

HELSEFREMMENTENDE ARBEID SOM ”DET LILLE EKSTRA”

En kvalitativ studie av hva helsefremmende arbeid
betyr for helsesøstre.

Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag
Spesialfag: Helsepsykologi/Helsefremmende arbeid

Marit Alstveit

11. mars 2002

Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet
Senter for etter- og videreutdanning
Universitetet i Bergen

FORORD

Arbeidet med denne hovedfagsoppgaven har vært lærerikt, spennende og utfordrende.

Lærerikt, fordi jeg har fått mulighet til å gå i dybden av et tema som interesserer meg.

Jeg har fått erfare forskningsprosessen, og hvordan de ulike fasene utfordrer en som forsker.

For meg er det en ny praksiskunnskap.

Spennende, fordi jeg har fått innblikk i andres tanker og beskrivelser, praktikere og teoretikere. Jeg føler meg privilegert som har fått denne muligheten til å lese, lytte til, og analysere andres meninger.

Utfordrende, fordi arbeidet har strukket seg over lang tid. Forskningsprosessen har i seg selv vært utfordrende, samtidig har jeg hatt andre oppgaver å ivareta overfor studenter og familie.

Jeg takker dere informanter som velvillig har delt av deres synspunkter, uten dere hadde det ikke blitt denne oppgaven. Jeg takker dere mine kolleger som har vist interesse for arbeidet, vært behjelpelige med gode råd og støttet meg mentalt. Jeg takker også min familie og barn som har holdt ut med meg når jeg til tider har vært ”opptatt” av studiet. Jeg gleder meg til nå å kunne engasjere meg i større grad i arbeidet overfor studenter og kolleger, men også til å nyte fritiden sammen med familie og venner.

En spesiell takk skylder jeg deg Berit Viken, som har veiledet meg og gitt meg fruktbare bidrag underveis i prosessen med denne hovedfagsoppgaven. Du har vært meget imøtekommende. Takk !

Stavanger, den 11.03.02

Marit Alstveit

INNHALDSFORTEGNELSE:

HELSEFREMMEDE ARBEID SOM	1
”DET LILLE EKSTRA”	1
SAMMENDRAG	5
1.0 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR STUDIEN.....	6
1.1 Studiens problemstilling.....	7
1.2 Studiens avgrensning.....	8
1.3 Studiens hensikt.....	8
1.4 Oppgavens oppbygning.....	9
2.0 RAMMER FOR HELSESØSTERS ARBEID.....	9
2.1 Statlige føringer for helsesøstertjenesten	10
2.2 Foreldreveiledningsprogrammet	14
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	15
3.1 Nasjonalt.....	15
3.2 Internasjonalt.....	17
4.0 TEORETISK REFERANSERAMME	21
4.1 Helsefremmende arbeid.....	21
4.1.1 Den helsefremmende strategien	21
4.1.2 Utgangspunktet for det helsefremmende arbeidet.....	23
4.1.3 Helsefremmende arbeid i norsk helsepolitikk.....	25
4.1.4 Diskurser om det helsefremmende arbeidets mål	26
4.1.5 Sentrale verdier i det helsefremmende arbeidet	28
4.2 Meningsdannelse.....	34
4.2.1 Helsesøsters kunnskapsgrunnlag	35
4.2.2 Perspektiv for kunnskapsutvikling.....	36
5.0 DEN METODOLOGISKE PROSESSEN	40
5.1 Kunnskapsyn og bakgrunn for valg av metode.....	40
5.1.1 Forskningsintervjuet som produksjon av empirisk materiale	42
5.1.2 Å starte forskningsarbeidet med utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv.....	43
5.1.3 Å gjøre en hermeneutisk fortolkning av det empiriske materialet.....	45
5.2 Den praktiske gjennomføringen	47
5.2.1 Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene.....	47
5.2.2 Analyse av de transkriberte intervjuene.....	50
5.2.3 Utvalgskriterier og prosedyre.....	51
5.3 Forskningsetiske overveielser	53
5.4 Studiens troverdighet.....	54
5.4.1 Reliabilitet	54
5.4.2 Validitet.....	56
5.4.3 Generalisering	58
6.0 PRESENTASJON AV DET EMPIRISK MATERIALET	58
6.1 Hva helsesøstre vektlegger i sin yrkesutøvelse	59
6.1.1 ”Når de har vært på helsestasjonen skal de gå ut og være litt løftet”.....	60
6.1.2 ”Jeg er i skolen for å hjelpe de”	65
6.1.3 ”Dersom vi samarbeider kan vi gjøre mer”.....	70
6.1.4 ”De har så mye å snakke om at vi ikke får gjort alt vi skal”	74
6.2 Hva helsesøstre sier om helsefremmende arbeid	78
6.2.1”Helsefremmende arbeid er “det lille ekstra” ”.....	79
6.2.2 Måtene en gjør det på –” de går jo veldig i hverandre”	81

6.3 Hvordan helsesøsterrollen oppleves.....	85
6.3.1 ”Jeg vil både være og ikke være ekspert”	86
6.3.2 ”Jeg står hele tiden oppi situasjoner [...] så da lærer jeg”	90
6.4 Oppsummering	93
7.0 DRØFTING.....	95
7.1 Helsefremmende arbeid i yrkesutøvelsen – en konflikt mellom ulike verdier	96
7.1.1 Helse - som velbefinnende eller fravær av sykdom	96
7.1.2 Fokus på ressurser eller problemer.....	97
7.1.3 Støttende miljø, tillit og dialog.....	99
7.1.4 Helseopplysning - noe en ”må” eller for å utvikle personlige ferdigheter.....	101
7.1.5 Med utgangspunkt i brukerne eller likhet i tilbudet	104
7.1.6 Et individ- eller miljøperspektiv	106
7.1.7 Samarbeid på tvers av sektorer - om eller med brukerne	108
7.2 Helsefremmende arbeid som ”det lille ekstra”	109
7.3 Å være profesjonell - en vanskelig balansegang	113
7.4 Erfaringens betydning for forståelse av det helsefremmende arbeidet	117
7.5 Oppsummering	122
7.0 AVSLUTNING	123
REFERANSER	125
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	132
Vedlegg nr 2: Forespørsel om intervju til helsesøstre	133
Vedlegg nr 3: Forespørsmål til ledende helsesøster	135
Vedlegg nr 4: Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	137

SAMMENDRAG

Tema for denne studien er helsesøstrenes forhold til det helsefremmende arbeidet. Det helsefremmende arbeidet beskrives i helsepolitiske dokumenter og i faglige veiledere som noe ”nytt” og annet enn det sykdomsforebyggende arbeidet.

Studiens hensikt er å få frem hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøstrene og hva som er med på å gi begrepet meningsinnhold. Å løfte frem en yrkesgruppes meningsinnhold av helsefremmende arbeid kan øke denne yrkesgruppens bevissthet om arbeidet og peke på forhold som har betydning for endring av praksis.

I studien er det brukt en kvalitativ tilnærming. Datamaterialet er innsamlet ved hjelp av forskningsintervju av syv helsesøstre. Datainnsamlingen er foretatt i lys av et fenomenologisk perspektiv mens det ved analyse av datamaterialet er gjort en hermeneutisk fortolkning. Fortolkningen er gjort i lys av teori om det helsefremmende arbeidet, dets ideologi og verdier, samt ulike perspektiv på kunnskapsutvikling.

Funnene fra studien viser at helsesøstrene beskriver helsefremmende arbeid relatert til enkeltindividet. Konsekvenser av arbeidet er relatert til dialogen med brukerne, hvor helsesøster vektlegger brukernes kompetanse, og gir positiv tilbakemelding på det brukerne kan. Flere av helsesøstrene ser helsefremmende arbeid som en fortsettelse av det sykdomsforebyggende arbeidet. Selv om helsesøstrene ikke beskriver konflikter i arbeidet, refererer de til ulike og motstridende verdier for yrkesutøvelsen.

Samtidig viser studien at de praktiske situasjonene er viktige for helsesøstrenes læring. Dette understøtter at helsesøstrene beskriver det helsefremmende arbeidet som bare å omfatte deler av den helsefremmende ideologien. Dersom den helsefremmende ideologien skal ha konsekvenser for praksis og bli oppfattet som noe annet enn det sykdomsforebyggende arbeidet, trengs det en annen kunnskapsoverføring enn den som vektlegges av yrkesutøverne i dag.

1.0 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR STUDIEN

De siste tiår av forrige århundre ble helsefremmende arbeid satt på dagsorden i norsk helsepolitikk. Dette kommer blant annet til syne i Norges offentlige utredninger (NOU) 1991:10, ”Flere gode leveår for alle” (Sosialdepartementet, 1991) og Stortingsmelding nr.37 1992 –93, ”Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid” (Sosialdepartementet, 1993). I disse dokumentene stilles det forventninger til at helsetjenesten skal drive helsefremmende arbeid.

Helsesøstertjenesten er en del av kommunens helsetjeneste. Retningslinjene som styrer helsesøstertjenesten sier at tjenesten har et ansvar i forhold til å fremme helse og forebygge sykdom blant barn og unge i kommunen (Sosial- og helsedepartementet, 1983). I dette arbeidet omtales helsefremmende arbeid som en del av en helhetlig strategi. De tidligere nevnte helsepolitiske dokumentene beskriver helsefremmende arbeid som noe annet enn forebyggende arbeid. Det helsefremmende arbeidet omtales som arbeid for å bedre enkeltindividenes livskvalitet og befolkningens helse. Det forebyggende arbeidet omtales som arbeid for å redusere risikofaktorer og hindre at sykdom oppstår. Jeg stiller spørsmålet om helsesøstrene ser på helsefremmende arbeid som noe annet enn forebyggende arbeid. Dette reiser også spørsmål om hvordan overordnede helsepolitiske dokumenter og ideologier implementeres og har betydning for praksis. I forhold til den helsefremmende ideologien skrev psykologen Leif Edvard Aarø i 1994 at ”denne”:

er utviklet av personer som står svært fjernt fra arbeidet i helsesektoren og i det helsefremmende arbeidet som finner sted i fylker, kommuner og lokalsamfunn[...]. Ideologien er mer et produkt av abstrakt tenkning enn et svar på de praktiske utfordringene. En slik ideologi er av begrenset verdi for dem som er engasjert i det praktiske forebyggende arbeidet (Aarø, 1994, s57).

Som helsesøster, utdannet i 1985, kan jeg ikke huske at begreper som helse eller helsefremmende arbeid ble problematisert i utdannelsen. I mitt yrkesaktive liv har det vært en utfordring for meg å forstå hva den helsefremmende ideologien og arbeidet er, og hvilken betydning det har for min praksis. Dette spørsmålet har fulgt meg også i mitt arbeid som lærer

for helsesøsterstudenter. I lærerrollen har jeg fått tilgang til litteratur om helsefremmende arbeid, samtidig som jeg er fjernere fra praksis og de prosesser som foregår der.

Fra mitt kjennskap til helsesøstre vet jeg at helsefremmende arbeid blir brukt som begrep om arbeidet de gjør. Da dette begrepet har hatt et diffust innhold for meg, har jeg stilt spørsmål ved hva den praktiserende helsesøsteren legger i helsefremmende arbeid. Har hun et klarere innhold på begrepet, eller er min egen famling representativ for helsesøstrene? Dersom helsepolitiske myndigheter beskriver helsefremmende arbeid som noe annet enn forebyggende arbeid uten at dette oppfattes i praksis, vil iverksettingen av politikken bli ufullstendig og målsettingene ikke kunne nås. På den andre siden, dersom helsesøstrene sier de gjør helsefremmende arbeid, men ikke slik helsepolitiske retningslinjer og/ eller ideologien beskriver det, kan det dannes en annerledes oppfatning av hva helsefremmende arbeid er. Ulike oppfatninger blant partene som har ansvar for det helsefremmende arbeidet, vil kunne redusere målsettingene i det helsefremmende arbeidet.

Min egen oppfatning før denne studien, var at helsesøstrene relaterte helsefremmende arbeid til det å vektlegge positive faktorer hos det enkelte individet. Samtidig som noen helsesøstre så på helsefremmende arbeid som å samarbeide med lærere i forhold til et godt fysisk og sosialt miljø for elevene på skolen og å legge til rette for sosiale møtesteder for mødre på helsestasjonen.

1.1 Studiens problemstilling

Med bakgrunn i ovennevnte tanker, utformet jeg følgende problemstilling:

Hva betyr helsefremmende arbeid for helsesøster?

Dette ble knyttet til følgende spørsmål:

- Hvilket meningsinnhold legger helsesøster i helsefremmende arbeid?
- Hvordan blir meningsinnholdet dannet?
- Hvordan ser hun på sin egen rolle i det helsefremmende arbeidet?

1.2 Studiens avgrensning

Helsesøster kan ha flere oppgaver i kommunen relatert til forebyggende arbeid, men hovedvekten av arbeidet er knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøstres syn på helsefremmende arbeid har jeg relatert til begge disse områdene for å få et mest mulig sammensatt bilde av hva helsesøster legger i helsefremmende arbeid.

Studiens hovedfokus er å få frem helsesøstrenes beskrivelser av helsefremmende arbeid. Dette er gjort gjennom helsesøstrenes beskrivelser av egen praksis for å se hvordan det helsefremmende arbeidet er en del av denne. Helsesøstrenes egne beskrivelser av hva de legger i helsefremmende arbeid løftes frem. Flere norske studier blant annet evalueringer fra Samlet plan (Andrews, 1995), har vært opptatt av å evaluere deler av det arbeidet helsesøstrene gjør, og vurdere dette i forhold til om det har skjedd en endring i retning mot mer helsefremmende arbeid. Mitt spørsmål er mer rettet mot helsesøstrenes tenkning omkring begrepet, og hva som har betydning for dannelsen av meningsinnholdet i dette begrepet.

Det helsefremmende arbeidet kan synes å være altomfattende. Mange spørsmål stilles ved presentasjon av en ”ny” ideologi og strategi, hva er ideene og idealene, og hvordan gå frem for nå ideologiens mål. Det omhandler også hvordan ideologien og strategien kan eller skal forstås. Studiens vil primært ikke diskutere dette, men heller ha fokus på idealer og verdier som er grunnlaget for tenkningen omkring helsefremmende arbeid.

1.3 Studiens hensikt

Studiens hensikten er først og fremst å få innsikt i helsesøsterens meningsinnhold av begrepet helsefremmende arbeid. Dette vil kunne bidra til å sette fokus på helsefremmende arbeid blant helsesøstrene, og til økt bevissthet omkring eget arbeid. Samtidig kan en større innsikt i helsesøstrenes syn på helsefremmende arbeid ha betydning for andre yrkesgrupper, det vil si hvordan nye tanker eller politiske føringer influerer på praksis.

1.4 Oppgavens oppbygning

I oppgavens første del, det andre kapitlet, vil jeg presentere rammene for helsesøsters arbeid. Dette får en relativt grundig omtale da rammene er med på å påvirke helsesøsters meningsdannelse. Dette blir en referansebakgrunn til drøftingsdelen av oppgaven. I det tredje kapitlet presenteres nasjonale og internasjonale studier som kan belyse problemstillingen. Deretter, i kapittel fire, presenteres teori knyttet til problemstillingen. Dette er teori om helsefremmende arbeid og teori om kunnskapsutvikling. Begge disse områdene har betydning for hvordan helsefremmende arbeid oppfattes av helsesøster, og er et viktig grunnlag for drøfting av mine funn.

I kapittel fem omtales den metodologiske prosessen for min undersøkelse. Et arbeid som starter med et fenomenologisk utgangspunkt og intervju, og som ender med en hermeneutisk fortolkning av funnene.

I den siste delen av oppgaven analyseres og drøftes funnene. I kapittel seks presenteres funnene ut i fra en kontekst av selvforståelse og ”common sense.” Materialet som presenteres, danner grunnlag for de diskusjonene studien rommer. Drøfting av funnene i relasjon til oppgavens første del, den teoretiske referanserammen, foretas i kapittel syv.

I oppgavens avslutning, kapittel åtte, reflekterer jeg over egen læring med hensyn til studiens problemstilling og fremgangsmåte. Samtidig tar jeg opp spørsmål som kan være interessante å belyse i senere studier.

2.0 RAMMER FOR HELSESØSTERS ARBEID

For å forstå hva helsesøstrene sier at helsefremmende arbeid er, og hvilken betydning de legger i dette begrepet, er det relevant å se dette i sammenheng med deres yrkesfaglige hverdag. Denne hverdagen er styrt av ulike krav og forventninger. De mest sentrale forventninger stilles fra staten gjennom forskrifter, retningslinjer og veiledere, men også gjennom statens satsingsområder knyttet til den målgruppen helsesøster arbeider med. Her har

jeg valgt å ta med statens satsing på foreldreveiledning fordi flere av helsesøstrene refererer til denne når de beskriver sitt arbeid.

