være af afgørende betydning for, hvordan legens plads og rolle på børnehospitaler kan kædes sammen. Der følger derefter et kort afsnit over sundhedspolitik og leg, og hvordan det har udviklet sig fra før til nu, da udvikling inden for dette har relevans for specialet og kommer til udtryk i diskussionsafsnittet.

DET HISTORISKE PERSPEKTIV I SUNDHEDSVÆSENET

For at kontekstualisere hospitalet kort har hospitalet som institution forandret sig meget igennem historien. Især med henblik på hvor mange hospitaler der er, antallet af liggedage og antallet af professionelle på hospitalerne. Denne ændring skyldes samfundsmæssige forandringer, der også påvirker faglighed hos de professionelle (Larsen, 2009: 92).

I et langt historisk perspektiv er patienter i stigende grad blevet subjekter. Der er sket en reduktion i autoritetsrelationer i sundhedsvæsenet, og dette medfører, at patienter i stigende grad er blevet objektgjorte (Larsen, 2010: 46). Hospital, hospitalsindlæggelse og forløb har ændret sig over tid. Der er tale om forskelle både for de ansatte og ikke mindst for patienterne og deres pårørende (ibid.). Der har historisk foregået kampe mellem medicinere og kirurger. Lægeprofessionen kæmpede med andre lavere positionerede inden for redning af liv herunder for eksempel bartskeerere, okkultister og alternative solister (Larsen, 2012: 27). Over de seneste 250 år har hospitaler og de aktiviteter og interventioner, der finder sted, været under stor forandring. Ligeledes har måden, hvorpå hospitaler bygges og indrettes, ændret sig, men stadig med en vis grad af den oprindelige grundstruktur. Antallet af hospitaler er halveret inden for de sidste 100 år, og indlæggelsestiden er forkortet. Til gengæld er antallet af undersøgelser, behandlinger, faggrupper og lægelige specialiseringer steget markant (Larsen, 2008: 297). Indenfor sundhedsområdet ses det, at sundhedsprofessionerne kæmper om samfundsmæssig anerkendelse (ibid.: 295). Selvom det medicinske felt har ændret sig, så har det opretholdt sin struktur. Gennem tiden er der sket ændringer med hensyn til, hvem der arbejder i det medicinske felt, og ændringerne er derfor både demografiske og kønsmæssige. For eksempel er der de seneste 20 år kommet flere kvindelige læger, hvor lægepraksis før i tiden blev varetaget af mænd (ibid.: 299). Gennem tiden har det ændret sig, hvilke typer sygdom der anerkendes, og hvem der tager sig af dem. Ligeledes er der gennem tiden kommet større indsigt i kroppens virkemåde, og man er blevet klogere på sygdomme, behandling og pleje. Dermed sker der forskydninger i hvilke faggrupper, patientgrupper og institutioner som anses for vigtige i det medicinske felt (ibid.: 297-301).

SUNDHEDSPOLITIK Gennem Tiden

Vi finder det relevant for specialet at inddrage et indblik i, hvordan sundhedspolitik ændrer sig for at skabe en konsensus om, hvorvidt tidligere sundhedspolitik har indflydelse den dag i dag. Tidligere sundhedspolitik kan beskrives som paternalistisk og udformet som autoritær folkeopdragelse. Her menes der, at eliten vidste bedre, og fortalte de "mindre" vidende, hvordan de skulle leve deres liv. I

et nutidigt sundhedspolitisk lys fremhæves alle menneskers ret til den bedst mulige sundhed, frem for hvad der gavner samfundsøkonomien. Olsson forklarer altså, at gårsdagens øvrigheds perspektiv er blevet erstattet af sundhedsarbejde med respekt for mennesket. Nu hedder det “menneskets frihed til bevidst at kontrollere og styre sit livs livsvilkår” (Olsson, 2009 (SOU2000 91A: 63): 146). Kort opsummeres det, at menneskets behov er i fokus nu, hvor der førhen var fokus på samfundets behov (ibid.: 146). Karaktertræk ved det moderne samfund er styring af styring, og her menes der styring gennem at skabe forudsætning, miljø og incitament for selvstyring (ibid.: 147).

Det udledes af folkesundhedskomiteen, at sundheds- og sygeplejen i et fremtidigt perspektiv kommer til at møde krævende og delagtige forbrugere med store forudsætninger for at tage ansvar for egen og nærtståendes sundhed. Der menes med dette, at menneske og samfund ud fra forskellige perspektiver har interesse i at fremme sundhed (ibid.: 149). Samfundet har mulighed for at tage ansvar for overordnet folkesundhed, set som afhængig af det enkelte menneskes indsats og støtte (ibid.: 150). Mennesker har et ansvar for egen livslang læring og personlig udvikling, og en forudsætning for dette er, at den enkelte i samfundet kan tage ansvar for positiv sundhedsudvikling. Mennesker skal kunne tage ansvar, og derfor anses personlige dispositioner som åbenhed, selvbevidsthed og evne til selverkendelse som vigtige (ibid.: 152).

BØRNEHOSPITALERNES OPBLOMSTRING – FILANTROPISTER OG REFORMERE

Vi inddrager et til dels kulturhistorisk udviklingsperspektiv på, hvordan børnehospitaler er blevet til, for at vi kan drage paralleller til nutidens børnehospitaler og hospitalsansattes tilgange til leg. I den forgylde alder var der mange fattige børn, som var i risikozonen for at blive syge på grund af epidemier og arbejdsskader. Blandt andet fordi tæt bebyggelse og forurening medfører stress og udmattelse. Mange kvindelige reformere brugte deres tid på at beskytte kvinder og børn i den hurtige urbane udvikling, de var under, og den industrialiserede kapitalismes mange bivirkninger. Med en nylig stigning i liberalisme i social og politisk tankegang og ideer fra filosoffer som fysikeren John Locke og Jean-Jacques Rousseau i det 18. århundrede, blev værdien af ungdomslæring og leg anerkendt. De rystende statistikker om barnedød bevirkede, at medicinske sind blev opstemt til at forebygge børnedød. Reformere begyndte derfor at tage action (Duffin, 2000: 313). Kvinderne startede kampagner, politiske koalitioner, arbejdede for forbedring af lokalområderne og kæmpede for politisk lovgivning. Blandt andet kæmpede kvinder for sundhedspleje af børn. Herunder kæmpede kvinder for afdelinger og børnehospitaler, der skulle fungere som komfortable steder for de syge børn og deres forældre at

få behandling og restituere (Sloane, 2005: 1). At uddanne forældre blev endnu et led i at mindske børnedødeligheden (Duffin, 2000: 314). Reformere og læger frygtede for børns liv, men samtidigt også for nationens fremtid. Især fattige børn var i farezonen. Reformerne kritiserede flere lag i samfundet og kæmpede for at få offentlige institutioner til at sikre de mest værdifulde medlemmer af samfundet. Reformerne troede på, at nye institutioner ville være bedre til at beskytte børnene og indprente dem med middelklasseværdier. Reformere og læger var enige om, at det var nødvendigt med børnehospitaler (Sloane, 2005: 334). Den sociale reform udgjorde sammen med det medicinske formål en ide om at oprette et fiktionselt forældre frit hjem styret af professionelle med det formål at redde børn fysisk og psykisk (ibid.: 334-335).

Kombinationen af hjem og hospital fungerede som en positiv transformation fra den hjemmebaseret sygepleje til det moderne institutionssystem. Generelt var tankegangen med opførelsen af børnehospitaler, at man ikke længere skulle bekymre sig om, at barnet skulle indlægges på et ordinært hospital (ibid.: 338). Bestyrere, frivillige og læger så sig selv som dem, der reddede børn fra deres smalle gader, lukkede gårde, damp og beskidte lejligheder. En hel afdeling på børnehospitalet var dedikeret til at lære om opdragelse, en kompetence personalet følte børnene manglede fra deres barndomshjem. Især var det de fattige børn, der skulle opleve et "rigtig hjem" med den bedste indretning og den rigtige atmosfære (ibid.: 338). Hospitalet var designet til at vække god opførsel hos børn og var en kombination af høfligt hjem og struktureret institution. Hospitalerne var dekoreret med billeder, indrettet med træmøbler, og blev præsenteret som et hjem, der blev passet på. Donationer til børnehospitaler gjorde også, at der kunne ske lidt ekstra som søndags-is og andre gode ting, børnene ikke ville opleve i deres hverdag (ibid.: 339). I det 20. århundrede blev der gjort mange opdagelser inden for pædiatri, hvor det førhen var domineret af kloge koner og entreprenører, var det nu et ansvarsområde for sundhedsfolk herunder blandt andet læger, forskere og medicinalfirmaer. Vacciner, medicin og metoder til at behandle børn udviklede sig hurtigt. I takt med udvikling af medicin og vacciner, faldt antallet af børn med børnesygdomme og børnedødelighed som følge af sygdom (Duffin, 2000: 321).

ET BLIK PÅ LEGS UDVIKLING

For at undersøge ændringer i menneskers tilgang til leg følger her et indblik i, hvordan et syn på leg har udviklet sig fra bondeoplysning og op til i dag. I takt med at samfundet forandrer sig, ændrer måden at lege på sig også. I begyndelsen af 1800-tallet erstattes fri leg med dans, og fester med fri

leg udvikler sig til organiserede baller. Den udendørs fri leg erstattes med struktureret idræt i slutningen af 1800-tallet. Dette skyldes blandet andet et nyt samfundssyn, der opblomstrer i takt med ny pengeøkonomi og bondeoplysning. Bondeoplysning og pengeøkonomi medfører at flere borgere flytter ind til byerne, hvor der er andre måder at handle og gøre på, og fri leg erstattes med børnehavepædagogik og sport (Møller, 2011: 3). Det store skift fra land til by, gør også at legekulturen påvirkes. Dog er der lege, der ikke er geografisk bestemt. Lege, der udspringer af arbejdslivet, er stadig relevante, og mange lege udfolder sig ved at simulere fjollede daglige gøremål for at få afviklet kedeligt arbejde på en underholdende måde og få arbejdet til at glide lettere (ibid.: 4) Et aspekt af leg, som var gældende i 1800-tallet, hvor fri leg var udbredt, og som stadig er gældende i dag, er, at leg tjener en funktion. Leg skal være sjovt, for ellers er der ikke tale om leg (ibid.: 4)

Vi inddrager disse udvalgte historiske perspektiver for at belyse specialet ud fra en historisk kontekst. Vi ser et symbol på kvindelige værdier i et mandligt struktureret samfund. Den mandlige struktur gør sig gældende i udviklingen af hospitaler, hvor der effektiviseres ved at patienterne har færre liggedage, og der kommer flere specialiseringer i professionerne.

Reformere kæmper for at få børn ind i offentlige institutioner, hvor omsorg og pleje af barnet ikke skal varetages af familien, men af samfundet som institution.

Der ses en tendens til, at menneskets behov nu er i fokus frem for samfundets, og at dette skaber et paradoks. Paradokset kommer af friktionen mellem det objektgjorte hospital og subjektiveringen af patienten. Der sker nogle historiske brud i udviklingen af behandling; fra kloge koner og entreprenører, til mandlige læger, til nu både kvindelig og mandlige læger, og mange professioner, der har sin gang på hospitalerne. Fra mystisk klog kone til anerkendt læge til pædiatrisk læge ændrer dominansrelationerne sig. Vi finder frem til, at det før i tiden ikke var lige så prestigefyldt at være klog kone som at være anerkendt læge. I dag ser vi et mønster der gentager sig, og at maskuline strukturer dominerer inden for medicin. Der er større anerkendelse indenfor lægepraksisser som ortopædkirurgi, hvorimod der er en mindre grad af anerkendelse indenfor lægepraksisser, som pædiatri. Vi uddrager af vores historiske afsnit af leg, at legens funktion er afhængig af samfundets behov for leg, og at leg siden 1800-tallet har været brugt til at lette arbejdsopgaver og gøre arbejdet mere tilgængeligt. Selvom samfundet udvikler sig, skal leg stadig være meningsfuld for dem, der leger, ellers mister legen sit formål.

4. METODE

SPECIALETS METODISKE VALG

Dette afsnit omhandler specialets metodiske valg og har til formål at operationalisere de metodiske valg, vi tager og som præger specialets udformning. Vi præsenterer i dette afsnit fremgangsmåder, undersøgelsesfelt og informanter, samt hvilke forbehold og konsekvenser den anvendte metode har for specialets udformning og resultater. Kapitlet er inddelt i 3 afsnit.

- Formålet med dette afsnit er at redegøre for overordnede valg og betingelser, når vi arbejder inden for den kvalitative metode.
- Vi præsenterer den metodiske behandling, samt vores indsamlede empiri og analyse design.
- Afsnittet omhandler de begrænsninger vi møder i valgte fremgangsmåder, litteratur og hvilke etiske overvejelser, vi er opmærksomme på.

KVALITATIV METODE

Som metodisk fundament til dette speciale, anvender vi kvalitativ metode. Den kvalitative metode fokuserer på, at processer og fænomener beskrives, før de kan forklares og anskues som konkrete kvaliteter. Vi vælger en gren inden for kvalitativ metode, fordi vi vælger at inddrage kulturelle, hverdagslige og situerede aspekter af menneskelig viden, handlen, læring og tænkning samt menneskets måde at forstå sig selv på (Kvale og Brinkmann, 2008: 28).

TILGANG TIL UNDERSØGELSESFELTET

Empirien indsamles på to børnehospitaler, hvor vi interviewer fagprofessioner. Praksis på hospitaler og børnehospitaler er et nyt område for alle i specialegruppen, da ingen af os har erfaring med at arbejde indenfor det medicinske felt. Vi tager ud i undersøgelsesområdet med, kun vores tidligere hospitals erfaringer og generel viden om hospitaler. Disse danner grundlaget for vores forforståelser. Det kan være en fordel for os som undersøgere, ikke at være en del af praksis, fordi vi som undersøgere dermed ikke fanges af sub-feltets detaljer og lokale forståelser. Dermed ser vi ikke på sub-feltet som "indfødte" (Alvesson, 2003). Vi argumenterer med Alvessons tilgang, at der for os kan være en fordel i ikke at være infiltreret i praksis. Vi kender ikke de implicite regler for, hvordan praksis udspiller sig på børnehospitaler.

En ulempe ved at være ny i undersøgelsesfeltet, er, at det kan være udfordrende at spørge ind til praksis, udover de emner som fagprofessionerne selv frembringer, fordi vi netop ikke kender praksis indefra. Det er lettere for én, der er en del af praksis at få “den sande historie” og en dybere viden om sub-feltet, end for én der kommer udefra og ikke har kendskab til hverken sub-feltet eller dets agenter (ibid.: 2003). Vi er ikke personligt involveret i det sub-felt, vi undersøger, og derfor kan vi frigøre os fra det, som tages for givet. Dette medfører, at vi kan se ting og praksis udfolde sig på en åben måde (ibid.: 2003). Vi følger Alvesson ved opstarten af specialet. Vi bliver hertil bekendte med undersøgelsesfeltet ved at stille åbne frem for snævre spørgsmål (Alvesson, 2005: 127). Vi er bevidste om, at vi, ved at vælge et ukendt område for os som undersøgere, muligvis overser eller ikke tager højde for et aktuelt problem på børnehospitaler, men i stedet tager højde for vores egen undren. Vi argumenterer for, at vores fremgangsmåde er gavnlig for det undersøgelsesfelt, vi undersøger. Med overvejelser om, hvilke fordele og ulemper vores valg har for specialet.

GENERALISERBARHED

Vi finder det relevant at redegøre kort for specialets generaliserbarhed. Herunder mener vi, hvordan de konstateringer, vi fremanalyserer, kan eller ikke kan almengøres. Da undersøgelsen er kvalitativ, er vi opmærksomme på, at vi kun undersøger en gren af en forekomst af et eksisterende fænomen og altså ikke en almen gyldighed. I en kvalitativ metodisk fremgangsmåde er konceptet at frembringe få forekomster af et fænomen (Roald & Køppe, 2008: 86). Vi argumenterer for, at fremkomsten af viden i dette speciale, kan bruges til at belyse et fænomen, der kan gøre sig gældende i lignende situationer på andre børnehospitaler, afdelinger, institutioner og organisationer, hvor ansatte arbejder med børn. På grund af specialets størrelse og antal af informanter anerkender vi, at mængden af data kan bruges til at belyse en tendens vi fremanalyserer, er til stede blandt de fagprofessioner, vi interviewer. Vi er opmærksomme på, at resultaterne vil være præget af vores egne subjektive ståsteder, fortolkninger og forforståelser, der også præger specialets resultater. I og med at vi er tre til at skrive specialet, udfases subjektive forståelser og handlinger til en vis grad gennem gruppeinteraktioner og diskussioner om empiriens fund og teoretiske begreber.

VÆSENTLIGE BETEGNELSER I SPECIALET

I specialet benytter vi os af selvvalgte betegnelser for at operationalisere specialets undersøgelsesfelt. Vi vælger at gøre dette for at undgå misforståelser i forbindelse med specialets analyse og for at skabe struktur og overblik samt at distancere os for undersøgelsesfeltet og de interviewede.

- *Hospitalsansatte*: generelt personale, der har sin arbejdsgang på et børnehospital eller børneafdeling.
- *Fagprofessioner*. De interviewede informanter, hvis ytringer vi bruger som empiri i dette speciale.
- *Børnehospital*: Børneafdelinger og børnehospitaler i Danmark, der hører til et hospital.
- *Sub-felt*: Børnehospitaler ses som sub-felt til det medicinske felt. Sub-feltet er der hvor fagprofessionerne udfører deres respektive praksis og distinktioner udspiller sig.
- *Voksenhospital*: bruges fremadrettet i specialet til at understrege modsætningen til et børnehospital.

INTERVIEW

HVORFOR VI VÆLGER KVALE OG BOURDIEU

Vi vælger hovedsageligt at benytte Steinar Kvales fremgangsmåde for interview blandt andet til udformning af interviewguide og interviewspørgsmål. Selvom vores teoretiske afsæt er Bourdieu-inspireret, er planlægning og facilitering af interview-seancer inspireret af Kvales metodiske fremgangsmåder for interviews. Vi tager dette valg velvidende, at Bourdieu sammenvæver videnskabsteori, teori og metodologi og tænker i brud og objekt konstruktioner, mens Kvale er psykolog og befinder sig inden for den fænomenologiske tradition, hvor fokus er at forstå interviewpersoners perspektiver ud fra deres livsverdens beskrivelser (Glasdam, 2007: 129). Vi inddrager Kvale til primær metodisk fremgangsmåde for interview og Bourdieu som sekundær. Dette gør vi, fordi vi forinden interview-seancerne vælger at udføre strukturerede interviewguides. I Bourdieus tilgang er der ikke et regelsæt for udførelse af interview, ligesom der er hos Kvale. Bourdieu fokuserer mere på efter-refleksioner, og hvad der sker pr. krop in actu. under interview seancerne i stedet for at planlægge og følge et regelsæt inden og under udførelse af interview (ibid.: 129). Vi vælger at kombinere begge tilgange, og planlægge interviewsituationerne med strukturerede interviewguides. Vi fokuserer derefter på

efterbehandlingen og at reflektere over, hvordan vores egen position i interviewsituationerne er afgørende for interview-seancens udfald. Både Kvale og Bourdieu har intentioner om at frembringe viden om et fænomen ud fra interviewpersonernes perspektiv og udtalelser (ibid.: 129). Kvale mener udover dette, at viden fra interview kan bruges til at forbedre vilkår hos mennesker ved blandt andet at medvirke til at forbedre livsbetingelser hos den interviewede. Bourdieus førsteprioritet med interview resultater er at frembringe ny viden, hvor forståelse og forklaring af den sociale verden er centralt, og ud fra dette er Bourdieus intention at vise, hvorfor handlinger og ytringer gøres gennem et socialt og historisk perspektiv (ibid.: 130).

Vi stræber i dette speciale efter at frembringe ny viden om fænomenet leg på børnehospitaler ud fra både Kvale og Bourdieus interview formål. Inspireret af Bourdieu stiler vi efter at fokusere på forståelse og forklaring af den sociale verden og undersøge, hvorfor der gøres og ytres, som der gør, med afsæt i et socialt og historisk perspektiv.

DET SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEW

Vi former vores interview som et kvalitativt forskningsinterview. Vi anvender denne metode for interview, fordi vi er interesserede i at afdække fagprofessionernes livsverden og synspunkter. Vi interviewer med afsæt i Steiner Kvalets metode om livsverdensinterviews. Dette vælger vi for at have en guideline for, hvordan vi foretager interview. Med livsverdensinterviews er formålet at udforske de hospitalsansattes levede verden på deres arbejdsplads og få indblik i de erfaringer og forståelser af verden, der udtrykkes gennem subjektive forståelser og tolkninger. Det tilstræbes at opdage og gengive deres viden om det, der sker, og at se sub-feltet, som det tager sig ud for den aktive deltager. Vi ønsker at understrege vigtigheden i at opretholde de beskrivelser, som informanterne med egne ord udtaler om erfaringer, meninger og aktiviteter. Det gør vi, fordi informanternes informationer skaber den virkelighed, vi ønsker at opnå en viden om (Kvale, 2013: 9). Vi tilrettelægger semistrukturerede interview, således at der er mulighed for at rette interviewet mod tre specifikke forsknings spørgsmål, der er centrale at belyse i forhold til vores problemformulering (Brinkmann og Kvale, 2010: 38). Interviewene tilrettelægger vi som individuelle interviews for at få indsigt i de interviewedes subjektive meninger og holdninger (ibid.: 38-39). For at overskueliggøre interviewspørgsmålene udformer vi en interviewguide (Interviewguide - se bilag 1). Ud fra hvert forskningsspørgsmål udarbejder vi en række vejledende spørgsmål. Spørgsmålene er vejledende for dialogen mellem os som interviewere og de interviewede informanterne. Formålet er, at interviewene forløber som en flydende

samtale, hvor informanten motiveres til at tale frit i en samtale, der ikke udelukkende er centreret omkring spørgsmål/svar. De formulerede spørgsmål er hverken akademiserede eller det modsatte, men vi forsøger så vidt muligt at tilpasse samtalen i et forståeligt sprog. Vi tilrettelægger interviewguiden uden ledende spørgsmål, fordi vi ikke blot ønsker at få be- eller afkræftet en bestemt forståelse (Kvale, 2015: 224-225). Vi udarbejder endvidere interviewspørgsmålene som åbne spørgsmål med henblik på at invitere informanter til at fortælle om de subjektive erfaringer og oplevelser fra børnehospitaler, der ikke nødvendigvis stemmer overens med de forhåndsantagelser, vi som interviewere har med os (Kvale, 2013: 12) Hertil er vi opmærksomme på, at vores forforståelser er med til at prækonstruere det objekt, vi undersøger. Derfor er vi opmærksomme på ikke at bringe egne holdninger og perspektiver i spil i interviewsituationen (Hammerslev & Hansen, 2009, 17). Det understreges, at hensigten med interviewet ikke er at nå frem til en endegyldig sandhed, men derimod at komme frem til en ny og værdifuld viden for denne undersøgelse (Kvale, 2013: 72).

FREMGANGSMÅDE FOR INTERVIEW

Alle i specialegruppen påtager sig rollen som interviewer, for at det ikke kun er én af os, der stiler interviewene i en bestemt retning, men at vi alle tre med hver vores forforståelser styrer flere interview-seancer. Både for at involvere os alle i processen, men også for at udvide søgen i fund, fordi vi lægger mærke til forskellige fund i interviewene.

Rammen for interviewenes varighed er sat til 30-45 minutter. I interviewsituationerne befinder vi os på børnehospitaler, hvor fagprofessionerne har deres daglige praksis. Vi interviewer på kontorer, i pauserum og i mødelokaler. Vi benytter disse lokaler, fordi de er tilgængelige for os, og fordi vi ønsker at tale med fagprofessionerne om deres praksis på deres respektive arbejdsplads, da netop denne arbejdspraksis er omdrejningspunktet for undersøgelsen. Det er hertil centralt at påpege en opmærksomhed på, at disse rum ikke er der, hvor alle fagprofessionerne udfører deres praksis. Derfor kan rummene for de fagprofessioner signalere bestemte agendaer, som lægger op til bestemte former for interaktioner, som kan have indflydelse på informanternes udtalelser (Larsen, 2001).

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER TIL FREMGANGSMÅDEN FOR INTERVIEW

Det er vigtigt at påpege, at relationen mellem os som interviewere og fagprofessionerne, der interviewes, er en magtrelation, fordi vi som interviewere befinder os i en asymmetrisk relation overfor de interviewede fagprofessioner. Det kan dominere produktionen af den empiriske viden (Kvale,

2015: 56). Vi er bevidste om denne asymmetri både før, under og efter interviewet. Vi er hertil opmærksomme på, at det er os som undersøgere og interviewere, der er de initiativtagende til interviewet, og at fagprofessionerne - på baggrund af opfordring fra vores kontaktpersoner - indvilger i at deltage.

Intentionen for interviewene er at interviewe fagprofessionerne én til én. Vi bliver udfordret i denne intention, fordi kontaktpersonen fra et af hospitalerne rammesætter, hvordan interviewene skal forløbe, hvilket blandt andet medfører, at to fagprofessioner interviewes sammen, og at vi er to til stede under nogle af interview-seancerne. Vi følger denne anvisning og interviewer nogle af fagprofessionerne én til én og andre to til én. Vi beslutter i disse situationer at uddelegere en primær og sekundær funktion som interviewer for ikke at forvirre og overrumple den interviewede.

Ulempen ved at være to interviewere og en informant er, at vi udsætter informanterne for en ulige positionering, og at dette kan medvirke til, at de ikke føler sig komfortable i situationen, hvilket kan have indflydelse på, hvad der bliver udtalt. Vi oplever det dog også positivt at være to interviewere over for en informant i det omfang, at vi får mulighed for at stille flere uddybende spørgsmål til informanten. Kvale udtrykker, at det er vigtigt, at intervieweren lytter aktivt til informanten, og at intervieweren husker, hvad informanten siger for efterfølgende at kunne spørge ind til det. At være to i en interviewsituation giver endvidere lejlighed til betænkningstid i forhold til at kvalificere de næste stillede spørgsmål (Kvale, 2015: 225). Interviewformen på begge hospitalsbesøg er præget af omstillinger, fleksibilitet og ustruktureret tidshorisont for varighed. Det betyder, at vi ikke kan være sikre på fulde interviews, fordi der i hospitalsregi kan opstå akutte og uforudsete situationer, hvor der er behov for, at informanter er til stede på deres afdeling. Derfor gør kontaktpersonerne os opmærksomme på, at vi ikke kan fastlægge os på, hvilke fagprofessioner, vi gerne ser interviewet. De fleste interviews forløber uforstyrret, men i nogle af interview situationerne opstår forstyrrelser, der afbryder interviewet eller forkorter varigheden. Dette har indflydelse på den mængde af empiri, vi gerne ser, men vi er også realistiske med hensyn til, at på et børnehospital opstår der vigtigere praktikker, der gør, at interviews med specialestuderende bliver nedprioriteret.

UDVALGTE HOSPITALER

Vi interviewer fagprofessioner fra to hospitaler i Danmark. De to hospitaler er H.C. Andersens Børnehospital i Odense (HCA) og Sygehus Sønderjylland i Aabenraa - afsnit for børn og unge (SSA). Hospitalerne udvælger vi på baggrund af forskellige søgninger om "leg på hospitaler". Vi har haft

kontakt til seks børneafdelinger, hvoraf to af disse giver muligheden og stiller ansatte til vores rådighed, indenfor en tidsramme, der stemmer overens med specialeperioden. Forinden besøg på hospitalerne er vi i løbende kontakt med en velfærds koordinator (HCA) og en afdelingssygeplejerske (SSA) som påtager sig opgaven og finder frem til de 18 informanter, vi bruger som empirisk grundlag for dette speciale. Vi tilsender hospitalerne et dokument med en projektbeskrivelse (Projektbeskrivelse - bilag 4), hvori det står beskrevet, hvem vi er og hvad vores intentioner med specialet er. Denne projektbeskrivelse præsenteres for fagprofessionerne forud for interviewene.

På HCA får vi et introduktionsmøde, hvor vi vises rundt på børnehospitalets afdelinger. Dette gør, at vi kan relatere interviewene til fysiske omgivelser på børnehospitalet og dermed spørge ind til omgivelserne, hvis vi finder noget interessant og relevant at spørge om i forhold til, hvordan de bruger leg i praksis. Vi får endvidere mulighed for at introducere vores intentioner med specialet til introduktionsmødet. På interview dagen på SSA bliver vi vist rundt på samme måde inden vi interviewer udvalgte fagprofessioner. Vi skriver vores indtryk af de to hospitaler ned for ikke at udelade vores oplevelser af de to børnehospitaler (Førstehåndsindtryk af undersøgelsesfeltet - se bilag 3).

INFORMANTER

Informanterne i specialet udvælger vi ud fra kriteriet om, at de skal have en daglig praksis på et børnehospital, og at deres arbejde relaterer sig til deres fagprofession. Vi ønsker, så vidt som muligt, at få en bred repræsentation af hospitalsansatte. Vi interviewer følgende fagprofessioner: to diætister, tre pædagoger, en social- og sundhedsassistent, en hospitalsklovn, en ergoterapeut (legehelt), en psykolog, en overlæge, en fysioterapeut, fire ambulante sygeplejersker, en børneanæstesi sygeplejerske, en kirurgisk sygeplejerske og en klinisk sygeplejerske. Størstedelen af fagprofessionerne er repræsenteret af kvinder. Vi understreger, at denne udvælgelse ikke er et bevidst valg. Vores kontaktpersoner gør os opmærksomme på dette og at det skyldes, at en stor procentdel af de ansatte på begge hospitaler er kvinder. Vi underbygger dette udsagn med tal fra Danmarks Statistik, som i 2011 viser, at størstedelen af de offentligt ansatte er kvinder (dst, 2011: 53).

DE INTERVIEWEDE FAGPROFESSIONER

Vi operationaliserer fagprofessionerne ved at tildele et "dæknavn" fremfor at benytte personnavn. Disse er præsenteret i nedenstående skema. Vi vælger at give dem et dæknavn, for at distancere os fra sub-feltet og afpersonificere fagprofessionerne, da vi ikke mener, at det er relevant for specialets

udfald at benytte civile navne. Dæknavne er valgt uden videre omtanke. Derfor forekommer det tilfældigt og uden videre struktur i nummer, bogstav eller titel for at undgå, at vi blander dem sammen. Nogle af dem hedder OUH eller AA som er betegnelser for de hospitaler, de kommer fra. Dette er uden videre betydning, da vi bruger det udelukkende, for at overskueliggøre og genkende de enkelte informanter, når vi behandler fagprofessionernes udtalelser i analysen. Vi tildeler hver fagprofession en farve. Denne farve tildeler vi, for at kunne placere fagprofessionerne i en koordinat-illustration i forhold til, hvordan fagprofessionerne positionerer sig i forhold til leg. Koordinat-illustrationerne præsenterer vi i analyseafsnittet. I analysen bruger vi dæknavnene, når vi benytter os af citater og udtalelser fra de forskellige fagprofessioner.

-  Diætister: D1 & D2
-  Pædagog: Pæd1
-  Pædagog: Pæd AA
-  Pædagog: Pæd OUH
-  Sosa: Sosa
-  Hospitalsklovn: H
-  Ergoterapeut: E
-  Psykolog: P
-  Overlæge: Doc
-  Fysioterapeut: F
-  Ambulant Sygeplejerske: AS1
-  Ambulant Sygeplejerske: AS2
-  Børneanæstetsi: BAS
-  Kirurgisk Sygeplejerske: S10
-  Ambulant Sygeplejerske SAA
-  Ambulant Sygeplejerske: S AA1
-  Klinisk Sygeplejerske: KSS

SELVOBJEKTIVERING

Vi er opmærksomme på egen rolle som undersøgere, og vi er i dette afsnit om selvobjektivering inspireret af Bourdieu, og hvordan Bourdieu gør opmærksom på betydningen af dette. Refleksiv sociologi kan forklares som et princip, der har til formål at støtte os som undersøgere i at studere sociale objekter, hvor begge parter er underlagt og influeret af forforståelser fra den sociale verden (Hammerslev & Hansen, 2009: 16). Refleksivitet skal forstås i forhold til at være bevidst om, at forskeren undersøger de studerede agents, men også forskerens forforståelser. Som undersøgere er vi klar over, hvordan vores egen forforståelse influerer på det, vi ønsker at undersøge og er hertil bevidste om, at disse forforståelser influerer på forholdet mellem os og fagprofessionerne. Ifølge Bourdieu handler det ikke om at fornægte eksisterende prækonstruktioner, men centralt at forholde sig kritisk til de informationer, man tilegner sig gennem interviews. Det handler således i højere grad om at forstå prækonstruktioner i deres funktion og relation til de agenter og institutioner, der benytter dem (ibid.: 17).

Det er essentielt, at forskeren bryder med egne forforståelser og objektiverer egen position i feltet (Bourdieu & Wacquant 1996, 186). Da hospitalsområdet et nyt for os som undersøgere, finder vi det derfor væsentligt at klarlægge vores position og forforståelser, da disse bringes med ind i feltet. Vi har en forforståelse af, at man ikke kan forvente, at hospitalsansatte er legende i deres praksis, da dette ikke tilhører deres primære jobfunktion. Denne forforståelse bygger blandt andet på de fund, fra projektet omkring "Skal vi lege?", hvor vi fandt frem til, at det ikke kunne forventes at ansatte havde lyst til at lege på deres arbejde (Johansen, Lorange og Larsen, 2017). En anden forforståelse vi gik ind til projektet med var, at leg og hospitalspraksis kunne ses som et paradoks på grund af legens lethed og hospitalets alvor. Vi stillede os derfor undrende overfor om leg og faglighed kunne fungere i en alvorlig praksis, som børnehospitaler er. Vi er opmærksomme på, at Bourdieu er fortalende for, at man som undersøger er en del af det felt, som undersøges (Glasdam, 2007). Det understreges hertil, at denne undersøgelse tager udgangspunkt i børnehospitaler som sub-felt, vi ikke har et kendskab til indefra og derfor beror udelukkende på vores forforståelser. Disse forforståelser udgør blandt andet det, vi har antaget i forbindelse med den udvalgte forskning på området samt tidligere arbejde med fænomenet "leg på arbejdspladsen". Ydermere undersøger vi en offentlig institution, hospitalet, som kan bevirke, at vi på individuelt plan har indlejrede kropslige forforståelser, meninger og oplevelser i forhold til hvad hospitaler er og kan. Som undersøgere er vores habituelle dispositioner forskellige. For eksempel har den primære, sekundære og tertiære socialisering betydning for måden, hvorpå vi forstår undersøgelsesfeltet. Vores indgangsvinkler og forudsætninger over for det der undersøges, er

præget af forskelligheder. På trods af at vi ikke har et kendskab til sub-feltet indefra, er det centralt at påpege vores kendskab til leg med både børn og voksne. For eksempel er den ene af os undersøgere uddannet pædagog, hvilket har betydning i den forstand, at hun i højere grad identificerer sig med de pædagogiske informanter.

BEARBEJDNING AF DATA OG ANALYSE DESIGN

De transskriberede interviews åbnes op gennem kodning og meningskondensering.

TRANSSKRIBERING

Interviewene optages og bliver efterfølgende transskriberet. Der foretages fulde transskriptioner, hvor alle interviews bliver omdannet til et skriftsprog. I transskriptionerne undlades det, som vurderes ikke at have relevans for konteksten. Her mener vi øhm-lyde, gentagelser og uklarheder. Vi transskriberer fra start til slut for at få et fuldt udbytte og for ikke at misse væsentlige pointer i interviewene. Herved bliver transskriberingerne også et analyseværktøj, fordi allerede når vi påbegynder transskriptionerne er det vores subjektive skriftsprog, der tolker de sagte situationer (Kvale, 2013: 92). Vi er altså opmærksomme på, at en transskribering er en omformulering fra en ansigt-til-ansigt situation til et skriftsprog. Den sociale interaktion, der er til stede i samtalen mellem os interviewere og fagprofessioner, bliver undladt i transskriptionerne, og det skrevne sprog vil i sig selv være starten på analysen. Den omformulerede situation kan bære præg af egne lingvistiske konstruktioner, som kan medføre at transskriptionerne bliver farvet af vores narrative standpunkter og perspektiver. (Kvale, 2013: 93 - 94). Transskriptionerne fordeles imellem os, således at vi hver især transskriberer de interviews, vi ikke udfører. Dette giver os hver især et indblik i alle interviews og mindsker subjektiviteten og den forståelse, vi kan have i forhold til interviews, vi selv udfører. De transskriberede interviews forefindes i specialets bilag (Transskriberede interviews - se bilag 2).

FOKUS PÅ MENING

Vi vælger at lave en åben kodning for at opløse den transskriberede tekst i mindre dele. Derefter er det muligt for os at undersøge, hvilke ligheder der er i fagprofessionernes udtalelser, og hvordan vi kan analysere positioner og distinktioner mellem fagprofessionerne. Ligeledes giver det os mulighed for at blive fortrolige med den store og komplekse empiri, vi indsamler. Vi skaber orden i empirien,

ved at vi identificerer, hvilke forskellige kategorier og temaer der er i materialet (Brinkmann og Kvale, 2015: 263). De forskellige kategorier og temaer, vi finder i interviewene når vi bearbejder dem efter indsamling og under transskription, er følgende tematikker. Nedenstående temaer er fra første bearbejdning af interviewene, og hermed nedskrevet i notes form.

- Leg udfordrer faglig praksis
- Ungdomsafsnittet (15-18-årige) er ikke alderssvarende
- Balance mellem leg og faglighed i praksis
- Leg som indgang til dialog, kommunikationsform og det fælles tredje
- Arkitektur og design og børneafdeling skaber friktion i praksis
- Legende praksis falder fagprofessioner der er mødre naturligt
- Nogen fagprofessioner prioriterer faglighed frem for leg “Jeg er sygeplejerske”, “Vi har pædagoger til at lege”. “Det er grænseoverskridende at skulle lege”
- Tid er en afgørende faktor for prioritering af leg

Nogle af vores første fund, finder vi interessante, men vælger ikke at inddrage for mange emner og dermed stille for bredt, søge efter for meget og finde for lidt. Vi finder det derfor nødvendigt at indsnævre ovenstående kategorier. Vi er interesserede i at fremanalysere meninger og meningsfortolkninger hos fagprofessionerne, og når vi retter fokus mod mening, udvides den indsamlede empiri, ved at vi ikke kun vil undersøge fagprofessionernes udtalelser, men også meningen bag (ibid.: 267). Efter kodningen af de ovenstående tematikker, foretager vi en meningskondensering, hvor de transskriberede interviews kategoriseres. Denne kategorisering hjælper os til at få overblik og at strukturere kompleksiteten i empirien. Vi finder frem til forskelle og ligheder i de ovenstående fund i empirien og beslutter os for at behandle og tematisere dem til tre kategorier under meningskondenseringen.

- Leg som middel og mål
- Leg og materialitet
- Leg og positioner.

De tre overordnede kategorier skaber vi ud fra det empiriske materiale, hvor vi tager udgangspunkt i at undersøge fagprofessionernes udtalelser og meninger. De tre kategorier til brug i analysen er kategoriseret i en struktureret rækkefølge. Vi vælger denne rækkefølge, fordi analysernes delkonklusioner

lægger op til den næste delanalyse. I analysen vil disse tre kategorier behandles i tre forskellige analyseafsnit ud fra Bourdieus begrebsapparat.

Vi visualiserer fagprofessionerne i tre koordinat-illustrationer. Vi vælger at gøre dette for at skabe struktur og overblik over, hvor vi placerer fagprofessionerne ud fra leg i deres praksis og ud fra de tre overordnede kategorier. Koordinat-illustrationerne præsenterer vi i analyseafsnittet.

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER TIL ANALYSE

Vi er i analysen opmærksomme på, at vi ikke har den samme forståelse af sub-feltet som fagprofessionerne har, i og med at vores relation til forskningsspørgsmålet er teoretisk, mens fagprofessionernes er praktisk. Det har betydning i den forstand, at vi ikke har noget på spil i det sociale rum, i modsætning til fagprofessionerne. Det er særligt vigtigt at have for øje i forbindelse med de transkriberede interviews, at fagprofessionernes udtalelser kan være påvirket af deres position og tanker om denne i sub-feltet (Bourdieu, 1980: 14).

ETISKE FORBEHOLD OG OVERVEJELSER

Vi har i forbindelse med undersøgelsen, været opmærksomme på etiske forbehold. Som undersøgere er vi interesserede i at lave dybdegående og udforskende interviews, men samtidig ønsker vi at udvise respekt over for informanten. Vi er bevidste om, at dette er en balance, der skal findes, så vi ikke risikerer at krænke de interviewede fagprofessioner ved at sætte spørgsmålstejn ved udtalelser, som kan være følsomme at uddybe. Samtidig er vi nødt til at spørge ind til fagprofessionens udtalelser, for at det empiriske materiale ikke bliver overfladisk (Kvale, 2015: 106). Vi er opmærksomme på, at vi skal tage etiske forbehold under hele undersøgelsesarbejdet. Dette gør vi ved at vende tilbage til de forskellige områder i takt med, at vi gør os nye erkendelser i undersøgelsesarbejdet. De etiske problematikker opstår på baggrund af de komplekse forhold, der er ved at undersøge menneskers private opfattelser og forståelser (ibid.: 107). Vi har særligt fokuseret på fire områder i forbindelse med de etiske overvejelser. Først har vi haft fokus på det informerede samtykke fra fagprofessionerne. Vi har gjort os overvejelser om, hvor lidt og hvor meget fagprofessionerne skal briefes forud for undersøgelsen og sikret os samtykke både fra dem og deres overordnede (ibid.: 115-116). Dernæst fortroligheden i forhold til, hvorvidt fagprofessionerne er anonyme og ikke kan genkendes i specialet. Vi startede ud med en intention om at anonymisere fagprofessionerne helt, men samtidig vil vi gerne

præsentere resultaterne ud fra de forskellige jobfunktioner. Dette bevirker, at vi måtte sikre os, at fagprofessionerne er indforståede med, at der i specialet vil fremgå identificerbar information om, hvem de er (ibid.: 117). Vi har efterfølgende reflekteret over, hvordan det ville være muligt at nævne jobfunktion og stadig holde fagprofessionerne anonyme. Dette ville være muligt ved ikke at nævne, hvilke hospitaler i landet vi har foretaget undersøgelse på. Ved at sikre anonymiteten i højere grad, end vi har gjort, formoder vi, at interviewene kunne være mere kritiske, da fagprofessionernes udtalelser ikke ville kunne ledes tilbage.

Tredje punkt omhandler de konsekvenser undersøgelsen kan have for fagprofessionerne og den gruppe, de repræsenterer. Vi har i denne forbindelse gjort os overvejelser om, hvorvidt det kan have positive og negative konsekvenser (ibid.: 119). Det er vigtigt, at undersøgelsen ikke medfører uensigtsmæssige konsekvenser for fagprofessionerne, men gerne bidrager med en positiv vinkel til deres arbejdsområder. Vi er her kommet frem til, at undersøgelsen kan åbne op for, hvordan der på nuværende tidspunkt arbejdes med leg på børnehospitaler. Dette kan bidrage til udvikling af nye børnehospitaler i den forstand, at vi har belyst, hvilke muligheder og udfordringer der kan være ved at bringe leg ind på børnehospitalet.

Fjerde og sidste punkt omhandler vores rolle. Vi har i forbindelse med interviewene været opmærksomme på vores egen fremtræden. Hertil hvordan vi holder en professionel distance og stadig er empatiske over for fagprofessionerne. Det er en fin balance mellem at være undersøgende og interesseret, uden at blive for involveret og privat (ibid.: 120). Ydermere har vi gjort meget ud af at gøre undersøgelsen transparent for fagprofessionerne. De er derfor alle briefet om undersøgelsens formål forud for interviewet, og efterfølgende er der fulgt op på eventuelle spørgsmål, da vi er bekendte med, at fagprofessionernes selvopfattelse kan ændre sig under interviewet på grund af nye erkendelser, der opstår løbende. Fagprofessionerne er alle blevet tilbudt muligheden for at gennemlæse transskriptionen af interviewet, da kropssproget ikke nedfældes på skrift, hvilket kan have betydning for, hvordan det skrevne interview fremstår i forhold til det talte.

BEGRÆNSNINGER VED DET METODISKE VALG

Vi er interesserede i at undersøge, hvilke muligheder og begrænsninger der er for leg på børnehospitaler, og hvordan de ansatte gør brug af leg. Dertil har vi et ønske om at observere, fordi vi ser potentialer i dette med hensyn til at få et større kendskab til undersøgelsesområdet, da det herigennem vil være muligt at få indblik i fagprofessionernes handlinger og interaktioner. Dette vil give en forståelse

af, hvordan praksis udspiller sig. Vi vil gerne undersøge, hvordan de ansatte handler i praksis, og hvordan de interagerer med det materielle og sociale miljø (Raudaskoski, 2010: 82). Formålet med observationer er at indfange fænomenerne, som de udspiller sig her og nu i deres naturlige miljøer (ibid.: 84). Vi havde et ønske om at gennemføre observationer, da disse kan understøtte den empiri, vi får gennem interviewene. Det interessante ved interviews er, at vi får en forståelse og et indblik i fagprofessionernes livsverden og måden, de ser og gør praksis på. Med observationer, ville vi have muligheden for at se, hvordan praksis reelt udspiller sig, og om fagprofessionerne agerer på samme måde, som de udtrykker sig eller ikke. Vi kan med interviews danne os et billede af, hvordan praksis er, men vi er nødt til at opleve den, og selv være tilstede for at kunne beskrive den yderligere. Vi er bevidste om, at de processer, der udspiller sig, kan være anderledes end det fortalte. Enten fordi fagprofessionerne har en anden opfattelse, eller fordi de fortier noget. Det har ikke været muligt for os at komme helt tæt på sub-feltet og udføre observationer af flere grunde. Den væsentligste grund bygger på de etiske dilemmaer, der kan forbindes med, at vi som undersøgere skal være til stede under procedurer på børnehospitaler, hvor det vil kunne hænde at følsomme informationer og situationer synliggøres for os. Videre refleksioner over de metodiske valg og konsekvenser belyses i specialets kapitel: metodisk refleksion.

KRITIK AF LITTERATUR

Vi vælger i dette speciale at inddrage forskellig litteratur. I litteratur fra før 2010 stræber vi efter at tage de udgangspunkter, der stadig gør sig gældende i dag, og som vi mener har relevans for specialet. Vi finder det begrænset at finde nyere lignende forskning inden for dette felt, og vælger derfor at inddrage et lidt bredere spektrum, hvor fokus hovedsageligt er på børns oplevelser af leg på hospitaler og dermed ikke de hospitalsansatte, som ses i afsnittet om lignende forskning. Denne begrænsethed medfører ligeledes, at vi i problemfeltet inddrager ikke-videnskabelig litteratur, når vi henviser til hjemmesider, som ikke er videnskabelig valideret forskning. Men vi gør dette, fordi vi ser en relevans i, at de er med til at understøtte vores problemfelt, hvor forståelse for samfundets tendenser er afgørende for at forstå handlinger.

5. ANALYSE

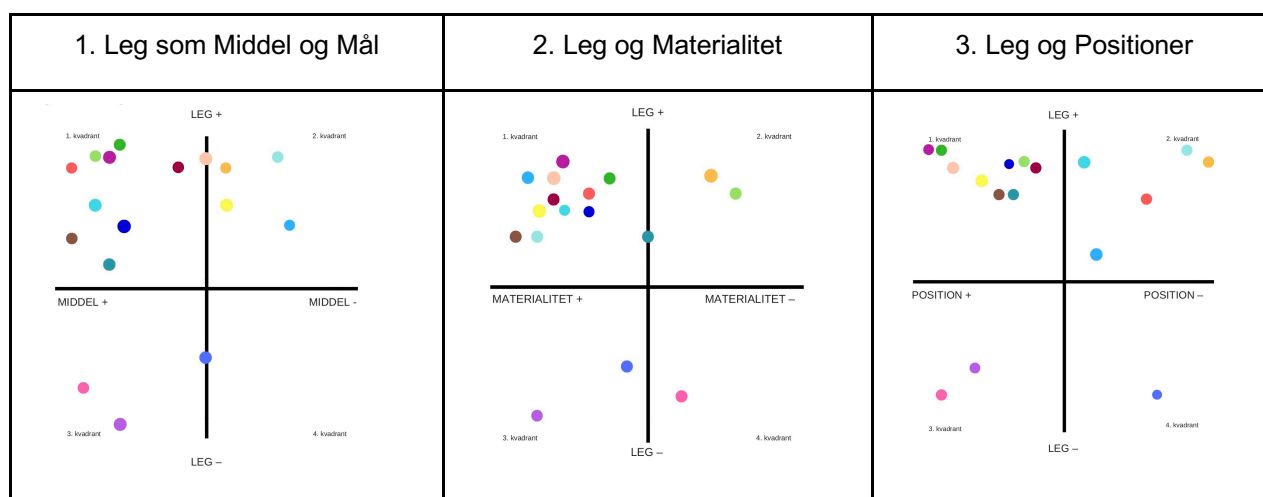
SPECIALETS BOURDIEU-INSPIREREDE ANALYSE

INTRODUKTION TIL ANALYSE

Vi benytter principperne dikotomi og homologi i specialets analyse. Vi analyserer med dikotomier for at se nærmere på modsætningspar i fagprofessionernes italesættelser. Endvidere analyserer vi med homologier for at undersøge sub-feltet. Herunder analyserer vi, hvilke selvfølgeligheder/logikker, der fremtræder og går igen i forbindelse med leg. Vi analyserer fagprofessionernes udtalelser for at forstå og forklare, hvordan det sociale rum i sub-feltet udfolder sig, og hvilke positioneringer og distinktioner, der kommer til udtryk, når det omhandler leg i fagprofessionernes praksis.

KOORDINAT-ILLUSTRATIONER: FAGPROFESSIONERNE I FORHOLD TIL LEG I PRAKSIS

Vi illustrerer det sociale rum, ud fra kategorierne:



Illustrationer af: Karoline Lorange, Julie Johansen og Trine Larsen

Forinden empiriindsamling udarbejder og benytter vi en interviewguide med leg som omdrejningspunkt i sub-feltet. Allerede herfra ved vi, at vi kategoriserer fagprofessionerne ud fra leg som den ene variabel. Fagprofessionerne er placeret ud fra, hvordan vi fremanalyserer deres position på akserne. Dette gør vi for at danne et overblik over, hvor fagprofessionerne grupperer sig i forhold til hinanden. Illustrationerne viser, hvor de forskellige fagprofessioner distancerer sig i forhold til hinanden i det sociale rum med de tre kategorier som variable. I koordinat-illustrationerne skal den vertikale linje forstås som et stabilt led for alle tre visualiseringer. Vi placerer fagprofessionerne ud fra, hvor meget de selv udtaler, at de gør brug af leg i deres praksis. Det er gennemgående i koordinat-illustrationerne,

at fagprofessionerne i høj grad bruger leg i deres praksis. På den horisontale linje placerer vi fagprofessionerne i forhold til, i hvor høj grad vi forbinder fagprofessionerne med leg ud fra de tre kategorier. På den horisontale akse i 1. og 3. kvadrant befinder fagprofessionerne sig i (+) i 2. og 4. kvadrant befinder fagprofessionerne sig (-).

ANALYSE: LEG SOM MIDDEL OG MÅL

Et tema der udspringer af empirien er, hvordan fagprofessionerne bruger leg som middel, mål eller begge til at udføre deres praksis i sub-feltet. Denne del af analysen giver et analytisk indblik i, hvordan fagprofessionerne positionerer sig, når det omhandler at gøre børnehospital med fokus på leg som en del af deres praksis. Vi vil gerne nærmere en forståelse af, hvordan fagprofessionerne gør brug af leg i nutidens måde at gøre børnehospital på. Under overemnet leg som middel og mål analyserer vi ud fra tre kategorier *Afledning*, *Forberedelse*, og *Leg med formål*.

LEG SOM MIDDEL OG MÅL: KOORDINAT-ILLUSTRATION

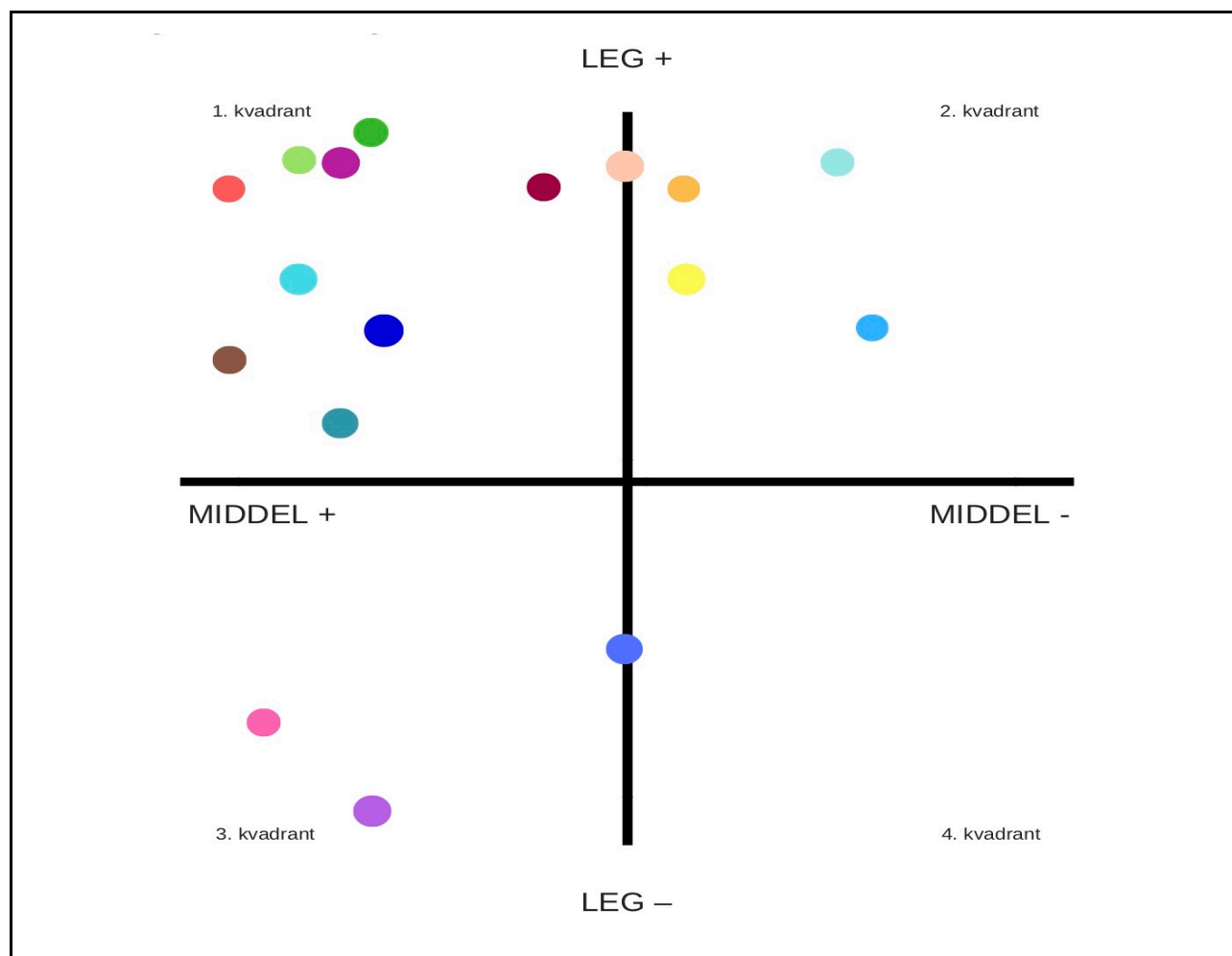


Illustration af: Karoline Lorange, Julie Johansen og Trine Larsen

Fagprofessionerne i 1. kvadrant benytter hovedsageligt leg som et middel til at udføre deres praksis. I denne kvadrant befinder størstedelen af sygeplejersker og pædagoger sig. I 2. kvadrant har vi den næststørste del af fagprofessionerne. Her ligger H (hospitalsklovn), Sosa (social- og sundhedsassistent), D1 og D2 (diætister) og Pæd OUH (pædagog). Denne del af fagprofessionerne udnytter legens potentialer med henblik på, at målet med leg er leg i sig selv. Hensigten er ikke at bruge leg som for eksempel afledning, men mere at leg er vigtig for legens skyld. I 3. kvadrant er færrest af fagprofessionerne placeret. Her placeres Doc (læge) og SAA (sygeplejerske). Disse to fagprofessioner bruger leg som et middel i deres arbejde. Udover P (psykolog), der er placeret midt mellem 3. og 4. kvadrant. Da ingen af fagprofessionerne italesætter leg, som ikke eksisterende i deres praksis placerer vi ikke nogen fagprofessioner i 4. kvadrant.

AFLEDNING

AS1 afleder med børns medbragte bamser, spontan leg, sang eller bandeord. AS1 gør opmærksom på, at leg ikke kan forberedes forinden. AS1 beretter, at det er gavnligt at dreje fokus over på børns medbragte bamser og gøre bamsen gennemgående i konsultationen, fordi det bidrager til at lette kommunikationen mellem AS1 og barnet. AS1 nævner, at børn glemmer, hvad der sker, imens de leger (Interview 1 - Se bilag 3, side 4, tid: 04:04). Udover denne form for afledning til behandling, gør AS1 os bekendt med, at spontanitet som sang, sige som dyr eller bandeord kan bruges til at aflede børns opmærksomhed.

”... Og så har vi jo lidt på stuen og bare de ting, vi bruger, kan jo også på en eller anden måde blive lidt en leg. Det kan jo være, hvis vi for eksempel skal lave en priktest, så kan - det er jo ikke særligt sjovt at lave priktest, hvis nu i har prøvet det. Det gør ondt ... Så der kan legen komme til at handle om at skulle sige et bandeord for hvert prik eller synge en sang, sige som et dyr, eller hvad ved jeg. Et eller andet. Det er jo ikke noget, jeg kan forberede, altså det er jo meget, hvad der lige opstår ... ” – AS1 (Interview 1- Se bilag 2, side 5, tid: 08:06)

AS2 bruger leg som afledning ved at kalde nogle af de medicinske redskaber for, hvad AS2 finder børnevenligt. Dette gør AS2 for at fange børns opmærksomhed og få dem til at gøre og forstå, hvad der bliver sagt. AS2 fortæller også, at AS2 ikke er den eneste, der anvender børnevenlige metaforer for medicinske ord. Andre hospitalsansatte benytter sig også af metoden, fordi det efter AS2s udsagn virker. AS2 fortæller at hospitalsansatte inspirerer hinanden med hensyn til, hvilke børnevenlige metaforer, der fungerer. Det kommer til udtryk i interviewet med AS2 flere steder i samtalen (Interview 2 - Se bilag 2, side 12, tid: 00:06:29.23).

”... Og igen så kalder vi tingene en lille smule anderledes, end de er. Fx siger vi ikke “et mundstykke til lungefunktion”, vi siger heller ikke, “du skal holde sådan her om den”, som vi gør til en voksen. Vi siger, “du skal holde om den, som hvis du spiser en hotdog.” Det ville man ikke sige til en voksen. Der ville man sige, “du skal holde sådan her,” og så ville de gøre det, for de forstår det med det samme.” – AS2 (Interview 2 - Se bilag 2, side 14, tid: 00:14:34.06)

Vi fremanalyserer, at AS1 og AS2s måder at aflede på til dels minder om hinanden, og AS1 og AS2 opnår en regelmæssighed og styres af deres praktiske sans til at gøre, som de gør. For AS1 og AS2 tolker vi det som en selvfølgelighed, at når en afledning virker, anvendes den også af kollegaer i behandlings konsultationer. Vi analyserer i forhold til AS1 og AS2, at deres praksis påvirkes gensidigt. Dette kan forklares med, at AS1 og AS2 med deres habituelle dispositioner påvirker praksis. Disse dispositioner gør AS1 og AS2 i stand til pr. krop in aktu. at agere i forskellige situationer i det sociale rum.

BAS bruger leg til at aflede og berolige børn, mens de venter på en kirurg. BAS nævner både, at det kan være at synge sange som matcher billeder på væggen eller at gøre noget spontant som at smide skumgummi ting ud på gulvet og hoppe fra den ene til den anden. BAS fokuserer på den spontane leg, der kan opstå, og at man formår at bruge de redskaber, der er til rådighed som afledning (Interview 3 - Se bilag 2, side 19, tid: 00:03:49.07).

En anden ting BAS benytter, er at give børn en gave, som de kan være afledt af indtil ventetiden, er overstået. Derudover beskriver BAS, hvordan leg altid bruges i tilværelsen - også derhjemme til at aflede egne børn. BAS lægger vægt på, at leg er en vigtig del af det at arbejde på en børneafdeling, og tilgangen der skal være legende.

”... Men hvor det er, vi står og venter. Det er noget helt ufarligt, og vi venter på en kirurg, jamen så skal jeg da lege, alt det jeg kan. For at aflede og for at mestre og finde den rette leg.” - BAS (Interview 3 - Se bilag 2, side 25. tid: 00:20:35.26)

BAS finder det naturligt at lege, og leger både på arbejde og i privaten.

”Jeg bruger leg altid i min hverdag med børnene. I forhold til de ikke gider og smøre deres madpakker, jamen så laver vi det til en leg alligevel. Så den der legende tilgang til tilværelsen, den har jeg jo nok med mig ikke også, og det er vel derfor. Jeg har kollegaer, der ikke synes, det er sjovt at bedøve børn af samme årsag. Fordi det ikke er en del af dem.” – BAS (Interview 3 - Se bilag 2, side 21, tid: 00:08:26.23)

Vi analyserer, at BAS habitus har ændret sig i takt med, at BAS er blevet forælder. BAS mentale dispositioner og kropslige og sociale forankring ændres gennem de sociale strukturer, BAS indgår i.

Der forekommer dynamiske relationer mellem BAS og det sociale, som påvirker at BAS tilpasser sig. BAS habitus er formet efter, hvordan det giver mening at begå sig i de forskellige sociale rum og handle fornuftigt heri. Det er indlejret hos BAS at handle fornuftigt og BAS har dermed opnået en forståelse af de sociale rums doxa. En legende tilgang er indlejret i BAS mentale og kropslige struktur som en effektiv praktik til at aflede og berolige børn. Det analyserer vi til at være ubevidste handlinger ud fra en kropsligt forankret habitus.

BAS fortæller os, at afledning er vigtigt, og at det er underordnet, om det er BAS selv eller en teknologisk løsning som en iPad, der bruges til afledning.

”.... Og sådan har jeg det ikke helt, fordi jeg tænker at mit formål for barnet er, at det skal afledes, og om det så bliver afledt via mig eller en iPad, er mig vurst, altså det gør mig ikke noget. Så det har jeg da oplevet, men jeg tænker altså, sådan mine nære kollegaer, vi er otte der ligesom har med børnene at gøre og det børnehold, der er der ikke nogen der ikke andet end bruger legen naturligt, ellers var de slet ikke på børne - det hører sig jo til. Altså du kan ikke komme igennem en dag uden at lege med ungerne, det kan du altså ikke.”- BAS (Interview 3 - Se bilag 2, side 21, tid: 00:09:36.16)

Af citatet fremanalyserer vi, at det er selvfølgelig for BAS, at leg hører til i sub-feltet. Det er en selvfølgelig del af praksis, at leg - hvad enten det er iPads eller andet - bruges som afledning. Vi tolker heraf, at det handler om, at det er barnets behov, der er i fokus for at praksis forløber hensigtsmæssig. Patienter er blevet subjekter i et objektivt hospitalsfelt (Larsen, 2010), og vi analyserer, at det samme gælder børn i sub-feltet. Med dette menes der, at fokus er på barnets lyst og behov og ikke på det samfundsmæssige behov. Grunden til, at BAS vælger at benytte sig af teknologi, er, at det for BAS handler om, at barnet er glad. Udtrykket “glad” kan sættes i dikotomisk forhold til sur. Vi tolker, at grunden til, at det er vigtigt for BAS, at barnet er glad, skyldes at det letter udførelsen af praksis.

D1 og D2 bruger afledning, så det er mere tilgængeligt for børn. Som nedenstående citater signalerer, så kamuflerer de fagsprog og hensigten ved at være legende i deres tilgang. Vi udleder, at deres handlinger fremmer kommunikationen med børn.

”Det er også der, vi kommer lidt ned i børnesprog. For er der en drage på, så kalder jeg den for en dragedrik. Så er det jo ikke en ernæringsdrik, så er det dragedrikken eller superdrikken eller sådan et eller andet, frem for, at det hedder noget fint.” - D2 (Interview 4 - se bilag 2, side 34, tid: 00:13:43.29)

”Jo, for så er det nemmere at forstå, for det er ikke alle børn, der ved, hvad en vægt er. Så kan man sige, ”stil dig lige op på giraffen,” og det er jo lige meget for dem at vide, at vi skal have et tal ud af det. Men hvis vi kan komme dertil, hvor vi kan få dem til at stå der, så er det jo hensigten.” – D1 (Interview 4 - se bilag 2, side 37, tid: 00:25:46:23)

D1 og D2s måde at anvende leg på minder om A1 og A2s metoder at udføre praksis på i den forstand, at leg benyttes som afledning til at fremme udførelsen af praksis. Vi analyserer, at D1 og D2s dispositioner til at handle som de gør og gøre deres sprog børnevenligt udspringer af erfaring. De har gennem praksis indlejret, hvad der virker i kommunikationen med børn, og det er at være legende. Vi fremanalyserer, at det bliver en selvfølgelighed at ”pakke” behandling ind i legende elementer i det objektive hospitalsrum. Vi analyserer ud fra ovenstående perspektiver, at fagprofessionerne er influeret af den kultur sub-feltet omgiver dem med. Således påvirkes fagprofesssionerne af de objektive strukturer, der strukturerer at leg er en selvfølgelighed i måden praksis gøres på.

H bruger afledning på en lidt anden facon. Som H selv nævner nedenfor, skiller hospitalsklovne sig ud fra den ”normale” måde at gøre hospital på. Hospitalsklovnes position, er blandt andet at aflede gennem fis og ballade. H gør også opmærksom på, at hospitalsklovnes tilstedeværelse er et tilbud og at H agerer efter den stemning, der er for det. Primært prøver H at være med til at formindske ubehagelige situationer gennem leg som afledning.

”Ja, hvis de gider. Det der er med klovne, det der er med klovnefiguren, vi står fuldstændig uden for alt. Vi er virkelig nogle som børn og unge kan vælge til og fra. Så man kommer som klovn, jeg kommer ind som klovn på en stue og tilbyder mig og kommer med et forslag eller afleder eller laver noget fis og ballade, hvad man lige kan finde på. Det er meget forskelligt. Og så er det ligesom barnet eller familien, der siger, ja, eller, nej, og det accepterer jeg 110 %, men det handler meget om at gå ind på altså dem man møders præmisser,

og det er ligesom det vores træning går på. At fornemme stemninger, fornemme rummet og fornemme barnet...” – H (Interview 6 - se bilag 2, side 49, tid: 00:02:09.05)

Vi udleder af citatet, at H distancerer sig til anden praksis på børnehospitalet. Denne modstilling, analyserer vi, er medvirkende til, at H positionerer egen praksis som en anden og som en, der står ved siden af andre i sub-feltet. På baggrund af Hs udtalelser, analyserer vi, at H er klar over, hvad Hs position er i sub-feltet. En hospitalsklovn skal gøre situationer mere udholdelige for børn. Vi tolker hertil, at det for H er en selvfølgelighed, at rollen som hospitalsklovn er et tilbud som børn og pårørende kan vælge til eller fra. Den primære funktion som hospitalsklovn er ikke at underholde, men at lette procedure. Blandt andet ved at aflede.

”Ja, fordi det handler ikke om, at jeg skal herved for at underholde børnene. Det er ikke det, der er mit hovedformål. Det kan det også være. Men primært så handler det om, at jeg kan komme ind og være med til at gøre procedure lettere fx så hvis der er nogen, der skal have lavet en blodprøve, så kan jeg gå med ind, og så kan man sige, ved at være nærværende og ved at aflede og ved at lege, så kan man opnå noget andet. ... ” – H (Interview 6 - se bilag 2, side 50, tid: 00:07:27.16)

Hs position i sub-feltet adskiller sig fra andre hospitalsansatte, da H kun er ansat til leg og afledning. Vi analyserer, at rollen som hospitalsklovn udspringer af en samfundsmæssig tendens, hvor der er værdi i at få et godt ophold på hospitalet som indlagt. I forhold til, at der er kommet flere hospitalsansatte end førhen (Larsen, 2009), har hospitalsklovne også gjort indtog på hospitaler. I empirien udtrykker flere af fagprofessionerne, hvordan de ser hospitalsklovne som uundværlige i forhold til at aflede og give børn gode oplevelser. S10 benytter sig af klovne til for eksempel at aflede børn. Når klovne ikke er til stede, er S10 selv legende i sin udførelse af praksis (Interview 7 - se bilag 2, side 53, tid: 00:03:12).

S10 bruger rummets udsmykninger og tillægger eventyrlige omgivelser værdi for praksis. Vi analyserer, at S10 finder det selvfølgeligt at bruge forskellige vægmalerier til at aflede børn, og gøre dem i godt humør. Det er et vigtigt led i S10s praksis at bruge de omkringliggende omgivelser.

”... , vi bruger faktisk meget de der malerier. Også dem, der hænger på stuerne. Jeg tror nu ikke, de bliver taget ned, det ved jeg faktisk ikke, fordi det kan man aflede. Hvis nu de er rigtig kede af det, og vi har en stor plakat hængende med ham der Finn Holger, eller hvad vi nu har, jamen hvor er han henne? Kan du finde, se, prøv lige at tag dem op engang, hvor er hunden og hvor er børn? Simpelthen eventyrets verden sat ned på barnets niveau, kan man sige.” – S10 (Interview 7 - Se bilag 2, side 56, tid: 00:14:14)

Både hospitalsklovne og omgivelser er vigtige elementer, når S10 skal aflede børn. Vi analyserer, at der hos S10 er en kropslig forankrethed, der udspringer af erfaringer og handlemuligheder i praksis. S10 handler således ud fra de strukturer, der udspringer af omgivelserne i sub-feltet. Da S10 begår sig i et genkendeligt miljø, gøres handlinger ubevidst, fordi det er indlejret i kroppen hos S10, at de forskellige malerier hænger, hvor de gør, og hvordan de er effektive til at aflede, når børn skal i behandling.

KSS anerkender, at afledning ikke skal forstås som, at KSS prøver at snyde børn, men at det er et middel til at nå børn og få udført sin praksis.

”... . Vi kan pludselig se dem i andre sammenhænge og det er jo ikke, fordi vi er ude på at snyde dem, for det er vi jo ikke, fordi vi anerkender jo smerten, uanset hvad det er, men vi får set dem i nogle andre sammenhænge, og hvor der ikke er en forventning om, at de skal præstere et eller andet.” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 65, tid: 00:11:42.24)

Vi analyserer ud fra citatet, at KSS modstiller leg som afledning med snyd. På denne måde positionerer KSS leg som afledning på en særlig måde. KSS nævner mestring som et middel og mål med henblik på, at opnå en god oplevelse med børn, og at denne mestrings opgave godt kan afledes gennem leg.