2.1 Statlige føringer for helsesøstertjenesten

Gjennom Lov om helsetjenester i kommunene av 1982, er kommunene pålagt å ha en helsesøstertjeneste for å ivareta helsestasjonsvirksomheten og helsetjenester i skolene. Forskriftene som regulerer disse tjenestene er Forskrifter om helsetjenester i skoler (Sosial- og helsedepartementet, 1983) og Forskrift om helsestasjonsvirksomhet (Sosial- og helsedepartementet, 1983). I Forskrift om helsetjenester i skoler, sies det at ”skolehelse-tjenesten skal arbeide for å fremme elevens totale helse og forebygge sykdom.” I Forskrift om helsestasjonsvirksomhet sies det at ”helsestasjonens formål er å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse.” Tjenestene gir et frivillig tilbud til alle barn og ungdom fra null til tjue år og deres foreldre. Intensjonen er å gi et ”lavterskel” tilbud som brukerne ønsker å benytte seg av, og som omfatter arbeid med å bedre oppvekstforholdene for alle barn (Helsedirektoratet, 1990). I den følgende del av oppgaven omtales foreldre, barn og elever som brukere av helsestasjons- eller skolehelsetjenesten.

I 1998 utarbeidet Statens helsetilsyn en veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten basert på gjeldene regelverk. Denne blir heretter i oppgaven betegnet som Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998). I Veilederens innledning sies det at dens intensjon er å bidra til å definere det faglige innholdet i tjenesten og følge opp regelverkets krav til forsvarlig virksomhet. Dette vil etter Helsetilsynets syn, også føre til større likhet i tilbudet. I Veilederens forord skriver Helsedirektøren at det er behov for en vektforskyvning i tjenesten fra problemorientert til ressursorientert og fra individ- til grupperettet arbeid. Samt at det er behov for en endring av den profesjonelles rolle som ekspert mot en større grad av medvirkning fra brukeren. Helsedirektøren setter med dette Veilederen inn i et helsefremmende perspektiv. Den helsefremmende strategien beskrives til å være ressursorientert, til å bygge på ressurser hos barn og unge, blant foreldre og i lokalsamfunnet. Den sykdomsforebyggende strategien beskrives som problemorientert og opptatt av å identifisere risikofaktorer. (Statens helsetilsyn 1998). Veilederen erstatter tidligere håndbøker for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I håndbok for skolehelsetjenesten, Forebyggende helsearbeid i skolen (Grimsmo, 1989), er arbeid med flerfaglighet og trygge miljøer omtalt. I helsestasjonstjenestens håndbok,

Helsestasjonsboka (Heian & Misvær, 1989), poengteres det at konsultasjonen med foreldre og barn på helsestasjonen skal ta utgangspunkt i foreldrenes behov og gi positive tilbakemeldinger til foreldrene. I Helsestasjonsboka nevnes helsefremmende arbeid i relasjon til tverrfaglig samarbeid og habilitering av barn. Den helsefremmende strategien og endring i den profesjonelles rolle omtales ikke i disse bøkene.

I Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) omtales det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet som to ulike tilnæringsmåter, som det i praksis er vanskelig å trekke noen klare grenser mellom. Veilederen omtaler også disse to strategiene i samme metodekapittel. Strategier omtales av Veilederen som å gi retning, hvordan en bør gå frem for å nå et mål, mens metoder omtales som verktøy for å nå målet. Som metoder for arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fremholder Veilederen konsultasjonen, nettverksarbeid, brukermedvirkning, tverrfaglig arbeid og dokumentasjon.

Veilederen sier at i hovedsak er arbeidet på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten organisert gjennom avtalte individuelle - eller gruppekonsultasjoner med brukerne. I konsultasjonene tilbys et planlagt program for helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner. I tillegg til de planlagte konsultasjonene kommer de konsultasjonene brukerne selv tar initiativ til. For skolehelsetjenesten omtales individuell veiledning som et ”Åpen dør” prinsipp for oppfølging av elever med særskilte behov. Konsultasjonene tilbys i praksis innenfor en gitt tidsramme.

For veiledning og helseopplysning foreslår Veilederen ulike tema helsetjenesten kan ta opp i konsultasjonene. Samspill og tilknytning, ulykker og skader, ernæring, allergi, rus og tobakk, samliv og seksualitet nevnes. Helseundersøkelser beskrives av Veilederen som å utgjøre en liten del av helsestasjons- og skolehelsetjenestens virksomhet. Undersøkelsene kan være med å identifisere sykdom og problemer. Både på helsestasjonen og i skolen er det et fastlagt

program for undersøkelser av barnet/ eleven. Dette omfatter screening¹ undersøkelser av alle barn/ elevene på bestemte klassetrinn og målrettede² undersøkelser i forhold til det enkelte barn eller den enkelte eleven. Etter Lov om helsetjenester i kommunene (Sosial- og helsedepartementet, 1982), har barn rett på helsekontroller som foreldrene skal medvirke til å ivareta. Helsekontrollene behøver imidlertid ikke å være ved helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten. Helsesøster har imidlertid plikt etter Lov om barnevernstjenester, å melde fra til barnevernet når hun blir kjent med at barn/ elever blir utsatt for grov omsorgssvikt (Barne og familiedepartementet, 1993).

For helsestasjonstjenesten beskriver Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) ulike typer gruppevirksomhet som viktig for å skape et bedre sosialt nettverk i lokalmiljøet, og for at gruppedeltakerne skal få utveksle erfaringer og kunnskaper. Gjennom økt innsikt og gjensidig støtte kan foreldrenes rolle og omsorgsevne styrkes. Helsepersonells kjennskap til nærmiljøets muligheter og begrensninger nevnes som viktig for å danne seg et bilde av, og dermed kunne arbeide med brukernes nettverk. I skolehelsetjenesten relaterer Veilederen nettverksarbeid og gruppearbeid til helseopplysningsarbeid og sier at dette må ses i sammenheng med skolens undervisningsplaner. Barn og unge skal få dele opplevelser og øke sine kunnskaper om hvordan de kan mestre ulike situasjoner og problemer. I gruppen kan eleven utvikle bevissthet om egne meninger og øke sin evne til å formidle meninger.

Veilederen vektlegger brukermedvirkning av foreldrene og eleven. Helsetjenesten skal tilrettelegges slik at brukerne erverver ny kunnskap og nye ferdigheter, og derigjennom få økt kontroll over faktorer som påvirker helsen. Veilederen beskriver at dette innbefatter økt medvirkning i planlegging og gjennomføring av helsetjenestens tilbud. Blant tiltak som vil stimulere til økt brukermedvirkning nevnes gruppevirksomhet og Statens foreldreveiledningsprogram. Ekspertrollen skal nedtones, og helsepersonell skal i større grad bistå foreldrene til å finne egne løsninger og involvere elever i forhold som påvirker deres helse.

¹ Screening undersøkelse: ”Rutinemessig standardisert undersøkelse av en hel befolkningsgruppe ved hjelp av på forhånd utvalgt(e) undersøkelsesmetoder[...].Formålet er å kartlegge høy risiko; finne tegn eller symptomer på sykdom eller medfødt feil for å skille ut dem som muligens kan få eller har en sykdom fra dem som muligens ikke får eller har sykdom (Statens helsetilsyn, Utredningsserie 1-98, s13)

²Målrettede undersøkelser: ”Helseundersøkelse av den enkelte hvor innholdet bestemmes individuelt av opplysninger som finnes eller fremkommer under undersøkelsen om den enkeltes bakgrunn, tidligere og nåværende helsetilstand. [...] Formålet med målrettede helseundersøkelser er individuell tilpasning til behov og risiko” (Statens helsetilsyn, Utredningsserie 1-98, s15).

I Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) understrekes betydningen av og forpliktelse til, samarbeid. Tverrfaglig samarbeid omtales som et nøkkelord i det helsefremmende arbeidet uten at Veilederen går nærmere inn på dette. I Forskrift om helsestasjonsvirksomhet (Sosial og helse departementet, 1983) sies det at helsestasjonen skal ha samarbeidsrutiner med andre aktuelle kommunale tjenester. Personell på helsestasjonen skal bestå av helsesøster, lege og jordmor. Ofte er det legen og helsesøster som sammen ivaretar konsultasjonene for småbarn og førskolebarn. Personell i skolehelsetjenesten er oftest helsesøster og skolelege. I Forskrift om helsetjenester i skoler (Sosial og helse departementet, 1983) sies det at tjenesten skal samarbeide med hjem, skole og det øvrige hjelpeapparatet i samfunnet. I skolehelsetjenesten er legen den medisinske faglig ansvarlige og en naturlig samarbeidspart for helsesøster.

For å sikre helsetjenestens virksomhet og oppfølging av planlagte tiltak, har helsetjenesten plikt til journalføring. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det utarbeidet en egen journal til oppfølging av det enkelte barn. Den skal medvirke til å sikre barnet/ eleven et forsvarlig faglig tilbud. Helsedirektøren skriver i innledningen til Veiledning i Journalføring for helsestasjons- og skolehelsetjenesten at veiledningsmaterialet beskriver ”en praksis eller en fremgangsmåte som er basert på allment aksepterte faglige normer. Helsetilsynet gir på denne måten signaler om hva som er faglig forsvarlig etter helselovgivningen” (Statens helsetilsyn, 1999, s 4). I Veiledning i Journalføring sies det at ved hjelp av journalen ”skal det være mulig å bedømme om opplysninger er innhentet, helseundersøkelser er gjennomført, helseopplysning/ veiledning er gitt og om andre tiltak er foreslått/gjennomført” (Statens helsetilsyn, 1999, s12). Veiledning i Journalføring viser til Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I journalen er det listet opp temaer/forhold ³ helsesøster skal kartlegge og ta opp med foreldrene. Kartleggingen skal baseres på foreldrenes inntrykk av barnet og helsepersonellens observasjoner av barnet. Imidlertid presiseres det i Veiledning i Journalføring at ”for å fremme brukermedvirkning bør konsultasjonen starte med å gi de foresatte anledning til å ta opp problemstillinger/tema ut fra egne behov” (Statens helsetilsyn, 1999, s16). Foreldrenes ansvar for sine barn og helsepersonellens støttende rolle i forhold til familien poengteres.

³ For helsestasjonstjenesten: syn, hørsel, vekt, lengde, hodeomkrets, helsetilstand, amming, kosthold, tannhelse samspill/tilknytning, utvikling/atferd, motorikk, språk, hjemmemiljø, familiesituasjon/sosialt nettverk, ulykker/skader. For skolehelsetjenesten: helsetilstand, utvikling/atferd, familiesituasjon, sosialt nettverk kosthold, fritidsaktiviteter, tobakk, rusmidler, skolemiljø, ulykker/skader, samliv/ seksualitet (Statens helsetilsyn, 1999, s 16 & s 20), kosthold, fritidsaktiviteter, tobakk, rusmidler, skolemiljø, ulykker/skader, samliv/ seksualitet (Statens helsetilsyn, 1999, s 16 & s 20)

2.2 Foreldreveiledningsprogrammet

I 1995 introduserte Barne- og familiedepartementet (BFD) og Sosial- og helsedepartementet (SHD) foreldreveiledning som satsingsområde (Rundskriv Q- 5/95). Departementenes intensjon var å styrke foreldreveiledningen på ulike arenaer. Det ble iverksatt et statlig program for opplæring av ulike faggrupper som arbeidet med foreldre og barn i kommunene, også kalt Foreldreveiledningsprogrammet. Flere tverrfaglige kurs om foreldreveiledning ble gjennomført. Dette var med på å understreke betydningen av en tverrfaglig og tverretattlig tilnærming i arbeidet.

Foreldreveiledningen representerte en ny og ressursorientert tilnæringsform, med mål ” å støtte og styrke foreldrene i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner for egne barn” (BFD & SHD, 1995, s 3). Departementene skriver at fagpersonene skal ta utgangspunkt i foreldrenes ressurser og behov, slik at foreldrene kan stole på sin egen betydning, intuisjon og følelser i samhandling med barna. Fagpersonene skal være ”ressurspersoner som setter foreldrene på sporet til løsninger av aktuelle problemstillinger, men hvor rammen er foreldrenes egne opplevelser, erfaringer og mestringsstrategier der nytt potensiale blir hentet fram og styrket” (BFD & SHD, 1995, s 6). Departementenes intensjon er at foreldreveiledningen i størst mulig grad skal utformes på foreldrenes premisser og ved hjelp av kommunens egne ressurser, eksempelvis helsestasjonene.

Til hjelp i veiledning av foreldrene utviklet staten en del materiell for personellet i kommunen. Litteratur, brosjyrer og videoer ble distribuert. Mange av helsesøstrene utdannet seg innen ulike metoder for foreldreveiledning. Blant helsesøstrene i min studie, hadde vel halvparten gjennomgått spesiell opplæring i foreldreveiledning. Prinsippene fra foreldreveiledningsprogrammet ble også innarbeidet i tidligere omtalte Veileder.

3.0 TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet presenteres norske og internasjonale undersøkelser som er relevante i forhold til min problemstilling. De fleste av studiene er knyttet til helsefremmende arbeid og yrkesgrupper i helsetjenesten på lokalt nivå, som er sammenlignbare med helsesøstre. Jeg har også valgt å ta med en undersøkelse som setter fokus på læring etter endt utdanning. Den er foretatt blant svenske sykepleiere i sykehus, men overførbar i forhold til å belyse læring og meningsdannelse hos utdannede helsesøstre. Enkelte av artiklene om helsefremmende arbeid, tar også opp behovet for opplæring i forhold til det å endre praksis.

3.1 Nasjonalt

Det er særlig fire undersøkelser fra Norge som jeg finner interessante i forhold til helsesøstre og helsefremmende arbeid. Den første undersøkelsen tar opp at helsesøstrene inkluderer helsefremmende arbeid i sitt arbeid. Den andre studien er en evaluering av Samlet plan prosjekter. I studien hevdes det at helsesøstrene er preget av en tradisjonell sykdomsforebyggende tenkning. I likhet med den første undersøkelsen, etterlyser studien de helsepolitiske myndighetenes rolle. Den tredje undersøkelsen diskuterer noen konsekvenser det helsefremmende arbeidet har hatt for helsesøster i forhold til forventninger til egen rolle. Den siste av de norske undersøkelsene, beskriver helsestasjonsvirksomheten som sentralstyrt, ”frikoblet” fra sin lokale kontekst.

Den første undersøkelsen er av Trond Hatling (1991). Han tar i sin undersøkelse opp helseprofesjonenes forhold til forebyggende arbeid og de signaler som gis fra helsepolitiske myndigheter. Undersøkelsen er basert på en analyse av intervju med yrkesutøvere innen tre helseprofesjoner: leger, hjemmesykepleiere og helsesøstre, i syv landkommuner. Han hevder at det gis motstridende helsepolitiske signaler fra sentrale myndigheter. Dette kan medføre at den enkelte helsearbeider selv må tolke de mange uklare og motstridende signaler om hva forebyggende helsearbeid er. Undersøkelsen viser at helsearbeiderne stort sett ser på seg selv som eksperter. Bare helsesøstrene inkluderer helsefremmende arbeid i sin definisjon av forebyggende helsearbeid. Det å endre sine oppgaver i forebyggende retning hevder Hatling krever høy bevissthet hos den enkelte helsearbeider og etterlyser at de helsepolitiske myndighetene går inn med opplæring på dette feltet.

Den andre studien er en evaluering foretatt av Therese Andrews (1995). Hun har evaluert prosjekter fra Helsedirektoratets "Samlet plan" (1989 – 1991). "Samlet plan" var en statlig stimulering overfor det lokale helsevesenet til å sett i gang utviklingsprosjekter innen forebyggende helsearbeid. Andrews evaluerte prosjekter der helsesøster var initiativtaker og helsestasjonen var involvert. Hun skriver at de aller fleste prosjektene helsesøstrene deltok i, tok opp individrettet forebyggende arbeid. Prosjektene skilte seg lite fra det hun kaller det tradisjonelle forebyggende arbeidet, tematisk og metodisk. Prosjektene hadde elementer av både kontroll og helseopplysning. Lokalbefolkningen var lite involvert. Hun skriver at en omlegging av arbeidet til helsesøstret i retning av det som ideologien i Ottawacharteret anviser, krever litt mer enn statlig finansieringsstøtte.

I den tredje studien belyser Therese Andrews (1999) dilemma og forventninger helsesøster står overfor i utførelse av sin rolle knyttet til helsefremmende arbeid og empowerment. Studien er basert på intervju med tredeve helsesøstre. Andrews utgangspunkt er at helsesøstrenes tilnærming til mor - barn omsorgen på helsestasjonen er influert av den internasjonale debatten knyttet til forebyggende helsearbeid og WHO's ideologi, Helse for alle innen år 2000. Helsesøstrene har en forestilling om at rett yrkesutøvelse er å innta en ikke - ekspert rolle. Imidlertid opplever helsesøstrene forventninger fra foreldrene om å få svar på dagligdagse spørsmål. For helsesøstrene er det lettest å gi eksakte svar til foreldrene, men dette strider mot deres oppfatning av profesjonelle regler og normer. Helsesøstrene er lite villige til å si noe om hva som er rett eller galt i barneomsorgen, flere har en oppfatning av at det ikke finnes en eksakt kunnskap på dette feltet. Foreldrene må selv finne ut hva som passer best for dem. Foreldrene blir sett på som eksperter på egne barn. Denne problematikken tar Andrews også opp i forhold til helsesøsters kontrollfunksjon, å avdekke avvik fra normalen og melde til barnevernet ved omsorgssvikt. Helsesøstrene beskriver barneoppdragelse som foreldrenes ansvar. Samtidig har de som profesjon, et ansvar for å kontrollere at barna har det bra. Helsesøstrene synes dette er et dilemma, men gjør ikke sin kontrollfunksjon til et tema overfor foreldrene. De har vanskelig for å gi beskjed til foreldrene når de ser noe som ikke passer med deres bilde av hva som er riktig, hvordan gode foreldre skal oppføre seg. Denne balansegangen mellom å unngå at barnet lider nød og å miste foreldrenes tillit beskriver helsesøstrene som vanskelig.