”Nej, men vi snakker jo rigtig meget om, hvordan vi støtter børnene i at mestre det at have en sygdom og mestre det og at mestre forskellige procedurer, og der er leg jo bare et vigtigt element, som vi kan bruge til at styrke deres mestringsevne eller håndteringsevne i forhold til det, de nu skal.” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 70, tid: 00:37:29.08)

Pæd OUH afleder ved hjælp af leg for at hjælpe til med medicinering. Dette udtaler Pæd OUH sig om i nedenstående citat.

”... vi var ved at spille Uno, ikke? hvor jeg sådan siger, ej nu skynder jeg mig lige at blande. Har du fået nogle gode kort? Og pludselig så kører det, fordi han bliver afledt. Så på den måde er jeg jo også en del af medicineringen, men det er jo ikke mit ansvar, hvis du forstår, hvad jeg mener. Og jeg har egentlig primært fokus på det raske barn, ... ” – Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 97, tid: 00:10:36:27)

Pæd OUH udtaler ligeledes, at fokus er på det raske barn, men er godt klar over, at medicinering en del af dagligdagen i sub-feltet. Derudover fokuserer Pæd OUH på at skabe leg, selvom børn befinder sig på et hospital. Pæd OUH afleder blandt andet også ved at pynte nogle af de medicinske redskaber som dropstativer og pynte op til højtider. Vi analyserer, at Pæd OUHs handlen er til for at “pakke” børnehospitalet væk, og at Pæd OUHs handlen kan forklares ud fra fokuset på det raske barn (Interview 12 - se bilag 2, side 107, tid: 00:46:47:29).

Pæd 1 benytter sig også af leg som middel til afledning i praksis. Pæd 1 fokuserer på børns trivsel gennem leg ved at have en skjult dagsorden og bruge leg som afledning i den forstand.

”... Men det er selvfølgelig også med en skjult dagsorden, jeg skal se, hvordan barnet trives i den kontekst, men samtidig også for, at vi hygger os og barnet har det rart og barnet føler, at det er noget, vi gør, fordi vi hygger os, og det er det helt klart også.” – Pæd 1 (Interview 13 - se bilag 2, side 114, tid: 00:21:11.06)

Pæd AA bruger afledning som et led i behandling. Til forskel fra Pæd OUH signalerer Pæd AA, at afledning gennem leg handler om at inddrage forældrene, så børn kan mestre situationen (Interview 14 - se bilag 2, side 117, tid: 00:03:07.4). Derudover benytter PÆD AA sig også af genstande til afledning.

”Hvis nu jeg havde en hånddukke. Jeg havde Andrea, så kunne jeg hoppe op på moderens skulder. "Har du nogle solsikkefrø, du har et dejlig øre," og så nusse moderen i øret og

sådan noget, så barnet kigger den vej over, og så på den måde aflede.” – Pæd AA (Interview 14 - se bilag 2, side 118, tid: 00:04:17.13)

Pæd AA, Pæd 1 og Pæd OUH har hver deres tilgang til, hvordan de afleder børn og hvordan de benytter sig af pædagogik dog med fællesnævner, da fagprofessionerne kommer med den samme pædagogfaglige uddannelsesbaggrund. Pæd OUH, Pæd 1 og Pæd AAs sociale dispositioner tilegnes gennem den kultur, de hver især er del af og tillæres ud fra de omgivelser og personer de omgås. Deres måder at benytte leg som afledning er tillært gennem det familiære og det arbejdsmæssige. Både omgivelser og kollegaer har influeret på deres praksis. Deres position som pædagog formes af sub-feltet og det sociale rum, de befinder sig i, og da der er forskellige sygdomme og forløb tilknyttet deres pædagog praksis, har de også forskellige måder at benytte sig af leg på.

Sosa udtaler, at praksis på børnehospitalet kan opleves hektisk, og at Sosa ofte må gribe de muligheder, der opstår for leg og afledning.

”... jeg kan da også godt, hvis hun er med på det, tage en eller anden ting med, men det kommer an på, hvad jeg har ved hænderne, det er jo ikke altid, du når at forberede dig så meget, så griber man, nu har jeg fx en lille mus her, så griber man den. Prøv lige at se den lille mus her, så tager man den og leger et eller andet og gemmer den under dynen eller sådan, og så kommer den frem, du må bare finde på noget ret hurtigt nogle gange.” – Sosa (Interview 15 - bilag 2, side 129, tid: 00:06:03.24)

Vi tolker af citatet, at Sosa beretter om, at leg er en selvfølgelighed at bruge i praksis, da det for Sosa er den letteste måde at håndtere børn på. Sosa gør det klart, at urolige børn ikke er nemme at behandle, Sosa udfører sin praksis ved blandt andet at aflede med redskaber som bondegårdsdyr og andre artefakter. Så kan Sosa “liste” apparatur på, mens barnet er optaget af noget andet (Interview 15 - se bilag 2, side 129, tid: 00:04:56.05)

Doc bruger i mindre grad leg i sin praksis som læge. Doc udtaler, at leg er vigtig, når børn skal bedøves. Vi analyserer heraf, at Doc modstiller en børne- med en voksen behandlingspraksis. Doc udtaler, at der er stor forskel i måden, man tilgår børn og voksne, da legende elementer i højere grad er en del af tilgangen til børn. I børne behandlingspraksis kan et legende element være at lege lidt

med en bamse, inden man bedøver børn. Doc begrundet ligesom Sosa, at børn, der er rolige frem for ophidsede, er nemmere at bedøve (Interview 10 - se bilag 2, side 86, tid: 00:11:29).

Leg bliver brugt i praksis, når P har samtaler med børn. For P er leg gavnligt, når praksis skal udføres i børnehøjde. P nævner, at fortællinger og det at lave bøger, hjælper børn med at eksternalisere emner (Interview 11 - se bilag 2, side 93, tid: 00:04:50.09). Leg bliver brugt i en praksis, der ellers ikke er så legende ligesom Docs. Hos både P og Doc er leg et hjælpsomt middel til at aflede børns opmærksomhed fra deres behandling/sygdom, og på denne facon kan P og Doc se mening i at bruge leg som middel til afledning i deres praksis.

SAA adskiller sig fra de øvrige sygeplejersker ved ikke, at benytte leg som en integreret del af praksis på børnehospitalet. For SAA er det en selvfølgelighed at være ærlig over for børn i sin praksis, så børn ikke oplever sig snydt under behandling og sygepleje (Interview 17 - se bilag 2, side 146, tid: 00:04:43.06). SAA forklarer, at det handler om at handle ud fra, hvad det enkelte barn inviterer til, og at det derfra er situationsbestemt og altså ikke altid leg, der er den bedste løsning (Interview 17 - se bilag 2, side 149, tid: 00:13:57.12). SAA udfører sin praksis, ved primært at have fokus på barnets ve og vel. Vi udleder af SAAs udtalelse en modstilling mellem snyd og ærlighed. SAA er af den overbevisning, at leg ikke altid er en hensigtsmæssig måde at aflede børn, og at afledning ikke er en del af den måde SAA udfører praksis, fordi det kan virke som at snyde børn i forhold til det egentlig formål med opholdet på et børnehospital.

”Ikke at jeg har leget for meget. Det tænker jeg ikke (griner). Jeg er nok en af dem, der måske kunne gøre lidt mere, hvis det endelig var. Hvor jeg er meget mere obs på, ja, det jeg skal have gjort samtidig med, at jeg skal have barnet med, og der er jeg måske meget sådan med min ærlighed at være autentisk selv og nogle gange synes jeg, at for meget pjat og leg kan gøre, at den der oplevelse af måske lidt at snyde barnet og så pludselig, så sker der noget som ikke er så rart. Det lyder skørt når jeg siger det (griner)”. – SAA (Interview 17 - se bilag 2, side 149, tid: 00:15:29.20)

SAA udtrykker endvidere oplevelser, hvor hospitalsansatte har ”snydt” børn ved at fortælle, at blodprøver ikke gør ondt, dette modstiller SAA med sin måde at gøre praksis på. Som SAA fortæller, så kan man ikke bestemme børns oplevelse af en situation, og hvis børn mener, det gør ondt, så gør det ondt. Ikke at anerkende oplevelser, er det samme som ikke at tage børn alvorligt. Dette er blandt andet

en af begrundelserne SAA giver, der gør at SAA ikke er glad for at bruge legende elementer som afledning (Interview 17 - se bilag 2, side 149, tid: 00:16:30.13). Vi tolker således ud fra dette udsagn, at SAA laver en distinktion, hvor SAA distancerer sig fra andre hospitalsansatte som bruger leg til "snyde" børn i praksis.

De fleste fagprofessioner, bruger leg til at aflede børn fra det egentlige formål med opholdet på børnehospitalet. Handlinger hos Doc, P og SAA kan forklares med afsæt i deres habituelle dispositioner. Vi analyserer, at fagprofessionernes kropsliggjorte erfaringer former deres syn på leg. Dette da Doc, P og SAA, inden for deres jobfunktion, har tillært, hvad der fungerer for dem i praksis og behandling af børn.

DELKONKLUSION – LEG SOM AFLEDNING

Fagprofessionerne påvirker hinanden og deres forskellige positioner, og derfor er der forskellige metoder til at benytte leg som afledning. Nogle fagprofessioner bruger leg i høj grad, mens andre bruger det i mindre grad. En stor del af fagprofessionerne finder det selvfølgelig at anvende leg til at aflede. Fagprofessionerne har mulighed for at improvisere, og det gør de, når det findes nødvendigt. Fagprofessionerne disponerer, at gøre noget bestemt i forskellige sammenhænge og det forklarer vi med kulturen i fagprofessionernes afdelinger, deres position, arbejdsopgaver og habituelle livserfaringer. Til fælles, uanset hvordan fagprofessionerne tackler leg i forbindelse med afledning er, at det er børns behov og oplevelse der er i fokus. Dette fremanalyserer vi, kan være et led i, at fagprofessionerne ønsker at udføre deres job godt, og hvis de har glade børn, så er de villige til at lege, fordi det letter deres arbejde og gør behandling nemmere tilgængeligt. Når fagprofessionerne handler ud fra, hvad der føles korrekt at gøre i en situation, inspirerer det til en social handlen, som er med til at forklare, hvorfor der gøres, som der gøres. På børnehospitaler er der flere hospitalsansatte i samme jobfunktion. I analysen fremgår det, at til trods for at jobfunktionen er den samme er der mange forskellige måder at udføre praksis på. Vi fremanalyserer, at fagprofessionernes praksis på børnehospitaler påvirkes af sub-feltets autonomi. Fagprofessionernes værdier, tankemønstre og handlinger er påvirket af en objektiv struktur, som medfører bevidste handlinger i sub-feltet.

FORBEREDELSE

Denne del af analysen omhandler, hvordan fagprofessionerne benytter sig af leg som forberedelse. Det viser sig i empirien, at leg har en stor værdi når man skal forberede børn på behandling. Til forskel fra afledning går forberedelse ud på, at fagprofessionerne ikke skjuler behandling eller sygdom, som det viser sig, er en måde at aflede børn på. I leg som forberedelse gør fagprofessionerne børn bevidste og klare omkring, hvad der skal ske under behandling og sygepleje. Nogle af fagprofessionerne finder leg effektivt i forberedelsen.

Hos AS1 og AS2 forklares det, at spontanitet er vigtigt. Forberedelse er ikke altid let, da børn differentierer fra genert til ikke genert, så leg skal tilpasses efter dette (Interview 1 - se bilag 2, side 3, tid: 02:32). AS2 inddrager humor som indgangsvinkel til at forberede børn og sørge for at skabe kropslig kontakt, for at skabe en relation (Interview 2 - bilag 2, side 11, tid: 00:03:05.11) AS1 tilkendegiver også, at den første kontakt er central for behandling og sygeplejes udfoldelse.

”Ja det tror jeg hænger lidt sammen i virkeligheden, men jeg tror egentlig med leg, er det sådan kontakt, jeg ved faktisk ikke hvad man kalder sådan noget leg, at det er jo det der med at vi to, vi skal lynhurtigt have en kontakt og vi skal nogle ting sammen her og du skal ind og ud ad døren og have en god fornemmelse med det, så det er jo mere sådan noget leg i virkeligheden end at det er leg leg.” – AS1 (Interview 1 - se bilag 2, side 7, tid: 18:12)

Af citatet tolker vi, at AS1 modstiller betegnelsen “virkeligheds leg” med det der betegnes “leg leg”. Ud fra denne dikotomi, er det interessant om den måde AS1 begriber leg i sub-feltet er noget andet end forståelsen af leg i andre sammenhænge. Vi analyserer heraf, at dette kan forklares ud fra AS1 habituelle indlejrede strukturer med leg fra tidligere erfaringer.

AS2 udtrykker at ud fra sin arbejdsmæssige tidsramme kan alt desværre ikke lade sig gøre. Forberedelse skal ske på en hurtig måde, som AS2 finder passende til situationen.

”..., og hvis det var i den perfekte verden, så var de jo forberedt og vi har jo sådan billeder dernede, sådan nogle videoer der viser en ekg og vi har jo HC And og det univers der, og så ville det jo være fedt, hvis alle havde set det, men det er altså ikke alle der har set det,

og vi har altså også en tidsramme og vi kan ikke nå alt.” – AS2 (Interview 2 - se bilag 2, side 12, tid:00:07:09.15)

Af citatet udleder vi en selvfølgelighed omkring, at AS2 ikke altid kan nå at forberede børn forud for behandling og sygepleje. Det selvfølgelige består i, at AS2s faglige praksis prioriteres over forberedelse. Tid bliver derfor en barriere for, hvad AS2 italesætter som den “perfekte” verden. Når forældre ikke forbereder børn hjemmefra, strider det med børnehospitalets doxa om, at børn skal forberedes forud for behandling og sygepleje. Når børn ikke er forberedt, udfordres sub-feltets struktur i og med at effektivisering mindskes.

Diætisterne kommer med et eksempel på, hvorfor forberedelse er vigtigt, når man arbejder med børn. Dette forklares af D1 i nedenstående citat.

”Ja, ja det synes jeg. Mange børn har været igennem mange undersøgelser på børneafdelingen, og det kan have været ubehagelige oplevelser de har været igennem. Vi er jo allesammen klædt ens på, når vi er på arbejde og de kan jo ikke skelne om jeg er en der skal stikke eller pille eller lytte eller hvad jeg skal eller om jeg bare er en der sidder og snakker. Så et lille barn kan sagtens, jeg kan sagtens lade som om det ikke er der, eller vente til det selv gerne vil sidde og tegne sammen med mig, de skal lige finde tryghed, så det er vigtigt at jeg ikke overfalder det her lille barn, fordi jeg synes du er da rigtig sød, dig vil jeg gerne snakke med, så bliver jeg nødt til at acceptere, at der er en afstand, og så er det forældrene jeg snakker med, og så kan barnet få lov og komme når det er klart.” – D1 (Interview 4 - se bilag 2, side 31, tid: 00:04:24.20)

Som D1 forklarer, er diætisterne godt klar over, at det kan være svært for børn at skelne mellem de forskellige hospitalsansatte og hvem der udfører de forskellige behandlinger. Vi analyserer D1s udtalelse som et led i, at samtlige af fagprofessionerne benytter sig af leg for at gøre oplevelsen for børn god.

D1 og D2 kommer også med et eksempel på, hvorfor forberedelse er vigtigt, når man arbejder med børn. D2 forklarer, at det er vigtigt at være varsom i sin forberedelse, for eksempel, hvis man giver børn sæbebobler, så hænder det, at barnet ikke er til at få væk fra sæbeboblerne og konsultationstiden

går dermed til spilde (Interview 4 - se bilag 2, side 35, tid:00:18:15.27). Dette ser vi som et eksempel på, at den legende forberedelse kan fylde for meget.

I interviewet med F, påpeges det, at forberedelse kan være svær. Det udtrykkes at leg i nogle tilfælde er tidsspild og påvirker konsultationen i en uhensigtsmæssig retning. Dette ser vi som et eksempel på, at den legende forberedelse dominerer praksis. F fortæller, at forældre er gode at inddrage i forberedelsen i tilfælde som dette. Børn er trygge hos deres forældre, dermed er der også større sandsynlighed for, at børn vil samarbejde, hvis forældrene er med som hjælperedskab (Interview 5 - se bilag 2, side 43, tid: 00:17:59.03).

H udtaler at samarbejdet med hospitalsansatte er vigtigt (Interview 6 - se bilag 2, side 52, tid: 00:08:27.24). Dette kan skyldes, at hospitalsansatte benytter klovne som et redskab til at forberede børn.

“...så det er meget faktisk for mit vedkommende et godt samarbejde med personalet, det er det der skal til for at der kommer leg på afdelingen, at der er plads til det, at jeg føler, det er okay, at rende rundt og lege spion leg ude på gangen og skyde en af sygeplejerskerne sammen med en eller anden. ”- H (Interview 6 - se bilag 2, side 52, tid: 00:08:27.24)

Vi tolker af citatet, at Hs praksis er afhængig af andre hospitalsansattes accept af hospitalsklovne praksis i sub-feltet. H fortæller os ordret at hospitalsklovne rollen er et redskab til blandt andet forberedelse (Interview 6 - se bilag 2, side 52, tid: 00:08:27.24). Vi analyserer at hospitalsklovne rollen kan ses som en distinktion til øvrige hospitalsansatte, i og med at H har “behov” for accept af de hospitalsansatte. Hospitalsklovnes formål er forberedelse og øvrige hospitalsansatte har et andet primært formål i form af behandling og sygepleje.

S10 finder ligesom AS1 og AS2 kontakt vigtig, og benytter sig af forskellige metoder til, at skabe en god kontakt. Dette kan være at kilde børn under hagen eller blinke med en lygte. S10 bruger ovenstående metoder, når leg er en del af forberedelse. For S10 er det en selvfølgelighed, at børn skal opleve at blive set og taget godt imod på børnehospitalet (Interview 7 - se bilag 2, side 53, tid:00:01:42).

”... Men det er bare altså, og det kan jeg også, men vi er bare i en tid, hvor tingene bare skal gå så stærkt. Det er det sørgelig ved det. Fordi, hvis der var mere tid at bruge på sådan nogle ting, så ville man måske også noget større, sådan connection, men jeg synes, det handler også om at være ærlig overfor børnene.” – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 54, tid: 00:07:40)

S10, nævner ligesom AS2 at tid er en afgørende faktor, når det kommer til forberedelse. S10 påpeger, at med mere tid ville praksis kunne udføres mere fyldestgørende. Vi tolker, at tid i dette tilfælde, er et synonym for andre højere positionerede praktikker. Herved analyserer vi, at forberedelse domineres af tid som betegnelse. S10 forklarer endvidere, at omgivelserne skal signalere børnehospitalet som et rart sted at være og at det er et sted, hvor børn kan føle sig trygge.

”Det er vigtigt for mig at have noget at gribe fat i, som det er for børnene. At have noget at kigge på, det er også rart for mig, når jeg går herinde og skal have med børn at gøre og jeg synes faktisk at det burde være en ret, at når man er indlagt på sygehuset at det er et rart og et hyggeligt sted at være. At det ikke skal være så sterilt.” – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 56, tid: 00:16:31)

S10s udtalelse analyserer vi som, at rummet har en afgørende betydning, når børn skal forberedes på behandling. Selvom man har gode tricks i ærmet, kræver det stadigvæk, et rart rum at være i, ellers vil børn ikke blive parate.

KSS benytter sig af at indflette leg i procedure, så børn mestrer situationen. Dog er det vigtigt, at leg ikke overtager og flytter fokus fra børns frygt. KSS fortæller, at opmærksomhed, reaktioner og den for børn ukendte kontekst, skal anerkendes.

”... Men når vi kan inddrage det legende element i den procedure vi skal, så hjælper det hende til at mestre situationen endnu bedre, så derfor giver det jo rigtig god mening der.... Altså vi anerkender jo selvfølgelig altid, det der er svært og møder hende og prøver at give udtryk for at vi forstår det, fordi vi skal jo ikke prøve at fjerne det med leg. Vi skal jo stadig være opmærksomme på de følelser og reaktioner der er forbundet med at være syg eller være i en fremmed kontekst, men det gør da noget...” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 70, tid: 00:32:46.09)

Vi tolker at KSS er bevidst om sin position som sygeplejerske, og at KSS bruger leg til forberedelse. KSS er opmærksom på, at leg i alle tilfælde ikke må fylde for meget på et børnehospital. Andre praktikker er vigtigere såsom behandling og sygepleje. KSS' handlemønstre antyder, at KSS formår at sætte sig i børns sted. KSS position kan ses som en distinktion til børns position, på grund af deres differentierede habituelle dispositioner. Vi analyserer, at det er en selvfølgelighed hos KSS, at leg kan have en modsat effekt, at leg virker skræmmende fremfor fremmende i forbindelse med forberedelse.

Lidt anderledes benytter Doc sig af leg som forberedelse. Doc ser mening i at forberede børn. Det bløder situationer op og gør børn mere til stede og tilgængelige for undersøgelse og behandling.

”... Men generelt hvis små børn kommer ind i ambulatoriet, kan det ofte betale sig at finde lidt legetøj til at starte med og lege med nogle dyr og tage en giraf op og kalde det en ko og så kan man grine lidt af det og ellers sætte nogle til at tegne en tegning eller... (tænke-pause).. Så bløder det hele lidt op og så kan man, fordi de kan tit være lidt bange for at komme ind. Det bruger vi rigtig meget af herinde, de får noget legetøj og nogle tegninger.”
– Doc (Interview 10 - se bilag 2, side 85, tid: 00:04:40)

Vi analyserer, at leg er et brugbart redskab i Docs praksis til at gøre konsultation og behandling mere tilgængelig. Vi tolker at Docs udtalelse, at det er mere tilgængeligt at undersøge børn, der ikke er bange. P benytter leg som forberedelse med de samme intentioner som Doc. P forklarer, at leg er en god måde at forberede børn på, i utrygge omgivelser.

Sosa bruger i sin praksis, at fornemme børn for dernæst at kunne håndtere situationen. Herfra bruger Sosa, at invitere børn til at være med. Dette kan være at børn får en sprøjte, så de kan udføre samme behandling på medbragt bamse.

”... Man kan også invitere dem til at være med i noget, hvis de skal, kan de få en lille sprøjte, de kan sidde og lege med, hvis de skal have lavet et eller andet så kan de sidde og sprøjte bamse eller et eller andet, så på den måde ikke. Igen så skal man fornemme, hvad

er det for et barn, man har med at gøre og hvor store de er og hvad de kan lege.” – Sosa
(Interview 15 - se bilag 2, side 129, tid: 00:03:45:07)

Sosas erfaringer som social- og sundhedsassistent resulterer i en bevidsthed omkring, at hvis børn er kede af det, er det sværere at udføre sin praksis. Denne erfaring deler Sosa med Doc og P, der i ovenstående afsnit redegør for, at de heller ikke kan behandle børn, der ikke er behandlingsparate. Sosa vurderer situationer og handler ud fra, hvad der er den rette legende tilgang at benytte for at skabe en god kontakt til børn. Sosa nævner, at sæbebobler kan være et middel (Interview 15 - se bilag 2, side 133, tid: 00:19:03.03). Det erfaringsmæssige grundlag som Sosa bygger sin praksis på er indlejret i Sosas habituelle dispositioner. Vi forklarer Sosas habituelle dispositioner som værende erfaret gennem praksis eftersom at Sosa har mange års erhvervserfaring på børnehospitaler.

S AA1 fortæller, at i arbejdet med børn er det vigtigt at fortælle helt præcist, hvad det er, der kommer til at foregå. S AA1 kan godt finde på at bruge sjove udtryk eller at inddrage forældre for at gøre situationen mere behagelig for børn. S AA1 nævner i nedenstående citat, at det er godt at visualisere for børn, hvad der skal ske.

”... Men det er meget godt med de der ting der kan visualisere for børn, hvad skal der ske, så de ved, hvordan tingene ser ud, fordi de kan danne sig nogle billeder i deres hovedet, om ting kan være, vi slet ikke kan forestille os, eller ting som de synes er farligt, og de skal dø måske, eller fordi de skal have taget en blodprøve, der dannes sig nogle gange nogle billeder, vi andre slet ikke forestiller sig, i deres hoveder, så hvis man kan afdramatisere tingene lidt ved at kunne vise dem nogle enkelte genstande....” – S AA1 (Interview 16 - se bilag 2, side 141, tid: 00:20:00.19)

Ifølge S AA1 er børns oplevelse af verden anderledes end S AA1 fordi SAA1 har en forståelse af, at børn oplever verden i billeder. S AA1 finder det selvfølgelig at bruge visualiseringer som forberedelse til at afdramatisere behandling og sygepleje. Vi tolker heraf, at S AA1 sidestiller at afdramatiserer med forberedelse.

SAA bruger legende elementer som forberedelse, i den forstand, at leg bruges i undersøgelse. For eksempel, når børn får sat et måleapparat på, fortæller SAA at de kan tegne på skærmen med deres

finger (Interview 17 - se bilag 2, side 150, tid:00:19:24.25) SAA erfarer at børn synes det er sjovt, hvilket letter SAAs praksis som sygeplejerske. Dog fortæller SAA at det til tider er godt at forberede børn på behandling og sygepleje praksis ved at "sende" børn på legestue.

Det synes jeg jo det er sådan her. "... Altså, hvis jeg ser en pige der ikke sådan er dødsyg eller alvorlig syg og jeg kan se hun er meget beklemmt med at være her. Tit er de jo blevet stukket i fingeren ved egen læge og alt muligt, også ikke? Så de er bare sådan åh hh. Jamen så kan jeg godt finde på at tænke, ah det er måske godt, at starte ned på legerummet og de kan lige sådan fornemme og får en lidt idé om noget andet end det her..." – SAA (Interview 17 - se bilag 2, side 150, tid: 00:19:24.25)

Vi tolker af SAAs udtalelse, at leg og børnehospital modstilles som to forskellige praksisser, der adskiller sig fra hinanden. Det samme er barn og voksenrelationen. SAA er velovervejet omkring at, SAA kontra barnets livsbetingelser, vilkår og samfundssyn differentieres i en sådan grad, at deres positioneringer er forskellige. Vi tolker, at SAA ikke vil inddrage det legende element for meget i praksis, da det for SAA primært handler om behandling og pleje, men at leg i nogle sammenhænge kan være brugbar.

DELKONKLUSION – LEG SOM FORBEREDELSE

For at opsummere denne del af analysen har leg som forberedelse flere elementer der gør sig bemærket, i den måde der gøres børnehospital på. Det viser sig blandt flere fagprofessioner, at børn har svært ved at skelne mellem de hospitalsansatte. Forberedelse er derfor hensigtsmæssig i praksis, for at børn ikke skal misforstå en situation og er medvirkende til at gøre børn behandlingsparate. Det viser sig som en selvfølgelighed for fagprofessionerne, at tid er sparsomt. Forberedelse nedprioriteres, hvis der ikke er tid til det. Tid bliver dermed et udtryk for prioritering, hvor andre praktikker prioriteres højere end forberedelse. Tiderne har ændret sig og hospitals oplevelsen handler ikke kun om at blive rask, det handler også om at give en god oplevelse. Fagprofessionerne vil gerne gøre deres job godt, og dette sker ved at behandle glade børn. Som analysedelen viser, er der forskellige måder at benytte sig af leg i sin forberedelse. Der bliver både benyttet legetøj, at revurdere, hvad medicinske begreber skal kaldes i kontakt med børn, rum på børnehospitalet og at bruge sig selv eller sit domæne for udførsel af praksis. Det der adskiller de forskellige tilgange til leg som forberedelse handler om,

hvilke erfaringer og kulturer de forskellige fagprofessioner kommer fra og hvilke kropslige indlejringer de har med sig, samt deres position i sub-feltet.

LEG SOM FORMÅL

Vi vil i dette afsnit analysere, hvordan fagprofessionerne bruger/ikke-bruger leg med et decideret formål. Samt hvorfor det er relevant i fagprofessionernes måder at udføre praksis på.

AS1 fortæller at når leg har et formål, er det blandt andet for at gøre behandling mindre farlig og mere tilgængelig for børn. AS1 bruger leg, som en metode. Den måde AS1 tilgår børn og voksne på er ikke den samme, derfor kalder AS1 tilgangen til børn for legende. Tilgangen differentierer sig ved at hverdags univers, som snak, legeredskaber, og pjat inddrages i tilgangen til børn, men ikke i tilgangen til voksne (Interview 1 - se bilag 2, side 4, tid:05:24). AS1 bruger leg med det formål, at det er den eneste måde, at AS1 kommer i kontakt med børn.

”Ja altså, jeg tror dengang da jeg startede med at være børnesygeplejerske da var det på rigshospitalet med hjertebørn og der tror jeg simpelthen at man hurtigt finder ud af, at hvis ikke man leger så kommer man overhoved ikke i nærheden af det barn vel. Så lidt af nød og så på det tidspunkt var jeg jo heller ikke ret gammel.” – AS1 (Interview 1 - se bilag 2, side 6, tid: 14:16)

Ovenstående citat indikerer, at da AS1 startede som børnesygeplejerske medførte erfaringer, at en legende tilgang blev essentiel for at udføre praksis. AS1 forklarer endvidere i nedenstående citat, hvordan legens formål tog overhånd og skabte en ubehagelig fremfor god situation som intentionen oprindeligt var.

”... Julenat havde jeg faktisk, mig og min kollega vi havde nattevagt og vi syntes faktisk det var lidt synd for de børn der var indlagt så vi havde taget sådan nogle rensdyr ting på [viser med hænderne at det var rensdyr hårbånd dimser] og syntes det var ret hyggeligt at vi gik ind og sagde godmorgen til dem med dem der og det var bare for meget for nogle af forældrene. Der var det kammet over. Altså det var bare sådan, hvad fanden er det i har på hovedet?! Det var bare ikke særlig sjovt og i virkeligheden bag, så var det nå okay, og så må man jo bare tage dem af, og så bagefter snakkede vi om, at det er da heller ikke særlig

sjovt at være indlagt juleaften vel? Så på det tidspunkt var det sku nok bare for meget. De var ikke lige der.” – AS1 (Interview 1 - se bilag 2, side 6, tid:15:40)

Vi analyserer at AS1s vaner og rutiner på børnehospitalet er indlejret i en kropslig struktur. Da AS1 har begået sig i sub-feltet længe, og benyttet sig af leg i mange situationer har AS1 genereret en praktik i de sociale rum i AS1s afdeling. Derfor handler AS1 ud fra indlejrede selvfølgeligheder om, at leg hører sig til i alle tilfælde. Vi analyserer, at AS1 er styret af tidligere handlinger, men at AS1 i dette tilfælde har fejlvurderet situationen og den legende tilgang ikke er passende en julemorgen. Dette kan skyldes, at forældrenes positioner er forskellige fra AS1.

AS1 understreger, at formålet med leg i praksis er, at skabe en kontakt til børn og få børn til at mestre de praktikker, de skal igennem på børnehospitalet. AS1 udtrykker en uklarhed om hvad legehelte og hospitalsklovnes egentlige formål er. (bilag, tid:19:15, s.). Dette tolker vi, kan forklares ud fra, at AS1, legeheltes og hospitalsklovnes positioner differentierer sig fra hinanden. AS1 har en forståelse af, hvad det indebærer at være hospitalsklovn og legehelt. Heraf udleder vi, at forståelsen af leg har indlejret sig hos AS1 og derfor har AS1 en forforståelse om disse to legende erhverv som AS1 forholder sig til, uden at undersøge nærmere, hvad det egentlige formål med legehelte og hospitalsklovne leg er.

BAS mener lig AS1 at legs formål er, at få børn til at gøre noget, de måske ikke har lyst til. BAS er optaget af, hvad der er leg, og hvad der ikke er leg i sub-feltet. Dette forklarer BAS i nedenstående citat.

”.... Og så er det jo igen også det der med at man er nødt til at kigge på hvad er leg. Fordi at altså. Altså leg som definition. Altså man kan jo godt diskutere om det at aflede er en leg. Og hvis formål er det med legen. Altså jeg kan huske at jeg engang læste at leg er noget der spontant opstår. Og det gør det jo nok men med den hensigt at jeg skal have barnet til at gøre noget det ikke vil. Så hvor lige hvor ligeværdig er den leg. Altså det er jo en hel anden diskussion og meget spændende diskussion. Men derfra og til at sige at så ville jeg nu nok stadigvæk kalde det leg. Fordi hvad fanden skal jeg ellers kalde det? Det er afledningen, det er mestring, det er alt muligt, men det er også leg. – BAS (Interview 3 - se bilag 2, side 27, tid: 00:24:28.11)

BAS forståelse af, hvad leg er i sub-feltet, modstilles med den spontane leg. Denne modstilling analyserer vi kan forklares ud fra BAS habituelle forankringer med leg. Vi tolker at med BAS' position på børnehospitalet finder BAS det passende at kalde sine handlinger for leg. Dette kan forklares med at BAS, er påvirket af den kultur og det miljø BAS indgår i. Vi analyserer, at der er tendenser der influerer at et børnevenligt middel og mål tilkendegives som leg. Vi analyserer dette som et udtryk for symbolsk vold i sub-feltet. BAS er underlagt nogle objektive strukturer, der angiver hvordan leg overordnet skal forstås. BAS domineres af denne forståelse. Da forståelsen af leg på børnehospitaler differentierer sig ved, at leg ikke er spontan og ligeværdig men et middel, indtager BAS en position hvor det kan ses som et udtryk for et dominansforhold, hvor BAS er den dominerende og dermed den der fastsætter, hvad der kan forstås som leg i sub-feltet.

D1 og D2 gør det klart, at legs formål i deres praksis på børnehospitalet er, at visualisere hensigten med konsultationen, så instruktionerne bliver nærværende for børn (Interview 4 - se bilag 2, side 32, tid: 00:07:07.14). I og med, at folk tager fri fra arbejde for at komme til konsultation hos D1 og D2, går de meget op i, ikke at spilde tiden, så selvom leg skal bruges som en metode til at gøre det nærværende, er legs formål umiddelbart at både børn og familie får noget ud af deres tid hos D1 og D2 (Interview 4 - se bilag 2, side 35, tid: 00:16:58.20)

F forklarer, at sang og skøre ting under behandling gør, at børn lidt glemmer det egentlige formål med undersøgelsen. F understreger, at mod og vilje til at agere legende er behjælpelig i praksis (Interview 5 - se bilag 2, side 41, tid: 00:05:34.24). På baggrund af Fs kropslige og kognitive strukturer agerer F på en bestemt måde i sin praksis. Disse strukturer tolker vi, er formet af flere års praksis, hvor leg viser sig at være den mest effektive metode til at udføre praksis.

H udtrykker at en hospitalsklovn er en leg i sig selv.

Altså det hele er jo en leg, jeg er jo ikke ... der går ind, jeg er jo en leg der går ind eller sådan en illusion eller, hvad skal man sige, ikke? – H (Interview 6 - se bilag 2, side 50, tid:00:06:15.21)

Vi udleder af citatet, at H finder det selvfølgeligt at sidestille leg med hospitalsklovne. Med udtrykket om at hospitalsklovne "er leg" på børnehospitaler, distancerer H sig overfor andre fagprofessioner i sub-feltet, som ikke er legen i sig selv.

S10 udtrykker at formålet med leg, er at skabe et pusterum i en travl praksis.

".... Hvis vi er rigtig rigtig travl om sommeren og vi kan trække ud på legepladsen, og de kan gå ud og gynges og gå i sandkassen, gå ud og spille fodbold på den der multibane, så er der mindre tryk på herinde og så kan vi bedre agere i vores arbejde. Det hjælper børnene, men det hjælper også os. Og i en tid, hvor alting bare skal drasles sammen, gå hurtigt og vi skal præstere mere og mere, producere mere og mere. Så er det vigtigt at tænke sådan nogle ting med ind i det tror jeg." – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 60, tid: 00:31:11)

S10s forståelse af legs formål differentierer sig fra andre fagprofessioner, i den forstand, at det for S10 handler om, at børn kan dyrke den frie leg som et pusterum for både sig selv og de hospitalsansatte. S10 udtrykker at der på børnehospitalet er travlt og at der er fokus på de hospitalsansattes præstationer. Dette analyserer vi, ud fra en forståelse af at fokus i sub-feltet historisk har ændret sig fra at være på, hvad der er til samfundets bedste, til at være på den enkeltes bedste.