Andrews diskuterer ikke helsesøstrenes oppfattelse av empowerment. Imidlertid hevder hun at ideologien bak empowerment og en uklar beskrivelse av hvordan gjøre brukeren i stand til å

utnytte sitt helsepotensial (enabling), gir helsesøstrene en “dårlig” følelse og en usikkerhet i forhold til egen rolle. Andrews skriver at den tradisjonelle rollen som ekspert, samsvarer bedre med brukernes forventninger til helsesøster. Imidlertid hevder hun at en rolle “midt i mellom,” “a mix of practice,” kunne være hensiktsmessig, en rolle både som “expert” og som “enabler.” Kunnskapstilførsel vil gi foreldrene større sikkerhet i utøvelse av foreldrerollen. Samtidig får helsesøstrene mange spørsmål som det ikke finnes eksakte svar på. Spørsmål som de underforstått kan forstå og diskutere fordi de fleste helsesøstrene også er kvinner og mødre, som innehar både teoretisk og praktisk kunnskap. Andrews argumenterer i artikkelen for at i stedet for å avstå fra å gi eksakte råd, bør helsesøstrene være åpne for en reflektert praksis, i en kritisk dialog som kan medvirke til kvalitetsutvikling av praksis.

Den fjerde studien er en kartlegging gjort av Beinta í Jákupsstovu og Turid Aarseth (1996). Kartleggingen beskriver kommunenes status i forebyggende helsearbeid for barn i starten på 1990-årene. Jákupsstovu og Aarseth var spesielt opptatt av å studere helsestasjonsvirksomheten i en lokal kontekst. Undersøkelsen bygger på intervjuer fra tre kommuner og representanter fra ansatte ved helsestasjoner, samarbeidsparter til helsestasjonene og politisk og administrativ ledelse. I rapporten skilles det mellom tre idealtyper helsestasjoner: servicestasjon, overvåkingsstasjon og samordningsentral. De peker på at helsesøsterrollen har skiftet over tid og at medvirkende faktorer til dette kan være helsesøstrenes utdanning. Relatert til helsestasjonens kontekst, hevder de at helsestasjonsvirksomheten drives i et mer lukket system enn dagens politiske målsettinger legger opp til. De skriver at det kan synes som om helsestasjonene opererer ”frikoblet” fra det kommunale nivået, og at helsesøstrene først og fremst er opptatt av å ivareta nasjonale målsettinger.

3.2 Internasjonalt

Bakgrunnen for at jeg søkte i internasjonale studier, var at det kunne synes som om det helsefremmende arbeidet var kommet lengre i andre land. Det var her mange studier som omhandlet prosjekter og helsefremming ved sykdom. Imidlertid var det særlig to undersøkelser jeg fant interessante knyttet til mine forskningsspørsmål. Den ene er fra Canada, hvor det kan synes som om helsefremmende tenkning over lang tid, har hatt konsekvenser for praksis. Det var også Canadas helseminister Laponte, som i sin tid var med og utformet Ottawacharteret. Undersøkelsen fra Canada beskriver to typer praksis blant public

health nurses/ helsesøstre. Den ene typen praksis er influert av et medisinsk paradigme mens den andre typen praksis skyldes ”a new public health” paradigme, på norsk den helsefremmende strategien. Den andre undersøkelsen er fra England og beskriver helsefremmende arbeid blant sykepleiere og health visitor/ helsesøstre i førstelinjetjenesten. Denne artikkelen tar også opp behov for opplæring for å få en endring mot mer helsefremmende aktiviteter. Til sist presenteres studien som belyser svenske sykepleieres kunnskapsutvikling i praksis.

I Canada omtales helsesøster som public health nurse, og i England som health visitor. Disse gruppene har ansvar for forebyggende arbeid blant barn og familier, men rammer og oppgaver i arbeidet varierer landene i mellom og kan ikke helt sammenlignes med de norske helsesøstre, hvilket kan være et problem når en søker internasjonale studier. Imidlertid mener jeg at funnene fra disse undersøkelsen reiser relevante spørsmål for helsesøstertjenesten i Norge med hensyn til konsekvenser av helsefremmende arbeid.

Den første undersøkelsen er fra Canada og foretatt av Adeline R. Falk Rafael (1999). Undersøkelsens hensikten var å beskrive ”the nature of public health nursing” i perioden mellom 1980 og 1996 i Ontario. Studien beskriver at det rådet to praksiser i denne perioden, betegnet som ”a service delivery method” og ”a program-focused practice.” Rafael har brukt flere metoder i studien, som intervju av sentrale aktører og ledere i primærhelsetjenesten, og oppfølgende intervju med fokusgrupper av til sammen tredeve helsesøstre. ”The service delivery method” beskrives ved at helsesøstre er knyttet til et distrikt og er en integrert del av dette. Helsesøstre intervenserer både i forhold til individ/ familier og i forhold til sosiale forhold. ”The program-focused practise” relateres til 1983 og skifte av fokus fra kontroll av infeksjonssykdommer til helsebeskyttelse og helsefremming. Helsesøstre er her spredt på ulike programmer, i konkurranse om begrensede økonomiske ressurser og overlatt til å rapportere til andre ledere enn helsesøstre. Rafael beskriver at der hvor varemerket for helsesøstre tidligere var å være knyttet til et lokalmiljø, nå er blitt avstand. Helsesøstre beskriver at ved denne type praksis får de mulighet til å konsentrere sin energi til mer spesifikke områder, og kan dermed gi bedre service. De samarbeider oftere med skoler om å utvikle prosjekter knyttet til helse. De utvikler ressursmateriale for å assistere lærere og samarbeider med skolene i forhold til læreplaner. Rafael hevder at konflikten mellom den medisinske og ”the new public health” ideologien er usynlig for de intervjuede, men at denne kommer frem i deres fortellinger når de beskriver drastiske og ofte motstridende endringer av

praksis de siste årene av studien. Helsesøsters ekspertise er endret fra å være en generalist i et distrikt, til å være en spesialist i et spesifikt program.

Samtidig som Rafael beskriver at helsesøstrene ser på hjemmebesøk, individuell- og familie service som en del av arbeidet, er hjemmebesøk blitt drastisk redusert, og i enkelte program helt fraværende. Helsesøster arbeider mer i forhold til grupper enn med rådgivning til individ/familier, hun har et fokus på befolkning heller enn individer. Arbeidet er i større grad knyttet til nettverk for å utvikle lokalmiljøet. Klinisk arbeid er erstattet av komitéarbeid. Møter er blitt en del av helsesøsters arbeid der ressurser og programmer utvikles. Programmene som settes i gang er ofte tverrfaglige. Dette fordrer andre ferdigheter av helsesøstrene, som kartlegging, evaluering, ledelse av prosjekter, rapportskrivning og administrasjon. Helsesøstrene mener at denne måten å arbeide på har en positiv effekt på helsen til befolkningen. På den andre siden er mange av helsesøstrene bekymret for at omsorgen blir for oppstykket og uten individuell service. De er bekymret for at denne måten å arbeide på går på bekostning av de marginale og trengende gruppene i befolkningen, og at deres avstand til disse gruppen i befolkningen som har minst helse og ressurser til å utnytte de offentlige helsetjenestene, vil øke.

Rafel hevder at endringen til programfokusert praksis medfører rolleforvirring for helsesøstrene. Helsesøstrene har ofte en følelse av avmakt i forhold til mangel på innflytelse når bestemmelser skal tas. Konkurransen mellom paradigmen gjør at mange helsesøstre mister sin identitet, og føler seg tvunget til å hoppe på et hvert tog som kjører inn på stasjonen i håp om å komme på rett spor.

Den andre undersøkelsen er fra England, foretatt av Sourtzi P., Noland P. og Andrews R. (1996). Disse har studert form og innhold av helsefremmende arbeid blant sykepleiere og helsesøstre i førstelinjetjenesten. Undersøkelsen var fra flere distrikter, foretatt både ved intervju av profesjonelle og av brukere, og ved observasjon av praksis. Datainnsamlingen ble foretatt høsten 1993 og våren 1994. De skriver at undersøkelsen viser at helsefremmende arbeid utgjør en del av helsesøstrenes praksis. En praksis som i stor grad omfattet tradisjonelle metoder som en - til - en helseundervisning, men som også kunne omfatte grupper og aktiviteter i lokalmiljøet. Forskerne påpeker at opplæring etter at sykepleierne er autorisert, er den faktoren som betyr mest for hvordan helsefremmende aktiviteter blir utformet. De anbefaler at det tilbys undervisning med fokus på ny kunnskap om helsefremmende arbeid

kontinuerlig for å forsikre at sykepleierne alltid er oppdaterte på utviklingen og brukernes behov.

Den siste studien er fra Sverige og omhandler kunnskapsutvikling i praksis.

Lena Hjalte (2000) har studert kliniske sykepleieres forestillinger om “vårdvetenskapelig” forskning og hvordan forskningen har betydning for sykepleiepraksis. Studien er foretatt ved intervju av ti sykepleiere fra ulike avdelinger, sykehus og geografiske områder. Resultatene viser at kunnskapsutviklingen bygger på et praktisk kunnskapssyn. Kunnskapen læres gjennom praksis og demonstreres ved handling. Nye sykepleiere fostres i de praktiske oppgavene og lærer gjennom erfaring. Erfaring og fortrolighet innen et område eller av en viss handling er tilstrekkelig, tilkobling til teoretisk kunnskap anses ikke å ha betydning. Forskning regnes ikke av sykepleiere å høre hjemme i arbeidet. Engasjement i forskningsarbeid er et steg vekk fra kollegafelleskapet i sykepleien og det daglige arbeidet. Deres erfaringer med bruk av vitenskapelige arbeid relateres til egen utdanning, men da som uinteressant og uten betydning. Nye forskningsprosjekt eller forskningsarbeid er ukjente for sykepleierne i praksis, disse diskuteres ikke og får derfor ikke konsekvens for praksis. Forskningen oppleves å være på et annet nivå, fjernt fra praksis og med et uforståelig språk. Studie av forskningsartikler velges bort til fordel for praksis utøvelse og formidling av praksiserfaringer.

Den “nye” forskningsbaserte kunnskapen regner sykepleierne som usikker, mens den erfaringsbaserte kunnskapen anses som nyttig og nødvendig. Det finnes ingen vane blant sykepleierne i å søke etter ny kunnskap. Den stor arbeidsmengde sykepleierne opplever, brukes som et argument for at de ikke har energi til å lese, diskutere eller sette seg inn i forskningsresultater. Det er det pasientnære arbeidet som prioriteres. Hjalte (2000) påpeker at det er et gap mellom forskning og praksis som må løftes frem og granskes dersom en skal få en kvalitetsutvikling i fremtiden.

4.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Jeg vil her omtale to områder som har en sentral betydning for hva helsesøstrene legger i helsefremmende arbeid. Det ene området knyttes til hvordan helsefremmende arbeid beskrives i teorien. Hva dets ideologi er som gir føringer for arbeidet og innhold til vår forestilling om helsefremmende arbeid. Dette vil også være en viktig referanseramme i forhold til hva helsesøstrene sier helsefremmende arbeid er.

Det andre området er knyttet til hvordan læring skjer. Dette kan ses i sammenheng med meningsdannelse og for denne studiens vedkommende, hvordan helsesøstrene oppfatter helsefremmende arbeid. En del av kapitlet vil derfor omhandle helsesøsters kunnskapsgrunnlag og hvordan dette påvirkes. Dette vil være med på å belyse helsesøstrenes utsagn om hva de lærer av, og deres oppfatning av helsefremmende arbeid.

4.1 Helsefremmende arbeid

Jeg vil her redegjøre for sentrale deler ved det helsefremmende arbeid. Denne redegjørelsen innbefatter en avklaring i forhold til det sykdomsforebyggende arbeidet, og en beskrivelse av utgangspunkt for dette arbeidet internasjonalt og i vårt land. Det kan være ulike syn eller retninger i forhold til hva som menes med helsefremmende arbeid. Dette vil jeg komme noe inn på, da dette kan belyse bakgrunnen for helsesøstrenes oppfattelse av helsefremmende arbeid. Til sist i denne delen omtaler jeg sentrale verdier i det helsefremmende arbeidet.

Forfatterne jeg refererer til, er valgt ut på basis av at disse gir et sammensatt bilde av ideene i det helsefremmende arbeidet. Det er mye internasjonal litteratur som beskriver helsefremmende prosjekter, men mindre som omtaler den helsefremmende ideologien. Av norsk litteratur, har jeg funnet lite som utdyper eller diskuterer den helsefremmende ideologien forut for Mælands (1999) bok, ”Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis.”

4.1.1 Den helsefremmende strategien

I 1999 utgav samfunnsmedisineren John Gunnar Mæland boken ”Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis,” hvor han redegjør for helsefremmende, sykdomsforebyggende og forebyggende arbeid. Mæland skriver:

Det helsefremmende arbeidet tar ikke sitt utgangspunkt i sykdom, men i helse, og arbeider ikke primært med risikofaktorer, men derimot med å styrke ressursene for god helse[...]. Helse betraktes imidlertid ikke som et mål i seg selv, men heller som et middel til å oppnå andre ønskelige mål (Mæland, 1999, s 17).

Det helsefremmende arbeidet skiller seg radikalt fra det sykdomsforebyggende arbeidet ved at:

Det legges like stor vekt på prosessen underveis som på resultatene. Befolknings- og brukermedvirkning er helt avgjørende. Lokalsamfunnet er den viktigste arena for det helsefremmende arbeidet, [...].Arbeidet krever andre ferdigheter og tilnæringsmåter enn det sykdomsforebyggende, det er ikke begrenset til medisinen og helsetjenestenes domener. Tvert imot er det en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming til helse som bryter radikalt med medisinsk dominans og tradisjon (Mæland, 1999, s 18).

Mæland bruker forebyggende helsearbeid som en samlebetegnelse for både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Han betegner det som i helsepolitiske dokumenter kalles for forebyggende arbeid, som sykdomsforebyggende arbeid. Han skriver ”Det forebyggende arbeidet dreier seg om mer enn å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Forebygging handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en ressurs i hverdagslivet” (Mæland, 1999, s 13). Mæland påpeker at det helsefremmende arbeidet gjerne settes opp i mot det sykdomsforebyggende arbeidet, da disse to arbeidsstrategiene bygger på ulike tradisjon og ulikt vitenskapsteoretisk arbeid. Men han hevder at disse strategiene utfyller hverandre, de er komplementære tilnærminger i det forebyggende helsearbeidet. Disse to ulike tilnæringsmåtene har sosiologen Bengt Starrin (1997) skissert i en modell. Her sidestilles det sykdomsforebyggende arbeidet med det han kaller ”den klassiske folkehälsomodellen,” og det helsefremmende arbeidet med det han kaller ”den folklige hälsomodellen.”

<u>Modell⁴</u>	<u>den klassiske folhelsomodel</u>	<u>den folkelige hlsomodel</u>
<i>Vem definerer problemet</i>	Experten	Medborgaren; mns og kvinnors rster lika viktiga; vi r alle eksperter var og en p sitt stt
<i>Fendringsid</i>	Frndra genom att fr- hindra og intervenera	Frndra genom att frhindra, lgga til og strka
<i>Drivkraft/Idealtyp</i>	Ingenjrer	Eldsjlen
<i>Vilken kunnskap rknas</i>	Den tekniska; den, administrativa	Den folkelige, hand i hand med den akademiska
<i>Vad skall ndras</i>	Beteenden gjenom frndrade attityder; omgivningen	Strka egne resurser; handlingskompetens; frdjupa demokratin; ndra betingelser
<i>Opplysningsideal</i>	Top-down; subjekt-objekt normativ	Sida vid sida; subjekt –subjekt; tilsammans
<i>Frutsstninger fr varaktig frndring</i>	Lojalitet; lydnad	Solidaritet; ansvar; mobilisering
<i>Hlsa</i>	Frnvaro av sjukdom	Nrvaro av vlbefinnande

Etter min oppfatning gir denne modellen en fin oversikt over ulikhetene mellom de to strategiene. I denne modellen kommer det ogs fr hvordan den profesjonelles rolle vil endre seg. Maeland (1999) har ikke viet dette mye omtale, mens Starrin diskuterer den profesjonelles rolle knyttet til begrepet empowerment. Empowerment synes for meg å v re en s vesentlig del av og inngå i det helsefremmende arbeidet at en redegjrelse av helsefremmende arbeid ogs vil innbefatte en redegjrelse av dette begrepet. Det vil jeg omtale etter at jeg har gjort rede for min forståelse av helsefremmende arbeid.

4.1.2 Utgangspunktet for det helsefremmende arbeidet

Den frste internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid la et grunnlag for forståelse av hva helsefremmende arbeid er. Konferansen ble holdt i Ottawa i Canada i 1986.

Sluttdokumentet fra konferansen omtales som Ottawacharteret. I dette dokumentet defineres

⁴ Modellen er kalt ”den klassiske folhelsomodel og den folkelige hlsomodel” og er hentet fra Forsberg,E, Starrin,B (1997): Frigørende kraft, s 24

helsefremmende arbeid som: "Proessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse" (Ottawacharteret, 1986; refr. Mæland, 1999, s 64).