KSS udtaler, at i KSSs praksis er legs formål at skabe trygge rammer og få fokus væk fra børns sygdom. KSS begrundet dette med, at leg stimulerer til at komme op og ud af sengen, og hvis børn kan lave noget meningsfuldt der er sjovt, får børn lyst til at lege. KSS udtaler yderligere, at leg inviterer til samskabelse og samarbejde, og at leg er et godt tidspunkt til at observere barnet, og udføre sin praksis med henblik på interaktion og relations arbejde (Interview 8 - se bilag 2, side 64, tid: 00:02:37.16) KSS benytter sig af leg og legs egenskaber, uden selv at være legende i sin praksis. KSS' formål med leg i praksis er at observere børn der leger sammen. KSS nævner hermed, de mange egenskaber der er i denne form for leg, hvordan børn motiveres til dette, og hvordan leg skaber indhold og livsglæde i børns hverdag på børnehospitalet. KSS begrundet hermed, at leg er et vigtigt og selvfølgeligt element i sub-feltet og at det er nødvendigt at hospitalsansatte benytter sig af leg (Interview 8 - se bilag 2, side 67, tid: 00:16:49.22).

”... Så jeg vil ikke sige, at jeg ikke kan, men der er jo også noget personlighed ind i det, men jeg tror at når man er her på et børnehospital, så er det fordi man har lyst til og lege, man har lyst til at være sammen med børn og man bliver motiveret af det og man bliver glad i låget af det, synes det er sjovt, det giver mening på mange måder... ” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 67, tid: 00:20:56.28)

KSS beskriver således for os, hvilken personlighed der forbindes med et børnehospital. Vi tolker, at KSS ser det som en selvfølgelighed, at en ansat på et børnehospital har lyst til at lege. KSS' udtalelse tolker vi som et udtryk for, at doxa i sub-feltet er, at kulturen skal være legende. KSS udtalelse kan være påvirket af KSS omgivelser og sociale relationer der ligger op til, at stemningen, praksis og hospitalsansatte skal forholde sig legende for at blive anerkendt i sub-feltet. Når man arbejder på et børnehospital, skal man have en naturlig lyst til at lege. KSS og andre hospitalsansattes handlinger bliver meningsfulde ud fra den måde det italesættes at gøre børnehospital på.

”... Vi skal bruge legen når det giver mening og når situationen indbyder til det og vi skal have stor respekt for, når der skal være pause fra det, eller det er noget andet vi skal gøre brug af, altså det kan være vores interaktion, det kan være vores kommunikation eller vores nærvær... ” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 72, tid: 00:47:22)

Vi tolker at KSS finder det selvfølgeligt at bruge leg når den giver mening for situationen. KSS opstiller leg som værende selvfølgelig i sin praksis, da brugen og forståelsen af leg kan influere på skabelsen af forskellige positioner, meninger og valg der skal træffes. Det nævnes af KSS, at det ikke altid hænder at leg inviterer, men at leg er situationsbestemt.

E beskriver, at formålet med leg i Es praksis, er at trække hverdagen ind på børnehospitalet gennem lystbetonet bevægelsesleg. E nævner, at der er kriterier for leg, børn skal være aktive. Det understreges af E, at legehelte ikke er et underholdningstilbud, men at formålet er, at børn skal have en succesoplevelse. E nævner, at alt kan være leg for børn, så om E og børn bygger et tårn eller leger racerbil, kan være det samme, hvis lysten og glæden hos børn er til stede. E nævner, at der er personlige grænser for, hvad leg skal omhandle. Mor og far lege accepteres ikke af E, og at lege som disse bevæger sig væk fra legens formål - at den skal være bevægelsesorienteret. Det nævnes af E, at formålet med legehelte også er, at få følelsen af at være “normal” ind på børnehospital og at få en pause

fra sygdom er vigtig i legeheltes praksis (Interview 9 - se bilag 2, side 75, tid: 00:06:21.23) E gør os opmærksom på, at legehelte tilbuddet blandt andet er, at få hverdagen ind i børnehospitalet, skabe succesoplevelser hos børn og at børn skal få en følelse af ikke at være syge. Disse tendenser analyserer vi som et samfund i forandring, hvor måden at gøre børnehospital på, i højere grad udvikler sig til en helhedsoplevelse, hvor leg i sig selv, er en vigtig del af den måde, man gør børnehospital på. Det er af nyere dato, at ekstra tilbud ud over sundhedspleje er blevet aktuelt (Larsen, 2009). Vi analyserer at Es oplevelse af sub-feltet kan forklares med at hospitalsvæsenet er blevet subjektivt fokuseret i en objektiv forståelse af, hvordan der gøres børnehospital. Udviklingen i hospitalsvæsenet der indebærer antal af hospitaler og antal af professionelle er alt sammen faktorer der er med til at fagligheden på børnehospitaler forandres (ibid.).

Doc bruger leg som en metode til at nå sit mål, stille diagnoser og gøre børn raske. Doc fortæller, at det er vigtigt at være opmærksom på, at forældre ikke kommer for at få en legende oplevelse, men at besøg på børnehospitalet udelukkende er fordi deres barn er sygt. Derfor er Doc overbevisende i, at i Docs praksis er leg en metode til at gøre børn raske, og at leg ikke skal fylde mere end den gør allerede (Interview 10 - se bilag 2, side 85, tid: 00:06.34).

Doc mener endvidere, at leg er et strategisk redskab i nogle fysiske rammer, som der er situationsbestemt. Doc giver et eksempel, at når det er liv og død situationer, så er det ikke leg der hører til, men at i andre tilfælde er leg gavnlig.

”... Legen har en plads i dagligdagen og man kan ikke sige hvor mange procent der skal være af den, fordi det er hele tiden en ny position, men selvfølgelig også en strategisk ting omkring nogle fysiske rammer og så kan man jo sige, at det også kan være en strategisk ting omkring at etablere en legeskultur i alle personalegrupperne, ... ” - Doc (Interview 10 - se bilag 2, side 90, tid: 00:14.33)

Doc har til dels en anden forståelse af, hvornår leg skal bruges og hvad formålet med leg er. I Docs praksis differentierer brugen af leg sig, i forhold til, hvad nogle af de andre fagprofessioner udtaler om legs formål og hvordan den er en del af deres måde at gøre børnehospital på. Vi analyserer, at Docs tilgang til leg skyldes Docs position i sub-feltet. Tilgangen til leg accepteres af andre hospitalsansatte, da Doc har at gøre med liv og død situationer, og derfor anerkendes det, at Doc ikke er den mest legende i sin praksis, og overlader de legende situationer til andre hospitalsansatte på

børnehospitalet. Derfor analyserer vi, at der er forskelle i Docs forståelse af, hvad formålet med leg er og hospitalsansatte i andre positioners forståelser af, hvad formålet med leg er.

Det kommer blandt andet til syne i Pæd OUHs legende praksis. Legs formål skal være et pusterum, for alt det postyr der foregår på børnehospital der kan være meget uoverskueligt for børn. Til de større børn benytter Pæd OUH sig af at kalde pusterummet for adspredelse, for at nå ud til de unge (Interview 12 - se bilag 2, side 103, tid: 00:36:17.27). Det hænder at Pæd OUH får stillet til opgave, at observere børn når de leger og kigge efter problematikker der ellers ikke kan diagnosticeres. Her ændrer legs formål sig, og hvad der oprindeligt er Pæd OUHs egen ide om, hvad formålet med leg er (Interview 12 - se bilag 2, side 96, tid: 00:04:25.17). Denne ændring i legs formål analyserer vi som et udtryk for symbolsk vold i sub-feltet. At Pæd OUH ændrer, hvad der var det oprindelige formål med leg kan skyldes at Pæd OUH er lavere positioneret end andre hospitalsansatte i sub-feltet. Vi tolker, at Pæd OUH domineres til at bruge leg som sub-feltet foreskriver, fremfor hvad Pæd OUH helst ser leg blive brugt til – et pusterum fra det postyr, det er for børn at komme på børnehospital.

Pæd 1 formulerer selv, at legens formål, er at afmystificere ting, så børn kan få stillet diagnoser (Interview 13 - se bilag 2, side 112, tid: 00:11:34.24). Her viser der sig, et eksempel på, at Pæd 1 og Pæd OUH har forskellige opfattelser af, hvordan leg anvendes i pædagog praksis på børnehospitaler. Dette begrundes vi med, at deres habitus formes af deres miljø og kultur. Det indvirker på Pæd 1 og Pæd OUHs måde at gøre børnehospital på, og hvordan de ser sig selv som pædagog på et børnehospital. Pæd AA fortæller ligeledes at dele af praksis som pædagog indebærer at observere om børn er alderssvarende og udvikler sig som de skal (Interview 14 - se bilag 2, side 120, tid: 00:13:52). Igen viser der sig et mønster, hvor Pæd AA og Pæd 1 ser deres rolle som pædagoger som en del af behandlingen på børnehospitaler, fremfor Pæd OUH. Herfra er deres opfattelser af legs formål også forskellige. Dette kan forklares ud fra habitus, hvor kropsliggjorte indlejringer er med til at forme pædagog-praksis og hertil meninger og holdninger om legs formål. Leg er et vidt begreb og vi analyserer at der dermed er stor sandsynlighed for, at pædagogerne er skolet anderledes end andre hospitalsansatte, i forhold til legs formål, herunder hvordan leg benyttes og hvad leg skal på et børnehospital. Samt at kulturforskelle i afdelinger og hospitaler influerer deres legende praksis.

Hos S AA1 og SAA er der delte meninger om, hvad legs egentlige formål er. Hos S AA1, handler det om at skabe en relation og vinde børns tillid (Interview 16 - se bilag 2, side 140, tid: 00:15:00.22). SAA udtrykker, at legs formål ikke må misforstås, fordi det kan give børn en fornemmelse af, at børn

ikke bliver taget alvorligt (Interview 17 - se bilag 2, side 149, tid: 00:15:06.29) SAA forstærker sit argument ved at argumentere for, at leg ikke er det samme som når man er rask.

”... Altså, når man er syg, så leger man jo ikke på samme måde, som hvis man er rask eller som ung agerer på samme måde, som hvis du er rask.” – SAA (Interview 17 - se bilag 2, side 151, tid: 00:24:31:04)

Vi udleder af citatet at SAA modstiller det at lege, når børn er raske med, når børn er syge. Af dette tolker vi, at SAA positionerer leg i sub-feltet som værende noget andet, uden for børnehospitalet. SAAs argumenter antyder, at for SAA er sygepleje første prioritet i praksis, og at leg godt kan bruges, men at det kan misforstås af børn og skabe mistillid. SAA har meninger om, at når man er syg, skal det ikke pakkes ind i leg. Sygdom og smerte skal anerkendes som det er, da det ikke forsvinder, selvom man leger.

DELKONKLUSION – LEG SOM FORMÅL

Leg er et godt redskab i praksis, og legens formål er forskelligt afhængigt af, hvem man er og hvordan praksis udføres af fagprofessionerne. Der er enighed blandt fagprofessionerne, om at leg godt kan tage overhånd og miste sit egentlige formål i behandlingssituationen.

Erfaring og forskellig praksis tillærer fagprofessionerne legeredskaber og metoder, der mindsker, at leg tager overhånd. Forældre tager deres børn med på hospitalet, med det formål at de skal blive raske. Det er derfor vigtigt for fagprofessionerne, at leg ikke tager alt tid til konsultation, da behandling er primær og leg sekundær praktik.

Vi fremanalyserer, at legs formål er styret af positioner og dominansforhold der dominerer i sub-feltet, om hvad legs egentlige formål er. Der er forskellige formål med leg, afhængig af profession og jobfunktion. Desuden ser vi, at samfundstendenser styrer, at leg har en afgørende rolle i arbejdet med børn på en børneafdeling. I takt med den samfundsudvikling, der foregår, og fokus på den enkelte og den enkeltes krav på god service, er det nu om dage ikke nok kun at helbrede. Hvis børn er kede af det under hele hospitalsforløbet, lever behandling ikke op til nutidens standarder, hvor familie og hospitals oplevelse er i centrum.

ANALYSE: LEG OG MATERIALITET

Vi ser materialitet som et centralt tema, der i mere eller mindre grad bliver berørt af alle fagprofessionerne under interviewene. Vi finder det derfor interessant at se nærmere på sammenhængen mellem fagprofessionerne og den materialitet de omgiver sig med. Inspireret af Bourdieu, ser vi materialitet som en objektiv struktur med særlige indlejrede betydninger, som influerer på fagprofessionernes praksis (Larsen, 2001). Denne analysedel har til formål at belyse fagprofessionernes perspektiver på leg og materialitet. Vi forholder os undersøgende og nysgerrige i forhold til fagprofessionernes oplevelser og italesættelser i forhold til leg og materialitet. Endvidere er formålet at fremanalysere materialitetens bagvedliggende strukturer og hertil blive klogere på positionerne. Vi analyserer ud fra temaerne: *Rum & Omgivelser* og *Artefakter*.

LEG OG MATERIALITET: KOORDINAT-ILLUSTRATION

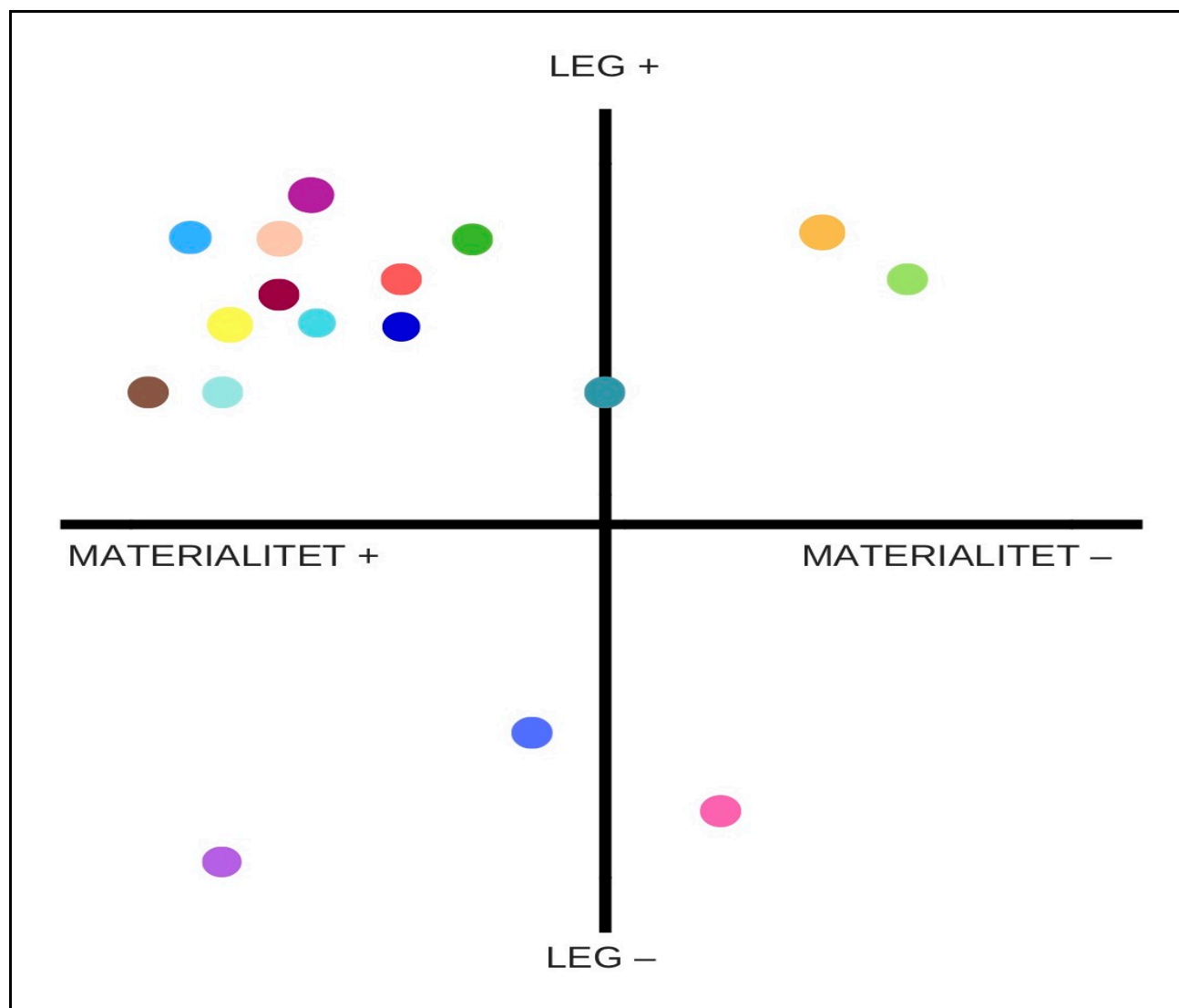


Illustration af: Karoline Lorange, Julie Johansen og Trine Larsen

I koordinat-illustrationen placerer vi fagprofessionerne ud fra udtalelser om materialitet set i relation til leg. Det viser sig at størstedelen af fagprofessionerne i høj grad bruger materialitet, når de inddrager leg i praksis. Dem placerer vi i 1. kvadrant. En mindre gruppe fagprofessioner placerer vi i 2. kvadrant, her er der tale om H (hospitalsklovn) og E (ergoterapeut (legehelt)). KSS (sygeplejerske) placeres på midterlinjen. Her inddrager fagprofessionerne i mindre grad materialitet, men benytter leg i praksis. Tre fagprofessioner placerer vi i Leg (-). Hvoraf fagprofessioner i 3. og 4. kvadrant er placeret ud fra, at de leger i mindre grad, men at når fagprofessionerne gør, inddrager de materialitet. I 3. kvadrant placeres P (psykolog) og SAA (sygeplejerske), mens Doc (læge) placeres i 4. kvadrant.

RUM & OMGIVELSER

Vi definerer i denne sammenhæng rum som de fysiske omgivelser, som fagprofessionerne omtaler i empirien. Flere fagprofessioner sammenligner børnehospitaler med voksenhospitaler og beskriver, hvordan børnehospitaler tager sig anderledes ud med eksempelvis rare farver på væggene, modsat hvide og grå som er på en voksenafdeling. Doc refererer i interviewet til år 1950 og beskriver, hvordan en børneafdelings fysiske rammer dengang var en tro kopi af en voksenafdeling (Interview 10 - Se bilag 2, side 87, tid: 16:32). Flere pædagoger udtrykker under interviewene, hvordan legestue og legearealer på børnehospitaler kan sammenlignes med eksempelvis børnehaver. Herunder ytrer Pæd AA et ønske om, at en børnehospitalslegeplads skal kunne byde på noget som en "almindelig" børnehave legeplads ikke kan.

"... Vores legeplads skal ikke bare være en almindelig legeplads, som er på en skole, børnehave. Med rutschebaner og sandkasser, og gynger og sådan noget, sådan skal den ikke være. Det skal være, at når man kommer ind på sygehuset, at vi har noget specielt."- Pæd AA (Interview 14 - se bilag 2, side 121, tid: 00:18:55)

Dikotomien opstår i eksemplet ved, at Pæd AA ikke vil forbinde legepladsen på børnehospitalet med en "almindelig" legeplads. Legepladsen på børnehospitalet skal være noget særligt og noget modsat "almindelige" institutionelle legepladser. Det skal være særligt at komme på børnehospital og materialiteten er medvirkende til at gøre det anderledes. Vi analyserer at Pæd AA har indlejrede kropslige erfaringer med institutionelle legepladser og modstiller denne forståelse med, hvordan en legeplads skal se ud på et børnehospital. Det kan analyseres, at der forekommer en distinktion. I og med at Pæd AA tager afstand til den "almindelige" legeplads, får Pæd AA positioneret børnehospitaler på en særlig vis.

AS2 beskriver hvordan fagprofessionerne ofte kalder materialiteter andet end, hvad det er. AS2 kommer med et eksempel på, at gangen på ambulatoriet er navngivet "motorvejen" af sygeplejerskerne. Hertil kan børn, når de kommer på ambulatoriet, kører i mooncars fra venteværelset ned ad gangen, til de rum de skal undersøges i. AS2 beskriver hertil, hvordan dette er givende for praksis og at det gør det lettere at kommunikere med børn, når gangen kaldes for motorvejen (Interview 2 - se bilag 2, side 14, tid: 00:15:33.25). Pæd OUH giver i forlængelse af AS2 også et eksempel på dette perspektiv.

Det er sjovt, ja det er sjovt, nu kommer giraffen, og dropstativerne kalder vi jo også lastbiler og ja altså.... vi pynter også nogle gange drop stativerne og hænger noget på dem, julepynt, hvis det er jul og hænger det på dropstativerne. Jeg syntes det betyder rigtig meget og jeg kan også se ude på vores gang, vi har sådan en slange på gulvet, og der er ikke ret mange børn der går forbi den, uden at de skal hoppe eller tælle derhen af. - Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 107, tid: 00:46:47.29)

Ud fra AS1 og Pæd OUHs perspektiver tolker vi, at det er givende for praksis at navngive materialitet andet end hvad det er. Vi tolker at AS1 og Pæd OUH navngiver materialiteten, så den kommer i børnehøjde. Heraf analyserer vi, at materialitet i form af medicinske redskaber og arealer pakket ind i leg, accepteres af børn når de befinder sig på børnehospitaler. Når materialiteten gøres legende, ændres praksis. Vi fremanalyserer en grad af symbolsk vold, idet materialiteten, skaber en, af børn, accepteret fremgangsmåde til at være på børnehospital.

Doc italesætter, hvordan lægepraksis blev gjort før i tiden, i modsætning til i dag.

”Jeg har været læge siden 1993 eller sådan noget. Ja der er kommet flere legearealer og det er blevet mere udbredt at man leger. Det er blevet sådan en attitude for læger, ikke sådan at være så gammeldags eller sådan en eller anden vigtig person som kun snakker fagsprog eller med fremmedord som ingen forstår. Der er sket en kulturændring, der er sket lidt på de fysiske rammer, med det her som en del af det, med bedre legepladser, men der er også sket en kulturændring efterhånden som...” - Doc (Interview 10 - se bilag 2, side 89, tid: 00:11:07)

Af citatet tolker vi, at de fysiske rammer som de tager sig ud i dag, sættes i modsætning til, hvordan de fysiske rammer så ud engang. Doc italesætter en legende tilgang til praksis, som værende i modsætning til en praksis, hvor der tales fagsprog som ingen forstår. Det italesættes af Doc, at lægepraksis er blevet mere legende og at leg er en tilgang man gør for at nuancere lægepraksis og gøre kommunikationen forståelig. Af Docs udtalelser tolker vi yderligere, at materialiteten har indvirkning på, hvordan denne lægepraksis tager sig ud. Doc henviser til, hvordan de fysiske rammer har ændret sig og netop dette perspektiv er interessant, at tage i betragtning, når vi taler om materialitet og leg. I et Bourdieu perspektiv er det interessant, om Doc kropsligt har indlejret en bestemt struktur på grund af det miljø Doc befinder sig i. Vi tolker denne kropslige indlejret struktur hos Doc fordi

materialiteten har ændret sig og det fysiske udtryk er blevet mere inviterende til en legende praksis på børnehospitalet. Vi analyserer, at en symbolsk vold træder i kraft og at arkitekturen er medvirkende til at dominere lægepraksis, så det bliver en selvfølge at blive mere legende. I de indrettede rum på børnehospitalet, forekommer en skjult regulering af praktik, som kan medvirke til en bestemt disciplinering. Således analyserer vi, at materialiteten strukturerer særlige praktikker på børnehospital og at materialiteten derfor er medvirkende til, at fagprofessionerne i sub-feltet bliver objekter i en materialistisk strukturerende struktur fordi, at de kropsligt tilpasser sig og agerer ud fra denne (Larsen, 2001).

Der var det bare en copy-paste af en voksen afdeling... men jeg var der ikke i 1950. - Doc
(Interview 10 - se bilag 2, side 89, tid; 00:10:57.)

Docs perspektiv på en ændring i lægepraksis er interessant at tage i betragtning, når vi holder det op imod et historisk afsæt. Vi ved at et hospital, med dets materialitet, så markant anderledes ud for år tilbage. Vi ved endvidere, at en hospitalspraksis var anderledes end i dag. Praksis har ændret sig, det tolker vi kan lægge til grund for materialitetens ændring i sub-feltet.

Fagprofessionerne udtrykker, hvordan nogle praktikker knytter sig til bestemte rum og omvendt. I dialog med KSS udtrykkes det, hvordan rum og praksis hænger sammen og hvordan det ikke gør.

”Jamen for eksempel nede i legestuen i vores opholdsstue, der har jeg jo ikke sådan private eller svære samtaler. Der snakker vi måske sådan small talk om vejret og hvad er der ved skovsøen eller hvem har sidst spist en is eller sådan noget, men der har jeg jo ikke sådan samtaler som på en eller anden måde går ud over min etik. Jeg skal ligesom, du skal respektere vi har tavshedspligt omkring det jeg siger her, så skal jeg også respektere rum har forskellige agendaer, så jeg vil jo aldrig sætte mig ned og have en alvorlig samtale, hvor jeg spørger dem ind til deres privatliv eller deres levede erfaringer med sygdom eller udspørge dem eller spørge mere nysgerrigt undersøgende ind på deres skilsmisse. Så finder jeg jo et rum som indbyder til det for eksempel. Så det er også respekten for hinanden som mennesker. Så rum har forskellige funktioner,...” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 73, tid: 00:49:48)

I citatet udtrykker KSS det som en selvfølgelighed ikke at have private og svære samtaler på en legestue. Legestuens fysiske rammer italesættes som et sted der indbyder til uformel og løs snak og sættes i modsætning til et rum der indbyder til det modsatte, formel og alvorlig snak. KSS får således givet os indtrykket af, at rum tildeles en bestemt funktion og praksis. Det udtrykkes endvidere, at en patientstue opleves mere anvendelig som et privat samtalerum. Vi ønsker i dette eksempel at understrege at vi ikke med nøjagtighed kan sige, at det er på grund af legestuens materialitet, at KSS ikke finder rummet anvendeligt for alvorlige samtaler. Dette kan såvel også skyldes, at der på legestuen ofte befinder sig andre børn og familier. Vi finder det dog alligevel interessant at tage materialiteten i betragtning som et element, fordi KSS selv påpeger, at rum har forskellige agendaer. Vi tolker ud fra denne udtalelse, at legestuen som rum, lægger op til en bestemt praksis. Måske en praksis der lægger op til at man er flere familier i rummet på samme tid og hertil er det interessant, at tage materialiteten i betragtning som en dominerende medspiller, fordi der i materialiteten kan ligge skjulte dagsordner som KSS agerer ud fra. Vi argumenterer for, at KSS læser børnehospitalet med kroppen, da der er en forud etableret harmoni mellem KSS dispositioner og de objektive strukturer der er i den omgivende sociale verden (Larsen, 2001). Vi udleder, at legestuen er indrettet med materialitet der får KSS til at tænke og gøre leg. KSS finder det ikke oplagt at gøre det modsatte. Kroppens praktikker er således forskellig fra rum til rum på børnehospitalet. I dette tilfælde, responderer KSS kropsligt på rummet med dets strukturerende struktur som konstituerer en bestemt praktik.

Pædagogerne udtrykker, at legestuen er et ”helligt” område, hvor der ikke skal foregå praksis der har med behandling og sygepleje at gøre. Pæd AA udtrykker det som selvfølgeligt, at der på legestuen ikke foretages blodprøver og andre undersøgelser af børn. Det udtales af Pæd AA, at legestuen er et sted, der ikke skal opleves træls (Interview 14 - se bilag 2, side 120, tid: 12:04). Vi tolker af Pæd AAs udtalelse, at en læge- eller sygefaglig praksis opleves som noget der er negativt, i modsætning til den praksis, der forbindes med den, der udspiller sig på legestuen. Ligeledes italesættes det af Pæd AA, at det på legestuen er ”tilladt” at måle blodsukker og tage penicillin (Interview 14 - se bilag 2, side 120, tid: 12:04). Vi tolker af KSS og pæd Pæd AAs italesættelser, at doxa for legestuer er, at rummene ikke benyttes til visse praktikker. De fysiske omgivelser er således korrigerende for de handlinger der foretages. Der er således en relation mellem rum og faglig aktivitet. En ”korrekt” samtale eller behandling foregår ikke på en legestue, men i et rum hvor doxa tillader dette. Vi udleder på baggrund af Pæd OUHs udtalelser, at en pædagogfaglig praksis ofte udspiller sig på en legestue, frem for på en sengestue. Dette begrundes vi med, legematerialiteternes mangfoldighed på legestuen, i modsætning

til sengestuen. Denne modstilling analyserer vi er medvirkende til, at Pæd OUH positionerer legestue over sengestue, når det kommer til leg. I forlængelse af dette, fremtræder der et interessant perspektiv i interviewet med Pæd OUH. Pæd OUH fortæller om, hvordan sygeplejersker ofte inviteres ind på legestuen af pædagoger, men at det sjældent sker at sygeplejersker besøger legestuen på denne opfordring. Pæd OUH fortæller endvidere, hvordan sygeplejerskestuderende i deres praktikophold opfordres af pædagoger til at tage legestuen i brug (Interview 12 - se bilag 2, side 101 tid: 00:24:20.14). Vi analyserer ud fra dette perspektiv, at det for Pæd OUH er centralt, at legestuen ikke blot anvendes af pædagoger. Pæd OUH opfordrer sygeplejestuderende til at bruge legestuen i deres praksis. Det kan sige noget om, at Pæd OUH forsøger at præge sub-feltet i en retning hvor praksis ændres.

I interviewet med P, adskiller udtalelserne sig fra de andre fagprofessioner. P beskriver for os, hvordan leg i form af underholdning kan virke forstyrrende for en psykolog-praksis.

”Ja det er lidt hvad der hører under leg, for vi har rigtig mange arrangementer og andre ting med udstillinger, museer og koncerter og trampolinen, jeg ved ikke, om det er leg eller underholdning og jeg tænker det som kan være problematisk med det nogle gange det er for mig som sidder heroppe at det kan være forstyrrende. Fx klovnene de larmer rigtig meget, så jeg kan høre X på sin knallert og hvis jeg har samtaler med forældre som lige har mistet et barn eller et eller andet, så er det ligesom at mariehønen evigglad eller om der er en koncert dernede, EJ bare ikke nu eller en udstilling med nogle rigtige livlige ting og så sidder jeg heroppe med nogle rigtig triste og forfærdelige situationer, og det er ikke alle som har lyst til at komme forbi meget glade koncerter, når man står i en meget forfærdelig situation. Men jeg ved ikke, hvordan man kan dele det op, for jeg tænker også, at her hvor vores kontor ligger, at det er lidt usmart for jeg kan høre rigtig meget, hvad der foregår på eventyrgangen. – P (Interview 11 - se bilag 2, side 93, tid: 00:08:46.06)

Af Ps eksempel tolker vi, at elementer af leg og underholdning ikke hører til en psykolog-praksis. P modstiller glade koncerter med forfærdelige situationer. Vi tolker hermed en modstilling mellem livlige situationer og triste situationer. P udtrykker, at det er u hensigtsmæssigt at lytte til glade og livlige situationer fra andre rum, når P sidder i et rum, hvor fokus er på triste og forfærdelige situationer. P refererer herunder til rummenes placering og problematikken ved dette. Vi udleder af citatet, at det er lyde der opleves, som forstyrrende for den praksis der gøres. Fra Ps synspunkt findes det mere selvfølgelig at placere underholdning på et begrænset område og på samme måde med kontorer,

således at disse to områder ikke forenes. Dog udtrykker P samtidig, at leg og underholdning skal være integreret og at det således er en svær balance.

”...nogle gange tænker vi, at det er en arbejdsplads og vi kan ikke have alt det her musik nogle gange, men det er også vigtigt, så jeg ved ikke hvordan man kan.” – P (Interview 11 - se bilag 2, side 93, tid: 00:08:46.06)

Af dette eksempel tolker vi, at P modstiller arbejdspladsen med underholdning og i dette tilfælde musik. Vi tolker, således også ambivalens omkring dette. P giver ydermere udtryk for vigtigheden, i at det er en integreret del af hospitals-praksissen. Det ses dog ikke som en del af psykolog-praksis. P giver et eksempel på, hvordan rummets placering er uhensigtsmæssig.

”...så det var rigtig rigtig svært at komme ind til afdelingen, fordi der var så mange mennesker og han var i en krisesituation med sit barn som var ved at dø og skulle løbe igennem og det blev han forstyrret i, og vi er et sygehus og i den situation er det så uhensigtsmæssigt, at han skal ligesom kæmpe forbi mennesker som lytter til en koncert som er noget ekstra, men det er ikke livreddende. Han skulle have livreddende behandling til sit barn som bliver forhindret af underholdning. Men det er selvfølgelig et meget ekstremt scenarie.” – P (Interview 11 - se bilag 2, side 94, tid: 00:11:56.18)

Vi udleder at P finder det mere selvfølgelig, at et børnehospital forbindes med livreddende behandling, frem for det P kalder underholdning. Vi tolker, at P anskuer underholdning som noget der er “ekstra” og parallelt med børnehospitals-praksis. P modstiller det fysiske rum for underholdning med rum for krisesituationer. Dette perspektiv tolker vi kan forklares ud fra de kropsliggjorte erfaringer, P har gjort sig med børnehospitals rum. Vi tolker at børnehospitalsrummet som en objektiv ydre verden, referere til Ps indre inkorporerede kropslige dispositioner og at der er en sammenhæng mellem børnehospitalet som rum og Ps krop. P læser således børnehospitalet med kroppen, fordi der er en relation mellem Ps dispositioner og den sociale verdens objektive strukturer, i dette tilfælde børnehospitalets arkitektur.

Af citatet nedenfor, fremgår det selvfølgelig for Pæd OUH, at der på legestuen kan leges mere i modsætning til en "sengestue". Dette begrundes med, at der på legestuen forefindes materialitet der henviser til leg.

"Jamen legestuen er, det er min altså, det er mit, hvad skal man sige, værested. Det er det ja. Jeg kan jo sagtens og der er mange ting, der kan lade sig gøre på en stue, men det er alligevel ikke det samme, fordi børnene træder ind i et lokale fyldt med legetøj og kigger rundt og siger, jeg skal lege med dinosaurerne, så tager vi kassen ned med dinosaurerne, der er en anden valgmulighed, en anden frihed deroppe, så jeg vil godt nok have svært ved ikke at have legestuen." – Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 105, tid: 00:43:25.12)

Pæd OUH bruger ordene "min" og "mit" om legestuen og dette modstilles med en "sengestue". Her ved tolker vi, at legestuen anskues som værende mere oplagt for den måde Pæd OUH finder sig tilrette på børnehospitalet. På samme måde benytter de andre pædagoger også ordene "min" om legestuerne. Vi tolker heraf, at pædagogerne personificerer rummet som deres domæne i forhold til deres profession og den praksis de udfører. Denne personificering af legestue som rum, udleder vi som en distinktion til andre rum. Dette bevirker, at Pæd OUH positionerer legestuen over andre rum, når det omhandler egen praksis i sub-feltet. I citatet udledes det endvidere, hvordan Pæd OUH vil have svært ved at undvære legestuen. Vi analyserer, at Pæd OUHs overbevisning er, at legestuen med dens legetøj, fremkalder visse praktikker hos børn som Pæd OUH kan forholde sig til.

F beskriver hertil, hvordan det i én situation er oplagt at bruge rummet til anden praksis, end hvad der oprindeligt er tiltænkt.