Charteret omtaler tre strategier for helsefremmende arbeid. Disse er: å arbeide for å påvirke beslutninger som har med leveforhold i samfunnet (advocacy), å samarbeide med enkelt-individ og grupper slik at disse kan utnytte sine helsepotensial (enabling) og å knytte sammen gode krefter i samarbeid for helse gjennom samarbeidskoalisjoner (mediating). Disse strategiene inngår i det charteret kaller de fem prioriterte innsatsområder for helsefremmende arbeid:

- å bygge en helsefremmende politikk,
- å skape støttende miljøer for helse og utvikling,
- å styrke lokalsamfunnets muligheter for kontroll over egen fremtid,
- å utvikle personlige ferdigheter som setter folk i stand til å gjøre valg som fremmer helsen,
- å reorientere helsetjenesten mot forebyggende helsearbeid (Mæland , 1999, s 18).

Disse innsatsområdene er senere videreført i en mindre omtalt deklarasjon, "Jakarta Deklarasjon on Leading Health promotion into the 21st Century," fra 1997. Her sies det at en kombinasjon av disse tre strategiene (advocacy, enabling, mediating) gir bedre effekt for helsen enn bare å arbeide i forhold til en av strategiene. Befolkningens muligheter for og deltakelse i helsefremmende arbeid, er vesentlig om en skal oppnå en helsefremmende prosess. En nødvendig forutsetning for at befolkningen skal oppnå kontroll over sine betingelser for helse (empowerment for health), vil være tilgang på undervisning og informasjon (Nutbeam, 1998).

Ideene bak helsefremmende arbeid stammer fra ulike bevegelser og disipliner, som ulike frigjørings- og økologiske bevegelser. Pedagogen Paulo Freire og sosiologen Aron Antonovsky har vært sentrale inspiratorer til den helsefremmende tenkningen skriver Mæland (1999). Den helsefremmende ideologiens verdier og prinsipper vil jeg komme inn på i slutten av denne fremstillingen. Men forut for det vil jeg kort peke på hvordan helsefremmende arbeid er fremstilt i norske helsepolitiske dokumenter, etter Ottawacharteret.

4.1.3 Helsefremmende arbeid i norsk helsepolitikk

I ettertid av Ottawacharteret, har norske helsepolitiske myndigheter brukt helsefremmende arbeid som begrep. Etter min oppfatning med en utydelig presentasjon av hva helsefremmende arbeid er, til forskjell fra det tradisjonelle sykdomsforebyggende arbeidet.

Helsedirektoratet gav i 1987 ut et dokument "Helse for alle i Norge ? 2000." Dokumentet er basert på Alma Ata-deklarasjonen fra 1978, hvor visjonen var "Helse for alle innen år 2000". I dokumentet ble primærhelsetjenestens rolle vektlagt. Helse blir her sett på som betingelse for sosial og økonomisk utvikling og som grunnlag for en bedret livskvalitet og verdensfred. I dokumentet nevnes betydningen av brukermedvirkning og tverrsektorielt samarbeid. Imidlertid starter de fleste målene med "å redusere," hvilket knyttes til reduksjon av sykdom og sykdomsrisiko.

I NOU 1991:10 "Flere gode leveår for alle – Forebyggingsstrategier" (Sosialdepartementet, 1991), omtales to strategier. Den ene rettes mot å bedre de forhold i samfunnet som kan føre til sykdom. Denne strategien sies å ta utgangspunkt i levekår og levevaner som en vet har betydning for helse og trivsel. Den andre strategien rettes mot å hindre at sykdom, skader eller sosiale problemer oppstår. Utredningen sier at helsefremmende arbeid er arbeid som gir bedre livskvalitet. Utredningen viser også til Ottawacharteret, og påpeker at "mye bør overlates til folk selv, under forutsetning av at det foreligger en reell valgmulighet" (Sosialdepartementet, 1991, s17). Dette samsvarer med hva Green og Kreuter (1991) betegner som en populistisk oppfatning av helsefremmende arbeid. Med det menes individets målrettede innsats for å tilegne seg en atferd og et levesett som reduserer risiko for tidlig død, sykdom og aldring. En oppfatning av helsefremmende arbeid som hva det enkelte individ selv kan gjøre for sin helse, og hvor helseforholdene i samfunnet spiller en mindre rolle.

Stortingsmelding 37 (1992 –93) "Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid" (Sosialdepartementet, 1993), er en videreføring av NOU 1991:10. Her sies det at for at livet som helhet skal bli så bra som mulig for så mange som mulig, må arbeidet omfatte forebyggende tiltak og helsefremmende tiltak. Helsefremmende tiltak blir definert som å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet, mens det forebyggende er å redusere sykdom, skade og sosiale problemer, dødelighet og reduksjon av risikofaktorer. Stortingsmeldingen omtaler områder for

forebygging og arenaer for tverrfaglig samarbeid. Meldingen har utvidet definisjonen av helsefremmende arbeid ved å omtale mål for arbeidet som å mestre utfordringer, men behovet for tverrfaglig arbeid og brukermedvirkning ble beskrevet allerede i dokumentet ”Helse for alle i Norge ? 2000” i 1987. Meldingen gir lite nytt i forhold til praktiske konsekvenser ved helsefremmende arbeid.

4.1.4 Diskurser om det helsefremmende arbeidets mål

Tidligere i kapitlet beskrives Ottawacharteret som utgangspunkt for forståelse av helsefremmende arbeid. Imidlertid viser blant annet ovennevnte avsnitt, at charteret ikke har gitt en entydig og endelig forståelse av hva helsefremmende arbeid innebærer. Dette påpeker også Mæland (1999).

Det diskuteres i internasjonal litteratur hvordan helsefremmende arbeid skal forstås, og spesielt hvordan områdene og målene for helsefremmende arbeid skal oppfattes. Målene er så diffuse at ingen er helt sikre på hva helsefremmende arbeid faktisk er, skriver psykologen John Raeburn og sosiologen Irving Rootman (1998). Disse har i lang tid har vært opptatt av helsefremmende arbeid, og begge var deltakere i den internasjonale konferansen i Ottawa i 1986. Oppfatninger av helsefremmende arbeid er ulik blant ulike grupper av profesjonelle og politikere. I diskusjoner refereres det til helse som ”positive” ting. Imidlertid mener Raeburn og Rootman (1998) at ”prevention” ville være et mer passende begrep i de fleste redegjørelser fra politiske organer og helse myndigheter. Fokuset er her mer å redusere sykdom og ubehag, enn å fremme helse i positiv betydning. Perspektivet er knyttet til den biomedisinske forståelse av sykdomsforebygging, der helse ses som noe objektivt som kan måles. Ut fra dette perspektiv avgrenses helsefremmende arbeid til individuell helseopplysning, hvor individet gis kunnskaper om hvordan individet selv kan ta vare på egen helse. Dette er en kontrast til det helsefremmende arbeid der det legges til rette for sosiale endringer hvor befolkningen oppnår mer makt og kontroll (Lupton, 1997).

Raeburn og Rootman skriver også at dagsorden for det helsefremmende arbeidet ofte er laget av politiske myndigheter, og ikke av de som arbeider nær brukerne. Det kan medvirke til at de som arbeider med helsefremmende arbeid kan ha en annen dagsorden enn myndighetene. Aarø (1994) som jeg har vist til i oppgavens innledning, hevder at den helsefremmende

ideologien er abstrakt og fjern fra praksis, noe som også kan medføre ulike oppfatninger av arbeidets intensjon og innhold blant impliserte parter i arbeidet.

Filosofen David Seedhouse (1997) tar også opp forvirringen knyttet til helsefremmende arbeid. Han omtaler forvirring i forhold til verdier og teori i boken "Health promotion, philosophy, prejudice and practise" (1997). Seedhouse mener at det helsefremmende arbeidet er normativt, og ikke kan fri seg fra verdispørsmål, hvilket er i motsetning til Starrins modell (1997) med hensyn til opplysningsideal. Det er umulig å fremme helse uten å ha en mening om at en måte å leve på er bedre enn en annen. Verdier er alltid en del av helsefremmende arbeid. Derfor må målet for arbeidet være åpent for debatt. Seedhouse er kritisk til at retninger innen helsefremmende arbeid definerer målet for arbeidet som å fremme "det gode liv." Dette står blant annet i Stortingsmelding 37 (Sosialdepartementet, 1993) hvor målet for helsefremmende og forebyggende arbeid er "at livet som helhet skal bli så bra som mulig." Hva vi legger i "det gode liv" er individuelt. Om målet med helsefremmende arbeid er det gode liv, er dette ikke politisk verdinøytralt skriver Seedhouse. Han ser på helsefremmende arbeid som å fremme helsen, ikke som å fremme det gode liv, selv om dette kan være et indirekte resultat av aktivitetene knyttet til helsefremmende arbeid.

Seedhouse (1997) etterlyser en praktisk teori for handling i helsefremmende arbeid. En teori som kan være retningsgivende for profesjonelle, men også der målene er åpne for debatt. Han mener at en samlende teori vil gi de profesjonelle større påvirkning når politiske beslutninger skal tas og etterlyser forbindelseslinjer mellom ideologi, politikk og praksis. Selv foreslår han en trappetrinns modell fra grunnleggende behov til spesielle utfordringer/ problemer. Denne modellen kan hjelpe helsearbeideren til å prioritere i forhold til befolkningens behov. I denne sammenheng sier han at alt som har til hensikt å hjelpe folk til å leve bedre liv, er arbeid for helse. Seedhouse hevder at dette er klarere enn å arbeide for et godt liv: "if you not possess a substained teory of health, then your criteria for success become unlimited, and you slip insidiously into good life promotion, with its many serious attedant problems" (Seedhouse, 1997, s 140). Med dette problematiserer Seedhouse et dilemma og inviterer til debatt, noe som også var hans intensjon. Imidlertid er målet fremdeles uklart med hensyn til retning for praktikerer, spørsmålet er åpent i forhold til hva som vil være konsekvensen av å arbeide for et bedre liv til forskjell fra det gode liv.

Jennie Medin og Kristina Alexanderson (2000), undervisere i sosialmedisin og folkehelsevitenskap, har gjort en litteraturstudie av begrepet helsefremmende arbeid. De skriver at det er et forvirrende mangfold av beskrivelser knyttet til helsefremmende arbeid som begrep. Helsefremmende arbeid blir definert dels ved en definisjon som ikke tar så mye hensyn til hvordan virksomheten skjer, men mer hva virksomheten innebærer, og dels ved at det brukes som et samlebegrep for ulike aktiviteter som bidrar til å fremme helse. Ut fra de teoretikerne jeg støtter meg til i denne oppgaven og Medin og Alexandersons analyse, er dette teoretikere som primært definerer hva helsefremmende arbeid innebærer, dets ontologiske grunnlag. Men jeg har også vist i den foregående delen at det pågår en diskusjon blant teoretikere om hvordan begrepet helsefremmende arbeid kan forstås.

4.1.5 Sentrale verdier i det helsefremmende arbeidet

Dette avsnittet omhandler verdier og rettesnor for praktikerne i det helsefremmende arbeidet. Sammen med blant annet Ottawacharteret er dette grunnlag for tenkning om og strategi for, det helsefremmende arbeidet. Slik jeg har forstått helsefremmende arbeid, fremstår fire verdier som sentrale: at mennesket får en positiv opplevelse av helsen og livet, at mennesker er deltakere i hverandres daglige liv, troen på noe som allerede er tilstede som skal utvikles og befolkningen som likeverdige parter. En konsekvens av disse verdiene er endring av maktbalansen mellom befolkningen og de profesjonelle. Jeg avslutter derfor avsnittet med å redegjøre nærmere for dette, også kalt empowerment, i den helsefremmende terminologien.

- At mennesket får en positiv opplevelse av helsen og livet

Som tidligere omtalt, er tankegodset for det helsefremmende arbeidet hentet fra mange fag, som pedagogikk, psykologi, epidemiologi og antropologi (Davies & MacDonald, 1998). Tenkningen bryter med den medisinske tradisjonen, hvor fravær av sykdom er målet. Innen denne tradisjonen ses helse som en motsetning til sykdom, og som fravær av konkrete, ofte målbare tegn på sykdom. Det overordnede målet for helsefremmende arbeid har å gjøre med en subjektiv opplevelse av livet, og evne til å glede seg over mulighetene livet gir skriver Raeburn og Rootman (1998).

Slik jeg har forstått det, har helsefremmingsideologien og det helsefremmende arbeidet først å fremst å gjøre med ”positive health and well- being,”⁵ og i dette finnes også et aspekt av forebygging av sykdom og lidelse. Helse ses her som tosidig, som noe epidemiologisk, objektivt og målbart, men også som noe subjektivt, individuelt og relatert inn i en sosial sammenheng. På denne måten utvides helseperspektivet fra en avgrenset problemløsningsprosess til positive aspekter ved livet og helsen (Deccache & Laperche,1998). En er i helsefremmende arbeid opptatt av å styrke hele befolkningens helse, og ikke bare de som er syke.

Denne utvidede forståelsen av helse kritiseres blant annet av Deborah Lupton (1997). Når helse innbefatter subjektive følelser som mestring, tilfredshet og autonomi, vil det være vanskelig å ha kriterier for når målet med arbeidet er nådd. Samtidig vil området for hva helsetjenesten befatter seg med i forhold til enkeltindividet, være utvidet. Andrews (1997) hevder det samme. Hun viser til at om helse er forbundet med den enkeltes selvbestemmelse, muligheter og evner, vil det også være dette som bestemmer begrepets innhold og mål. Slik sett kan det være vanskelig for helsetjenesten å avgrense hva denne skal ha ansvar for. Andrews refererer i sin artikkel til filosofen Knut Erik Tranøys kommentarer om et utvidet subjektivt helsebegrep, at dette kan gi inntrykk av at helsetjenesten skal ha ansvar for befolkningenes lykke og livets mening. Samtidig stiller Andrews spørsmål om hvem sine kriterier som skal være standard for det gode liv. Hvis det er helsetjenestens preferanser som setter standarden, åpner dette for en utvidet paternalisme, hvor helsetjenesten skaffer seg monopol på det gode liv. Slik sett tar dette opp noe av Seedhouse (1997) sine tanker om verdier og kommentarer til å ha ”det gode liv ” som mål for arbeidet, men med noe annen vinkling.

- At mennesker er deltakere i hverandres daglige liv

Helsefremmingsideologien er opptatt av ”the whole life,” og ikke bare en del av kroppen. Ord som holistisk, økologisk, interdisiplinær og intersektoriell knyttes til det helsefremmende

⁵ Raeburn og Rootman (1998) beskriver positiv helse som: ”Concerned in a movement towards healthiness and wellness”(s9), ”Good health within a Quality of life contenxt provides a positive definition, seen as a subjective matter,related to the extent to which a person enjoys opportunities life presents to him or her” (s 38). Det finnes ulike definisjoner på det utvide helsebegrepet og positiv helse: helse som en ressurs, som velbefinnende, som mening, som en handlingsevne, som en følelse av sammenheng.

arbeidet skriver Raeburn og Rootman (1998). Som en følge av dette, er det helsefremmende arbeidet opptatt av omgivelsene og det miljøet som gir betingelser for helse. Miljøet påvirker den enkelte, og den enkelte påvirker miljøet. Ens helse påvirker de en omgås. Helsen har betydning for jobb og familie og de aktiviteter en er en del av, eller kunne engasjert seg i.

Det helsefremmende arbeidet involverer mennesker mer enn individer, mennesker i et kollektivt felleskap, mer enn mennesker som isolerte personer. Helsefremmende arbeid er basert på at mennesker sammen er deltakere i et fellesskap. Gjennom bekreftelse og mestring de erfarer som deltakere i et felleskap, er de deltakere i hverandres liv samtidig som de er med på å forme hverandres selvfølelse. På denne måten blir gruppen, "the community", den daglige settingen, de forhold som menneskene lever sine liv i fra øyeblikk til øyeblikk, av betydning. Boligen, familien, relasjonene en har, nabolaget, arbeidsstedet, skolen, kirken, interessegrupper, klubber, kommunens tjenester, lokalpolitiket et cetera kan alle ha betydning for ens daglig liv. Det helsefremmende arbeidet skjer ikke spesielt ved helseinstitusjoner, men der hvor folk lever, på deres sosiale møtesteder. Alle grupper i samfunnet har noe å bidra med, alle kan lære av hverandre. Målet er at flest mulig blir engasjert til en utvikling, skriver Raeburn og Rootman (1998).

At mennesker er deltakere i hverandres liv, kan også ses i sammenheng med å skape støttende miljøer for helse og utvikling. Bo J. A. Haglund (1996) professor i folkehelsevitenskap, knytter støttende systemer til de fysiske og sosiale sider ved våre omgivelser, hvor mennesker " bor, lever, arbeider og elsker." Han beskriver to prinsipper som er viktige for å skape støttende systemer, det å skape "jæmlighet" og det å bruke våre naturressurser i sammenheng med kommende generasjoners behov. Perspektivet rettes mot hverdagsarenaer, bort fra individ til et helhetsperspektiv, der også andre faktorer enn individets handlinger har betydning. Her er det behov for andre aktører og samarbeidsparter enn bare helsetjenesten, skriver Haglund (1996).

- Noe som allerede er tilstede og skal utvikles - en prosess

Vår helsetilstand etableres over mange år, antagelig fra barndommen, og reflekterer erfaringer fra livsstil og leveforhold gjennom livet, skriver Raeburn og Rootman (1998). De beskriver helse som en fullstendig sammenvevning av en mental, kroppslig, sosial og åndelig tilstand, som i det hele endres relativt langsomt. Derfor er helsefremmende arbeid en prosess og en utvikling, noe som går over tid, og som påvirker gjennom vedvarende bidrag til personen og

eller omgivelsene. Utviklingen baseres på en tro på noe som allerede er tilstede, at det vanlige mennesket har eksempelvis kunnskaper, motivasjon og potensial til en utvikling mot noe bedre. Det helsefremmende arbeidet skal være med å styrke menneskets evne i utviklingen mot dette ”noe bedre,” slik at han/hun kan være i stand til å glede seg over de muligheter livet gir. Mennesker som erfarer å få økt kompetanse erverver nye og varige ferdigheter og kunnskaper som kan brukes i nye situasjoner, til forskjell fra mennesker som blir behandlet for et problem. Raeburn og Rootman skriver ”By building on assets or strenghts – a positive approach – the negativities or deficits are seen to take care of themselves” (1998, s 24).

- Befolkningen som likeverdige parter

Kunnskapen finnes blant menneskene, i lokale grupper og i erfaringene deres. Vitenskap og forskning kan være viktige kilder til kunnskap, men under den forutsetningen at dette gjøres tilgjengelig for menneskene. Brukerne/ befolkningen har kompetanse og muligheter som kan utvikles. De har sin subjektive opplevelse, sine erfaringer og kunnskaper mens den profesjonelle har sin faglige kompetanse og erfaring. Disse parter ses i det helsefremmende arbeidet som likeverdige subjekter. Starrin (1997) beskriver at alle er eksperter, og at den folkelige kunnskapen har betydning på lik linje med den akademiske. Det tradisjonelle folkehelsearbeidet med sin patriarkalske tenkemåte ”betraktar det vanliga människan som passiv, okunnig och i behov av hjälp och styrning uppifrån ” (Starrin, 1997 s 22). Eksperten er bedrevitende, og bestemmer hva som skal forandres og hvilken oppførsel som må korrigeres slik at sykdom kan forebygges. Starrin beskriver dette som en ”top- down” modell i motsetning til den helsefremmende som er ”sida vid sida”.

Aksept av individets subjektive opplevelse og dets iboende ressurser har konsekvenser for maktforholdet mellom brukerne/ befolkningen og profesjonene. Det har betydning for hvem som skal sette dagsorden, og bestemme behov for endring. Raeburn og Rootman (1998) skriver at for mange profesjonelle vil det være vanskelig å gi fra seg makten til brukerne. Dette kan være truende for den profesjonelle.

Lupton (1997) mener at helsearbeideren kan komme i en konflikt når en skal knytte sammen grupper og samtidig være støtte og talsman for disse. Hun referer til Sears, og påpeker at folkehelsearbeid ser befolkningen ut i fra statens perspektiv og tanker om hva som skaper helse i befolkningen (Sears, 1992; ref. Lupton , 1997). Dette er et syn som sier noe om at helsearbeideren ikke kan eller har frihet til å befri seg fra gitte normer. Seedhouse (1997)

reiser også spørsmål om alle verdier og holdninger er like bra. Han spør om verdien av selvbestemmelse er så sentral at en hver selv skal bestemme hva som er helsig, hvilket kan være en konsekvens av at den profesjonelle og brukeren er likeverdige.

Sett i lys av ovennevnte, utfordrer den helsefremmende ideologien den profesjonelle til ikke lenger å være den som alene bestemmer mål og midler for arbeidet, og å være åpen for at dette i noen tilfeller kan gå på bekostning av den profesjonelles eller myndighetenes normer og verdier for det gode liv.

- Empowerment som konsekvens og prinsipp

Empowerment vil være en konsekvens av aksept av endret maktbalanse, samtidig kan det ses som et prinsipp i det helsefremmende arbeidet. Raeburn og Rootman (1998) omtaler empowerment på to nivå, ut fra et personlig perspektiv og et strukturelt perspektiv. Jeg vil først omtale empowerment i forhold til det personlige perspektivet. Det personlige perspektivet innbefatter opplevelsen av kontroll og følelsen av å kunne påvirke hendelser. Raeburn og Rootman skriver som tidligere omtalt, at disse opplevelsene utvikles fra en tvil om seg selv, til mer positive følelser og tro på at en har en grad av kontroll, er kompetent, er verdifull, har noe å bidra med og er en del av en større sammenheng. Derfor er dette en utviklingsprosess som krever tid.

Starrin (1997) beskriver empowerment for individet som tosidig. På den ene siden at subjektet blir i stand til, og på den andre siden at objektet blir gitt myndighet. Han skriver at empowerment refererer "både till den subjektiva erfarenheten och till den objektiva verkligheten, både til människans inre och till yttre förhållanden, både til insikt och utsikt, både til känsla och kunskap" (1997, s 13). Begrepet rommer både prosess og mål, og innehar komponenter som makt, kontroll, selvtillit og stolthet. Ingun Stang, lærer ved sykepleierutdanning, skriver i sin bok "Makt og bemyndigelse"(1998) at empowerment lettest kan forstås gjennom sin motsatte form, som er tilstander som maktesløshet, hjelpeløshet, håpløshet, fremmedgjøring, undertrykkelse, opplevelse av tap av kontroll over eget liv, avhengighet og umyndiggjøring.

Stang mener empowerment gjenspeiler et feministisk syn på makt. "Feminin maktforståelse og verdier relatert til det kvinnelige aspekt innebærer også sensitivitet, medfølelse, innlevelsesevne og respekt for individet som person. Disse aspektene gjenspeiler verdier som solidaritet og kollektivitet" (Stang, 1998, s 21). Hun skriver at dette innebærer blant annet en

tro på at en er i stand til, og ser det som positivt, å samarbeide med andre fremfor å konkurrere. Starrin knytter også fellesskap og gjensidig ansvar til empowerment. Makt ses i perspektiv av noe som deles og ekspanderes, og ikke noe som reduseres om den deles. Stang skriver at empowerment krever at den profesjonelle oppgir sitt kontrollbehov og utvikler et samarbeidsfellesskap med brukeren. Det innebærer å verdsette brukeren som en aktiv deltaker, og akseptere dennes medbestemmelse og autonomi. Å akseptere brukerens autonomi kan medføre at brukeren kan ta beslutninger som er annerledes enn det den profesjonelle ville tatt. Dette refererer til de spørsmål jeg reiste i tidligere i kapitlet med referanse til Lupton (1997) og Seedhouse(1997).

Cheryl H. Gibson, lærer ved sykepleierutdanning og en av referansene til Stang, poengterer at profesjonelle ikke kan “empower people; people can only empower themselves” (Gibson, 1991, s 357). Som profesjonelle kan vi hjelpe til å utvikle og bruke ressurser som kan gi en opplevelse av økt kontroll. Gibson vektlegger relasjonen mellom den profesjonelle og brukerne som viktig, hun understreker at empowerment i stor grad er en samarbeidsprosess. I denne prosessen er tillit nødvendig. Mæland (1999) skriver at den profesjonelle må kunne finne ut hvordan folk flest synes de har det. Til dette kreves at den profesjonelle har evne til å lytte og lære gjennom kontakt med befolkningen og ved kommunikasjon og samarbeid. Mæland skriver at den som arbeider med helsefremmende arbeid, må kunne kommunisere og samarbeide med enkeltindivider og grupper, samt samarbeide på tvers av sektorer for å knytte sammen gode krefter i arbeidet for helsen.

Stang omtaler brukerens aktive rolle og at en den profesjonelle ikke må overvurdere sin rolle. ”Når alt kommer til alt, er det individet selv som må stå for bemyndigelsen” (1998, s 166). Den enkelte selv må være motivert eller må motiveres. Den profesjonelle må se på seg selv som støttespiller, en ressursperson for brukeren, som tar utgangspunkt i dennes ressurser og behov. Stang skriver at for at brukeren skal ha muligheter til å ta beslutninger og oppleve kontroll, kan informasjon være et viktig element. Informasjon kan gi brukeren forståelse for årsakssammenhenger og konsekvenser, samt være med å motvirke følelse av usikkerhet og manglende kontroll. Informasjon kan også styrke individets tro på egne muligheter og livssituasjon. Hun skriver at informasjonsformidlingen avhenger av den profesjonelles evne til kommunikasjon og veiledning. Dette gjelder både i forhold til brukerne, men også i forhold til andre samarbeidsparter. Den profesjonelle må ha evner til å mobilisere ressurser og være brukerens advokat, slik at brukeren får tilgang til de tilbud og muligheter som finnes. Hvor

empowerment finner sted, bruker ikke den profesjonelle sin kompetanse til å hevde seg i forhold til den hjelpetrengende, men slik at den andre opplever kontroll i situasjonen. Imidlertid reiser Stang innvendinger om at en under dekke av empowerment kan "få deg til å handle på en måte som jeg, eksperten, på forhånd visste var bra for deg, samtidig som du blir oppmuntret til å tro at det var din ide" (Skelton, 1994; refr. Stang, 1998, s 37).

Et annet forhold Stang tar opp på lik linje med Raeburn og Rootman (1998) og Ronald Laponte (1994), er kritikk av en forståelse hvor empowerment bare ses i forhold til individet uten å inkludere politiske aspekter. "Fagutøverens oppmerksomhet og intervensjon må ikke bare rettes mot individnivået, men også mot systemnivå dersom hensikten er å være individets støttespiller i en bemyndigelses- prosess" (Stang, 1998, s 158). Den profesjonelle som nøyer seg med intervensjon overfor individet, og som ikke innser nødvendigheten av å rette oppmerksomheten mot organisatoriske og samfunnsmessige forhold, vil ha klare begrensninger som støttespiller, skriver Stang. Den profesjonelle må engasjerer seg i alle typer aktiviteter som bidrar til å påvirke ulike beslutningsorganers virksomhet og samfunnsmessige og organisatoriske prioriteringer. Raeburn og Rootman (1998) understreker også nødvendigheten av å se individet i en sammenheng, og refererer til Laponte, som var en av "forfatterne" av Ottawacharteret:

If we focus only on the individuals, and only on crisis management or service delivery, we risk privatizing – rendering personal – the social and economic underpinnings to poverty and powerlessness. We may offer personally empowering services but *de facto* reinforce a structural powerlessness. But if we only focus on the structural issues, we risk ignoring the immediate pains and personal woundings of the powerless and people in crisis (Laponte, 1993; ref. Raeburn og Rootman ,1998, s 47).

4.2 Meningsdannelse

Hvordan mening skapes, ser jeg i sammenheng med hvordan den situasjonen vi er i eller står overfor, gir mening for oss. Sykepleieren og filosofen Kari Martinsen (1991) skriver at vi befinner oss alltid i en situasjon. "En situasjon er noget vi gjør noget med. Men en situasjon er også noget vi står i" (s 8). Situasjonens struktur er som en horisont, situasjonen er grunnlaget for at vi erkjenner og oppfatter noe, skriver hun. I den tidligere delen av oppgaven har jeg

belyst helsesøsters rammer og teori om helsefremmende arbeid. Sammen med helsesøsters kunnskapsgrunnlag og hvordan hun tilegner seg ny kunnskap, er rammer for arbeidet og teori om helsefremmende arbeid, med på å skape en strukturen som har betydning for hvordan hun oppfater det helsefremmende arbeidet. I det følgende vil jeg omtale helsesøsters kunnskapsgrunnlag og presentere teori som belyser kunnskapsutvikling.

4.2.1 Helsesøsters kunnskapsgrunnlag

Helsesøsters kunnskapsgrunnlag har betydning for hvordan hun oppfatter nye situasjoner og for hvordan læring skjer. Hennes syn på kunnskap har betydning for hvilken kunnskap hun anser som viktig, og er med å prege forståelse av ny teori. Helsesøster har helsesøsterutdanning, som er en videreutdanning for sykepleiere. I denne utdanningen, i følge rammeplan for utdanningen (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 1998), skal sykepleiefaglige forståelses- og kunnskapsformer videreutvikles. Rammeplanen sier at utdanningen skal medvirke til ”at studenten tilegner seg kunnskaper om arbeidet for å bedre folkehelsen” og at studiet ”vektlegger bruker- og nærmiljømedvirkning” (1998, s 11). Forut for etablering av rammeplanen for helsesøsterutdanning, hadde hver helsesøsterutdanning i landet sin egen studieplan der innholdet varierte utdanningene imellom. Imidlertid var hovedmålet for alle å utdanne sykepleiere til forebyggende arbeid for barn og deres familier og å kvalifisere studentene for helsesøsterarbeid i kommunene. Av det jeg kjenner til, er det ikke gjort noen studie av studieplanenes innhold eller kunnskapsgrunnlag.

Imidlertid kritiserer Martinsen (1989) i boken ”Omsorg, sykepleie og medisin” sykepleiens forståelse og kunnskapsformer, som helsesøsterutdanningen bygger på. Martinsen skriver at helseprofesjonenes og sykepleiernes tenkemåte er individualistisk rettet, bygd på medisinsk-teknologisk logikk, der ”det medisinske hovedparadigmet er ”reduksjonistisk.” Dette er en forståelse hvor delene står i sentrum og hvor den medisinske – teknologiske logikk styrer det uendelige programmet av ”avsløringer” på veien nedover og innover i organismens enkelte deler” (s 237). Videre skriver hun at sykepleierne bruker begrepet helhetlig sykepleie der helheten blir forstått med utgangspunkt i delene den er bygd opp av, og ikke holistisk hvor delene blir sett fra et overordnet prinsipp. Denne kritikken fastholder Martinsen i boken ”Fra Marx til Løgstrup” (1997), som ble utgitt første gang i 1993. Hun skriver at vi gjør vår verden todelt, i fornuft og følelse, sjel og kropp. I tråd med det positivistiske synet, erverves

kunnskap gjennom fornuft. Kropp og følelser blir ikke gjort til gjenstand for kunnskapsutvikling. Sett i lys av denne kritikken, vil det ikke være unaturlig å tro at helsesøsters kunnskapsgrunnlag også er påvirket av legevitenenskapen og det naturvitenskapelige synet. Imidlertid må en være åpen for at et økt fokus på et utvidet helsebegrep og større vektlegging av en helsefremmende tenkning, kan medvirke til endring av helsesøsters kunnskapsyn.

4.2.2 Perspektiv for kunnskapsutvikling

Filosofen Bengt Molander (1996) hevder at i vår vesterlandske kunnskapstradisjon har teoretisk kunnskap også kalt påstandskunnskap, vært i sentrum for kunnskapsutviklingen. I de senere tiår er det imidlertid satt søkelys på den praktiske kunnskapen. Denne kalles gjerne fortrolighetskunnskap. Det er en form for kunnskap som erverves både gjennom fornuft, men og gjennom kropp og følelser. Denne type kunnskap etterlyste Martinsen (1997) i sykepleieutdanningen.

I den teoretiske kunnskapstradisjonen beskrives kunnskapen som å være en mer eller mindre avbildning av "virkeligheten i seg selv." Kunnskapen viser seg i språklige og matematiske teorier, og i menneskets forestillinger om fenomenene den sier noe om. Det er en dualistisk kunnskapstradisjon, hvor intellektet har forestilling om noe og kroppen handler. En har kunnskap om noe, "knowing that," uten å kunne anvende, "knowing how." Tilpasning til praksis skjer separat. Læringen skjer dekontekstuellet, uten å være knyttet til den sammenheng kunnskapen skal anvendes i (Molander, 1997 ; Havnes, 1996). Molander (1996) mener at den teoretiske vitenskapstradisjonen er institusjonalisert gjennom vitenskapen.

De praktiske kunnskapstradisjonene bygger på deltakelse og dialog, og tar avstand fra dualismen. Det er en enhet mellom kunnskap og anvendelse. Kunnskapen er ingen avbildning. Det er kunnskap om verden, men ikke i form av påstander og teorier abstrahert fra virkeligheten. Kunnskapen finnes i handlingen, hvordan denne gjennomføres på en best mulig måte i forhold til handlingens hensikt (Molander, 1997). Kunnskapen kan ikke erverves gjennom studie av bøker. Den er, og utvikles, i selve virksomheten og handlingen, en kontekstuell læring. Læreprosessen er knyttet til engasjement i aktivitetene og dilemmaer forbundet med disse aktivitetene (Havnes, 1996). Denne kunnskap er forankret i levende

tradisjoner og er aldri ferdig, men er i en prosess. Kunnskapen innbefatter vår evne til å ha dømmekraft i den praktiske situasjonen. Martinsen (1997) beskriver dette som å ha en evne til å kunne handle med godt omdømme. Hun skriver at dette innebærer å ha menneskekunnskap, modenhet og faktakunnskap. Denne form for kunnskap lar seg ikke beskrive gjennom faktaspråk og tilegnes således ikke gjennom vitenskap.