"Altså jeg tænker det at have nogen, der var faktisk lige et eksempel med en læge der havde brugt det her rum i sidste uge, da vi ikke var her og så sagde han, ja jeg lånte lige jeres rum og det var så herligt for barnet var straks ovre i hynderne og mens de snakkede lidt med forældrene kunne han kigge lidt på barnet, hvor inde i de andre rum, der er sådan et lille hjørne med et lille bord, hvor de kan tegne og der er en kasse med noget legetøj" – F (Interview 5 - se bilag 2, side 43, tid: 00:20:00.01)

Af eksemplet udleder vi at, rum under ”normale” omstændigheder hører til bestemte praksisser og er professions afhængige. Dog udleder vi også, at disse kan udfordres og at dette kan have positiv effekt på praksis. I dette tilfælde kan det analyseres, at barnet i situationen kropsligt responderer på rummets materialitet og at rummets materialitet fører til en bestemt praksis, som Doc i dette tilfælde finder hensigtsmæssig for den læge-praksis der skal udføres.

DELKONKLUSION – RUM OG OMGIVELSER

På børnehospitalerne spiller materialitet i form af indretning af børnehospitalsrummet en central rolle, hvis de fysiske rammer skal invitere til en legende praksis. Et børnehospital er noget der skiller sig ud fra et voksenhospital og dette kommer til udtryk igennem de fysiske rammer. Det betyder også noget, at den materialitet, der er på et børnehospital, skiller sig ud fra materialitet der findes i andre institutionelle børne-indretningsdesign. Den måde en legende praksis udspiller sig på, afspejles af de fysiske rammer fagprofessionerne omgiver sig med. Vi fremanalyserer, at børnehospitalernes fysiske rammer med en opdragende funktion strukturerer en særlig praksis blandt hospitalsansatte. Hertil knytter de forskellige rum på børnehospitalet sig til bestemte praktikker som civiliserer hospitalsansatte til at tilpasse kropslige handlinger på en særlig måde. Måden at gøre børnehospital på i dag, er dog ikke uden udfordringer. De praktikker de fysiske rammer inviterer til, kan opleves som noget der kan modstilles med det, der forbindes med et hospital. Særligt lyde kan have en forstyrrende effekt for det, der forbindes med hospitalsregiets alvor. Ydermere fremanalyserer vi, at rum og omgivelser taler til bestemte professioner som bevirker, at bestemte fagprofessioner oplever at høre mere til et sted end et andet. Det ses dog, at rum og fagprofessioner kan udfordres på praktikker, når vante omgivelser skiftes ud og dette viser sig som havende positiv virkning for praksis.

ARTEFAKTER

Et gennemgående tema i empirien, er det vi kalder artefakter. Artefakter skal i dette speciale forstås som menneskeskabte genstande som befinder sig i de rum hospitalsansatte, omgiver sig med og som spiller en væsentlig rolle, når fagprofessionerne udtaler sig om leg i sub-feltet (Larsen, 2005: 160).

Materialitet har en stor betydning for, om afdelingen henvender sig til børn. Sosa udtrykker at pæne og rolige farver som der er på børneafdelingen, kan være pænt, men at Sosa ville ønske en afdeling med lidt mere "farve spræl" på møbler og vægge.

"...Vi mangler i den grad eller vi har en fin legeplads, det skal lige siges, men vi mangler i den grad, at rummene, at afdelingen som sådan, havde fået lov til at få mere præg af, at det er en børneafdeling, fordi det er meget stilistisk og det skal holde et koncept og vi må ikke bare smække plakater op eller tegne noget her og der, eller stille et eller andet op som vi synes kunne være sjovt. I hvert fald, her i starten, holder arkitekterne meget på at konceptet skal følges. - Sosa (Interview 15 - se bilag 2, side 130, tid: 07:35)

Vi udleder, at Sosa ikke anser at afdelingen lever op til Sosas forventninger til en børneafdeling, fordi det ikke er tilladt at præge praksis med egne initiativer. På samme måde refererer S10 til at afdelingerne i dag skal se ensartede ud og modstiller dette med før i tiden, hvor det var hospitalsansatte selv, der indrettede med, hvad de fandt sjovt og hyggeligt for børn (Interview 7 - se bilag 2, side 55, tid: 00:12:14.). Sosa og S10 begrundet deres holdninger til hospitalsindretning med afsæt i tidligere erfaringer. Sosa og S10 giver således begge udtryk for at den måde, børnehospitaler indrettes på i dag, kan spænde ben for en legende praksis. Det er hertil interessant om en bestemt struktur fra tidligere arbejde på en børneafdeling, ligger til grund for hvornår Sosa og S10 tænker, at et hospital henvender sig til børn og om denne struktur har indvirkning på deres praksis. I interviewet med E bliver det yderligere italesat, hvordan de hospitalsstuer hvor der er farver og artefakter, i form af tegninger og pynt, indbyder til leg og fjolleri. Det bliver endvidere italesat, hvordan en praksis på et børnehospital er anderledes end på et voksenhospital.

"Ja det synes jeg godt, man passer mere på og man er helt automatisk mere stille fordi man er klar over, man er på et sygehus, når der er helt hvidt, end du er på steder, hvor der er mega mange farver. Det tænker jeg egentlig først over nu, men har egentlig altid tænkt over

ved skibet for jeg kan godt lide at gå gennem sygehuset og så træde ind på børneafdelingen, så man kan mærke den der forskel der er, helt ned til dit tempo og gå i ændre sig når du træder ind på børneafdelingen i forhold til når du går ude på det store, fordi der er så varmt og hyggeligt og fyldt med farver og alle er glade og der er bare mere tid fordi det skal man når man arbejder med børn.” – E (Interview 9 - se bilag 2, side 80, tid: 00:26:09.20)

Vi udleder af citatet, at E oplever et klart skel, fra at komme fra et voksenhospital og ind ad døren på et børnehospital. Vi tolker, at E modstiller disse to former for hospitaler. E italesætter børnehospital kontra voksenhospital som et sted der er nede i tempo. Ud fra dette udleder vi en dikotomi mellem børnehospitaler og voksenhospitaler. Vi tolker hertil, at det anses som en selvfølge for E, at disse elementer i rum på børnehospitaler er centrale i arbejdet med børn. Endvidere tolker vi af Es udtalelser, at særlige materialiteter afspejler sig i måden der gøres praksis på i sub-feltet. Vi analyserer heraf, at dette kan forklares ud fra Es habituelle erfaringer med bestemte materialiteter og at E har indlejret en struktur om at bestemte materialiteter får E til at tænke på børn.

Flere af fagprofessionerne udtaler sig om, hvordan legetøj og anden materialitet kan spille en vigtig rolle i den første kontakt til børn. Vi tolker, at artefakter kan rumme elementer af kommunikation. Artefakterne står ikke alene, men afhænger af den, der tager initiativ til, at bruge artefakten som et led i kommunikation. AS1 udtaler i denne forbindelse, hvordan sæbebobler bruges som indgangsvinkel i patientkontakten.

”...Nogle gange møder man jo børn som overhoved ikke er med på noget som bare slet ikke vil have øjenkontakt eller noget som helst, så kan det jo nytte noget at jeg bliver ved med at sidde og fjolle og fjolle og fjolle, så trækker jeg mig og så er jeg bare sådan lidt i periferien og så kan jeg finde på at sidde og blæse sæbebobler eller et eller andet og så kan det godt være at barnet kommer til mig. Jeg kunne aldrig finde på at forcerer legen, hvis jeg kan mærke barnet overhoved ikke vil. Det vil der ikke komme noget godt ud af.” – AS1 (Interview 1 - se bilag 2, side 4, tid: 06:29)

Flere af fagprofessionerne italesætter ligeledes materialitet som havende betydning for den måde, leg bruges i daglig praksis. Der gives udtryk for, hvordan leg anvendes. Herunder udtrykkes det, hvilke artefakter der knytter sig hertil, samt hvilke funktioner artefakter besidder. Vi spørger i interviewet

ind til, om der er situationer, der er mere oplagte at lege i end andre. I denne sammenhæng opstår en dialog omkring mulighedsbetingelserne i sub-feltet. En stor del af fagprofessionerne bruger følgende betegnelser, når de udtrykker sig om leg, eksempelvis tegning, LEGO, bøger, trampolin, bamser, bordtennis, bordfodbold og sæbebobler. Vi tolker heraf, at artefakter og leg forbindes, fordi leg nævnes i sammenhæng med artefakter. Flere af fagprofessionerne fortæller om, hvordan leg er en del af den faglige praksis, der udføres.

”...altså jeg bruger det jo selvfølgelig rigtig meget i de almindelige procedure, vi skal lave, altså hvis vi skal lave en eller anden form for undersøgelse eller hvis vi skal lægge en venflon eller du ved, når man laver sådan nogle procedure som man gør på et hospital, undersøgelser eller et eller andet. Så synes jeg legen er et rigtig vigtigt redskab. - KSS
(Interview 8 - Se bilag 2, side 64, tid: 02:37.16)

KSS udtrykker, at leg sidestilles som en del af en ”almindelig procedure” og der henvises til, hvordan artefakter anvendes som legeredskaber under en undersøgelse. I interviewet med Sosa beskriver Sosa også, hvordan artefakter benyttes i en patientundersøgelse. Sosa udtaler, at leg er den nemmeste måde, hvorpå den ønskede, i modsætning til den italesat uønskede praksis, kan gennemføres på hensigtsmæssig vis (Interview 15 - se bilag 2, side 129, tid: 00:04:56.05).

Doc udtaler, at der i mødet med børn ofte findes legetøj frem. Det bløder stemningen op, fordi børn ofte kan være bange (Interview 10 - se bilag 2, side 85, tid: 00:04:40). På samme vis udtrykker flere af sygeplejerskerne, hvordan de anvender artefakter som forberedelse til at skabe en god, rolig og tryk stemning i rummet. I forlængelse heraf, beskriver S AA1 for os, hvordan børn kan reagere under en undersøgelse.

”Jamen de siger måske bare, mere jeg er bange, Så det er det de sådan siger ikke? NØØØJ jeg er bange, og så modarbejder de jo helt vildt og går i panik. De reagerer på os andre, så hvis vi også går i panik, så tror de at der er en løve efter en, der vil æde en, og de kan jo nærmest... de spræller og sparker jo, og hvis man så står i en situation og skal holde dem, så er det simpelthen ikke sjovt. Men nogle gange bliver man jo bare nød til at få gennemført denne her blodprøve, eller hvad det nu måtte være. Men de reagerer som om, de går helt i panik nogle gange, og bliver bange, så hvis man på en eller anden måde kunne og vi kan

måske også blive bedre til at vise dem nogle ting. Hvordan det skal foregå, hvis man havde nogle bøger, så ved jeg også at vi har udgivet bøger, men hvis man enten havde nogle billedbøger eller små film man kunne vise, om hvad der skal ske, som man bare lige kunne tage med en på stuen, det kunne være rigtig godt.” – S AA1 (Interview 16 - se bilag 2, side 141, tid:00:21:07.09)

Vi tolker ud fra ovenstående perspektiver at fagprofessionerne finder det relevant at anvende artefakter til at forberede og aflede børn. Det tolkes endvidere, at det er centralt at undgå panik situationer hos børn, da disse situationer opleves som ubehagelige for både børn og hospitalsansatte. Hertil spiller artefakter en væsentlig rolle og er medskaber til at praksis kan lykkedes på bedst mulig måde.

Det fremgår af interviewene, hvordan flere af fagprofessionerne knytter artefakter til bestemte praksisser. De artefakter der findes anvendelige i forbindelse med en undersøgelse/procedure betegnes af fagprofessionerne som legetøj. Legetøj betegnes af fagprofessionerne som artefakter med et bestemt formål. Det er således ikke legetøjets funktion i dens fysiske form at måle blodtrykket, men derimod lægger funktionen i, at kunne fange børns opmærksomhed. En mindre del af fagprofessionerne italesætter yderligere, hvordan de anvender andre artefakter til at lege med. Artefakter der i genstandens oprindelige funktion er tiltænkt et andet formål end leg. Dette kommer til syne, når BAS beskriver, hvordan der blandt andet benyttes skumvaskeklude på gulvet til at hoppe fra klud til klud. Fra BAS synspunkt er det et spørgsmål om en værktøjskasse der er stor nok og som kan bruges i rummet på alle mulige måder (Interview 3 - se bilag 2, side 19, tid: 00:05:32).

Leg bliver god i det øjeblik den er ved hånden. Hvis jeg først skal ud og lede efter den, så ville det være bøvlet. Og så er det jo tit, det kan være bamserne at børnene har med, man starter en leg med. Men legen kommer ofte ind der hvor der er ventetider. Altså der hvor der er uventede ventetider på, at vi skal igang med et eller andet vi skal igang med. Så bliver de ting vi bruger i hverdagen, altså for eksempel, vores masker, de bliver også en del af legen. Prøver dem på og leger lidt med dem og ser om de kan passe til bamsen og sådan nogle ting BAS - (Interview 3 - se bilag 2, side 23 , tid: 00:13:48.06)

Af eksemplet tolker vi, at det for BAS handler om at gribe til den materialitet rummet indbyder til. Det er mere selvfølgeligt at lege med de artefakter man har ved hånden end at skulle lede efter nogen.

Dette er fordi leg ofte er noget der opstår i mellemrummet mellem rum og praksis. Vi tolker heraf at den praksis BAS beskriver, kræver en spontanitet og at hospitalsansatte skal, turde og gribe til, hvad som helst, for at få børn med i en leg. Vi udleder heraf en distinktion i og med BAS modstiller egen praksis med en praksis, hvor legetøj er en nødvendighed for leg. BAS beskriver ligeledes som andre af fagprofessionerne, at udfordringen opstår, hvis man ikke kan få barnet med i leg. Endvidere udtaler H en lignende situation.

”...Med en sprøjte kan man have den vildeste vandkamp eller hive en handske ud og blæse den op så bliver det en elefant, så der er rigeligt at lege med fra vores synspunkt og nogle gange kan det også være fedt at der ikke er bunkevis af ting der har en forudbestemt leg, der er et fedt køkken nede på X og så laver man mad og så skal man spise det og så skal man vaske op og så er det det for det er det legen går ud på, og så kan man måske give noget mad til nogle dyr eller sådan et eller andet. Men hvis man bare har en blå handske og en sprøjte så kan man altså, kan fantasien rigtig få lov at finde sted. –H (Interview 6 - se bilag 2, side 52, tid: 00:15:01.26)

Vi tolker, at det fra Hs synspunkt ikke er afgørende for leg, hvilken artefakt der leges med. Ud fra dette perspektiv er det interessant, om dette kan forklares med, at H i sin funktion er en leg i sig selv. H forklarer os, at når H træder ind som klovn på børnehospitalet er H legen i sig selv (Interview 6 - se bilag 2, side 50, tid: 00:06:15:21). Vi drager derfor også her paralleller til materialitetens virke og struktur. Vi analyserer at H med hospitalsklovne kostumet omgiver sig med en materialitet, hvori der ligger bestemte strukturer som H er bekendt med.

Flere af fagprofessionerne beskriver, hvordan den materialitet de klæder sig med på børnehospitaler, knytter sig til en særlig opfattelse af deres praksis. Pæd OUH fortæller om, hvordan pædagogerne for syv år siden skiftede fra det Pæd OUH betegner som “almindeligt” tøj til nu at bære uniform. Det beskrives, at dette var en beslutning der er taget på baggrund af hygiejne og smitterisici. Pæd OUH beskriver, hvordan denne beslutning oplevedes som en udfordring.

”...At jeg går i uniform? Altså jeg var jo mega sur, ikke sådan sur, jeg bliver jo ikke sur, men jeg var meget sådan i starten, at jeg virkelig syntes de tog noget fra os, da jeg netop

har fokus på det raske barn.” – PÆD OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 99, tid: 00:17:13.22)

Pæd OUH beskriver, hvordan skiftet fra civilt tøj til uniform medførte en oplevelse af, at Pæd OUH og andre pædagoger er blevet “frataget noget”. Vi tolker heraf, at Pæd OUH tillægger sit tøj en særlig værdi og at noget tøj anskues som værende mere selvfølgeligt at have på end andet, når man er pædagog. Pæd OUH drager paralleller mellem det at have almindeligt tøj på og at fokusere på det raske barn. Heraf udleder vi, at Pæd OUH sidestiller det at være rask, med noget bestemt tøj, som ikke er hospitalstøj. Pæd OUH har oplevet at blive opfattet på en bestemt måde af børn og pårørende på grund af tøjet.

”... Jeg har siddet inde i legestuen på et tidspunkt og hørt en mor sige til sin fem-årige dreng, det ligger så nogle år tilbage, skal du slet ikke ind og lege med X i dag? mmh mmh ikke når hun har det der på, fordi de vidste simpelthen ikke om jeg var blevet, altså jeg har haft en mor som har sagt, ... , er du blevet sygeplejerske i mellemtiden X? Fordi det bare var sådan et stort skel, at gå fra at gå i almindeligt tøj, til at gå til at have uniform på. Og jeg vil sige, inde i mig selv, de første ti måneder, hvor jeg skulle være hvid, altså, jeg ved ikke om jeg vil sige, det var en identitetskrise, men jeg gik da virkelig sådan og tænkte, er det så det her jeg skal, altså, er det det her jeg skal...” – Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 99, tid: 00:18:11.04)

Vi udleder af citatet, at der til tider, har været bestemte opfattelser af, hvem der bærer hvid uniform i sub-feltet. Pæd OUH udtrykker, at det har været mere selvfølgeligt at se sygeplejersker, bærer hvide uniformer end pædagoger. Vi tolker endvidere, at Pæd OUH tillagde den hvide uniform en “identitet”, som Pæd OUH fandt det udfordrende, at identificerer sig med. Vi fremanalyserer, at sygeplejerske-uniformen bærer en bestemt struktur. Det er interessant, hvorvidt en sygeplejerske uniform som materialitet, i dette tilfælde, får Pæd OUH til at opleve en distancering til egen identitet og om dette lægger til grund for en selvfølgelighed, der knytter sig mellem materialitet og praksis. Det udtrykkes endvidere hos Pæd OUH, hvordan Pæd OUH og børn har vænnet sig til, at pædagoger bærer uniformer. Hertil beskrives det, hvordan det har været til debat, hvorvidt at alle på nær læger skal bære hvide uniformer. Det beskrives, hvordan det internt i samråd med andre pædagoger er besluttet, at

pædagoger ikke skal bære samme uniformer som sygeplejersker. Pæd OUH har selv valgt at bære blå uniform som også bæres af læger på børnehospitalet.

”...Lægerne bruger så også meget de blå, så jeg skal lige huske at jeg ikke er læge, altså helt nye patienter kan godt tænke, så nu kommer lægen. NEJ jeg er ikke læge, Jeg er ikke læge, jeg er bare, jeg siger altid , Jeg er bare pædagog...” – PÆD OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 99, tid: 00:18:11.04)

Det fremgår i citatet, hvordan Pæd OUH oplever sig selv sammenlignet med lægeprofessionen, når Pæd OUH bærer samme uniform. Læger forbindes med den blå uniform og det gør pædagoger ikke. På samme vis udtaler D1 sig omkring, hvordan alle går ens klædt på børnehospitalet. Dette beskrives som problematisk og D1 beskriver, hvordan det opleves, at børn ikke skelner mellem de forskellige professioners praktikker, når alle går ens klædt (Interview 4 - se bilag 2, side 31, tid 00:04:24.20). S10 beskriver tillige uniformen som bærer af en særlig struktur. S10 oplever, at uniform forbindes af børn med noget behandling og sygepleje der ikke altid er positivt (Interview 7 - se bilag 2, side 54, tid: 00:06:22). S10 beskriver dog, at den hvide kittel farve ligeså godt kunne være en anden farve, men at det er den gennemgående farve, der er det centrale. S10 udtrykker hertil, at det kan være svært at aflede børn, når der bæres uniform, fordi børn bliver utrygge.

”...Men ofte, hvis barnet er bange og skræmt, så er det også svært at komme ind og aflede. Medmindre hvis altså.. Der er klovne nok bedst, fordi de er jo ikke i vores uniform. De er jo klovne, hvis altså børnene kan lide klovne.” – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 54, tid: 00:05:52)

Vi analyserer, at beklædningsgenstande kan spille en afgørende rolle for, hvordan fagprofessionerne oplever, at praksis opleves af børn. Dette kan ses som et udtryk for en kulturel forankret selvfølghed. Måden, hvorpå man har gjort børnehospital gennem tiden dominerer måden, vi tænker og gør børnehospital i dag. Den hvide hospitals uniform bærer en struktur med sig som fagprofessionerne har forbundet med sygdom og pleje i mange år. Dette forklares med, at fagprofessionerne har indlejrede erfaringer i deres habitus som influerer og gør det udfordrende at forbinde uniformen med andre handlinger.

DELKONKLUSION – ARTEFAKTER

Artefakter forbindes i stort omfang med leg og derfor analyserer vi, at leg på børnehospitaler ikke står alene, men bliver suppleret af fysiske genstande. Analysen viser, at artefakter på børnehospitalerne kan rumme elementer, der er givende for kommunikation mellem hospitalsansatte og børn, når artefakter tages i brug, med dette formål. Artefakter anvendes til at forberede og aflede børn under en undersøgelse. Leg med artefakter sidestilles som en del af en procedure der har til formål at udføre en opgave på en hensigtsmæssig måde, som udelukker ubehag hos børn og fagprofessioner. En mindre del af fagprofessionerne tillægger ikke bestemte artefakter nogen værdi for leg på børnehospitaler. I stedet handler det om at turde gribe til det spontane og ikke blot lade sig ”nøjes” med de artefakter der inviterer til en bestemt leg. Vi fremanalyserer hospitalsuniformen som en materialitet, der bærer præg af en bestemt struktur, der ud fra fagprofessionernes udtalelser, forbindes med bestemte praksisser og praktikker i sub-feltet. Dette ses for nogle fagprofessioner problematisk, fordi uniformen med dens farve og udseende signalerer bestemte praktikker. Praktikker som ikke alle der bærer uniformen, mener hører til deres praksis.

ANALYSE: LEG OG POSITIONER

Leg og Positioner omhandler, hvordan fagprofessionerne positionerer sig i sub-feltet, og hvordan de dominerer hinandens praksis i en nutidig og historisk kontekst.

Vi inddeler analysen Leg og Positioner i tre afsnit: *Positioner*, *Positionering mellem fagprofessionerne* og *Fagprofessionernes italesættelser af sub-feltets udvikling*. Det gør vi for at få en forståelse af, hvilke erkendelser og brud vi kan udlede af fagprofessionernes udtalelser, der er med til at skabe et indblik i den måde de positionerer sig i forhold til leg i nutidens afspejling af praksis på børnehospitaler.

De to foregående analyseafsnits formål er at skabe en praksis-nær forståelse af fagprofessionernes tilgang til leg som middel og mål, og hvordan materialitet har betydning i forhold til dette. Vi bruger de to analysers resultater som forløber for denne analysedel, så fagprofessionernes handlinger uddybes i forhold til den måde, fagprofessionerne positionerer sig selv og hinanden.

LEG OG POSITIONER: KOORDINAT-ILLUSTRATION

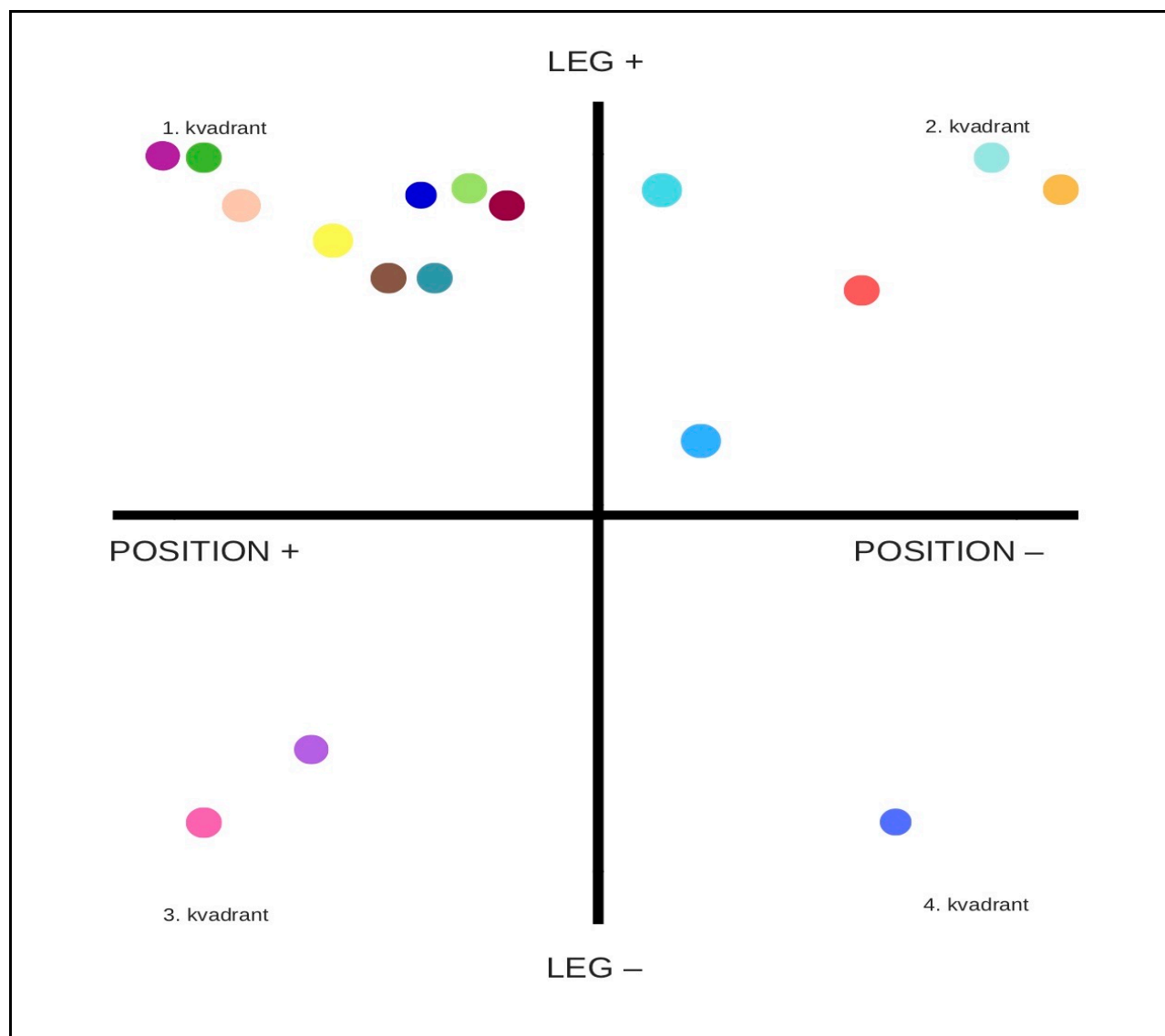


Illustration af: Karoline Lorange, Julie Johansen og Trine Larsen

Vi placerer fagprofessionerne i koordinat-illustrationen for at skabe et overblik over, hvordan fagprofessionerne positioneres i forhold til leg. I 1. kvadrant placerer vi størstedelen af fagprofessionerne, som havende en høj position i sub-feltet, når det omhandler leg. I 2. kvadrant placeres H (hospitalsklovn), Pæd 1 og Pæd OUH (to pædagoger), D1 og D2 (to diætister) og F (fysioterapeut). Disse fagprofessioner placerer vi som legende, men med en lav position i sub-feltet. I 3. kvadrant placerer vi SAA (sygeplejerske) og Doc (læge). Disse fagprofessioner har høj position, men er mindre legende. P (psykolog) placeres i 4. kvadrant, hvilket indikerer, at positionen i sub-feltet og brugen af leg er lav.

POSITIONER

For nogen fagprofessioner har jobfunktionen betydning for, hvorfor de leger/ikke leger. For eksempel placerer vi P i en lav position, fordi leg ikke benyttes i høj grad.

”Det er et sygehus, og selvfølgelig skal det også være sjovt. Men det er et sted, hvor der er nogle børn, der dør og forældre, som skal forholde sig til det” - P (Interview 11 - se bilag 2, side 94, tid: 13:19.15).

I denne udtalelse kommer Ps jobfunktion i spil, og på baggrund af, at der til dagligt arbejdes med følsomme og sårbare emner, fremtræder en forståelse af, at der skal være en balance mellem leg og børnehospital. Da P siger, det er et sygehus, får P gjort opmærksom på, at der er en bestemt struktur og logik forbundet hermed, som indebærer, at det er et sted, hvor børn kan dø, og at det derfor ikke kun kan være sjovt. P fortæller, at leg i praksis bruges til at få børn til at åbne op, så de kan tale om svære ting. Placeringen af Ps kontor italesættes som værende uhensigtsmæssig, fordi der kan høres aktiviteter fra andre områder på børnehospitalet. Der udtrykkes herom, at det ikke er hensigtsmæssigt at afholde svære samtaler med forældre, som for eksempel har mistet et barn, mens der bliver sunget ”Mariehønen Evigglad” lige nedenunder. Det siger noget om dominansforholdet i sub-feltet, at Ps rolle ikke er den primære, og at der derfor ikke nødvendigvis er blevet tænkt over, hvor kontoret er placeret (Interview 11 - se bilag 2, side 93, tid 00:08:46.06).

I 4. kvadrant i koordinat-illustration placerer vi Doc og SAA. Ud fra deres udtalelser ser vi, at de positionerer sig selv højere i sub-feltet end P gør, men ikke bruger leg i særlig høj grad. Doc ser sin primære funktion som værende den, der tilser børn og stiller diagnoser. Hos Doc kommer faglighed før leg.

”Altså det er fint, hvis der er nogle andre, der støtter op om sådan noget. Vi bruger vores ret så sparsomme tid meget på det faglige, og der bliver legen ligesom et lille stykke værktøj fra kassen og mere bliver det ikke” - Doc (Interview 10 - se bilag 2, side 86, tid: 00:10:05).

Af citatet fremgår det, at der er forskellige positioner i sub-feltet, og at Docs primære funktion ikke er leg. Doc udtaler i sammenhæng hermed, at legen anvendes som et kommunikationsværktøj og udtrykker endvidere, at legefunktionen hører andre professioner til. Doc modstiller således egen

praksis med andre hospitalsansattes. Vi tolker heraf, at der med denne dikotomi forekommer en distinktion, fordi leg italesættes som en praksis, der for Doc at se tilhører en anden praksis. På denne måde positionerer Doc egen praksis ved at distancere lægepraksis fra en praksis, hvis formål er at lege. Endvidere betegnes tid som begrundelsen for, hvorfor Docs leg er begrænset. Vi tolker heraf, at tid udgør et udtryk for prioritering. Dette fordi den primære faglige funktion på børnehospitalet er vigtigere end leg. Den objektive struktur omkring hospitalsansattes positioner kommer til udtryk, ved at Doc gør opmærksom på, at der er andre der leger med børn, og at Doc stiller diagnoser. Det viser Docs dominerende position i over for andre faggrupper, som er positioneret lavere (Larsen, 2008: 301).

”Det er faglig tilfredsstillelse, at man får stillet den rigtige diagnose og får sat den rigtige behandling i gang, og få nogle glade mennesker ud ad døren, så leg igen er ikke formålet, det er noget der ligger ved siden af som gør det sjovt” – Doc (Interview 10 - se bilag 2 side 87, tid: 00:00:00).

Doc forklarer i forbindelse med ovenstående, at leg benyttes i praksis som børnelæge for at nærme sig patienterne. Doc fortæller, hvordan der ”fjølles lidt” på gulvet for at skabe tillid og en god relation til børn. Det udtrykkes, at denne relation er nødvendig for at kunne gennemføre en undersøgelse eller behandling (Interview 10 - se bilag 2, side 84, tid 00:03:22).

I koordinat-illustrationen er SAA placeret som mindre legende med en forholdsvis høj position i 4. kvadrant. SAA giver stærkt udtryk for, at jobfunktionen som sygeplejerske kommer før leg.

”Altså det er jo alt, hvad man har tid til kan man sige. Og jeg er nok en altså for leg er jo mange ting, tænker jeg også. ... Og så har vi jo vore pædagoger til den legende del også kan man sige, dem bruger vi jo rigtig meget også” – SAA (Interview 17 - se bilag 2, side 146, tid: 00:04.43.06)

I citatet fremgår det, at SAAs position gør, at leg ikke bliver den primære prioritet. Vi tolker ligeledes, at tid bliver anvendt som et synonym for prioritering, og at leg kommer i anden række. Det fortælles, at der for øjeblikket er travlt, og at leg derfor bliver brugt til at tilgå børn. På samme måde som Doc udtrykker det, giver den legende kommunikative tilgang begge mulighed for at kunne lave den

undersøgelse eller foretage den behandling, der er nødvendig. SAA udtaler i forbindelse hermed, at der skal være god tid, hvis der eksempelvis skal spilles kort med børn, som det fremgår af citatet, er pædagogers opgave. Vi tolker heraf, at SAA på samme vis som Doc distancerer og modstiller egen praksis med en lægepraksis på hospitalet. Vi ser dermed, at SAA er reproducerende af den objektive struktur i sub-feltet om, hvem der varetager hvilke roller og hermed positioner, og hvordan de forskellige positioner har værdi. Doxa i sub-feltet gør, at en udtalelse som denne kan ses som værende symbolsk vold, hvor de højere positioner, som særligt Doc indtager, dominerer over for eksempel pædagoger, som bliver de dominerede. Dette kommer særligt til udtryk i måden Doc og SAA udtaler sig omkring tid og leg. Leg bliver ikke prioriteret som værende vigtig i deres profession, til gengæld henviser de begge til andre professioner, som varetager denne opgave.

Ser vi nærmere på, hvem der leger meget, men positionerer sig selv lavt i sub-feltet, er det særligt Pæd OUH og E, der er interessante at se nærmere på. Deres praktikker består begge i at lege med børn i en eller anden grad. Pæd OUH fortæller, at der som pædagog fokuseres på det raske barn frem for det syge.

”Men det er ligesom mig, der har fokus på det raske barn, altså jeg skelner ikke. Vi får nogle rigtige gode relationer, fordi jeg kommer tæt på og forældrene er også mega gode til at bruge mig også. Lige når man kommer som ny mor og far, så tror jeg ikke, at man lige sådan tænker en pædagog ind, så er det bare sådan, mit barn har fået kræft, det skal bare blive rask, jeg skal bruge en læge, en sygeplejerske” - Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 96, tid: 00:04:25.17)

PÆD OUH får i citatet fremlagt sin subjektive forståelse af, at forældre ikke anser pædagoger som værende en selvfølgelig del af hospitals-praksis. Hermed modstilles en pædagog-praksis med hospitals-praksis. Det fremlægges således, hvordan man som forældre forventer, at der skal bruges en læge og en sygeplejerske til at helbrede et sygt barn, men ikke en pædagog. Efterfølgende omtales pædagog-praksis af Pæd OUH, som værdifuld for de pårørende. Vi analyserer, at der er en objektiv struktur, som foreskriver, at pårørende ikke forbinder Pæd OUHs position, som havende lige så høj værdi i sub-feltet som for eksempel sygeplejerske og læge. Pæd OUHs position anses derfor som lavere end sygeplejersker og lægers. Denne position ændrer sig i takt med, at forældre opdager pædagogers værdi i sub-feltet (Interview 12 - se bilag 2, side 95, tid: 00:02:35.05).