Molander hevder at teoretisering er det første stadium i kunnskapsutvikling: ”En rörelse mot det abstrakta (”teoretisering”) kan vara nödvendig i kunnskapsbildning, men den är bara ett första stadium, först i det konkreta uppstår *kunskap* och lever vidare” (1997, s 58). Teoretisk kunnskap kan være viktig for å forstå og forklare hvordan ulike ting forholder seg, men den praktiske handlingen er grunnleggende for utvikling av begrep og teoretisk kunnskap. Dette begrunnes i referanse til språkviteren og forskeren Ingela Josefson som skriver ”Det är när den teoretiska kunskapen fylls med praktiska erfarenheter som både påståendekunskap och förtroghetskunskap så småningom kan bli levandes (Josefson,1991; refr. Molander 1997, s 47). Praktisk handling blir på denne måten sentrum for kunnskapsutvikling. Men erfaring skaper ikke automatisk en forutsetning for god praksis. Refleksjon omkring hendelser i det daglige arbeidet er viktig for kunnskapsutvikling. ”Nyklarna här är: erfarenhet, kritisk refleksjon, exempel – i en kunnskapsbildning vars väsentliga riktning är från abstraktion till konkretion” (Molander 1997, s 47).

Sosiologen Rolf Rønningen (1990) tar også opp disse kunnskapstradisjonene knyttet til læring og tidshorisont i boken ”Moderne Omsorgsbilder.” Han skriver at den vitenskapsbaserte modellen prøver å ta hensyn til den nyeste kunnskapen som er akseptert, og den har en tendens til å bli oppdatert. Mens erfaringsmodellen, hvor en lærer av mesteren i praksis, i større grad vil være tilbakeskuende og i større grad bringe videre kunnskaper som har vært akseptert tidligere. Han stiller også spørsmål ved om en kan bygge opp saklig relevant erfaring om en ikke har regler, prosedyrer å følge, og teorier å støtte meningene sine på når det gjelder observasjon, klassifisering og pleie. Slik sett tar han opp det Molander kanskje mente med første stadiet i kunnskapsutviklingen. Rønningen avviser ikke læring i praksis, men reiser spørsmål i forhold til oppdatering av kunnskap.

Både Molander og Martinsen vektlegger refleksjonens betydning i forhold til kunnskapsutvikling, mens Rønningen fremhever vitenskapens betydning i forhold til å være oppdatert, uten at han drøfter oppdatert i forhold til type kunnskap. Molander er opptatt av

den praktiske kunnskapen som en annen type kunnskap enn den teoretiske vitenskapstradisjonens.

I det følgende vil jeg omtale en del av den praktiske kunnskapens særegenhet. Deretter vil jeg omtale kunnskapsutvikling i lys av sosialinteraksjonsteori. Denne måten å se kunnskapsutvikling og meningsdannelse på, omfatter både den teoretisk- og praktisk kunnskapsutviklingen.

- Den praktiske kunnskapens tause del og formidlingen av denne

Praksiskunnskap kan vises i handling eller ferdighet når det gjelder utsagn, men også som en viss fortrolighet i forhold til det utsagnene sier noe om (Molander, 1996). Språket har betydning i formidlingen av sider ved handlingen og i forhold til refleksjon over handlingen. Men språket er ikke nok, det må fylles med erfaring for å ha praktiske ferdigheter, eller kunnskap i handling. Ofte er disse erfaringene tause. Slik er deler av den praktiske kunnskapen taus, ord alene kan ikke beskrive selve utøvelsen fullstendig.

Filosofen Kjell S. Johannessen (1999) beskriver taus kunnskap som kunnskap som ikke fullt ut lar seg artikulere i verbal språklig form. Den tause kunnskapen har et anvendelsesaspekt. Han mener den tause kunnskapen kan deles inn i tre hovedformer:

1) Kunnskap som i det daglige blir utematisert fordi vi vanligvis ikke har behov for å formulere den. Johannessen mener at dette kan forstås som implisitt kunnskap. Den er ofte kulturspesifikk og utgjør en væremåte, som norsk eller som helsesøster. Kulturen innehar en viten som er felleseie, og inngår som forutsetning og horisont for kommunikasjon og samhandling. I det daglige forblir denne viten uartikulert fordi den deles av de involverte parter og det kreves fantasi og teori for å uttrykke den presis. Denne viten kan artikuleres, men det kreves forskningsmessig innsats for dette. Den har dermed karakter av å være foreløpig taus.

2) Kunnskap som tilegnes gjennom øvelse, er kunnskap som får sitt primære uttrykk i den handlingsmessige sikkerheten vi viser med omgang med det fenomenet som kunnskapen gjelder. Praktikeren erverver seg ”blikk” for visse sammenhenger, som ikke lar seg ikke nedfelle i sammenfattede regler, lover, teorier. Men, som i følge Thomas S. Kuhn, som Johannessen referer til, lar seg utforske og artikulere av andre enn den som innehar kunnskapen.

3) Kunnskap som forskjellige former for viten, innsikt og forståelse av praktisk art som ikke lar seg artikulere. Dette omhandler legemlige ferdigheter og praktisk forståelse av en horisont bestående av et mangfold av praksiser som er altfor omfattende til å bli gjort til gjenstand for fullstendig analyse.

Johannessen (1999) skriver at yrkeskunnskap primært kommer til uttrykk i selve utøvelsen av yrket. Å sammenfatte, uttrykke og fastholde all yrkeskunnskap i ren språklig form er ikke mulig. Personlig tilegnelse av den aktuelle viten, kan ikke anonymiseres og gjøres allment tilgjengelig i tekster. Dette er former for kunnskap som er førstepersonsviten. Kriteriet for slik viten er en vellykket utøvelse av forskjellige handlinger, uten at det trengs et velformulert utsagn om det vi vet. Formidling av denne form for kunnskap avhenger av eksempler og kyndig veiledning, å bli vist de ”rette grep.”

Martinsen (1990) argumenterer for at sykepleien har bruk for et språk som fanger inn den praktiske hverdagens kompleksitet og tause kunnskap. Hun viser her til forbilledelige praksisformer og eksempler. Hun ser på dette som teori for praksis, og at dette er en annen type kunnskap enn vitenskapens påstandskunnskap. Hun mener forskning er viktig for å avdekke og formidle noe av den praktiske kunnskapen som er utviklet. Forskeren skal være med å fremme erfaringskunnskapen og gjøre den mindre taus. Som tidligere omtalt, vektlegger både Martinsen og Molander yrkesutøverens refleksjon over praksis som viktig for kunnskapsutvikling. Martinsen (1990) skriver ”Vi blir ikke reflekterte praktikere gjennom forskning. Men den reflekterte praktiker kan dra nytte av kunnskapen forskeren løfter frem, sammen med den kunnskapen hun selv løfter frem gjennom egen refleksjon” (s 86).

I overføring av kunnskap er både den forskningsbaserte og den praktiske kunnskapen avhengig av en dialog. Det kan være en dialog med teksten, en ”kroppslig” dialog ved å bli vist eller å ”lese” den andre, en dialog med seg selv, eller en språklig dialog med andre. Dette anses som vesentlig for kunnskapsutvikling og meningsdannelse.

- Sosial interaksjonsteori

Den sosiale interaksjonsteorien vektlegger fellesskapets betydning for meningsdannelse fremfor enkeltindividets betydning. Meninger formes og omformes gjennom en fortolkende prosess. Kunnskapen finnes i fellesskapet før enkelteindividet besitter kunnskapen hevder filosofen G.H. Mead (Mead, 1934; refr. i Rommetveit, 1996). Pedagogen Ragnar Rommetveit (1996) skriver at i følge Vygotsky og Bakhtin, blir vår individuelle psyke infiltrert i et fortolkingsfellesskap via språket. Gjennom dette dialogiske grunnsynet vil fellesskapets språk

og meninger påvirke enkeltindividet. En blir bare ”ein sjølvstendig tenkjar ved å bli ein ”snyltar” på ein kulturell arv, dvs ved å kunne gjera meg forstått på premisser som ligg innebygde i det kulturelle kollektivet eg er sosialisert inn i[...].Meiningsproduksjon er difor i røynda ein sosial, ikkje ein individuell prosess”(Rommetveit, 1996,s 93, s 97).

Ut fra dette perspektivet vil helsesøstrenes meningsdannelse om helsefremmende arbeid være bestemt av fellesskapets syn på helsefremmende arbeid. Imidlertid har arbeidet som helsesøster tradisjonelt vært en ”en- kvinnes” foretak, med lite arbeidsfellesskap med kollegaer. De siste tiår har dette endre seg noe, i tettsteder med flere helsestasjonsdistrikter er disse blitt samlokalisert noe som gir mulighet for større samarbeid og faglige diskusjoner helsesøstrene imellom. I tillegg er det i helsestasjonsarbeidet og skolehelsetjenesten behov for og pålegg om samarbeid med andre tjenester/ yrkesgrupper, jamfør kapitlet rammer for helsesøsters arbeid. Disse yrkesgruppene inngår oftest ikke i det daglige arbeidsfellesskapet. Helsesøster samarbeider oftest med legen, et samarbeid som er formalisert gjennom forskriftene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial og helsedepartementet, 1983).

5.0 DEN METODOLOGISKE PROSESSEN

Jeg vil i dette kapitlet gi et innblikk i hvordan jeg har gått frem, hvilke overveielse og valg som er gjort underveis for få svar på forskningsspørsmålet. Dette for at leseren skal kunne ta stilling til og være kritisk til de valg som er foretatt for å fremskaffe nye viten. Når Steinar Kvale (1997) skriver om vitenskap og viden produksjon, defineres vitenskap som en ”metodologisk produksjon av ny, systematisk viden”(s 69). Denne ”metodologiske – produksjonen,” hva som oppfattes som kunnskap og hvordan denne er fremskaffet, er det jeg vil redegjøre for her.

5.1 Kunnskapsyn og bakgrunn for valg av metode

Mitt grunnlag for å søke etter kunnskap er basert på en interesse for å få innsikt i, kunne beskrive og tolke hva helsesøstrene mener med helsefremmende arbeid og om mulig peke på forhold som kan ha betydning for hvordan dette meningsinnholdet dannes. Jeg er opptatt av å

forstå hva helsesøstrene forbinder med helsefremmede arbeid i den konteksten de lever og utøver sin yrkesrolle. Dette er forskning som søker å beskrive en del av virkeligheten slik den oppleves, som har et fokus på å forstå heller enn å måle og forklare sammenhenger mellom variabler. Min intensjon er ikke å forklare observerte fenomener på en objektiv måte i den hensikt å gi generell kunnskap om den utforskede virkeligheten, hvilket er den kvantitative forskningens mål (Streubert & Carpenter, 1999).

Den kvalitative forskningen skriver Denzin og Lincoln (1994):

implies an emphasis on processes and meanings that are not rigorously examined, or measured, in terms of quantity, amount, intensity, or frequency. Qualitative researchers stress the socially constructed nature of reality , [...]. They seek answers to questions that stress how social experience is created and given meaning (s 4).

Den kvalitative forskningen har fokuset på tema i den verden vi lever, og er en del av. Derfor ses kunnskapen og forståelsen som erverves i lys av den konteksten en utforsker fenomenet i (Streubert & Carpenter, 1999). En objektiv og nøytral forskning er utopisk innen denne forskertradisjonen. Det vil alltid eksistere følelser og interesser, verdier og moral, både hos forskeren og knyttet til selve forskningen, hva gjelder resultater og anvendelse av disse. Med dette utgangspunktet er forskeren med og påvirker forskningsresultatet, forskeren blir en ”medskaper.” Guba og Lincoln (1994) skriver at forskerens ”briller,” hvordan forskeren ser på verden og hva denne regner som gyldig kunnskap, har betydning for valg av forskning og forskningsmetode.

Kvale (1997) skriver at en må finne det redskapet, som er formålstjenlig til å avdekke og bringe dataene en er på let etter frem i lyset. Bruken av metode/ -er mener han avhenger av hvor egnet denne/disse er til å besvare forskningsspørsmålet. Siden mitt forskningsspørsmål er hva betydning og mening helsesøstrene legger i helsefremmende arbeid, tror jeg at dette best presenteres gjennom deres tanker omkring dette begrepet, og at dette kan utforskes ved hjelp av intervjuer. Gjennom intervju kommer ”aktørens eget perspektiv og beskrivelse av verden, således som den oppleves av intervjupersonene, ut fra den forutsædning, at den avgjørende virkelighet, er hva mennesket oppfatter den som” (Kvale, 1997, s 61). Kvale skriver at formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er ”å forstå temaer i den daglige livsverden ut fra intervjupersonens eget perspektiv” (s 38). Gjennom intervjuet kan en

innhente ufortolkede beskrivelser, hvor helsesøstrene beskriver så presist som mulig tanker og handlinger knyttet til helsefremmende arbeid.

Kvale (1997) hevder også at det er sammenheng mellom valg av metode, og forskerens kompetanse og interesse. Min rolle som forsker og den systematiske arbeidsmetoden som forskningen krever, er ny for meg. Imidlertid har jeg gjennom min erfaring som sykepleier, helsesøster og lærer vært i mange dialoger hvor det har vært viktig å få frem både min egen, men ikke minst en innsikt i og forståelse av hva den andre parten mener. Slik sett kan det sies at jeg har erfaring med å bruke samtale profesjonelt, for å få innblikk og forståelse for andres meninger.

5.1.1 Forskningsintervjuet som produksjon av empirisk materiale

Forskningsintervjuet er en særlig form for samtale, basert på dagliglivets samtaler. I forskningsintervjuet har den som intervjuer en metodologisk bevissthet om samtalens formål og strukturen. Forskeren har oppsøkt de en intervjuer, og har forrang til å styre spørsmålene i dialogen. En er kritisk oppmerksom på spørsmålene en stiller, hvordan disse er med å produsere materiale til utforskning. Samtidig har den som intervjuer en oppmerksomheten på interaksjonen mellom seg som intervjuer og den som blir intervjuet. Det er en maktasymmetri i forskningsintervjuet. Forskeren styrer dialogen, men avhengig av den intervjuedes velvilje til å delta, og avhengig av å få materiale til arbeidet sitt. Også i andre profesjonelle samtaler kan det være maktasymmetri, som i helsesøsters samtale med en bruker. I de daglige spontane samtaler er det som oftest ikke denne asymmetri, fokuset er tema heller enn utforskning, skriver Kvale (1997). I den daglige samtalen tilstreber en å forstå hverandre gjennom et språklig felleskap, slik er det også i forskningsintervjuet. Intervjuet er en mellom menneskelig prosess, hvor den som intervjuer og intervjupersonen er opptatt av å forstå hverandre skriver Jette Fog (1998). Enhver samtale skjer i en kontekst der begge parter er tilstede med sin livshistorie av erfaringer og sin teoretiske forståelse. Fog beskriver det som en dialog som skjer her og nå, som en ”øyeblikkshendelse” bundet av tid og sted, og hvor samtalen er et felles produkt. Filosofen Levinas (1961; refr. Kolstad, 1996) skriver at:

erfaringene får betydning i det de holdes opp mot en sproghorison som opplyser dem: I denne opplysningen gjennom sproget består den betydningsgivende akt.[...].Det er den sproglige kontekst som helhet betraktet som, idet den opplyser erfaringen, forlener den med betydning. Denne betydningen har sproget [...].Sproget refererer til en kulturell kontekst. Fordi sproget er betydningsskapende, føyer det samtidig noe nytt til den objektive kultur. Sproget uttrykker kulturen samtidig som det skaper den (s 226).

Begge parter i samtalen, vil underveis søke etter forståelse og bekreftelse på at de har forstått hverandre. Det som fremkommer i samtalen, vil i forskningsintervjuet være materiale for videre arbeid. I forskningsintervjuet er både intervjueren og samtalen forskningsredskap. Intervjueren er subjektivt tilstede, påvirket av det intervjueren sanser, ser og hører. Fog (1998) skriver at vi som intervjuere, også vil påvirker hva ”vi får at vite”(s 145). En gjensidig kontakt er forutsetning for et åpenhjertig og oppriktig intervju. Ved at den som intervjuer viser interesse, er nysgjerrig og forsøker å få en avslappet stemning kan en gi den intervjuede rom til å fortelle. Intervjuerens sensitivitet for den andre og dens evne til å utvikle en samtale, har betydning for om en får kontakt med den andres perspektiv, og for kvaliteten av det materiale som skapes i løpet av samtalen. Intervjuerens oppfattelse og forståelse av hva som blir sagt vil avhenge av tidligere erfaringer, menneskekunnskap og teoretisk forståelse (Fog, 1998).