”Jeg er bare pædagog, og så bliver mine kollegaer sure, og siger bare bare, du er ikke bare, men det kan man godt sådan lidt, altså det er jo et hierarki herude på en eller anden måde, men jeg trives godt i det. Jeg ved jo godt, at jeg ikke helbreder børn. Jeg giver glade børn, gode oplevelser, og jeg har nogle gode relationer til børnene og, ja, de er klar til at slippe mig, når de selv skal i børnehave, så det er helt naturligt altså. Jeg kender godt min plads, og jeg har det fint med min plads. Det har jeg, altså sådan er det” - Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 99, tid: 00:18:11.04)

Med citatet her understreger Pæd OUH sin position i sub-feltet. Pæd OUH udtrykker en tydelighed om, at det ikke er Pæd OUH, der redder liv og helbreder børn. Det udtrykkes, at Pæd OUHs funktion er at skabe glæde og trivsel hos børn og deres familier under et sygdomsforløb. Vi tolker, at Pæd OUH er klar over, at pædagog-praksis er den dominerede, i og med at Pæd OUH understreger sin tilfredshed med denne position. I et samfundsmæssigt perspektiv er Pæd OUH uddannelsesmæssigt på samme niveau med sygeplejersker, fysioterapeut, ergoterapeut og diætister (Larsen, 2008). Professionerne besidder dermed den samme mængde kulturelle kapital på det uddannelsesmæssige plan, og man kan derfor sige, at de i sub-feltet burde være lige. Men i og med, at det er forskelligt, hvilken type kapital, der har værdi i forskellige felter, differentierer grupperne sig. I børnehospitalet som sub-felt er det sygeplejerskers kulturelle kapital, der har den største værdi, og dermed omsættes til den mest magthavende profession på mellemløsningsniveau (Larsen, 2008). Når sygeplejersker italesætter, at Pæd OUH ikke skal kalde sig, ”bare pædagog” strider det med de objektive strukturer i sub-feltet, men dominansforholdet opretholdes til stadig vis.

Hs primære opgave består i at gøre det lettere at gennemføre en procedure, men den består også i at lege med børn og gøre hele hospitalsoplevelsen god. H fortæller, at klovnefiguren står uden for alt, og er noget patienterne kan vælge til og fra. På den måde bliver positionen som hospitalsklovn italesat som værende udenforstående (Interview 6 - se bilag 2, side 49, tid 00:02:09.05). Vi analyserer ud fra vores forståelse af sub-feltet, at en hospitalsklovns praksis distancerer sig fra læger og sygeplejerskers praksis. H spørges under interviewet ind til situationer, hvor det ikke er gået godt med at lege eller situationer, hvor det legende element ikke hører til.

”Det er der sikkert, der er i hvert fald nogle tidspunkter, så hvis der er rigtig mange inde i et rum, der er sådan nogle små procedure-rum, og hvis der så er to laboranter, en sygeplejerske så er der måske også en læge og så er der mig og min makker, og så er der mor og

far og et barn, så er vi lige pludselig otte-ni mennesker inde på en stue, så er der nogle gange, at så bliver vi sendt ud, fordi det er os, der kan undværes, kan man sige i gåseøjne. For det kunne være fedt, hvis vi kunne gøre et eller andet” - H (Interview 6 - se bilag 2, side 51, tid: 00:09:59.25)

Med citatet fremanalyserer vi en position og et dominansforhold. H udtrykker, at det er H og hendes makker, der kan undværes under en procedure, hvis der er mange tilstede i rummet. Vi tolker af Hs udtalelse, at Hs funktion indebærer en legende praksis, som ikke er lige så vigtig under en procedure i forhold til de andre hospitalsansattes praktikker. H problematiserer dette, ved at sige, at det kan siges i gåseøjne. Vi tolker heraf, at H er klar over, at leg er lavere positioneret end for eksempel behandling i sub-feltet. Vi udleder dog, at H positionerer leg som havende værdi for behandlingspraksis. Dette begrundes H med, at leg er en indgang til at lette procedure som både Doc og SAA ligeledes pointerer. Det manglende kendskab til hospitalsklovnes egenskaber, problematiseres af H. Dette, analyserer vi, indikerer Hs lave position i sub-feltet.

”Altså jeg gad godt, at der var større kendskab til, hvad vi ligesom gør, og det arbejder vi også meget med fra foreningens side. For der er mange, der tænker, at det er sådan noget gak og løjer og det er det også, men det er også meget, meget mere og vi har jo en kæmpe uddannelse bag os som tager halvandet år, og vi bliver efteruddannet flere gange om året efterfølgende også, så vi bliver virkelig klædt på til at gå ud og møde relationsmæssigt med personale, og hvordan vi møder børn og familie og møder børn i sorg og altså sådan vi bliver virkelig klædt på, så det kunne jeg godt tænke mig, at når folk hørte det, at man så blev tænkt ind, ikke som havende en ligeså stor status som det sundhedsfaglige personale - for det er klart dem, som der gør det - men at vi ligger godt deropad. Det kunne jeg godt tænke mig” - H (Interview 6 - se bilag 2, side 52, tid: 00:12:54.26).

Ud fra dette citat udledes det, at H anskuer egen position som lav. H bringer i citatet egne kompetencer i form af hospitalsklovneuddannelsen i spil. Vi tolker heraf, at H udtrykker sin egen kulturelle kapital som afgørende og givende for hospitalsklovnes positionering og værdi på børnehospitaler. Vi tolker ligeledes, at H finder det nødvendigt for egen position og anerkendelse i sub-feltet, at de øvrige hospitalsansatte er bevidste om Hs potentialer og styrker.

I koordinat-illustrationen placerer vi størstedelen af fagprofessionerne i 1. kvadrant ud fra deres udtalelser, som legende i praksis og med en høj position. Set ud fra den objektive struktur finder vi det

interessant, at E, Pæd AA og Pæd 1 befinder sig i samme mellemposition som sygeplejersker, når der er tale om deres uddannelsesmæssige baggrunde, mens Sosa er lavest positioneret. Leg viser sig at have en vis betydning i sub-feltet. Hertil tolker vi, at Sosa, E, Pæd AA og Pæd 1s position højnes, ved at de hospitalsansatte er legende og har en legende tilgang i behandlingen af børn.

Pæd AA udtrykker sin egen position som høj. Pæd AA tilkendegiver, at Pæd AA har to uddannelser bag sig, hvoraf den ene er rettet mod det medicinske felt. Pæd AA underviser sygeplejersker og sygeplejerskestuderende i mestring (Interview 14 - se bilag 2, side 118, tid 00:04:43). Vi tolker, at denne flerdelte praksis kan være medvirkende til at højne positionen i sub-feltet. Med en bioanalytisk baggrund har Pæd AA et bredere kendskab til det medicinske felt end Pæd 1 og Pæd OUH. Pæd AA har dermed en større mængde kulturel kapital og Pæd AAs viden om mestringsstrategier giver hende yderligere værdi i sub-feltet.

”Mit domæne, mit område, det er jo legestuen. Der hvor jeg havde jer med inde, og der må man jo ikke få taget blodprøver inde, man må godt få målt blodsukker derinde, for det er vigtigt, når man har diabetes, at man kan gøre det andetsteds. Det må man gerne. Man må også tage penicillin derinde, men ellers så har man helle på legestuen. Der skal ikke være noget, der er træls. Og nogen gange er det også lige vis, ej der er ikke nogen andre end den her familie her, så sætter lægen sig ned og egentlig går stuegang der, og nej, det skal man egentlig ikke, så det gør de heller ikke. Så bliver de sendt ud” - Pæd AA (Interview 14 - se bilag 2, side 120, tid: 00:12.04)

I citatet udtrykker Pæd AA sin egen position i sub-feltet, og italesætter, hvordan at dominansforholdet mellem Pæd AA og læger ændrer sig, når de træder ind på Pæd AAs “domæne”, legestuen. Legestuen kan derfor tolkes som et socialt rum til børnehospitalet, fordi der her er en anden doxa og dermed nogle andre spilleregler for, hvordan man begår sig. Her er det Pæd AA, der positioneres højere end læger. På børnehospitalets øvrige arealer ville Pæd AA ikke have dominerende position til at kunne ”sende” læger ud, men på legestuen som er Pæd AAs område udtrykkes det, at pædagogprofessionen er den dominerende. Legestuen kan derfor også ses som værende en dikotomi til de øvrige hospitalsrum, netop fordi praksis og doxa er anderledes her.

”Så det er ikke hver eneste dag, at jeg leger, det er ikke sådan, der er bare nogle dage, der ikke er nogen at lege med og så andre dage så. Og det er jo også det der med, at pædagoger

leger jo med et formål. De har en skjult dagsorden, når de leger. De gør det for at observere, ikke fordi vi ikke kan lege for at have det hyggeligt, det kan vi også sagtens, men det ligger meget inde latent i os, at vi gør det for at iagttage og observere” - Pæd 1 (Interview 13 - se bilag 2, side 113, tid: 00:18:29.06)

Pæd 1 præciserer, at pædagoger ikke kun er ansat til at lege med børn, men at de har bestemte formål med leg. Pæd 1 udtrykker ligeledes i interviewet, at leg tages i brug med børn, der er svære at stille diagnoser på.

Pæd AA udtaler, at læger og sygeplejersker beder om pædagogers vurdering, når der drages tvivl om, i hvilket omfang barnet har ondt. Flere pædagoger udtrykker, at Pædagogers funktion anskues som et vigtigt supplement til læger og sygeplejerskers behandling og diagnosticering. Heraf tolker vi, at dominansen stadig ligger hos læger og sygeplejersker, da det er dem, som beder pædagoger om, at der udføres observation, iagttagelse eller andet. Dette, antager vi, kan være et udtryk for symbolsk vold, hvor Pæd AA accepterer den dominans, der udøves (Interview 14 - se bilag 2, side 120, tid: 00:15:07).

Sosa placeres i 1. kvadrant i koordinat-illustrationen. I interviewet med Sosa refereres der ofte til erfaringer fra tidligere hændelser på børnehospitalet. Vi tolker heraf, at Sosas oplevelse af egen position kan lægge til grund for at have været en del af praksis i mange år. Dog udtrykkes det med nedenstående citat, hvori forskellen mellem Sosas profession og sygeplejersker generelt forekommer.

”Ja, jamen jeg laver jo næsten alt. Som assistenter har vi ikke helt samme beføjelser som sygeplejersker i forhold til medicin og sådan noget ikke, men ellers så er det jo meget det samme” - Sosa (Interview 15 - se bilag 2, side 133, tid: 00:18:08.24)

Vi tolker, at Sosas subjektive opfattelse af praksis er, at en social- og sundhedsassistent stort set udfører de samme opgaver som sygeplejersker. Sosa er hertil bekendt med at positionerne er forskellige, men tillægger det ikke nogen særlig betydning, at sygeplejersker har nogle beføjelser til blandt andet at ordinere medicin. Dette kan ses som værende et eksempel på, hvorledes den symbolske vold finder sted i praksis, og hvordan de strukturerende strukturer reproduceres over tid. Social- og sundhedsassistenter positioneres lavest i det medicinske felt, under læger og sygeplejersker, men Sosa giver ikke

udtryk for at opleve sig lavere positioneret end de øvrige hospitalsansatte udover den manglende beføjelse til at give medicin.

Fem af de seks interviewede sygeplejersker giver overvejende udtryk for, at de leger meget i løbet af deres dagligdag og samtidig vurderer vi ud fra deres udtalelser, at de positionerer sig højt i sub-feltet. Dog adskiller de fem sygeplejersker sig fra hinanden i forhold til deres måde at tænke og udføre leg på, i forhold til hvordan de leger, hvor de leger og hvornår de leger. Dette kan forklares ud fra forskellige habituelle baggrunde og dertilhørende forskellige kropsliggjorte erfaringer med leg.

S10 fortæller, hvilke forcer der ligger i, at hospitalsansatte hver især kan noget forskelligt og bruger forskellige tilgange til patienterne. S10 forklarer ligeledes, at det ikke er vigtigt, hvad det er, der bliver gjort, men at det centrale er, at der skabes en god kontakt til barnet. S10 udtaler sig yderligere i forbindelse med et spørgsmål om, hvornår leg ikke hører til på børnehospitalet.

“Jamen det er jo nogle ting, der skal foregå her og nu, og der kan vi ikke vente. Og det er jo også sommetider, at tingene bliver jo nødt til at, man kan ikke bruge uendelig tid, så legen kan godt foregå, men indimellem bliver vi også nødt til at afkorte det ... Så når der er nogle ting, vi bare skal. Det kan fx være en lap i venflon, eller de skal have noget medicin, så er man nødt til at sige, det her, det skal vi nu.” – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 54, tid: 00:05.12)

I citatet italesætter S10, hvordan der i nogle situationer er opgaver knyttet til praksis, som må løses her og nu og udtaler, at der i disse situationer ikke kan bruges tid på leg. Således modstiller S10 leg med en akut situation og heraf kan tolkes en distinktion. Dette modsætningsforhold positionerer vigtigheden af S10s funktion forud for leg. Dette relaterer vi til, at nogle sygdomme og kropsfunktioner er højere positionerede end andre. Uden at vide mere end at S10 er kirurgisk sygeplejerske, antager vi, at netop de områder, der praktiseres indenfor kirurgisk sygepleje, er højere positionerede end nogle af de andre afdelingers (Larsen, 2008).

BAS udtrykker, at BAS funktion er produktionsorienteret, i den forstand at der skal nås et vis antal børn, og at der derfor kun er tid til leg til en vis grad.

” ... Den anden del er, at der findes en rigtig god uddannelse inden for vores område, som decideret er på børn og det tredje det er, at jeg synes det fagligt er enormt udfordrende at få nogle små mennesker til at gøre noget, de i bund og grund ikke vil. Der er jo ingen børn, der kommer og holder fødselsdag hos mig frivilligt. Det gør de ikke. Men jeg kan gøre det til en god oplevelse, og det synes jeg er fagligt enormt udfordrende” – BAS (Interview 3 - se bilag 2, side 19-20, tid: 00:06:04.13).

Af ovenstående citat udleder vi, at BAS placerer sin position i sub-feltet, som havende høj værdi. BAS italesætter sin uddannelsesmæssige baggrund som anæstesisygeplejerske, hvilket vi tolker, som et udtryk for BAS kulturelle kapital, som er med til at positionere BAS.

Vi fremanalysere af citatet, at BAS har kropsligt indlejrede erfaringer og habituelle dispositioner som gør, at BAS finder praksis udfordrende. Vi tolker, at BAS ved, at den praksis der udføres, kan være ubehagelig for børn. Dette kan forklares ud fra tidligere situationer, der har indlejret sig kropsligt i BAS' dispositioner. Dette, tolker vi, gør BAS i stand til at forstå egen position som værende mindre velset af børn.

DELKONKLUSION – POSITIONER

For at opsummere hvordan de objektive strukturer og fagprofessionernes subjektive forståelser udspiller sig i sub-feltet, udleder vi, at begge dele har indflydelse på, hvordan praksis udspiller sig. Fagprofessionerne er ubevidst bevidste om de objektive strukturer, dominansrelationer og hierarkier i sub-feltet, men ligeledes udfordrer fagprofessionerne også disse, når leg bringes i spil. Det er gennem analysen blevet tydeligt, at den objektive struktur inden for det medicinske felt gør sig gældende. Dette kommer til udtryk, fordi læger besidder den højeste position, sygeplejersker placerer sig i en mellemposition, mens social- og sundhedsassistenter, hospitalsklovne, pædagoger og så videre placerer sig lavest i sub-feltet, når det kommer til diagnosticering, behandling og sygepleje. Det forholder sig dog anderledes, når det omhandler en legende praksis. Her er det fagprofessionerne hospitalsklovn, ergoterapeut (legehelt) og de tre pædagoger, der positionerer sig højest og bruger leg mest i deres dagligdag. Analysen viser, at fagprofessioner indtager forskellige positioner på baggrund af objektive strukturer, der dominerer sub-feltet. Hertil er fagprofessionernes habituelle dispositioner og kulturelle kapital medvirkende til, hvordan de enkelte fagprofessioner udfører og positionerer deres praksis på børnehospitalet. Der ses en tendens i forhold til, at de fagprofessioner vis jobfunktion

minder om hinanden, er mere homologe i deres tilgang til praksis, mens de distancerer sig fra jobfunktioner som er ulig deres egen.

POSITIONERING MELLEM FAGPROFESSIONERNE

Denne analysedel omhandler, hvordan fagprofessionerne gennem italesættelser positionerer hospitalsansatte i sub-feltet.

AS1 udtrykker i nedenstående citat, hvordan der er forskel i måden sygeplejersker, hospitalsklovne og legehelte leger på.

”Jeg tror, klovnene har jo egentlig jo, et formål. Altså jeg ved ikke med legehelte. Det er lidt mere, jeg ved ikke, det er vel for at stimulere sådan at de kommer ud af sengen, men man kan sige legehelte er lidt mere vi skal bare have det sjovt, et frirum, hvor min leg er, ja, jeg har det formål, at vi skal skabe en kontakt til barnet og få barnet til at mestre den her ting de nu skal, hvad end det bare er en højde og en vægt, en priktest eller en prøve” –
AS1 (Interview 1 - se bilag 2, side 8, tid: 19.15, s.)

I citatet udtrykker AS1 sin forståelse af, hvad hospitalsklovne og legeheltes opgave er, og hvordan denne distancerer sig fra AS1s praksis. Det italesættes, at AS1 har et formålsbestemt fokus med leg og hertil modstiller det hospitalklovnens og legeheltes fokus som værende et frirum. Sammenholder vi dette med E og Hs udtalelser om leg, stemmer det overens i den forstand, at leg netop skal være et frirum for børn. Dog har hospitalsklovne og legehelte klare formål med deres leg, hvor Hs leg fungerer som afledning i forbindelse med procedure, skal leg hos E fungere som lystbetonet bevægelsesleg (Interview 9 - se bilag 2, side 75, tid 00:06:21.23). Der viser sig således ud fra AS1s udtalelse et dikotomisk forhold. AS1 distancerer egen praksis over for hospitalsklovne og legeheltes praksis, hvilket gør, at AS1 positionerer sig på en bestemt måde, hvor AS1s leg har et formål i modsætning til H og Es leg.

En tendens vi ser i empirien, i forhold til måden fagprofessionerne omtaler hinanden på, er deres begejstring for deres tværfaglige samarbejde.

”Jamen man kan sige, at vores samarbejde, det er jo virkelig vigtig, fordi vi supplere hinanden rigtig godt. Man kan sige jeg som sygeplejerske har mange forskellige praktikker i mit arbejde jeg skal udføre, og de er ansat, kan man sige, til at lege med børnene, altså de er her for at skabe leg og glæde ind i børnenes hverdag og det er de rigtig rigtig gode til ... så hjælper de også med at skabe livsglæde og noget livskvalitet ind i børnenes hverdag ... vi er i et samarbejde, fordi vi har et fælles mål om at hjælpe de her børn og unge og deres familier med og få den bedst mulige hverdag på trods af deres sygdom. Så det gør vi. Vi kan ikke se os selv isoleret, men vi kan i fællesskab bidrage med noget hver især” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 67, tid: 00:16:49.22)

KSS beskriver egen oplevelse af vigtigheden af det tværfaglige samarbejde på børnehospitalet, og beskriver, hvordan de i fællesskab med input fra forskellige fagprofessioner helbreder børn. Ud fra KSS udtalelser ser vi dikotomiske forhold mellem de forskellige positioner. Det udtrykkes, at KSS har forskellige praktikker at udføre, mens “andre” er ansat til at lege og skabe livskvalitet hos børn. KSS skelner derfor sin position fra andre positioner i sub-feltet.

E udtaler egen funktion som værende med til at lette lægers arbejde, da Es praksis kan aflede børns fokus.

”Jeg havde en episode med en lille pige, som kom ind til en læge og sagde, du bliver nødt til at skynde dig, for jeg skal ud og lege igen, og det er jo mega fedt og også, og det kom han også ud og sagde til mig bagefter, for det er også fedt for hans arbejde, for det bliver jo nemmere af, at han får et barn ind som er glad og trives end en, der har siddet i en time og bygget sig selv op til, hvad der skal ske og tænkt på, hvad der skal ske. Nu er det de også, lægerne, er blevet meget gode til at sige, at de ser det som en fordel, at de får nemmere børn ind” – E (Interview 9 - se bilag 2, side 80, tid: 00: 27:45.25)

Det kan af citatet udledes, at praksis har ændret sig, forstået på den måde at E siger, at nu kan læger også godt se en fordel ved legeheltes arbejde. Det kan derfor antages, at læger måske ikke har set dette som en fordel før, hvorfor legehelte derfor har været med til at udfordre den måde praksis gøres på.

Alle fagprofessionerne er enige om, at leg er vigtig, og at den skal og bør være en del af den daglige praksis på børnehospitaler. Særligt hospitalsklovne, legehelte og pædagoger omtales hyppigt, når det kommer til leg. - Det er deres opgave at lege.

”Altså der er jo nogle ansat til at lege, der er pædagoger, der er legehelte, der er klovne, som kommer forbi som laver leg et eller andet” – D2 (Interview 4 - se bilag 2, side 35, tid: 00:16:45.25)

D2 udtrykker, hvordan de forskellige hospitalsansatte er positioneret i sub-feltet, samtidig sættes pædagoger, legehelte og klovne i et dikotomisk forhold til de øvrige fagprofessioner, når det handler om leg. Vi tolker heraf en distinktion i forhold til D2s egen praksis, der modstilles med en legende praksis. På denne måde positionerer D2 sin egen praksis i sub-feltet som værende ikke-legende.

”Pædagogen har jo en anden rolle, men jeg har jo en rolle der hedder at jeg skal prøve at kigge på, hvorfor går det barn som det går eller hvorfor vil det ikke støtte på benet eller det har slim og skal have en maske eller så jeg har jo, jeg skal jo gerne slutte med noget” – F (Interview 5 - se bilag 2, side 44, tid: 00:24:54.02)

F udtrykker på samme vis, at positionen som fysioterapeut er forskellig fra pædagogers. Når fagprofessionerne ser positionerne som værende adskilte på denne måde, er dette med til at reproducere den måde hvorpå der tænkes om de forskellige positioner i sub-feltet, og dermed måden praksis gøres på. Positionerne reproduceres, men samtidig ændrer fagprofessionernes værdi sig, når det kommer til leg. Tidligere i analysen af sub-feltets positioner, har klovne en lav position, men når det kommer til leg, stiger deres værdi og anerkendelsen af deres arbejde.

”For eksempel nogen har jo glæde af at der kommer klovn for eksempel, altså vi har også et godt samarbejde med klovnene, mega godt de er simpelthen sindssygt dygtige, som samarbejdspartnere hvis vi skal give medicin eller ligge en venflon eller sådan noget, eller til et barn som er meget utrygt så er de også rigtig gode til at skabe en lille smule tryghed i det” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 68, tid: 00:23:43.01)

I ovenstående citat udtrykker KSS, hvor stor en værdi klovne har i praksis, og at deres opgave i at aflede børn i forbindelse med procedure er vigtig. S10 tillægger klovne stor værdi, fordi de står udenfor alt det, som for barnet kan være ubehageligt (Interview 7 - se bilag 2, side 57, tid: 00:20:53). Klovne er som S10 udtrykker, derfor noget særligt, fordi børn forbinder dem med noget der er sjovt, og som ikke kan sættes i relation til ubehagelige procedurer. Vi fremanalyserer en dikotomi mellem klovne og sygeplejersker, i den forstand, at klovne forbindes med noget sjovt og rart, hvorimod sygeplejersker forbindes med procedure og muligvis også noget som er ubehageligt. Det er stadig tydeligt at hospitalsklovne positioneres lavere end sygeplejersker i sub-feltet. Dette kommer blandt andet til syne ved at nogle af sygeplejerskerne udtaler at de ”bruger” klovne, som supplement i deres praksis.

”Så bruger vi klovnene det glemte jeg helt at sige. Dem har vi også brugt meget i sådan nogle sammenhænge, hvor vi havde faste aftaler og det hjalp også godt, og det er jo igen afledning af opmærksomhed, at vi gør det til et rart og trygt rum at være i for børnene” – AS2 (Interview 2 - se bilag 2, side 15, tid: 00:18.00.26)

Vi tolker dette som værende symbolsk vold, da det hverken af sygeplejersker eller klovne opfattes som dominans, i og med, at det er indlejret i sub-feltets doxa, at praksis gøres på denne måde. Sygeplejersker er de dominerende, mens klovne er dominerede, men det ses ikke som værende noget negativt eller undertrykkende, fordi at det er den måde, fagprofessionerne positionere hinanden på.

”Det er et samarbejde, så det handler for mig om, at de ved hvor de har mig, og at de altid kan sige til mig, at nu skal vi have X til at gå ud af rummet, og så smutter jeg, hvis det ligesom er det der er lagt op til, og de kan også altid komme og hive mig med ind, hvis det er det, ej kunne du ikke lige, der er en der skal have lavet en blodprøve, kom lige med ind” – H (Interview 6 - se bilag 2, side 50, tid: 00:04:31.05)

I citatet ses det, at H er klar over sin position, og ikke modsætter sig, hvis H bliver bedt om at forlade lokalet, fordi dominansforholdet netop er som beskrevet ovenfor, at begge parter er indforstået med sub-feltets doxa. For yderligere at tydeliggøre, hvordan positionerne er opdelt i forhold til leg mellem hospitalsklovne og sygeplejersker, ses det i nedenstående citat hvordan BAS trækker sig fra leg, hvis der er hospitalsklovne til stede.

”Det kan også være, jeg havde nogle oplevelser med X, hvor han har kontakten med barnet det sker ikke så tit, men han gik med op engang en af hospitalsklovnene. Hvor jeg ser at han har kontakten, så trækker jeg mig. Altså der er jo ingen, altså min leg er jo en del af en afledningsmanøvre og hvis andre varetager den, så trækker jeg mig. Altså det skal jo ikke være på min bekostning, fordi jeg godt kan lide at lege. Nej hvis der er andre der varetager den funktion, så trækker jeg mig” – BAS (Interview 3 - se bilag 2, side 22, tid: 00:11:51.20)

Citatet viser adskilte positioner, og er samtidig et udtryk for, at når det omhandler leg, så har hospitalsklovne en større værdi, og positioneres derfor højere af BAS. At BAS vælger at trække sig ud af legen og lade klovne varetage den, kan ses som et udtryk for at klovne er dominerende når det omhandler leg. Pæd OUH udtrykker, hvordan klovne anskues som værende en sparringspartner. Dette ses som et udtryk for distinktion mellem hospitalsansatte hvis opgave er at diagnosticere og behandle, og de hospitalsansatte hvis opgave omhandler leg.

”Klovnene dem leger jeg jo rigtig meget med, altså fordi, jeg elsker når klovnene er der, jeg føler dem som en kollega næsten. Jeg får gode ideer af hende ikke og hun får også gode ideer af mig, vi supplerer hinanden rigtig godt” – Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 104, tid: 00:38:02.12)

Pæd OUH udtrykker her en oplevelse af børnehospitalets forskellige positioner. Hospitalsklovne oplever Pæd OUH som tætte kolleger og at dette kollegiale forhold modstilles med forholdet til de øvrige hospitalsansatte. Vi forstår Pæd OUHs udtalelse, som et udtryk for indlejrede habituelle erfaringer med leg på en særlig måde. Med denne udtalelse tolker vi at Pæd OUH sidestiller egen position med klovnes. Vi tolker endvidere at Pæd OUH positionere sig som en del af en bestemt gruppe. Ved at Pæd OUH omtaler klovne som kollegaer distancerer Pæd OUH sig fra de øvrige hospitalsansatte.

”Ja og jeg har jo fokus på det raske ... Sygeplejerskerne de kommer jo med en besked, de kommer med en pille, de kommer for at sætte en kur op og aflevere et stykke papir eller et eller andet og lægen kommer for at holde stuegang, at informere familien, hvordan går det, hvad skal vi nu osv. osv.” – Pæd OUH (Interview 12 - se bilag 2, side 95, tid: 00:02:35.05)

Pæd OUH udtaler i citatet på samme vis som Pæd AA, at der som pædagog fokuseres på det raske barn, i modsætning til læger og sygeplejerskers fokus på det syge barn. Med denne distinktion til læger og sygeplejerskers position, positionere Pæd OUH sig i sub-feltet som værende anderledes og i modsætning til deres.

DELKONKLUSION – POSITIONERING MELLEM FAGPROFESSIONER

Analysen viser at der er forskel i den måde fagprofessionerne ser egen praksis og andres praksis. Det kommer dermed til udtryk at fagprofessionerne ved at omtale egen praksis og kollegers praksis positionere sig ved at distancere sig fra andres. Fagprofessionerne værdsætter det tværfaglige samarbejde, og den måde de behandler børn og familier i fællesskab, hvor de hver især bidrager med deres faglige viden og kunnen. Vi fremanalyserer at leg for fagprofessionerne forbindes med bestemte professioner i sub-feltet. Professioner som pædagoger, klovne og legehelte, er dem som betegnes som legende. Dette viser sig ved at for eksempel sygeplejersker henviser til disse professioner når der i interviewet spørges til en legende tilgang.

De dikotomiske forhold mellem fagprofessionernes forskellige fokusområder viser sig ved at der er forskellige formål med leg. Den symbolske vold og dominansforholdene viser sig i måden, hvorpå fagprofessionerne udtaler sig om hinanden, hvilket både er med til at producere og reproducere den måde praksis gøres på.

FAGPROFESSIONERNES ITALESÆTTELSE AF SUB-FELTETS UDVIKLING

I empirien, viser der sig forskellige tendenser, i forhold til, hvorledes sub-feltet og positionerne har udviklet sig i fagprofessionernes forståelse af praksis, ligeledes viser der sig en tendens, i forhold til fagprofessionernes egen udvikling.

I dette afsnit, fremanalyserer vi, hvordan sub-feltet har udviklet sig, og hvordan praksis har ændret sig for fagprofessionerne.

Flere af fagprofessionerne beskriver at børnehospitaler før i tiden har været mere autoritære og at positionerne har været skarpere opdelt end de oplever dem i dag.

”....Førhen blev man jo lukket inde og så gik ens mor hjem og sådan noget. Så var man jo alene ikke også? Mon ikke, det har sat sig spor i mange mennesker, i hele resten af deres liv. Nogen får det nærmest fysisk dårligt når de kommer ind, sådan et sted, fordi de har haft dårlige oplevelser. Det skulle jo være den anden vej, at det er børnene der har en positiv oplevelse. Ved du hvad, der var faktisk lige en pige i dag der sagde, mor det er jo egentlig meget hyggeligt, skal vi ikke blive her et par dage? Og det er jo super” – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 61, tid: 00:33:22)

Vi tolker ud fra citatet at S10 modstiller børnehospitalet som det tager sig ud i dag, med børnehospitaler førhen. Vi udleder hertil, at S10 oplever det som positivt, hvordan der i dag gøres børnehospital i modsætning til før. S10 fortæller endvidere i interviewet, hvordan der i dag fra børnehospitalets side er en forventning om at den ene forældre lader sig indlægge med barnet, hvilket giver os et peg om udviklingen af sub-feltet og de strukturerende strukturer der er forbundet hermed.

”Sådan noget med at vi var meget autoritær afdeling der fortalte forældrene at de vidste jo ikke noget om hvordan de skulle gøre og sådan noget, hvor nu er vi jo et helt andet sted, så noget med at forældrene er jo specialister i deres børn og vi hjælper dem jo så i forhold til en sygdomsperiode ikke” – SAA (Interview 17 - se bilag 2, side 145, tid: 00:00:22.16)

SAA udtrykker også, hvorledes at praksis har ændret sig fra, at det før i tiden var hospitalsansatte der vidste bedst, til at det i dag, er forældrene der er ”specialister” i deres egne børn. Ud fra SAAs synspunkt, kan vi tolke, at forholdet mellem hospitalsansatte og patienter/pårørende har ændret sig. SAA

udtaler således, at forældre i dag har en mere betydningsfuld position i sub-feltet end førhen. Det er stadig hospitalsansatte, der er dominerende når det kommer til diagnosticering, behandling og pleje, men forældre får en større betydning i forhold til, at det er dem der kender deres barn og dets behov bedst. I Docs udtalelse om børnehospitalets udvikling, er det både de fysiske rammer og hospitalsansatte der har ændret sig gennem tiden. Doc fortæller, at børnehospitaler før i tiden lignede voksenhospitaler, men at dette har ændret sig i dag (Interview 10 - se bilag 2, side 89, tid: 00:10:57). Doc udtaler hvordan leg er blevet mere udbredt på børnehospitaler, end det var før i tiden. Doc omtaler det som en kulturændring, og det kan forstås som værende en ændring i praksis, hertil tolker vi at doxa med tiden har ændret sig (Interview 10 - se bilag 2, side 89, tid: 00:11:07). Vi tolker, at særligt kulturel kapital i form af uddannelsespapirer var dominerende, mens det i dag stadig er den kulturelle kapital der skaber værdi, dog viser den sig i flere former, hvor det at være legende også giver position og anerkendelse i sub-feltet.

”Jamen det har det jo så, fordi den gamle generation var jo lidt mere sådan prototypen, sådan selvhøjtidelige, akademiske, som snakker ligefrem med nogen og ikke leget med børnene og ikke være fjollet. Men det er jo kun prototypen, for der er jo undtagelser” – Doc (Interview 10 - se bilag 2, side 89, tid: 00:12:40)

Doc fortæller, hvordan der har været et skift fra før til nu i tilgangen til det at være læge. Doc omtaler sig selv som værende den “nye generation” og dermed ikke så selvhøjtidelig som nogle læger var før i tiden. Vi udleder heraf, at Doc distancerer sig fra før-tidens læger. Doc udtrykker i interviewet, at leg ikke var så udbredt før i tiden, at det var noget sygeplejersker gjorde, men i begrænset omfang, da det ikke var det der var i fokus. I dag ser Doc, det som en professionel kvalificering, at der er kommet et større fokus på at børn skal have en god oplevelse, når de er på hospitalet (Interview 10 - se bilag 2, side 89, tid: 00:13:18).

Flere hospitalsansatte har tilgået det medicinske felt inden for de senere år (Larsen, 2009).

D1 oplever det positivt at have et fysisk kontor på børnehospitalet, da dette giver en større forståelse af hvordan praksis er. Fremfor da kontoret var et andet sted, hvor D1 havde en oplevelse af, kun at komme ”på besøg” når D1 havde patienter.

”Vi kender tilbuddene mere nu, hvad er det for nogle klovne der er her i dag, hvordan er det legepladsen den ser ud, altså vi ved hvad der findes, så kan vi sige lige om lidt når vi er færdige så kan du jo gå ned og hoppe en tur dernede eller du kan gå ud til klovnene. Plus at vi ser dem oftere, altså vi ser de her familier i meget længere tid, end man ville gøre på en voksen afdeling, der er måske en eller to samtaler og så er det det, her er der familier, som vi følger i flere år og det betyder også, at selvom vi ikke skal snakke med dem når de er her så siger man jo hej, så på den måde er det anderledes” – D1 (Interview 4 - se bilag 2, side 36, tid: 00:22:24.14)

Af D1s udtalelse tolker vi, at det tværfaglige samarbejde er blevet større. Flere af fagprofessionerne udtaler, at der i dag er et langt større fokus på det ”hele” barn, hvilket gør at flere forskellige hospitalsansatte fokuserer på noget forskelligt.

To yderligere tendenser, der viser sig i empirien, i forhold til sub-feltets udvikling, er tid og den teknologiske udvikling. Nedenstående citat af S10, er et eksempel på, at hospitalsansatte har travlt med andre opgaver, og at leg derfor bliver tilsidesat for noget, som er vigtigere.

”....Men det er bare altså, og det kan jeg også, men vi er bare i en tid, hvor tingene bare skal gå så stærkt. Det er det sørgelig ved det. Fordi, hvis der var mere tid at bruge på sådan nogle ting, så ville man måske også have sådan en connection, men jeg synes, det handler også om, at være ærlig overfor børnene....” – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 54, tid: 00:07.40)

Vi tolker af citatet, at tid bliver italesat som en væsentlig faktor der skal medregnes i sub-feltet. AS2 udtaler i forlængelse heraf, at langt flere undersøgelser kan laves ambulant i dag, hvilket gør, at der er mange flere patienter på børnehospitalet end der var før i tiden (Interview 2 - se bilag 2, side 15, tid: 00:19:04.25). Det stigende antal patienter kan være en begrundelse for, hvorfor hospitalsansatte i dag har mere travlt. Vi tolker ud fra dette perspektiv, at tid og travlhed modstilles med leg. Vi udleder derfor, at leg bliver positioneret på en særlig måde i sub-feltet og at leg derfor ikke anskues som værende en lige så central praksis som anden praksis. Det udtales også af AS2, at der på nutidens børnehospital fokuseres på familiecentreret sygepleje (Interview 2 - se bilag 2, side 11, tid: 00:03:05.11). Den familiecentrerede sygepleje understøtter, at arbejdsopgaver på nutidens børnehospitaler har forandret sig, fordi der ikke kun fokuseres på den enkelte patient, men på hele familien

og der fokuseres ikke kun på at gøre børn rask fysisk, men også på børns livskvalitet i form af for eksempel leg.