5.1.2 Å starte forskningsarbeidet med utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv

Jeg forsøkte å møte de jeg intervjuet så åpent og fordomsfritt som mulig, og sette tilside min forforståelse. Denne måten å tilnærme seg fenomener en vil utforske, har basis i den fenomenologiske tenkningen. Fenomenologien er opptatt av den menneskelige erfaringen i den konkrete hverdagen. Den subjektive opplevelse er utgangspunkt for forståelse av verden, og slik blir våre erfaringer viktig for å kunne si noe om virkeligheten. Den fenomenologiske tenkningens utgangspunkt er utviklet av filosofen Edmund Husserl, han så fenomenologien som grunnlag for å utvikle ekte kunnskap. Han hevdet at all kunnskap må gå gjennom menneskets forståelse, gjennom menneskets oppfattelse blir verden ” konstruert”. Mats Alvesson og Kaj Sköldberg (1994) skriver at Husserl mente at ”världen var en konstruktion av det egna jaget”(s 132). Vi må se tingene i sine omgivelser slik de virkelig er, gå tilbake til ”saken selv,” fri fra tolkning, ”a fresh approach to corecretely experinced phenomena, as free

as possible from conceptual presuppositions and attempt to describe them as faithfully as possible” (Spielberg, 1975; refr. Streuber & Charpenter, 1999, s 47). Denne forståelsen oppnås gjennom reduksjon. En reduksjon hvor en studerer fenomenet fritt fra hva en vet om fenomenet fra før. Ellers ville en forveksle fenomenet med vår oppfattelse av fenomenet hevdet Husserl (Alvesson & Sköldberg, 1994). Gjennom denne reduksjonen får en tilgang til det fenomenologene kaller livsverden. ”Livsverden er verden, således som den mødes i dagliglivet og foreligger i direkte og umiddelbar opplevelse, uafhængig af og førend alle forklaringer” (Kvale 1997, s 63) .

Husserl presenterte tre nivå for reduksjon. Hvor det første nivå er ved data innhenting, å få frem ”det levde”, den individuelle opplevelse og beskrivelse. Alvesson og Sköldberg (1994) betegner dette som den ”förrationellea erfarenhet.” For min forskningen ser jeg dette som å få frem helsesøstrenes umiddelbare beskrivelser av hva helsefremmende arbeid er og hvordan dette kommer tilsyne i deres arbeid. Dette innebærer å være åpen for deres perspektiv og få så detaljerte og rike beskrivelser som mulig. Det andre nivå av reduksjon er når forskeren arbeider med data for å få frem fenomenets essensielle karakter. I denne forskningen vil det være å lete etter det som er felles for de enkelte helsesøstrenes beskrivelser av helsefremmende arbeid. Etter fenomenologiens begreper dreier dette seg om å finne frem til hva som er fenomenets vesen. Dette skjer ved hjelp av en tankeprosess som Alvesson og Sköldberg (1994) kaller komparativ analyse. I beskrivelsen av det allmenne er det viktig at en ikke sliper taket på det konkrete, men at det allmenne viser tilbake til dette. Det tredje nivået av reduksjon er ved studie av hvordan fenomenets vesen ”konstrueres,” hvordan vår oppfattelse av fenomenet dannes. Som Alvesson og Sköldberg (1994) skriver ”genom vilka själsliga a priori – strukturer får tingen sine egenskaper?” (s 98). Dette siste nivå av reduksjon er diskutert, da Husserl mente at det bare var gjennom ”det transcendentale jeget” at verden eksisterte, ble skapt, og dermed at verden var et subjektivt fenomen.

Streubert og Carpenter (1999) skriver at for å finne frem til en sann beskrivelse av fenomenet kreves det at forskeren så langt som mulig, under hele prosessen, setter egen forforståelse i parentes. Før en går i gang med undersøkelsen må tidligere kunnskaper og antagelser om fenomenet settes tilside slik at en er fri fra disse under undersøkelsen og åpen for alt som måtte fremtre knyttet til fenomenet i undersøkelsen. Kvale (1997) understøtter dette, men han skriver at å nå frem til fordomsfrie beskrivelser, ikke innebærer absolutt fravær av forutsetninger, men heller en kritisk analyse av egne forutsetninger. Han er kritisk til

intervjuforskning uten relevant kunnskap om det som skal utforskes. Fog (1998) tar også opp dette og mener at en kritiske analyse av, og redegjørelse for egne forutsetninger er et viktige poengene. Hun skriver ”Vor forståelse er alltid situasjonsbundet [...]. Vor forståelse er innenfor visse grenser/ horisonter” (s 146). Det er derfor viktig at forskeren redegjør for sin horisont.

Victoria W. Leonard (1994) beskriver forforståelsen til å bestå av tre forhold, hva vi tar for gitt om fenomenet, vår måte å nærme oss forskningsspørsmålet og de spørsmål vi stiller. Til sist, vår forståelse av hva vi regner som spørsmål og svar. Hun beskriver dette som vår måte å ”starte” den hermeneutiske sirkel, og refererer til filosofen Martin Heidegger ”one is always whitin the hermenutical circle of interpretation” (Heidegger, 1975; refr. Leonard, 1994, s 55). Det er derfor viktig å redegjøre for dette så langt som mulig for å kunne være så åpen til fenomenet som mulig. Samtidig vektlegger Leonard at vi underveis, må være i stand til å revidere prosessen etter hvert som analysen, nye meninger og forståelse utvikles i studiet.

5.1.3 Å gjøre en hermeneutisk fortolkning av det empiriske materialet

Jeg vet ikke om Leonard (1994) siktet til ny forståelse av analysen, når hun skrev at en måtte være åpen til å revidere prosessen underveis. Imidlertid har mitt perspektiv underveis i analysen gått mer over mot en hermeneutisk fortolkning av materialet. Dette har en sammenheng med at undersøkelsens hva og hvorfor er blitt klarere for meg. Hva og hvorfor er på den ene siden å løfte frem helsesøstrenes tanker om helsefremmende arbeid. Hvordan disse tankene gir intensjon for handling i praksis. På den annen siden, ønsker jeg også å se hva deres tanker representerer av forståelse i lys av hva teorien sier om helsefremmende arbeid, hvor praktikerne er i forhold til teorien.

I analysen ser jeg på helsesøstrenes beskrivelser av eget arbeid, at dette også sier noe om hvordan de oppfatter helsefremmende arbeid, og deres rolle knyttet til helsefremmende arbeid. Som forsker går jeg utover det som sies direkte, og trekker i enkelte sammenhenger frem forhold som helsesøstrene ikke vektlegger, men som jeg ut i fra min forforståelse vet er en del av deres arbeid. Her går fortolkningen utover ”hva det sies direkte med henblikk på at udarbejde betydningsstrukturer og –relasjoner, der ikke umiddelbart fremtræder i en given tekst” (Kvale, 1997, s 199). Dette kan blant annet være ved å tolke det som talen ikke sier, det

som blir ”sagt mellom linjene.” Dette går utover den fenomenologiske reduksjonen, og hører mer inn under en hermeneutisk fortolkningstradisjon.

Hermeneutikken har sitt grunnlag i teksttolkning, å avdekke intensjonen med teksten sett i lys av den kontekst forfatteren sto i. Et hovedtema er at “meningen i en del, kan endas forstås om den sattes i samband med helheten” (Alvesson & Sköldberg, 1994, s 115). Alvesson og Sköldberg beskriver to ulike hovedposisjoner innen hermeneutikken, den objektiverende og den aletiske. I mitt tolkningsarbeid har den eksistensielle hermeneutikken som er en retning innen den aletiske hermeneutikken, vært til hjelp. Den eksistensielle hermeneutikken med Heidegger, slik jeg forstår det av Alvesson og Sköldberg er på mange måter en videreføring av fenomenologien. Den subjektive opplevelsen er utgangspunkt for kunnskap, men menneskets opplevelse forstås i en sammenheng av hvordan fenomenene har en praktisk betydning. I mitt arbeid er dette knyttet til helsesøstrenes beskrivelse av helsefremmende arbeid og hvordan deres forståelse av helsefremmende arbeid kommer til anvendelse. Denne forståelse vil også være med å bidra til en forståelse av seg selv som helsesøster. Alvesson og Sköldberg (1994) skriver referert til den eksistensielle hermeneutikken, “Varje forståelse, av de enklaste vardagsliga ting, är samtidigt ett bidrag til bättre självförståelse”(s 135). Som individ kan en sette seg inn i andres meninger, ens forforståelse kan hjelpe en til å forstå, men også hindre en i å forstå. For ikke å bli hindret av sin forforståelse må en som forsker kontinuerlig veksle mellom inntrenging i den andres verden og egen referanseramme.

Til hjelp for forståelse beskriver Alvesson og Sköldberg (1994) det de kaller en minivariant av den hermeneutiske prosess. Hvor den hermeneutiske sirkelen består av en dialektikk mellom del og helhet, og en dialektikk mellom forforståelse og forståelse. Tolkningen av teksten skjer i dialog med teksten, hvor en stiller spørsmål til teksten og nye horisonter åpner seg. Slik kan en fortsette etter hvert som ny kunnskap kommer frem, kommer det nye spørsmål, som en uendelig spiral. I hvert utsagn og i hver tekst kan det være noe skjult eller underliggende. Ved hjelp av forskerens kontekst, forforståelse og de spørsmål en som forsker stiller til materialet kan en få et annet kunnskapsgrunnlag enn den en intervjuer, og om mulig forstå den en har intervjuet bedre enn seg selv.

5.2 Den praktiske gjennomføringen

Denne delen omhandle den praktiske gjennomføringen for å frembringe datamateriale. Hvordan jeg gikk frem når jeg laget intervjuguiden, om intervjusituasjonen og hvordan intervjuene ble gjennomført, om sikring av intervjuene, om transkribering og analyse av de transkriberte intervjuene. Kapitlet omhandler også hvordan jeg valgte ut og kom i kontakt med helsesøstre til intervjuene.

5.2.1 Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Forut for intervjuene søkte jeg i litteratur for å få en klarhet i hvordan faglitteraturen beskrev helsefremmende arbeid, gjennom dette skapte jeg en egen teoretisk forforståelse i forhold til hva jeg skulle utforske. Fra før hadde jeg mine antakelser av hvordan helsesøstre kunne komme til å beskrive helsefremmende arbeid, og jeg hadde mine egne erfaringer knyttet til helsesøsterrollen. Denne forforståelsen var som et ”bakteppe” under intervjuene. Samtidig var denne referanserammen med som et tolkningsgrunnlag, som en forståelse av hva helsesøstre mente med helsefremmende arbeid. En forforståelse kan bidra til å forstå den som blir intervjuet bedre, samtidig som denne også kan være med å påvirke hva en følger opp med tilleggs spørsmål. Denne forforståelsen strider ikke med den fenomenologiske perspektivet, om en ikke lar forforståelsen dominere, men er åpen for nye sider ved fenomenet. Dette benevnes gjerne å være teoriladet versus å være teori styrt.

Intervjuene ble foretatt på helsesøstrenes arbeidssted, dette for at det skulle være lettere å stille opp til intervju og medføre minst mulig kostnader for den intervjuede. Helsesøstre var forespurt om å la seg intervju om tanker om eget arbeid, og ikke om helsefremmende arbeid spesielt. Dette var for at jeg ville ha den umiddelbare meningen frem knyttet til helsefremmede arbeid og hvordan de så dette i forhold til eget arbeid. Ved intervjuets start, forsøkte jeg å etablere kontakt og legge samtalen mest mulig opp til den daglige samtalen. De innledende spørsmålene var knyttet til kriteriene for utvelgelse av helsesøstre, for at de skulle bli kjent med meg, kjent med stemningen og hvordan det var å snakke med en båndopptaker i rommet. Selve forskningsintervjuet startet ved tema som jeg regnet for lite truende, å la de beskrive hva eget arbeid innebar.

Jeg hadde først to prøveintervju, disse gjennomførte jeg noe ulikt, men for begge hadde jeg en omfattende intervjuguide. Intervjuguiden var utarbeidet etter forskningsspørsmålet mitt, min kjennskap til yrket, og i stor grad min forforståelse fra teori om helsefremmende arbeid. Etter prøveintervjuene transkriberte jeg disse, og gjorde en analyse av hva som var fokus for helsesøstrene i intervjuene. Her forsøkte jeg å sette forforståelsen i parentes som Kvale (1997) skriver om, og søkte etter hva det er helsesøstrene snakker om når de beskriver sitt arbeid. Det var fire hovedtema som gikk igjen. Disse kalte jeg for rolle som helsesøster, utforming av tilbudet, samarbeid og meningsdannelse. Disse hovedtema ble styrende for de neste intervjuene. Intervjuguiden besto av hovedtema, men med undertema fra intervjuguiden fra prøveintervjuene som fungerte som eventuelle tilleggs spørsmål, se vedlegg. Samtidig var intervjuguiden åpen i forhold til min søken etter hva helsesøstrene mente med helsefremmende arbeid.

Underveis i intervjuene var jeg åpen for nye dimensjoner i materialet, for eventuelt å endre intervjuguiden. Guiden ble beholdt gjennom de neste intervjuene da den opplevdes som formålstjenlig for samtalen. Tema og spørsmålenes rekkefølge i intervjuguiden regnet jeg ikke som avgjørende i forhold til innholdet som ble skapt i samtalen. Etter innledningen kunne samtalen ta ulik retning, samtidig som jeg hadde mulighet til å komme med spørsmål og styre samtalen mot kjernen i mitt forskerspørsmål hva var helsefremmende arbeid og hvor så de seg selv i forhold til helsefremmende arbeid. Intervjuene kunne forløpe nokså ulikt etter hvor pratsomme helsesøstrene var. Noen brukte mange ord, mens andre var kortere i sine formuleringer. Min rolle som intervjuer ble derfor forskjellig fra intervju til intervju. Noen ganger kunne jeg sitte å lytte og komme med tilleggs spørsmål. Andre ganger ble det mer som ”spørsmål - svar” intervju. Men i de fleste tilfellene gikk samtalen lett. Det var lett å stille spørsmål, men heller vanskelig å avgrense seg.

For meg som intervjuer, startet analyseprosessen under intervjuet med å lytte til hva er det de sier om arbeidet generelt og om helsefremmende arbeid spesielt. Hva følger jeg opp, hva lar jeg være å følge opp, hva vil skjule seg bak neste svar, hvor får jeg de beste beskrivelsene av deres oppfattelse av helsefremmende arbeid ? Kvale (1997) skriver at som forsker er det viktig å kunne forfølge de ulike dimensjonene i svarene, så vel som evnen til å fornemme et svars umiddelbare mening, og horisonten av mulige meninger svaret åpner for. Til dette trengs kunnskap og interesse for intervjutema, så vel som for den menneskelige interaksjonen i intervjuet. Dersom jeg under intervjuene hadde forfulgt alle utsagnene, ville intervjuet strekt

seg langt utover rammen som var satt, og helsesøstrene kunne blitt utmattet. En ”utmattet” samtalepartner er ikke tilstede i dialogen i samme grad, kontakten reduseres og påvirker data slik at disse blir ufullstendige, hvilket er med å svekke undersøkelsens pålitelighet. Tidsperspektivet setter dermed grenser for samtalen. Med respekt for bruk av helsesøstrenes tid og for å ikke utmatte den jeg intervjuet varte intervjuene omtrent halvannen time. Etter hvert intervju transkriberte jeg samtalen som var tatt opp på bånd og sendte denne tilbake til hver helsesøster, slik at hun kunne få korrigere eller føye til ytterligere kommentarer i forhold til samtalen. Jeg valgte å skrive intervjuene ordrett, uten noen gjentakelser, pauser eller andre stemningsbeskrivelser. Etter min forståelse, er dette tette opp til ”de fordomsfrie fortellingene” som vektlegges i det fenomenologiske perspektiv. Men det kan oppleves som unaturlig når en samtale blir tekst, en tekst hvor retningslinjer for setningsoppbygning og språk ikke er fulgt. Det vesentlige for meg var imidlertid at helsesøstrene opplevde at innholdet samsvarte med deres tanker og meninger. Dette var helsesøstrene informert om. Ingen kom med rettelser i forhold til innholdet av de transkriberte intervjuene. Kvale (1997) skriver at det å transkribere ikke er en ” simpel teknisk aktivitet, men snarere en fortolkningsproce i sig selv”(s 161). Når en gjør samtalen til tekst festner en ”øyeblikket”. Fog (1998) skriver at ”talen blir som udsskrift til objekt med soliditet og varighet. Den kan læses igjen og igjen, den kan fortolkes og forstås på forskjellige vis [...] Det levende ord blir et studieobjekt” (s130). Hun peker på at en ut i fra en tekst kan konstruere den forståelsen som en som forsker finner som riktig, men som den intervjuede kan føle seg uenig i. Imidlertid er der moralske og vitenskapelige grenser for hvilke fortolkninger en kan gjøre ut i fra samtalen med et annet menneske. Dalland (2000) referer til presten E.Sundt (publiser 1968) :

Jeg kaller det vakkert av dem, at de så villig efterkom vårt ønske og med så meget tillit åbenbarede for os meget af, hva der henhører til deres private og huslige liv. Og jeg vil håbe at det ikke skal angre dem, om de får se, hva brug det er gjort av deres fortrolighed (s 229).

Dette har også vært mitt ønske i denne prosessen, å ikke gjør de intervjuede urett.

5.2.2 Analyse av de transkriberte intervjuene

Kvale (1997) skriver at i ”den egentlige analyse utvikles interviewenes meningsinnhold, interviewpersonernes egen forståelse bringes frem i lyset, ligesom der fra forskerens side legges nye perspektiver ned over fenomenene” (s 188). Likeledes viser Kvale til tre perspektiv en kan legge på teksten, selvforståelse, ”common sense” og teoretisk fortolkning, for å utvikle en forståelse av materialet.