Flere af fagprofessionerne påpeger, at teknologien fylder meget på børnehospitalet i dag. Der er fjernsyn på alle stuer. Ligeledes fortæller flere af fagprofessionerne, at telefoner og tablets også bliver brugt flittigt, særligt blandt indlagte unge. Herudover italesættes problematikker forbundet med denne udvikling og disse begrundes med at teknologi gør det vanskeligt at få børn ud af sengen og i bevægelse.

”Så jeg synes faktisk, at i forhold til leg, og muligheder for at beskæftige børn, der har vi det godt. Jeg synes nogle af de, fx det der fra skrot til godt, at det er ærgerligt, at det er stoppet det projekt, for det var virkelig kanon godt. Og børn har jo brug for at bruge deres fantasi. Og det gør de ikke ved at se på en iPad, deres telefon eller et fjernsyn i 24 timer, det gør de ved at komme ud og bruge deres fantasi og lave noget figur og sådan nogle ting. Og det kan man jo være med til, også når de er indlagt i lang tid” – S10 (Interview 7 - se bilag 2, side 58, tid: 00:22:11.)

S10 lægger i citatet vægt på ærgrelsen over at projektet *fra skrot til godt* ikke længere er på børnehospitalet. Projektet lukkede ned af økonomiske årsager, hvilket vi ser som værende et udtryk for en økonomisk prioritering. Projektet var et kreativt tilbud til børn, hvor de kunne komme og lave ting ud af skrottede genbrugsmaterialer. Vi udleder af S10s udtalelse at teknologiske devices modstilles med kreativitet og fantasi. Vi tolker således at der forekommer en dikotomi mellem iPad, telefon, TV og fantasi. Flere af fagprofessionerne italesætter det virtuelle H. C. And program, som bruges til at forberede børn på forskellige undersøgelser. Et eksempel AS2 giver, kan være, hvis barnet skal have lavet en lungefunktionstest, så ser de en ulv i H.C. And programmet som puster taget af, og så skal de selv lege at de er ulven bagefter (Interview 2 - se bilag 2, side 14, tid: 00:14:34.06). Dette er et eksempel på, hvordan teknologien med tiden har vundet indpas på børnehospitaler og er blevet en integreret del af sub-feltets doxa og praksis.

I empirien bliver fagprofessionernes subjektive udvikling tydelig og betydningsfuld for forståelsen af praksis og sub-feltets udvikling. Der er en tendens blandt fagprofessionerne i forhold til at leg er noget, de har erfaret og tillært sig ved at være i praksis. Flere af fagprofessionerne fortæller, at det

var svært for dem at lege i starten. Dette begrundes vi med at leg ikke er noget hospitalsansatte nødvendigvis har tillært sig under uddannelse, hvilket gør at leg ikke er kropsligt indlejret i deres habituelle dispositioner i forhold til hospitalspraksis.

”Det kan jeg sige dig, at jo længere du har været her, jo bedre bliver du til det, for du har øvet dig i mange år, ikke altså. Der tænker jeg tit, at når man kommer som ny, så kan man have lidt svært ved at give los og man skal kunne skabe sig lidt og turde være fjollet” – Sosa (Interview 15 - se bilag 2, side 129, tid: 00:06.03.24)

Sosa italesætter, at den subjektive udvikling sker i takt med den tid, hospitalsansatte har befundet sig på børnehospitalet. Vi tolker heraf, at dette kan forklares ud fra fagprofessionernes de kropslige erfaringer der gøres og som muligvis ændres og udvides gennem praksis. Alle fagprofessionerne handler ud fra den baggrund, de kommer fra og derfor handler fagprofessionerne også forskelligt. Sub-feltet har en doxa som er bestemmende for, hvad der er legitim og illegitim måde at gøre praksis på, og ud fra denne kan fagprofessionerne udvikle deres egne handlemuligheder ved at se på hinanden og aflure, hvordan de andre gør praksis, eksempelvis i forhold til leg.

”.... nej læring af åre, læren ved at kigge på kollegaer ... så jamen altså ved at se på de tidligere kollegaer jeg havde og jeg har været på kurser, hvor jeg har fået nogle idéer og ved at kigge lidt på hvad de andre sådan gør ikke også, hvordan jeg selv, hvordan ville jeg gerne have, hvis det havde været mine egne børn, hvordan er man overfor dem, man kan jo bruge meget fra, hvis man selv har børn, mange af de ting tænker jeg” – F (Interview 4 - se bilag 2, side 45, tid: 00:28:15.10).

F forklarer her, hvordan det at være i praksis har haft betydning for egen udvikling. Vi tolker, at dette også kan være et udtryk for, hvordan de strukturerende strukturer i sub-feltet har indvirkning på, hvordan hospitalsansatte udfører praksis. Når F ser på hvad andre kollegaer gør, er F med til at reproducere måden praksis gøres på.

”Man ved jo godt at, vi er jo selvfølgelig forskellige og nogle leger mere end andre, men det er der også stor respekt om og vi kan noget forskelligt og så bruger vi hinanden. Altså det kan godt være at jeg er god til lige den her ene ting omkring det her barn og så trækker

man måske på min erfaring og så har vi en snak omkring det i forhold til hvis det ikke er mig der kan være med den her dag, hvem kan så og hvilke erfaringer har vi fra tidligere, som vi kan bringe i spil i den nye situation. Så på den måde så lærer vi, vi samarbejder, vi kommunikerer sammen og vi lærer hinanden på den måde” – KSS (Interview 8 - se bilag 2, side 70, tid: 00:37:29.08)

I dette citat italesætter KSS, hvordan de hospitalsansatte trækker på hinandens erfaringer i praksis. Vi tolker, at dette kan ses som et udtryk for, hvordan de hospitalsansatte i sub-feltet i fællesskab former praksis, og rammesætter hvordan praksis gøres retmæssigt. Der udformes således bestemte spilleregler for, hvordan praksis skal udspille sig. Dette gøres ud fra de kropslige erfaringer de hver især har gjort sig, for på den måde at afstemme hvad der virker og hvad der ikke virker.

Fagprofessionerne spørges i interviewet ind til om praksis kan blive for legende, hertil svarer E:

”Jeg føler ikke, at det bliver for legende for mig, det gjorde jeg nok i starten, men nu har jeg også været i det i et stykke tid, så man får rykket den der grænse der” – E (Interview 9 - se bilag 2, side 76, tid: 00:11:42.15)

Dette er E ikke ene om at italesætte, AS1 udtaler:

”Jeg syntes faktisk, da jeg var nyuddannet børnesygeplejerske, at det faktisk var lidt svært, det var sådan noget man lige skal overkomme” – AS1 (Interview 1 - se bilag 2, side 6, tid: 13.53).

Vi udleder af citatet at AS1 ikke anser egen kulturelle kapital, som havende værdi i forhold til en sygeplejepspraksis, hvor leg indgår. At AS1 ikke oplever sig klædt på til en legende praksis, kan forklares med at leg ikke er en del af sygeplejerskeuddannelsen.

E og AS1 italesætter hvordan, at det er blevet en mere naturlig del af praksis at lege. For flere af fagprofessionerne handler det om at se på andre kollegaer, hvordan de gør og dermed blive inspireret af dem, for andre har det ændret sig i takt med, at de har fået børn. Der ses en tendens i empirien i forhold til, at fagprofessionerne ændrer deres tilgang til børn og leg når de selv har fået børn.

”Ja altså, jeg tror dengang da jeg startede med at være børnesygeplejerske da var det på rigshospitalet med hjertebørn og der tror jeg simpelthen at man hurtigt finder ud af, at hvis ikke man leger så kommer man overhoved ikke i nærheden af det barn vel. Så lidt af nød og så på det tidspunkt var jeg jo heller ikke ret gammel. Jeg havde ikke selv børn og sådan noget. Så skal man lige finde det der legebarn frem igen og hvad kan man egentlig og så. Nu kan jeg rigtig godt lide det og jeg synes også, jeg ved ikke om jeg kan sige jeg er god til det, men find en eller anden måde, hvor man lige rammer barnet og jeg syntes virkelig ikke det er tit at jeg ikke kan få øjenkontakt med barnet, så skal det være helt gralt for at legen ikke kan” – AS1 (Interview 1 - se bilag 2, side 6, tid: 14.16)

Flere af fagprofessionerne udtaler ligeledes, hvordan interessen for at arbejde med børn er steget i takt med selv at være blevet mor. Fagprofessionerne modstiller således en praksis som værende mor med en praksis som værende ikke-mor. Vi udleder herfra et perspektiv om, at moderlige instinkter opleves som havende betydning for, hvordan praksis gøres. Omsorg og følelsen af at yde omsorg, er et centralt element hos kvinder, når fagprofessionerne udtrykker, at leg er blevet mere naturligt for dem, efter de selv har fået børn. I takt med, at nogle af fagprofessionerne selv er blevet mødre, har de indlejret nye kropslige dispositioner, og derfor kan det tolkes, at omsorg i form af leg lægger dem mere naturligt end før de blev mødre.

DELKONKLUSION – FAGPROFESSIONERNES ITALESÆTTELSE AF SUB-FELTETS UDVIKLING

Vi har i denne analysedel opnået en større forståelse af, hvordan sub-feltet har udviklet sig gennem tiden og hvordan fagprofessionerne har udviklet sig i praksis. Det viser sig, at sub-feltet er gået fra at være autoritært til, at have større fokus på de bløde værdier. Det ses ved, at børn før i tiden, var indlagt uden deres forældre, hvor de i dag er indlagt sammen med en forælder. Før i tiden var der et langt større fokus på kun at gøre barnet fysisk rask, mens der i dag også fokuseres på barnets livskvalitet og psyke, blandt andet ved, at leg bruges som led i patientforløbet. Analysen viser endvidere, at fagprofessionerne oplever, at tid er blevet mere knap, hvilket begrundes med en ændret arbejdspraksis. Samtidig har teknologien gjort sit indtog i sub-feltet, i form af for eksempel virtuelle devices, som børn bruger som underholdning og til forberedelse på behandling. Fagprofessionernes egen udvikling i at gøre praksis, er habituel forankret. Fagprofessionerne har hver især indlejret kropslige dispositioner som har indvirkning på, hvordan de gør praksis inden for sub-feltets doxa. Disse dispositioner udfordres og udvides gennem det tværfaglige samarbejde som finder sted i sub-feltet. Samtidig har

tiden i sub-feltet og livserfaring i forbindelse med at blive mor, for eksempel, betydning for, hvordan fagprofessionerne subjektivt udvikler sig.

6. DISKUSSION

EN DISKUSSION AF ANALYSENS RESULTATER

I dette afsnit belyser vi analysens resultater og diskuterer ud fra den litteratur, vi inddrager i problemfeltet og ud fra erkendelser fra inddraget sociale og historiske perspektiver fra kontekstualiseringen. Vi diskuterer for at få et alsidigt indblik i den måde der gøres børnehospital på. Vi diskuterer endvidere for at belyse analysens resultater med andre perspektiver. Herfra ser vi relevans i at kortlægge og diskutere, hvilke tendenser der er med til at forklare, hvorfor børnehospitalets udvikling og nutidige gøren er, som den er. Vi vil diskutere, hvad leg kan på børnehospitaler og hvorfor det er blevet en del af praksis.

AFLEDNING FOR PATIENTERNE ELLER FOR EN SELV?

Første delanalyse belyser, at leg bruges som afledning på forskellig vis, alt afhængig af hvilken funktion fagprofessionerne har. Dette analyserer vi er fordi fagprofessionerne på børnehospitalerne er indlejret i økonomiske, kulturelle og sociale systemer, som påvirker dem og deres praksis. Samt, at det ønskes at være god i praksis. Hvis leg er vej til dette så bliver det naturligt en del af praksis. Grundene til, at fagprofessionerne udfører deres praksis forskelligt, hvor leg bruges som afledning mere end andre, retter vi mod, at det kan forklares ud fra deres forskellige habituelle indlejrede erfaringer. Vi diskuterer forståelsen af habitusbegrebet som stærkt uforanderligt, og at det kun er gennem meget stærk refleksivitet, at ændringer kan forekomme (Bourdieu & Wacquant, 1992: 133). Med dette blik diskuterer vi, om fagprofessionernes habituelle handlinger aktualiseres gennem leg, fordi de er skolet på denne måde, eller om der er sket nogle refleksive handlinger, der er med til at skabe den kultur og deres måde at bruge leg på.

Som analysedelen leg som afledning påpeger, er der delte meninger om, hvorvidt man skal bruge leg som afledning eller ej på børnehospitaler. Nogle af fagprofessionerne mener, at det pakker behandlingen ind og skjuler det egentlige formål, og at man derfor "snyder" barnet. Andre fagprofessioner mener, at det er smart at skjule behandlingen gennem leg, så barnet ikke føler en overvældende oplevelse på børnehospital. Vi finder det interessant at leg som afledning bliver set på med meget forskellige perspektiver og mål. Til at diskutere denne spaltning, inddrager vi Olsson som netop mener at sundhedsarbejde nu til dags, udføres med respekt for individet. Olsson beskriver dette således "*individets frihed til bevidst at kontrollere og styre sit livs livsvilkår*". Vi diskuterer de hospitalsansattes livsvilkår, og sammenholder dem med deres habituelle vaner for at stille spørgsmålstejn til, om fagprofessionernes forskellige holdninger til afledning, grunder i deres egne livsvilkår. Lige så meget

som børn er i fokus, diskuterer vi om fagprofessionerne sætter sig selv i fokus og egne præmisser for, hvad de finder passende i forhold til behandling.

FORBEREDELSE, ELLER FOR AT REDDE?

I analysedelen forberedelse, viser det sig, at det betyder meget for fagprofessionerne, at børnene kan skelne mellem dem, og en god måde at gøre dette på er ved, at bruge leg i sin forberedelse. Vi vil gerne drage et kritisk identitetsperspektiv på dette, og stille spørgsmålstejn ved, hvorfor de ansattes identitet er betydende for deres praksis. Som analysen viser, er der flere af fagprofessionerne, der påpeger, at det har betydning for dem, at børn er bevidste om, hvem det er, de er til konsultation/behandling eller i samtale/leg med. Larsen beskriver, at nu til dags vil de fleste gerne være sin egen reflekterende og selvskabende entreprenør. Det kan herfra antydes, at de forskellige positionerede fagprofessioner ikke kan identificere sig med andre hospitalsansatte, hvilket er helt "normalt", da man som uddannet har en ekspertviden på sit fagområde og ikke de andres. Med det pointeret, finder vi det interessant, at fagprofessionerne er opmærksomme på, at børn ikke misforstår, hvem de er som personer, når de har en ekspertviden om sub-feltet, som vi antager kommer til syne i mødet med børn. Er det nutidens reflekterende og selvskabende entreprenør, der er meget opmærksom på sin egen rolle, eller er det rent og skært for at gøre oplevelsen for børn mindre forvirrende i det første møde med den hospitalsansatte. Leg er en fællesnævner i sub-feltet, og derfor kan det diskuteres om det for nogen, kan være en barriere, at bruge leg meget i forberedelsen for ikke at forvirre barnet og skabe utroværdighed i forhold til, hvem det er, der skal tilse barnet. Vi antager, at det før i tiden var lettere at skelne mellem de fagprofessionelle, end det er nu, da rollerne var mere opdelte, og til dels kønsbestemte. For at understøtte dette, ved vi ud fra børnehospitalernes oprindelse, at det førhen, var kvindelige reformere, der tog sig af sygeplejen og dannelsen og at lægepraksis var forbeholdt det mandlige køn. Som Moos & Krejsler gør os opmærksomme på, er forandringsprocesser og omstillinger i det offentlige medskaber af, at fagprofessionelle mere og mere, skal fungere som kompetence nomader. Det vil sige, at førhens opdelte arbejdsopgaver bliver mere og mere udspecificeret og nu på børnehospitaler deles alle hospitalsansatte om, at give den gode oplevelse til børn og børns familier. Hvor leg førhen var forbeholdt fritid, er det nu en integreret del af hverdagen i sub-feltet, og selvom nogle af de ansatte leger mere end andre, er der ikke nogen, der påpeger, at leg ikke er en del af deres praksis. Herfra leder det videre til, at analysen viser, at tid er afgørende i mødet med barnet, og at der faktisk er en afgørende faktor i, hvor meget der bliver sat af til leg og forberedelse for at nå, alt det, der skal

nås. Vi diskuterer om grunden til, at de er meget opmærksomme på egen fagprofession og identitet på børnehospitalet, er fordi der hersker et hierarki og at fagprofessionerne ikke vil mistolkes som en af "de andre".

Det viser sig i analysen, at hos fagprofessionerne er det vigtigste, at børn får en god oplevelse og er parat til undersøgelse/behandling. I Pedersen og Aagaards forskning om klovnes betydning fremgår det, at klovne er et slags servicetilbud, som kan sikre børn en god oplevelse og at klovne kan diskuteres som et middel til forberedelse og afledning i forbindelse med procedurer. Ud fra Pedersen og Aagaards forskning om klovne, viser det, at klovne har en stor betydning, og gavner meget på hospitaler. I interviewet med H, får vi af vide, at det tit hænder, at klovne er dem der bedst kan undværes, og dermed de første til at forlade en stue, hvis læger beder om det. Vi vil gerne fremhæve om der er en tendens i samfundet om at hospitalsklovne er forud for sin tid. I og med leg mere og mere skal indtænkes som integreret del af hospitalspraksis samtidigt med at der er en øget opmærksomhed på legs potentialer ude i samfundet. Herudover om det er en mulighed for hospitalsansatte at drage mere nytte af klovne, når tid er et af de store dilemmaer der bliver påpeget som hæmsko for at bruge mere tid på at forberede børn.

KAN VI KOMME FREM TIL, HVAD LEGENS FORMÅL ER I ET NUTIDIGT PERSPEKTIV?

Legs formål i sub-feltet viser sig ved, at samfundstendenser har en afgørende rolle i, hvordan de hospitalsansatte benytter leg i deres praksis. Der er nye standarder, der skal leves op til og herunder kommer den legende service i spil, for at kunne tilbyde den enkelte god behandling og omsorg, når børn bliver indlagt. I og med, at analysen viser, at der er flere forskellige formål og måder, hvorpå at leg bliver brugt, vil vi gerne diskutere legens betydning ud fra filosofiske strømninger af leg med et perspektiv på, hvordan leg kan opfattes og forstås (Eichberg, 2015). Derudover, vil vi diskutere, om der er nogle brud og erkendelser fra legens historie og udvikling der understøtter dette. Vi diskuterer dette for at kontekstualisere, hvordan leg har udviklet sig, og hvordan den har vundet sit indtog på børnehospitaler. Ved at diskutere dette, kan vi stille nye spørgsmål og undren til, hvorfor at der gøres børnehospital, som der gøres.

Analysen viser tilgangen til leg, måden at bruge leg og formålet, er forskelligt hos fagprofessionerne. Men i forhold til, hvad leg er, og hvordan det forstås ud fra den normative beretning, vil vi gerne lægge op til en diskussion om, hvad fagprofessionerne, forstår ved leg. Som flere af fagprofessionerne nævner, bruges leg til at skabe en god oplevelse og behandling for børn, men som BAS påpeger, er

det tvivlsomt, om det de gør i praksis, kan kaldes leg, ud fra den forståelse, at leg er noget der er kontra arbejde. Eichberg skriver, at legekulturen udvikler sig i takt med samfundet, og at det kan diskuteres om leg ikke længere er modsat arbejde og produktivitet. Eftersom, at leg har et stort indtog på børnehospitaler, og ikke kun benyttes af pædagoger, legehelte og klovne, vil vi gerne diskutere om sub-feltet er legificeret, og hvordan leg skal forstås ud fra denne kontekst og dette nuværende samfund. Er vores kultur i forandring til at det bliver sværere at adskille, den frie, lystbetonede leg, fra sit produktive arbejde? Samtidigt undres vi om det er retmæssigt at omtale det leg, når det gøres ud fra egen lyst til at udføre sit arbejde med børn i fokus, og ikke sig selv. Herunder forstået, at det legende i praksis har det formål, at børn skal have en god oplevelse, men at leg ikke direkte bliver brugt til deres egen personlige fornøjelse. Ud fra et lege historisk perspektiv pointerer Møller, at leg i gamle dage og til stadighed i dag, tjener en funktion, men at ideen i at lege er, at det skal være sjovt, for ellers er det ikke leg. Denne funktion er, som Møller gør opmærksom på, at mange lege udspringer fra arbejdslivet, og blandt andet, en måde til at få afviklet kedeligt arbejde på, og få arbejdet til at glide lettere på en underholdende måde. Dette finder vi interessant, og vil gerne diskutere ud fra vores kontekst i sub-feltet. Legen er som Møller pointerer, faktisk før i tiden også blevet brugt i arbejdsregi u-lig den forståelse Eichberg kommer ned over legens formål. Vi undres og spekulerer herover, om det at benytte leg i praksis, altid har været en del af at arbejde, forstået som, at hvis leg kan gøre, at ens arbejde bliver mere udholdeligt, hvorfor så ikke lege sig igennem det. Herunder vil vi gerne lægge op til en undrende diskussion om, hvordan vi kan forstå leg på børnehospitaler og legificering i praksis. Er det en nymoderne fortolkning af, at bruge leg som middel og mål til at gøre sit arbejde mere underholdende? Eftersom at leg ændrer sig i takt med samfundet undres vi, om leg i arbejdet blev kaldt noget andet. I og med at der i samfundet er kommet mere fokus på leg igen, er leg ved at vinde sig en plads i arbejdet igen som certificeret gedigent leg og ikke "pakket ind" i smarte begreber.

HOSPITALSANSATTE I RUM OG RUM I HOSPITALSANSATTE

Vi finder i analyse af Rum & Omgivelser frem til at materialitet spiller en rolle i form af indretning af hospitalsrummene, når det omhandler at bruge leg i praksis. Man kan genkende et børnehospital på omgivelserne, hvor der er flere farver, motiver og figurer som kan ses i de fysiske rammer. Omgivelserne på et børnehospital skiller sig ud fra klassisk børne indretningsdesign, fordi det er på et hospital, så der er blandt andet flere hygiejne regler, der skal tages højde for. Analysen viser, at materialiteten har en betydning for den legende praksis, fordi fagprofessionerne inddrager materialitet

som led i, at være legende. Mroczek belyser et støttende organisatorisk arbejdsmiljø som vigtigt, men at et fysisk miljø også er vigtigt. Det undersøgelser stiller skarpt på er at bygningen har indflydelse på arbejdsmiljø og velvære hos de ansatte. Hermed kan det diskuteres, om de hospitalsansatte faktisk er legende på grund af materialiteten, og om materialiteten er direkte med til at lade de hospitalsansatte trives med at være legende. Hohensteins undersøgelse viser at børnevenlige omgivelser har en positiv effekt på børn, selvom behandlingen ikke lever op til sine standarder. Det vil sige, at ud fra denne artikels perspektiv, har de legende omgivelser en helende effekt på børn. Vi finder det herfra interessant at diskutere helende moderne arkitekturer versus det hjemlige og tilfældigt børne-fremstillet hospitalspynt som tegninger og papmache, fagprofessionerne giver udtryk for er givende i praksis. Nogle af fagprofessionerne nævner, at på grund af ny arkitektur, er der strenge regler for, hvad der må hænges op på vægge, og at børns tegninger skal udskiftes i de få billedrammer der er på hospitalsgangene, samtidigt, at hospitalsafdelingen er designet til at hvis der sker rotationer og omstillinger, at afdelingen fra den ene dag til den anden, kan skifte og eventuelt fungere som ortopædkirurgisk afdeling den næste dag. Vi diskuterer, om moderne hospitalsarkitektur i bund og grund har en helende effekt på børn. Uden legende omgivelser vil hospitalsansatte have sværere ved at være legende. Spørgsmålet lyder derfor på, om hospitalsarkitektur og børnevenlige omgivelser kan gå hånd i hånd med omstillingsparathed og flot helende arkitektur.

Vi udleder af analysen, at materialitet i form af rum, omgivelser og artefakter er medvirkende til at strukturere praktikker på børnehospitaler. Med afsæt i analysens resultater, finder vi det interessant at diskutere perspektivet om at mennesket i dag er frit flydende, reflekterende og selvskabende entreprenør (Larsen, 2010). Spørgsmålet vi rejser er, om fagprofessionerne er frie til at handle som subjekter i sub-feltet, når materialiteten strukturerer en objektiv struktur, som fagprofessionerne agerer ud fra. Det kan således diskuteres om materialiteten som subjekt, i virkeligheden fremtvinger en legende praksis, som gør fagprofessionerne til objekter i sub-feltet (Larsen, 2001).

Vi udleder endvidere af analysen, at bestemte praktikker af fagprofessionerne forbindes med bestemte rum og beklædning. Hertil finder vi det relevant i forhold til sub-feltets positioner at diskutere, hvorvidt materialiteten er medvirkende til at positionere faggrupperne inden for fagprofessionerne overfor hinanden. Vi rejser hertil spørgsmålet om, hvorvidt materialitet er medvirkende til at hierarkier opretholdes i sub-feltet. Dette fordi at den materialitet fagprofessionerne omgås er bærer af strukturer der har indlejrede positioner i sig som fagprofessionerne positionere sig selv i forhold til. Vi diskuterer i denne forbindelse om materialiteten kan være med til at udfordre eksisterende hierarkier når

fokus er på leg. Vi ser i analysen, at når rum anvendes af andre positioner og anvendes på anden vis end ellers, udfolder nye praktikker sig, som kan gavne den ønskede praksis. Når en læge og en fysioterapeut deler rum og når et fysioterapeutrum byder ind med ny viden om en legende tilgang til lægepraksis, er spørgsmålet om dette har indvirkning på positionerne i sub-feltet.

Det viser sig i analysen, at visse artefakter i stort omfang forbindes med leg. Ud fra analysen kan leg på børnehospitaler ikke stå alene, men bliver suppleret af fysiske genstande, som kan fungere som kommunikation mellem hospitalsansatte og børn. Det udtales at artefakterne er en del af den leg der skal til for at lette en undersøgelse for både fagprofessioner og børn, således at børn ikke bliver utrygge og bange. Vi finder det i denne sammenhæng relevant at inddrage Eichbergs perspektiv på leg som et produkt og funktionalisering. Vi diskuterer hertil om artefakter i form af legetøj og andre genstande bliver redskaber som en funktion til at dominere praksis i en ønsket retning, som tilgodeser et overordnet formål. For fagprofessionerne at se omtales den måde artefakter bruges på som leg, men alligevel stilles der spørgsmålstejn ved leg som frivillig og lystbaseret praksis. Som flere af fagprofessionerne udtaler, gøres der brug af artefakter for at mindske en ubehagelig stemning i sygepleje og behandling. Med Eichbergs perspektiv om hvad leg er, rejser vi spørgsmålet om hvorvidt leg med artefakter i behandling og sygepleje på børnehospitaler kan defineres som leg.

POSITIONER – KOMPETENCER, UDDANNELSER OG GENERALISTVIDEN

I analyse afsnittet positioner, lyder vores delkonklusion på, at positioner i forhold til leg, forholder sig anderledes end de normative positioner, som er synlige i det medicinske felt og hierarki (Larsen, 2009). Vi udleder på baggrund af analysen, at leg dominerer professionerne på børnehospitalet, når det omhandler at være legende i sin praksis. Dem der leger meget, gør deres arbejde godt. Med afsæt i Krejsler og Moos artikel om dominans i professioner, ser vi det relevant at diskutere dominansforhold i sub-feltet, ud fra analysens resultat om positioner i forhold til leg. Den offentlige sektor moderniseres, og der gennemgås forandringer. De forandringer medfører, at ansatte har svært ved at omtale sig selv, uden at miste sit erhvervs legitimitet, på grund af, at ansatte skal omtale sig selv på en særlig måde. Det er blandt andet ikke nok at mestre forskningsbaseret viden fra uddannelse og professionerne, men at der i højere grad er brug for en generalist viden til at gennemføre sit arbejde. Dette skyldes udvikling fra industrisamfund til informationssamfund (Krejsler & Moos, 2006) Herfra mener Krejsler & Moos altså, at man skal fungere som en slags kompetence nomade. Simpelthen fordi ens professionsidentitet ikke har langtidsholdbarhed. Det der siges om professionerne, må

afspejle og forstærke store spaltninger som gennemløber samfundet. Dette understreges med et eksempel, at læger ikke er meningsfulde, uden at relatere sig til andre. Fordi, hvad der er meningsfuldt i dag, er måske ikke meningsfuldt i morgen. Vi diskuterer ud fra dette og stiller spørgsmålstegn ved fagprofessionernes måde, at positionerer sig selv på og hvordan de finder meningsfuldhed i deres arbejde, når det kommer til leg i et samfund i forandring. Som vi i analysen finder frem til, er der nogle positioner der differentierer, når det kommer til at være legende i sin praksis. I forhold til, at Krejsler & Moos mener, at samfundets udvikling, medfører ændringer i praksis, rejser vi spørgsmålet, om den måde, fagprofessionerne positionerer sig selv på, i forhold til leg, omhandler, at fagprofessionerne ikke vil miste deres erhvervs legitimitet. I et informationssamfund, som i dag kan alt deles via internettet, og dette kan have en virkning på, at de ansatte positionerer sig anderledes, når det kommer til leg. Til dels fordi de gerne vil gøre deres arbejde godt, og fordi at leg og børn, er to ord, der forbindes. Vi inddrager generalistviden til denne diskussion for som fagprofessionerne gør opmærksom på, er leg noget der kommer til dem, i form af, at arbejdet er på et børnehospital, og altså ikke noget, der hører deres professions forskningsbaserede viden til. Krejsler & Moos indikerer at læger relaterer sig til andre, for at gøre arbejde meningsfuldt, fordi meningsfuldheden kan være en anden i morgen. Herfra diskuterer vi, om dette kan have noget at gøre med den måde læger bruger leg i deres tilgang til børn i sub-feltet. Kan det være, at legen er umiddelbar for at skabe mening i sit job på grund af de samfundstendenser, der er løbende om at leg er essentielle selv for de syge børn. Vi diskuterer om den legende tilgang, og de positioner, de hospitalsansatte sætter sig selv i, handler om at leve op til de samfundstendenser der er og om det omhandler at afspejle og forstærke elementer, der fokuserer på leg. I lyset af Krejslers & Moos ord om kompetence nomader, kan det være at der i morgen fokuseres på kreativitet som essentielt i barnets udvikling og hospitalsforløb, og vi undres, om det så vil være det, hospitalsansatte vil finde meningsfuldhed i, fremfor at være legende i deres tilgang. Vi diskuterer om fagprofessioner i vores undersøgelse ser sig nødt til at italesætte deres professioner, så det giver mening i forhold til leg, og eventuelt om det kan tænkes, at det er derfor, det er svært at omtale sig selv og sin profession. Gennemtrekkes leg professionerne i sub-feltet og udfordrer det de hierarkier der eksisterer i dag? Vi stiller spørgsmål til om der investeres i leg med det særlige formål for øje at øge kapital.

Den næste delkonklusion vi tager op til diskussion, omhandler det hierarki, vi fremanalyserer der til stadighed eksisterer i sub-feltet. Læger dominerer og så ned af, sygeplejersker, klovne, pædagoger. Jo mere liv du kan redde, jo højere i hierarkiet indenfor det medicinske felt. Vi finder som sagt frem til, at hierarkiet kan udfordres gennem leg som positionerne viser. Dog mener vi at det er relevant at diskutere, hvorvidt hierarkiet stadigvæk domineres af højtuddannede professioner.

Som Borgnakke reder op til i en diskussion af køn og professioner, er der nogle konfliktfyldte forhold mellem professionalisering, magt/autoritet og køn. Herunder at traditionelle kvindedominerede områder øger større tiltrædelse af kvindelig arbejdskraft. Dette ser vi som et relevant perspektiv at inddrage, da der netop kan være noget om dette, i det sub-felt vi undersøger, hvor størstedelen af fagprofessionerne er kvinder. Dette kan udfordre spændingsfeltet mellem klassisk patriarkalisme og kvindelige autoriteter (Borgnakke, 2006). Vi lægger op til en diskussion, hvor vi kalder legen for en kvindelig autoritet, eftersom at flere af fagprofessionerne gjorde opmærksom på, at deres moderskab har en betydning for den måde, de udfører deres legende praksis. Vi ser den klassiske patriarkalisme, som “gammeldags” sundhedspraksis, hvor mennesket ikke var i fokus i samme grad som i nutidens foranderlige samfund (Olsson, 2009). Herfra diskuterer vi om samfundets udvikling og Borgnakkes ord om at der er flere kvinder i det offentlige er medskaber af det hierarki, vi fremanalyserer. Som det hierarkisk udspiller sig, placerer den mandlige læge sig højst, og selvom leg er en del af praksis, er det fremtrædende, at hos Doc menes der, at der er andre til at lege med børn. Vi finder det interessant at belyse fra en historisk kontekst, at det først var i 1875, at kvinder kunne studere medicin (Borgnakke, 2006). Dette historiske nedslag, at lægepraksis var et mandsdomineret fag, bærer børnehospitaler stadig præg af i den forstand, at i takt med at der er kommet flere kvinder til hospitalerne har børnehospitalerne fået blødere værdier. Dog diskuterer vi dette som relativt, for som beskrevet i børnehospitalets historie, opstod børnehospitaler ud fra et behov om omsorg og dannelse. Vi har således at gøre med et sub-felt, hvor bløde værdier til dels altid har været fremtrædende. Det kan dog diskuteres, om læger i gamle dage leger med børn, som der er fokus på nu til dags. Hertil diskuterer vi, om historiske nedslag og større kvindelighed på hospitaler er med til at forklare det hierarki, der til stadighed hersker i dag og om dette, kan være med til at ændre en smule i hierarkierne, når det kommer til en legende praksis. Hvis den moderne socialisering fører til, at kvinder vil præge den offentlige sektor i en større grad, vil det så vise sig om hospitalerne kan blive præget af kvindelighed og omsorg og direkte mangle patriarkalisme. Vi finder det interessant at belyse dette ud fra den maskuline struktur, vi redegør for i stigende grad, dominerer sundhedsvæsenet. Effektivisering og

produktion er nøglebegreber, når det handler om at få patienter ind og ud af hospitalerne. Vi ser et paradoks mellem en større grad af feminine værdier (omsorg og leg) til den objektive maskuline struktur (effektivitet og produktion). Vi stiller spørgsmålet om, hvor grænsen går mellem det legende og den egentlige behandling, og er der en gylden middelvej, hvor dominans og hierarki udfases når det kommer til en legende praksis.

Det kan herfra diskuteres om samfundets udvikling, vil gå i denne retning, og blive endnu mere subjekt orienteret, eller om der vil komme et nyt skift i samfundsstrukturen, der vil være med til at præge den måde hierarkierne udfolder sig i sub-feltet. Hertil rejser vi spørgsmålet, hvis hospitalsverdenen var mandsdomineret, vil leg fungere på samme måde? Kvindens arbejde er rykket fra familie, til skole, og nu til samfund, og det er derfor bløde værdier er mere værdsat end førhens patriarkalske værdier (Borgnakke, 2006). Kvinder er rykket fra familie og ind i arbejdssamfundet. Vi vil gerne belyse, om det kan koges sammen til, at der i den legende praksis med børn, er mange kvinder, fordi det forbindes med en kvindelig måde at gøre praksis på. Som mange af fagprofessionerne i denne undersøgelse udtrykker, opleves det for nogle fagprofessioner lettere at være legende i praksis, efter at de er blevet mødre. Vi finder det interessant, i belysning af en historisk kontekst om uddannelser og kvinder og det offentliges udvikling med overtal af kvinder, om en legende praksis herfra kan forbindes til det kvindelige domæne og en historisk kulturelt forankrethed. Da det netop forbindes med omsorg, pleje og det familiære familieband og at børn skal have en tryk og god oplevelse. Vi undres, om det legende hierarki til dels har et andet udfald, hvis fordeling af køn og pædagogiske værdier var anderledes end den fordeling, vi ser i sub-feltet.

SUB-FELTETS UDVIKLING – FRA ALLE TIL ÉN?

I analysen udleder vi, at der i sub-feltets udvikling er øget fokus på bløde værdier, og at samfundet har ændret sig fra objektivt til subjektivt orienteret. Vi vil diskutere, hvilke tendenser og mekanismer der kan være med til at forklare denne udvikling, set i lyset af fagprofessionernes legende praksis i sub-feltet. Som vi fremhæver i opsamling af sub-feltets udvikling, er denne udvikling et element i nogle nuværende samfundstendenser og oplevelsen af at være på børnehospital. Et ophold på børnehospital har ændret fokus fra at gøre den enkelte indlagte rask til nu at centrerer sig omkring oplevelsen hos den enkelte indlagte. Først og fremmest vil vi tage op til diskussion, hvilke samfundstendenser der har indflydelse på børnehospitalers udvikling. I problemfeltet redegør vi for at patientoplevelsen er i centrum og at det kan skyldes de økonomiske, materielle og sociale forandringer i samfundet

som, skaber forudsætninger for en ny måde at være menneske på. Mennesket er i dag reflekterende og selvskabende (Larsen, 2010). Vi ser altså, at disse forandringer hos mennesket, kan være med til at skabe forandringer i autoritetsrelationer og videns relationer i sundhedsvæsenet. Fordi der ikke længere er samme behov for at redde børn for samfundets skyld og det i dag er gratis for alle at komme på hospitalet, stiller vi spørgsmål til om sub-feltets udvikling ansues som en selvfølge der tages for givet af børn og deres familier. Vi diskuterer om oplevelsen af hospitalsopholdet skal sidestilles med pleje og behandling af sygdom.

Samtidigt viser det sig i analysen, at fagprofessionerne italesætter tid som undskyldning for at ville nå mere. I forhold til fagprofessionernes egentlige professionspraksis fremfor en legende praksis, diskuterer vi om tiden er en undskyldning, i nutidens samfund, for at få lov til at fokusere mere på sin egentlige praksis frem for den legende. Det pointeres i problemfeltet af afdelingssygeplejersken Lone Møller, at det er alvorligt, når børn stopper med at lege, når de bliver syge, vil vi ud fra et historisk perspektiv diskutere om samfundet er gået fra ren og skær overlevelse til oplevelse. Forstået sådan, at nu er det ikke nok at blive rask, oplevelsen skal også være god. Er denne udvikling et tegn på reflekterende individer der på grund af et informationssamfund har en forventning til, hvordan et hospitalsophold skal være. Der dermed medfører forandringer i autoritetsrelationer og videns relationer i praksis for at fagprofessionerne kan beholde sit gode ry. I og med, at det i artiklen fra DSR nævnes, at leg kan være grænseoverskridende for hospitalsansatte, vil vi gerne diskutere, om sub-feltets udvikling går i en retning, som alle de hospitalsansatte har lyst til at være en del af. Vi diskuterer om en legende praksis inddrages fordi det forventes af samfundet, eller praktiseres leg fordi man skal være god på sit arbejde. Selvom at dette kan ses som to modstillinger og at det kan bøjes i mindre grad, ser vi det som et diskussions værdigt perspektiv.

I forhold til sub-feltets udvikling finder vi det interessant at børnehospitalernes udvikling er gået fra behandling og dannelse af hovedsageligt fattige børn, til at der nu til dags er ansat klovne, pædagoger, og legehelte til at varetage underholdning, leg, og bevægelse med børn. Med et historisk blik vil vi diskutere om indtoget af hospitalsansatte der ikke er sundhedsfaglige, er med til at sætte nye standarder for, hvordan der skal gøres børnehospital nu til dags, hvor børn, børns familie og den gode oplevelse er i centrum fra start til slut. Tidligere sundhedspolitik var patriarkalsk og autoritær folkeopdragelse. Samfundet stolede på eliten, og deres beskrivelser af, hvordan man skal leve sit liv (Olsson, 2009). Vi finder frem til, at det er værd at diskutere, om samfundets udvikling er altafgørende i den måde, feltet udvikler sig på. Dette da der i nutidens sundhedspolitik påpeges at det skal være bedst

mulig sundhed for alle, samt at man selv er medansvarlig til den gode oplevelse på børnehospitalet (sundhed.dk).

7. KONKLUSION

KONKLUSION

Ud fra felt, habitus, kulturel kapital og symbolsk vold forstår vi, at børnehospitaler er under indflydelse fra samfundets tendenser. I takt med der er kommet flere professioner til børnehospitalerne stiger forventninger til hospitalsansatte og deres professionelle kunnen. Dette influerer måden at udføre en legende praksis på. Samfundets udvikling er i forandring, og dermed også børnehospitalernes. Nu handler det ikke kun om at blive rask, men også om at have en god oplevelse på børnehospitalet dog underlagt en objektiv struktur der søger, at øge produktionen.

I specialet har vi undersøgt følgende problemformulering: *Hvordan italesættes leg blandt hospitalsansatte på børnehospitaler? På hvilke måder kan vi ud fra leg i praksis forstå, hvordan der gøres børnehospital med afsæt i et socialt og historisk perspektiv?* For at besvare spørgsmålet har vi interviewet 18 fagprofessioner på to børnehospitaler, læst både samfunds og historisk relevant litteratur for at danne os et fyldestgørende undersøgelsesfelt for med egne ord og inspiration fra Bourdieu, at kunne udlede ny viden om emnet - Positioner og dominansforhold angående leg i praksis blandt hospitalsansatte.

Vi konkluderer at leg hører sig til i nutidens gøren af børnehospitals praksis. Om man er læge eller hospitalsklovn, kræver det, at man tager sig af hele patienten, familien og deres oplevelse, på lige fod med behandling, og derfor er leg essentielt i praksis på børnehospitalet. Vi finder frem til, at leg udfordrer det medicinske hierarki, og at når det kommer til leg i praksis dominerer professioner som klovne, legehelte og pædagoger.

Ud fra et historisk tilbageblik genopdager vi, at leg tidligere har haft et indtog i arbejdet, til at gøre arbejde sjovere. Vi ser herfra, hvordan sub-feltet har ændret sig, eftersom at det bliver italesat, at leg er af nyere værdi blandt fagprofessionerne. Ud fra dette fund konkluderer vi, at legs værdi er i ændring på grund af samfundets ændringer og hvad der findes meningsfuldt. Det er blevet meningsfuldt at lege i praksis ud fra hvad der findes relevant for den enkelte og i hvilken grad fagprofessionen lader sig dominere af symbolsk vold.

Specialet finder erkendelser i, at subjektivt fokuseret patientpleje er i høj værdi, og at der af fagprofessionerne investeres i den gode patientoplevelse. Selvom det går ud over egen overbevisning om,

hvad praksis skal indeholde. Herunder, fremhæver vi, at flere af fagprofessionerne udtrykker, at det godt kan blive for legende, men at det er en fin balancegang. Den legende praksis der for det meste gavner fagprofessionerne, men også udfordrer fagprofessionerne, ser vi som et samfundsmæssigt tiltag, der vinder indtog i at gavne produktionen. I og med at leg fremmer kommunikation med børn bliver praksis nemmere at gå til. Hermed vinder effektivisering og optimering pakket ind i subjektiv patientpleje frem. Ud fra dette konkluderer vi, at selvom det umiddelbart ligner at børnehospitaler er styret af bløde værdier og feminine strukturer, udspiller praksis sig i høj grad domineret af maskulinitet, herunder forstået at patientpleje er influeret af effektivitet og produktivitet. Vi konkluderer dette på baggrund af, at flere af fagprofessionerne giver udtryk for at tid er en hæmsko i at kunne nå mere i sin praksis og lade sine bløde værdier være mere integreret i praksis med børn.

Vi konkluderer endvidere, at der er en doxa på børnehospitaler om at kulturen skal være legende og at materialitet har en indflydelse på, hvordan fagprofessionerne benytter leg. Fagprofessionerne har det kropsligt indlejret og agerer ud fra dette. Hermed erkender vi at omgivelserne har en stor betydning i det at agere legende, og finder ikke nødvendigvis moderne hospitalsarkitektur egnet til en børneafdeling. I og med fagprofessionerne påpeger, at moderne hospitalsarkitektur forstyrrer deres legende tilgang med et eksempel som at de ikke kan hænge børns tegninger op. Vi ser denne udvikling som endnu et led i et effektiviseringstiltag, der ikke nødvendigvis støtter op om en legende praksis. Paradoksalt til dette konkluderer vi at det ikke spænder overens med det øget fokus der er på legende praksis og flere "legende" professioners indtog på børnehospitalerne, som pædagoger, hospitalsklovne og legehelte.

Vi konkluderer endvidere, at fagprofessionerne gerne vil være identificerbar for hvem de er som profession, og at deres uniformer påvirker deres praksis. Vi ser dette som et relevant fund i forhold til en legende praksis, og hvem der dominerer legen. I og med at en kulturel forankrethed dominerer måden, hvorpå vi tænker og gør hospital. En uniform, er mere end en uniform og dette kan være af stor værdi blandt fagprofessionerne.

Vi konkluderer alt i alt i dette speciale, at den måde hvorpå fagprofessionerne italesætter sin egen position i sub-feltet er influeret af materialitet, den objektive struktur og hinandens praksis og kulturen på det respektive børnehospital. De forskellige fagprofessioner benytter distinktion i forskellige grader til at adskille deres fagprofession praksis med den legende praksis og dette konkluderer vi er

kropsligt forankret hos de enkelte fagprofessioner, hvor og hvornår de benytter legen. Vi forstår leg på hospitaler som en metode til at udføre sin praksis, der til en vis grad altid har været til stede siden børnehospitalernes opblomstring, hvor det var kvindelige reformer der tog sig af dannelsen og at gøre noget særligt for børnene når de var indlagt. Vi finder ligeledes frem til, at fagprofessionernes forståelse af leg er alsidig og at leg kan tolkes på mange forskellige måder. Hvilket vi ser interessant i et nutidigt fænomen, hvori, at vi påpeger at leg differentierer sig fra at være det modsatte af arbejde, men at det tværtimod viser sig i dette speciale, at leg er et vigtigt led i praksis på børnehospital.

Ud fra et historisk perspektiv konkluderer vi endvidere, at opfattelsen af leg har ændret sig, og at leg som middel til at udføre arbejde har været en metode som før sundhedspolitisk patriarkalisme, var en del af praksis. Leg er en integreret del af praksis nu til dags, alt afhængigt af de forskellige fagprofessioners opfattelse af leg og hvordan leg benyttes. Historisk ser vi at udviklingen på børnehospitaler og flere hospitalsansatte er med til at styrke det legende element og den subjekt fokuseret behandling af børn. Dog med det forbehold, at leg er styret af en objektiv struktur der i bund og grund søger at effektivisere systemet.

Vi konkluderer, at det er fagprofessionernes opgave hver især at bruge leg i deres praksis på en måde der findes meningsfuld for dem, men at deres opgaver og praksis kan influeres af symbolsk vold, der medfører, at leg bruges på en anden måde end hvad deres oprindelig formål er. Vi konkluderer her til sidst kort og godt at en historisk udvikling og samfundet influerer måderne, hvorpå fagprofessionerne benytter leg og hvordan fagprofessionerne positioneres og dominerer/domineres i forhold til leg i praksis på børnehospitaler.

8. PERSPEKTIVERING

PERSPEKTIVERING

Under udarbejdelse af dette speciale finder vi frem til mulige temaer der er interessante at arbejde videre med inden for emnet leg på børnehospitaler. Nogle af temaerne udspringer fra empirien, men grundet specialets afgrænsning er det ikke muligt for os at inddrage. Andre temaer, er temaer vi er inspireret til at arbejde videre med som opstod under udarbejdelsen af specialet.

TEMAER DER UDSPRINGER AF EMPIRIEN

Det fremgår i empirien, at medbragt teknologi af børn distraherer børn til at lege og være sociale. Blandt andet medbragte iPads, computere, PlayStations og smartphones. Derudover, fremgår det også, at på grund af god Wi-Fi forbindelse og store enkeltværelser på hospitalsgangene at børn og unge opholder sig isoleret på deres sengeafsnit. Fagprofessionerne italesætter en bekymrethed, fordi de går ind for aktiv leg og udfoldelse, når børn er indlagt. Vi finder et paradoks mellem moderne teknologi og unge og helbredende leg. Vi finder det spændende at gå videre med denne tematik og lave en nærmere undersøgelse af, hvordan der i hospitalsregi og inddragelse af unge og børn, kan imødekommes et hospitalsrum, hvor teknologi, social- og aktiv leg går op i en højere enhed.

I og med at teknologi er i rivende udvikling, er teknologiske devices også blevet en integreret del af børnehospitaler. Blandt andet det interaktive forberedelsesprogram H. C And og interaktive gulvtæpper, børn kan hoppe på, på hospitalsgangene. Det ønskes af fagprofessionerne at der var mere tid til forberedelse, og vi finder det spændende, at arbejde videre med, om teknologiske løsninger kan være et led i dette, i en endnu højere grad end det er nu til dags. Vi finder muligheder i at undersøge muligheder og ulemper, der kan være ved implementering af teknologi for at komme nærmere, hvordan teknologiske løsninger bedst muligt integreres på børnehospitaler.

Fagprofessionerne er stort set alle enige i at børnehospitalerne skal være bedre til at varetage de unge i alderen fra 15-18, da det er for nyligt at aldersgrænsen til indlæggelse på børnehospitaler er steget til 18 år. Fagprofessionerne fortæller, at det oftest er denne aldersgruppe at de har sværest ved at tilgå og at hospitalsarealerne helt klart mangler nogle arealer, der er henvendt unge og ikke børn. Vi finder det interessant at arbejde videre med denne problemstilling og undersøge løsningsforslag til, hvordan børnehospitaler kan imødekomme de unge, samt hvilke forhindringer, ulemper og muligheder, der

kan opstå i forsøget på at integrere de unge og ruste hospitalsansatte på børnehospitaler til at varetage de unge på lige fod med de små børn.

FUND DER UDSPRINGER, UNDER UDARBEJDELSEN AF SPECIALET

Vi finder frem til i dette speciale, at leg udfordrer det medicinske hierarki. Vi ser relevans i at udforske leg i andre sammenhænge, og studere de muligheder og potentialer, der kan være i dette. Herunder, hvordan en legende praksis udspiller sig i andre praksisformer end børnehospitaler og hertil at undersøge andre fagprofessioner der beskæftiger sig med børn. Det kan være fagprofessioner ansat på skoler, fagprofessioner på børnehaver/vuggestuer eller andre institutioner der arbejder med børn og unge. Vi vil undersøge om leg går ind og udfordrer de allerede eksisterende hierarkier på andre institutioner og hvilke fordele og ulemper der kan være i dette.

Ud fra fagprofessionernes forståelser og brug af leg i deres praksis, finder vi frem til at leg forstås og bruges på mange forskellige måder. Dette udfordrer den normative forståelse af leg som stærk kontrast til arbejde. Vi finder det spændende at arbejde videre med en nutidig forståelse af leg og komme nærmere, hvordan leg kan defineres i et nutidigt perspektiv. Til dette ser vi muligheder i at lave store repræsentative rundspørge med spørgeskemaer og understøtte med interview og teori om leg for at danne et validt billede af, hvad der fremkommer af udsagn i et nutidigt perspektiv.

Det fremgår af specialet at nymoderne hospitalsarkitektur udfordrer børneafdelingen og dens forcer i at kunne dekorere "hjemligt" i form af tegninger på væggene. Fordi forskellige rum dominerer forskellige praksisser. Vi ser at der opstår et problem, som udfordrer hospitalsansattes praksis, hvis arkitekturen går ind og bliver en barriere for, hvordan materialitet ellers spiller en rolle, i at være legende med børn. Herfra ser vi muligheder i at arbejde videre med et studie af hospitalsrum versus arkitektur, økonomiske muligheder, samfundskrav og tendenser, der alle influerer måden, der skal gøres børnehospital på. Vi vil undersøge og være i stand til, at stille nye problemstillinger, der imødekommer moderne hospitalsarkitektur og materialitet der virker, for at være legende med børn.

9. METODISK REFLEKSION

METODISK REFLEKSION

I dette afsnit redegør vi for de metodiske refleksioner, vi gør os undervejs i processen og efterfølgende. Dette er for ikke at undervurdere, hvilke konsekvenser det har for specialets udfald og dets relevans i forhold til de valg der er taget.

TILGANG

Vi havde i starten af projektet overvejelser omkring, hvordan de optimale rammer for en legende praksis skabes. Hertil beslutter vi at James Gibsons perceptionsteori er relevant at benytte, for netop at belyse, hvordan fagprofessionerne perciperer hospitals omgivelser. For at sætte det i en samfundsrelevant kontekst, vælger vi Jürgen Habermas teori om den kommunikative handlen, herunder system og livsverden, som sekundær teori. Dette for at skabe indblik i, om legen “kolonisere” hospitalsansattes praksis. Undervejs i specialet og efter indsamling af empiri, kan vi se, at vores empiri drejer i en anden retning end forventet. Disse skift i valg af teori har konsekvenser i forhold til specialets indsamling af empiri og omdrejningspunkt. Vi er opmærksomme på, at specialets resultater er påvirket af, at vi udformer vores interviewguide inspireret af teori, vi vælger ikke at benytte. Vi reflekterer over, hvilke konsekvenser det har for specialet. Blandt andet mener vi, at hvis vi fra begyndelsen var inspireret af Bourdieu, ville vores interviewguide og fremgangsmåder være formet herefter. Vi reflekterer over, at vores begrænsede kendskab til undersøgelsesfeltet har bevirket, at vi har haft flere teorier ind over, fordi det er en udfordring at præcisere fra start af, hvad der er relevant at belyse.

EMPIRISK MATERIALE

Fagprofessionerne udvælges af vores kontaktpersoner på hospitalerne. Vi reflekterer over, hvordan udfaldet bliver, hvis vi på anden vis, finder frem til de fagprofessioner vi ønsker at interviewe. Forud for undersøgelserne er kontaktpersonerne informeret om, at vi undersøger hvordan leg bruges i praksis. Vi reflekterer om dette har bevirket, at kontaktpersonerne har udvalgt fagprofessioner som har en særlig interesse for leg i daglig praksis.

Projektbeskrivelsen (Projektbeskrivelse - se bilag 4) vi tilsender kontaktpersonerne forud for interviewene, antager vi bevirker at fagprofessionerne er forberedte på, hvad omdrejningspunktet for interviewet er. Vi diskuterer internt i gruppen om indflydelsen af dette er afgørende for udfaldet af empirien. Vi undres om dette påvirker hvilke synspunkter fagprofessionerne vil fremlægge og hvilke

de vil undlade. Dette kan medføre, at undersøgelsen ikke giver et realistisk billede af, hvordan leg bruges i praksis og dens fordele og ulemper. Ligeledes kunne det også være interessant at tale med lige mange fra hver profession og en lige del af mandlige og kvindelige hospitalsansatte. Vi understreger dette, fordi det kan gøre undersøgelsen mere repræsentativ i forhold til professioner og køn. Vi reflekterer over om vi ved at være en del af undersøgelsesfeltet i en længere periode med dertilhørende observationer, ville have udvalgt fagprofessioner baseret på et andet grundlag, ud fra nærmere kendskab til undersøgelsesfeltet.

Der er en asymmetrisk fordeling i antal af interviews og fagprofessioner fra de to hospitaler. Forskellen består i, at vi foretager 5 interviews på Sygehus Sønderjylland og 12 interviews på H.C. Andersen Børnehospital. Vi reflekterer over, om dette har betydning for undersøgelsens udfald. For at undersøge dette, ser vi på, hvorvidt der er forskelle og ligheder i fagprofessionernes udtalelser uafhængigt af, hvor de arbejder, og da vi ikke ser nogen signifikant forskel i udtalelserne, mener vi ikke, at dette har betydning. I og med, at de interviewede fagprofessioner fra de respektive hospitaler ikke har samme arbejdsopgaver, ser vi også en sammenhæng i, hvorfor der ikke viser sig markante forskelle i empirien. Samtidigt er børneafdelingernes afsnit meget forskellige. På HCA er der blandt andet afdelinger for kræftsyge børn, og andre livstruende sygdomme, hvilket vi sige, at børn kan være indlagt i længere perioder. På SSA, er det ikke livstruende sygdomme, der bliver behandlet, men mindre akutte situationer, der gør at børn ikke er indlagt i længere perioder. Forskellene i hospitalernes formål er vi opmærksomme på og vi mener hermed, at vores undersøgelse får et alsidigt præg. Vi reflekterer dog over, om specialets udfald, ville blive mere praksisnært, hvis undersøgelsen foretages på en specifik børneafdeling.

På HCA tilbyder de os at gennemføre flere interviews. Vi diskuterer i specialegruppen, om vi vil tage imod tilbuddet ud fra fordele og ulemper. En fordel, vi er interesseret i, er at vi får flere perspektiver fra andre fagprofessioner, der vil være interessante at holde op imod de andre fagprofessioner. En ulempe er, at flere fagprofessioner vil skabe en uoverskuelig mængde data indenfor specialets varighed. I behandling af den empiri vi er indehaver af, finder vi tilbagevendende tematikker i blandt de forskellige fagprofessioners udtalelser. Heraf beslutter vi, at mængden af empiri er tilfredsstillende og tilsvarende for undersøgelsens tid og omfang. Vi står inde for, at de begrænsninger vi møder i takt med at specialet tager form, stadig er med til at skabe et repræsentativt billede af daglig praksis og brug af leg på børnehospitaler.

Koordinat-illustration som analyseværktøj har været udfordrende for os at anvende i forbindelse med placeringen af fagprofessionerne. Vi reflekterer over validiteten af placeringerne, da det har været udfordrende at vurdere, hvorvidt fagprofessionen skulle placeres i den ene eller den anden kvadrant.

VORES ROLLE

Vi har efter empiriindsamlingen reflekteret over interview spørgsmålenes udformning. Hertil om hvorvidt, at spørgsmålene er ledende spørgsmål og om vi lægger ordet leg i munden på fagprofessionerne, uden at definere den måde, vi tænker leg på. Dette kan der både være fordele og ulemper ved. Ved at vi ikke udpensler en definition for leg får fagprofessionerne selv lov til at tolke hvad leg er for dem, hvilket vi finder væsentligt, for at tegne et alsidigt billede af fænomenet leg og hvordan det kan tolkes af de forskellige fagprofessioner. Vi har selv tidligere beskæftiget os med filosofferne Johan Huizinga og Hans-Georg Gadamer's måde at forstå leg på som værende frivillig og for legens egen skyld. Vi er præget af, at det er ud fra denne forståelse, at vi i specialegruppen opfatter leg. Leg er derfor ikke nødvendigvis det samme for os og for fagprofessionerne. Vi er derfor bevidste om, at dette kan have påvirket undersøgelsen og dens udfald. Samtidigt har det også været med til at give os en nutidig forståelse af, at leg kan opfattes på mange forskellige måder.

Vi har derudover gjort os forskellige tanker omkring vores rolle som interviewere. Vi opfatter os selv som værende novicer inden for dette. Den gode interviewer stiller korte og konkrete spørgsmål og opretholder en vis struktur for interviewet (Kvale, 2015: 224-225). Vi fandt det udfordrende at holde interviewet til fagprofessionernes egne oplevelser og erfaringer. Ligeledes var det udfordrende at holde strukturen under interview seancen og stille korte og konkrete spørgsmål. Ifølge Kvale kræves det af den gode interviewer, en omfattende viden om interview emnet for at der kan føres en informeret samtale og at temaer der er vigtige at forfølge, bliver forfulgt undervejs i interviewet (ibid.: 224). I og med at vores viden om børnehospitaler er begrænset, er dette udfordrende for os. Dog har vi en viden om leg der gør det muligt for os stadig at forfølge de relevante temaer, vi vil belyse. Vi erfarer at vi finder det nødvendigt at ændre strategi i forhold til vores interviewspørgsmål, allerede efter første dag, vi interviewer. Det tydeliggøres for os, at fagprofessionerne har svært ved at forholde sig kritisk til temaerne ud fra de stillede interviewspørgsmål. Vi beslutter at udvide interviewguiden, med kritiske spørgsmål. For eksempel at spørge ind til om praksis kan blive for legende og om leg kan tage overhånd. Ifølge Kvale er det vigtigt, at intervieweren forholder sig kritisk til fagprofessionernes udtalelser, og ikke tager alt der bliver sagt for pålydende (ibid.: 225). Vi har en intention om,

ikke at bringe egne holdninger og perspektiver i spil under interview seancerne, da dette ikke er hensigtsmæssigt, når man følger Kvaless tilgang til interview (Kvale, 2013: 12). Dog oplever vi, at det er udfordrende at være neutrale under interviewene, da det virker naturligt at bringe os selv i spil.

Som nævnt tidligere finder interviewene sted på fagprofessionernes arbejdsplads i deres arbejdstid. Under nogle af interviewene bliver det nødvendigt grundet akutte telefonopkald og andre afbrydelser, at imødekomme fagprofessionerne og dermed afbryde nogle af interviewene med korte intervaller. Vi har hertil reflekteret over, om dette influerer på selve interviewsituationen og præger os som interviewere til ikke at "dvæle" i spørgsmålene, men derimod at have fokus på, at nå at komme rundt om alle interviewets temaer. Dette kan have haft betydning for, i hvor høj grad vi får stillet uddybende og afklarende spørgsmål.

Vi har forud for, undervejs og efterfølgende reflekteret over, hvorledes vi er blevet forført af egne og andres interesser, og ligeledes hvordan vi kan have forført fagprofessionerne (Nickelsen, 2009: 66). Leg som begreb er noget de fleste forbinder med noget godt og noget positivt, hvilket også er det, vi forbinder leg med. Vi bliver præsenteret for det nye Børnerigets vision om integreret leg i hele patientforløbet forinden speciale periodens start og vi er dertil blevet forført til at undersøge denne interesse nærmere.

10. LITTERATURLISTE

LITTERATURLISTE

WEBSITES

Asterisk, Larsen, Kristian (2003) *Feminisering på maskuline præmisser* Danmarks Pædagogiske Universitet.

<http://www.dpu.dk/fileadmin/www.dpu.dk/aktuelt/magasinetasterisk/031205113542-amp-type-doc.pdf> - besøgt d.9 maj 2018

Danmarks Statistik (2011) *Kvinder og Mænd*

<http://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=17520&sid=kogm> - besøgt d. 15 maj 2018

Danmarks Statistik (2016) *Sygehusbenyttelse Indlagte Patienter*

<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkaar/sundhed/sygehusbenyttelse> - besøgt d. 5 april 2018

Claire Marie Welsh og Anette Sørensen (1998) *Legen ind i sygeplejen til børn*. Dansk Sygeplejeråd

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1998-36/legen-ind-i-sygeplejen-til-boern> - besøgt den 26. marts 2018

Mari Louise Andersen (2014) *Kommunikationen mellem barn og sygeplejerske mangler teoretisk grundlag* Dansk Sygeplejeråd

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-10/kommunikation-mellem-barn-og-sygeplejerske-mangler-teoretisk> - besøgt d. 11 april 2018

Sundhed.dk (2016) *Patienthåndbogen, Visioner og Mål*

<https://www.sundhed.dk/borger/service/om-sundheddk/om-organisationen/visioner-og-maal/> - besøgt d. 10. maj 2018

Janniche, Rikke Museth (2017): *Mangel på leg gør børn mere og mere syge - nu sætter de heltene ind*. Janniche, Rikke Museth

<http://nyheder.tv2.dk/samfund/2017-04-27-mangel-paa-leg-goer-boern-mere-syge-nu-saetter-de-helte-ind> besøgt d.5 april 2018

ARTIKLER/PUBLIKATIONER

Alvesson, Mats (2003) *Methodology for close up studies – struggling with closeness and closure* pp. 46. Higher Education,

Borgnakke, Karen (2006) *Professionaliseringens kønsdiskurs* s. 346-357, Nordisk Pedagogik Vol. 26 Oslo

Bourdieu, Pierre (1989) *Social Space and Symbolic Power* pp. 14-25, Sociological Theory, Vol. 7, No. 1. Published by: American Sociological Association DOI: 10.2307/202060 Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/202060>

David Sloane (2005) “*Not designed merely to heal*”: *Women reformers and the emergence of children’s hospital* pp. 331-354. The Journal of the Gilded Age and Progressive Era Vol. 4., No. 4.

Eichberg, Henning (2015) *Play as production – production as game? Towards a critical phenomenology of productivity*. East Asian Sport thoughts

Haa, Berit Pedersen & Aagaard Hanne (2014) *Hospitalet bliver aldrig et godt sted - kan hospitalsklovne gøre en forskel*. Nordisk sygeplejeforskning · NR 2 – 2014 · Vol. 4 · s. 157–169 · ISSN 1892-2678 © Universitetsforlaget · WWW.IDUNN.NO/TS/NSF

Hohenstein, Jim (Nov 2001) *Pediatric facility improves efficiencies with playful amenities, coordinated care* pp. 38-40. Managed Healthcare Executive; Duluth Vol. 11, Iss. 10,

Karoff, Helle (2013) *Play practices and play moods*, International Journal of Play, DOI: 10.1080/21594937.2013.805650

Katherine Ryan-Bloomer & Catherine Candler (2013) *Playfulness of children at home and in the hospital* pp. 237-253. International Journal of Play, 2:3, DOI: 10.1080/21594937.2013.855383

Johansen, Julie Hejbroch, Lorange, Karoline, Larsen, Trine Lyholm (2017) *Skal vi lege? - en kvalitativ undersøgelse af leg med Nordfyns Kommunes medarbejdere*. Aau Projektbibliotek

Larsen, Kristian (2001) *Med arkitektur som læremester - om praktikuddannelse af sygeplejerskestuderende*. I *Praktikker i uddannelse og erhverv*. Akademisk Forlag 1. udgave. 1. oplag

Larsen, Kristian (2008) *Sundhedsprofessionernes kamp: hvorfor opretholdes status quo over tid? Om stabiliserende faktorer i det medicinske felt* s.295-321. I: K. A. Petersen, & M. Høyen (red.). *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu: æresbog til Staf Callewaert*. 1. udgave, København, Forlaget Hexis.

Larsen, Kristian (2009) *Hospitalet mellem stabilitet og forandring* s. 89-113, i *Akut, Kritisk og kompleks sygepleje, samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver*. 1. udgave, 1. oplag, Munksgaard Danmark, København

Larsen, Kristian (2010) 'Det behandlende hus er blevet sygt'. *Sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb* s. 39-60, i *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*, Red. Helle Timm, Videnscenter for sammenhængende forløb ved professionshøjskolen Metropol

Larsen, Kristian (2012), *Opbrud i medicinen fra 1750-1850: Om positioner, kampe, videnskab og praksis i et medicinsk felt*, 1850 Praktiske grunde 1

Lejf Moos og John Krejsler (2006) *Dominerende diskurser i talen om professioner* Nordisk pædagogik 4/2006

Mroczek, et al. (2005) *Hospital Design and Staff Perceptions: An Explorative Analysis*

Nickelsen, N.C.: Interventionsforskning og forførelse på en barselsgang. *Tidsskrift for ARBEJDSLIV*, 11 årgang, nr. 4, 2009

Tone, Roald og Simo, Kjøppe (2008) *Generalisering i kvalitative metoder* s. 86-89 i *Psyke og Logos*, 29

BØGER

Alvesson, M. og Kärreman, D. (2005) *At arbejde med mysterier og sammenbrud: Empirisk materiale som kritisk samtalepartner i teoriudvikling* s. 121-144. I: Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Hans Reitzels Forlag.

Botin, Lars (2018) *Kroppe i hospitaler, og hospitaler i kroppe - en postfænomenologisk analyse* s. 297-324. I: *Materialitet & Læring*, (red.) Larsen, Kristian og Martinussen, Marie. Hans Reitzels Forlag 1. udgave, 1. oplag.

Bourdieu, Pierre (1984) *Conclusion: classes and classifications* I: *Distinction – A Social Critique of Taste*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.

Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc (1996): *Den reflektive sociologs mål (Chicago seminariet)* I: *Refleksiv Sociologi - mål og midler*. Hans Reitzels Forlag, København

Bourdieu, Pierre (Oversat af Hovmark, H) (1997): *Skitse til videnskab om værker inden for kunst, kultur og videnskab* I: *Af praktiske grunde - omkring teorien om menneskelig handlen*, Hans Reitzels Forlag, 2003, 3. oplag

Bourdieu, Pierre (2007): *Subjektivismens imaginære antropologi, Strukturer, habitus, praksisser og Troen og kroppen, Dominansmåderne* I: *Den praktiske sans*. 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København

Brinkmann, Svend og Kvale, Steinar (2015) *Det kvalitative forskningsinterview som kontekst, Transkription af interview og Forberedelse til interviewanalyse* I: *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, Hans Reitzels Forlag, 3. udgave, 1. oplag

Brinkmann, Svend og Tanggaard Lene (2010) *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode* Af Brinkmann, S. og Tanggaard, L., *Feltarbejde* Af Hastrup, K., *Etik i en kvalitativ verden* Af Brinkmann, S. og *Diskurs* Af Phillips, L. i *Kvalitative metoder – en grundbog*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 5. oplag

Duffin, Jacalyn (2000) *Chapter thirteen. No Baby, No Nation: History of Pediatrics* pp. 303-336. I: *History of Medicine: A Scandalous Short Introduction*, Macmillan Press LTD, London

Glasdam, Stinne (2007) *En diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaes metodeovervejelser s.128-143*. I: *Livshistorieforskning og kvalitative interviews*, Karin Anna Petersen, Stinne Glasdam, Vibeke Lorentzen (red.) Forlaget PUC, 1. udgave, 1. oplag.

Hammerslev, Ole og Hansen, Jens Arnholtz (2009): *Indledning* I: Hammerslev, Ole et. al. (red.): *Refleksiv sociologi i praksis*. Hans Reitzels Forlag, København K

Kvale, Steinar (2013) *Introduction to interview research pp. 1-9*. i *Doing Interviews*. First published 2007, reprinted 2013, Sage Publications Ltd, London

Larsen, Kristian (2005) *Hospitalsarkitektur og social arkitektur* I: *Arkitektur, Krop og Læring*. Hans Reitzels Forlag, København K. 1. udgave, 1. oplag

Larsen, Kristian (2010) *Pierre Bourdieu* I: Andersen, Tanggaard og Timm, Helle: *Sundhedssociologi*. Hans Reitzels Forlag, København K. 1. udgave. 2. oplag

Møller, Jørn (2011) *Euroleg, 121 gamle lege og spil fra Idrætshistorisk Værkstedets Internationale Legepark*, Idrætshistorisk Værkstedets Internationale Legepark

Pedersen, Kaare (2015): *Videnskabsteori i det problemorienterede projektarbejde* I: Olsen, Poul og Pedersen, Kaare: *Problemorienteret projektarbejde*. Samfundslitteratur. 4. udgave

Rasborg, Klaus (2009): *Socialkonstruktivismen* I: Fuglsang, Lars & Bitsch Olsen, Poul: *Videnskabsteori på tværs af fagkulturer og paradigmer i samfundsvidenskaberne*. 2. udgave, 4. oplag, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg

Olsson, Ulf (2009): *Sundhedsoplysning - frigørelse eller manipulation?* s.144-165, kapitel 6. I: *Folkesundhed i et kritisk perspektiv*, Stinne Glasdam (2009). 1. udgave. Dansk Sygeplejeråd

Wilken, Lianne (2014) *Bourdieu's begreber*, kapitel 2. I: Bourdieu for begyndere. 2. udgave. 3. oplag. Samfundslitteratur