Men spørsmålet for meg var, hvordan gjør jeg dette i praksis ? Hvordan skulle jeg finne mening videre, hvordan være tro mot det helsesøstrene sa ? Hvordan forstå dette ? Jeg forsøkte på ulike måter å få oversikt og lage kategorier av alt materialet, men endt med å gjennomskrive hvert intervju. Lese det igjennom, se hva er det som sies, og så redusere teksten til det som jeg opplevde som vesentlig fra hvert intervju. Etter at denne komprimeringen var gjort for hvert intervju, var det enklere å trekke ut det helsesøstrene snakket om, og å se tema/kategorier som gikk igjen. I ettertid opplever jeg det som å skille det uvesentlige fra det vesentlige, som Kvale (1997) skriver om i forhold til den fenomenologiske tilnærmingen, og som han kaller for meningskondensering.

For så å få en oversikt hva den enkelte sier i forhold til de ulike tema, plasserte jeg alle sitatene fra de enkelt helsesøster sammen under hvert tema. På denne måten kan en også se den enkelte i forhold til helheten. Sitatene, hva de sier kaller Kvale (1997) for selvforståelse. I dette arbeidet vil helsesøstrenes selvforståelse i forhold til de ulike tema, bli presentert gjennom enkelte utsagn fra helsesøstrene i analysedelen av oppgaven.

Men Kvale går lengre når han beskriver ulike kontekster en tekst kan fortolkes i lys av. Kritisk ”common sense” forståelse omfatter en bredere forståelsesramme av et utsagn enn det den intervjuede selv tenker og forstår med tema. Tolkningen kan forsterkes og berikes ved at en tar med allmenn kunnskap om utsagnets innhold. For denne undersøkelsen kan en trekke inn eksempelvis hvordan samsvarer dette med de andre helsesøstrenes uttalelser i undersøkelsen, er der noen mønster? Eller hva er det som ikke sies, og hvordan kan det forstås? Dette presenteres i oppgaven i nær tilslutning til de direkte sitatene.

Til sist gjorde jeg en analyse av intervjuene, deres begrepsinnholdet opp i mot en teoretisk referanseramme. Dette presenteres i oppgaven som et eget kapitel. Denne form for tolkningen går ut over den intervjuedes forståelse. Dette kaller Kvale for en teoretisk forståelse. Noe av den teoretiske referanserammen var ervervet før undersøkelsen, men andre deler ble søkt etter ut i fra hvilke tema som fremsto i intervjumaterialet. Jeg opplever her at det fenomenologiske perspektivet med den fenomenologisk reduksjon som setter ”common sense” og vitenskapelig forutviten i parentes, opphører og tolkningen får en overgang mot en hermeneutisk fortolkning. Hvor jeg har tolker funnene, ”de fenomenologiske beskrivelsene,” i relasjon til en delvis gitt kontekst, teori om hva helsefremmende arbeid er.

5.2.3 Utvalgsriterier og prosedyre

Kvale (1997) skriver at den ideelle intervjupersonen ikke eksisterer, men at enhver intervjuperson har rikelig med viten. Som intervjuer er det ens oppgave å motivere og lette intervjupersonens redegjørelser, en skal være i stand til å utvikle intervjupersonenes fortellinger. Jeg ønsket helsesøstre med evne til å reflektere over eget arbeid, og mente i denne sammenheng at det hadde betydning at de var kommet over nybegynnerstadiet som helsesøster. Noen års praksis gir mulighet til å erfare og diskutere ideologier. Trulte Konsmo (1995) refererer til Patricia Benner (1984), og skriver at for å komme fra stadiet som nybegynner med innlæring av rutiner og regler, og over til å kunne gjøre langsiktige prioriteringer bør en ha arbeidet innen samme område i to til tre år.

Arbeidsområdene til helsesøster kan variere, de fleste arbeider innen helsestasjons- og/ eller skolehelsetjenesten. Jeg antok at strategiene for arbeidet var de samme ved disse tjenestene, men at arbeidsoppgavene kunne være forskjellige. Basert på dette og Benners teori, ønsket jeg at helsesøstre skulle ha arbeidet innenfor ett av de nevnte områdene i minst to år.

Mulighet til faglige diskusjoner vedrørende helsesøsterpraksis avhenger av et fellesskap med andre helsesøstre. I større kommuner er det ofte flere helsesøstre. Jeg søkte derfor etter kommuner der det var mer enn en helsesøster og ønsket å intervjuer helsesøstre som til daglig møter brukerne, og ikke ledere av tjenesten. Enkelte ledere har i sin stilling også praksis i helsestasjons- eller skolehelsetjenesten, men jeg antar at lederne har større mulighet til å sette

seg inn i helsepolitiske dokumenter. Denne variabelen ønsket jeg ikke, da jeg var opptatt av meningsinnholdet til helsesøstre i praksis, som møter brukerne.

Et annet forhold jeg la vekt på i utvelgelse av helsesøstre var tidspunktet da de var utdannet, for å se om utdanningen var med på å bidra til innhold i begrepet. Utdanningssted gjorde jeg ikke til noe poeng da jeg ikke ville ha kapasitet til å vurdere de ulike fagplanene. Jeg antar at utdanningen over tid endrer innhold og fokus mot helsefremming, men at dette ikke skjer i løpet av et studentkull. For å få et klart skille, valgte jeg derfor helsesøstre utdannet før 1985, da jeg har mine egne erfaringer, og helsesøstre utdannet fra 1993 og senere, da Stortingsmelding nr 37(Sosialdepartementet, 1993) gir et tydelig signal om at helse for alle er målet og at helsefremmende arbeid er et av virkemidlene for å nå dette målet.

Under ovenstående forutsetninger, sto jeg igjen med to grupper helsesøstre for intervju, helsesøstre utdannet før 1985 og helsesøstre utdannet fra 1993 og senere. For at de jeg intervjuet skulle være så fri som mulig, og ikke føle seg evaluert i forhold å reprodusere forventede meninger, valgte jeg å intervju helsesøstre som jeg ikke har jevnlig kontakt med gjennom mitt arbeid.

I forhold til hvor mange en skal intervju i en kvalitativ undersøkelse skriver Kvale (1997) at i eksplorative intervju er det vanlig med fra fem til tjuefem intervju, 15 +/- 10 (s 109). Dette avhenger av hvordan intervjuene skal analyseres, i kombinasjon med tid og ressurser. I noen sammenhenger foretar en intervju inntil en opplever å ikke få flere nye data fra intervjupersonene. Jeg antok at tid og ressurser ville avgrense datainnsamlingen før jeg hadde oppnådd metning.

Ut i fra ovennevnte forhold, forsøkte jeg å få avtale med fem helsesøstre fra hver gruppe. Jeg søkte kontakt med helsesøstre via ledende helsesøstre i utvalgte kommuner, se vedlegg. På denne måten ble også den administrative overordnede orientert om undersøkelsens hensikt, metode og omfang. Dette mente jeg var en redelig fremgangsmåte siden jeg brukte av arbeidstakerens tid under intervjuet. Noen helsesøstre gav umiddelbar tilbakemelding på min henvendelse, enkelte av disse valgt jeg å ikke benytte da de ikke oppfylte kriteriene. Imidlertid hadde jeg ikke et tilstrekkelig antall ut i fra mine forutsetninger, så jeg foretok telefonforespørsel til helsesøstre i de kommunene der forespørselen hadde gått ut. Jeg endte opp med tre helsesøstre med nyere utdanning og fire med eldre utdanning, i disse er prøveintervjuene innbefattet. Helsesøstre kommer fra fire ulike kommuner, men fra

samme landsdel. Materialet jeg fikk fra disse intervjuene anser jeg som tilstrekkelig med hensyn til undersøkelsens hensikt.

5.3 Forskningsetiske overveielser

Et hvert forskningsarbeid må forholde seg til gjeldene forskningsetiske regelverk. Det datamaterialet jeg har innhentet fra intervjuene er behandlet i samsvar med alminnelige regler for personregisterloven (Forskning på mennesker⁶). Det er også vurdert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, til å være fritatt fra konsesjonsplikt, se vedlegg. Lydbånd og datamateriale er oppbevart forsvarlig innelåst. Alle intervju er anonymisert, og gitt et fiktivt navn. Navneliste med tilhørende fiktive navn er oppbevart separat fra materialet. Ingen personidentifiserbare opplysninger er lagret på EDB. Jeg har forpliktet meg til å slette lydbåndene når det ikke lenger er bruk for de i denne oppgaven.

Studien er gjennomført ved intervju av friske arbeidstakere. Tema som har vært behandlet har vært av faglig art. Studien har ikke omhandlet sensitive opplysninger selv om en kunne tenke seg at tanker omkring eget arbeid kunne medføre frustrasjoner, noe jeg ikke opplevde under intervjuene. Ellers har jeg vært oppmerksom på at jeg ikke unødig skulle oppta helsesøstrenes tid.

Studien er blitt drøftet med sekretær for den regionale komité for medisinske forskningsetikk, og vurdert til å ikke høre inn under prosjekter som skal legges frem for komiteen (Forskning på mennesker⁶). I den skriftelige forespørselen ble helsesøstre orientert om hvordan intervjuene skulle behandles, at datamaterialet skulle anonymiseres og at de hadde rett til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst. Informantene deltok på frivillig grunnlag og ble forelagt samtykkeskjema, se vedlegg.

Jeg har ellers i analyse og presentasjon av materialet forsøkt å gjøre etiske overveielser med hensyn til å ivareta helsesøstrenes perspektiv og kravene som stilles til forskningsarbeider. I så henseende har de etiske overveielser sammenheng med studiens troverdighet.

⁶ <http://www.etikkom.no/NEM/REK/forskmensk.htm>, 13.11.1999

5. 4 Studiens troverdighet

Kvalitetskontrollen av forskningsarbeidet skal synliggjøre at det som blir presentert er til å stole på og gir en forståelse av den virkelighet studien var ment å utforske. Kvalitetskriterier for troverdighet, validitet og reliabilitet i den kvantitative forskningen er ikke direkte anvendelig som troverdighetskrav ved de kvalitative metoder, skriver Fog (1998, s155). Den kvalitative intervjuundersøkelsen er en bestemt type tilgang til viden og ny erkjennelse. Det er denne type tilgang som avgjør art av kvalitetskontroller, mener Fog. Samtalen innehar en dobbel karakter, en forståelse og fortolkning av virkeligheten som vokser ut av samtalen, og en fortolkning og analyse av de utskrevne samtale. Samtalen er et middel, samtidig som det gjennom denne skapes grunnlag for det empiriske materialet. Dette er en av grunnene til at det kan være vanskelig å skille reliabilitet og validitet når en omtaler troverdigheten til et forskningsarbeid hvor intervju er benyttet. Det som skapes i intervjuet er grunnlag for fortolkning. Slik sett hevder Fog at undersøkelses reliabilitet er en forutsetning for dens validitet. Relevante spørsmål for denne undersøkelsen blir hvorvidt samtalen har vært egnet, dens validitet i forhold til å få frem det undersøkte fenomenet, helsesøstrenes meningsinnhold av helsefremmende arbeid. Samt hvorvidt de data som er kommet frem gjennom intervjuet og i fremstillingen er pålitelige, reliable. Dette har med måten dataene er kommet frem på, men også hvordan de blir analysert og fremstilt.

5.4.1 Reliabilitet

Reliabiliteten ved bruk av kvalitativt intervju, omhandler hvordan samtalen og den som har intervjuet har fungert som ”instrument” til å få frem data, samt hvordan forskningsprosessen har vært i forhold til data som er komst frem i intervjuene. Fog (1998) drøfter intern konsistens og stabilitet i forhold til samtalen, hos intervjuer og den intervjuede. I det følgende vil jeg ta for meg det som er aktuelt for denne undersøkelsen, som jeg har vært alene om å gjennomføre.

I forhold til å få frem nyanser og dybde i intervjuet er forskerens sensitivitet avgjørende, skriver Kvale (1997, s44). Enhver intervjuer har sitt særpreg og ulik sensitivitet i forhold til interaksjonen og tema som belyses. Møte mellom meg som forsker med min historie og erfaring, og den jeg intervjuer med sin historie og erfaring skaper ”enestående møter” i hvert

møte. En er derfor som forsker ikke ”den samme” under hvert intervju, om så var ville kvaliteten av interaksjonen og materialet som kom frem blitt redusert. Å bedømme egen sensitivitet er vanskelig, vi vil vel alle påberope oss en interesse for, og evne til å lytte til den vi samtaler med. Jeg vil allikevel trekke frem min erfaring som sykepleier, helsesøster og lærer som nyttige i denne sammenheng. Dette har gitt meg en trening i å skape en trygg atmosfære for dialog, og til å være i dialog, lytte til og få frem menneskers meninger om gitte tema.

Min hensikt i intervjuet var å få frem den intervjuedes oppfattelse av sitt arbeid, og helsefremmende arbeid spesielt. For at samtalen skulle forholde seg til disse tema hadde jeg utarbeidet en halv strukturert intervjuguide, uten at det var et mål å gjøre intervjuene like. Samtidig brukte jeg båndopptaker slik at jeg skulle kunne være konsentrert om samtalen og den andre. Forut for intervjuene hadde jeg tanker om at meninger kunne skapes under dialog i intervjuet (Rommetveit, 1996). Jeg er usikker på om meninger ble skapt underveis hos de jeg intervjuet. Jeg opplevde ikke å få korrigeringer av de intervjuedes tanker underveis, men det kan ikke utelukkes at intervjuet satte i gang en tankeprosess. Om intervjuet hadde blitt gjentatt, ville situasjonen vært en annen og vi ville sannsynligvis fått enn annen dialog. Jeg forsøkte å unngå ledende spørsmål, men heller stille åpne spørsmål som kunne bli etterfulgt av oppfølgende spørsmål eller at jeg bad om eksempel for å konkretisere og sikre at jeg hadde oppfattet den intervjuedes tanker og meninger. Kvale (1997) hevder at å unngå ledende spørsmål ikke øker reliabiliteten, men kan heller redusere den. Slik sett kan det tenkes at om jeg hadde stilt ledende spørsmål, kunne jeg fått frem andre svar. Imidlertid strider dette mot min oppfatning av fordomsfrie beskrivelser.

Kvale (1997) omtaler også reliabilitet av arbeidet gjennom transkribering og analyse. Jeg var alene om å transkribere intervjuene. Men ved å sende de transkriberte intervjuene tilbake til de jeg hadde intervjuet i ettertid, sikret jeg både påliteligheten av transkriberingen og validering av den intervjuedes selvforståelse. I forhold til analysedelen av intervjuene kan reliabiliteten sikres ved at flere er med å kategorisere intervjuene. Jeg har vært alene om kategoriseringen av intervjuene, men noen av de transkriberte intervjuene er forlagt veileder. Dette kan være en hjelp for å unngå en vilkårlig eller ensidig subjektivitet i analysen av materialet. I følge Kvale kan også bruk av flere fortolkere være med å gi flere perspektiv til analysen. I denne sammenheng er også fortolkningen drøftet med veileder. Ellers har jeg gjort

rede for prosessene i fortolkningen både vitenskapsteoretisk og praktisk, hvordan jeg har gått frem. Resultatet av dette er synliggjort i analyse og drøftingsdelen i oppgaven.

5.4.2 Validitet

Fog (1998) skriver at reliabiliteten i stor grad retter blikket inn over til intervjueren og prosessen for forskningsarbeidet, om denne har vært sannferdig og til å stole på. Mens krav til arbeidets validitet vende blikket mot fortolkeren og ut over. Det omhandler å sannsynliggjøre for seg selv og andre at undersøkelsens metode og analysen gir et troverdig bilde av det undersøkelsen var ment å utforske. Kvale (1997) benevner validiteten av forskningsarbeidet som dets håndverksmessige kvalitet. For meg forekommer dette som den innsatsen forskeren har lagt ned i arbeidet for at dette skal fremstå som grundig gjennomarbeidet med hensyn til presisjon, nøyaktighet og omtanke. Kvale skriver at for forskeren, dreier dette seg om å være djvelens advokat. Skal en kunne sannsynliggjøre for seg selv og andre at undersøkelsen er troverdig, må en være i stand til å argumentere for sine valg, at det utforskede fenomen lar deg belyse nettopp ved hjelp av denne type forskningsprosess. Dette innebærer å begrunne at samtalen har vært formålstjenlig for å belyse fenomenet, begrunne hvordan analysen får fatt i fenomen/struktur og dynamikk og hvordan funnene mine er troverdige. Fog (1998) kaller dette for en ”skritt- for skritt” argumentasjon som er intuitiv, systematisk og rasjonell. Hun sier at forskeren har to redskaper til forståelse, et følelsesmessig og et kognitivt. Dette har vi med oss både under intervjuet og i analyse av det empiriske materialet. Min ”følelsesmessige forståelse” eller taus kunnskap og teoretisk forforståelse i intervjuet mener jeg at jeg har gjort rede for under arbeidets pålitelighet. Den følelsesmessige forståelsen videre i analysearbeidet har svingt fra interesse og spenning til oppgitthet og utmattelse, og jeg kan vanskelig si hvordan dette fremkommer for leseren, ei heller hvordan dette er med å påvirke fortolkningene av materialet. Tiden forskningsarbeidet har strekt seg over, har både vært en ulempe med stadig oppbrudd, men også en fordel. De bolkene jeg har fått arbeide med materialet konsentrert har det foregått tankearbeid som ikke så lett lar seg beskrive.

At intervju som metode, har vært formålstjenlig for å få frem helsesøstrenes meningsinnhold har jeg argumentert for under valg av metode. Men på samme måte som språket og dialogen kan være med å skape mening, som jeg refererte til Leonard (1994) tidligere, er det alltid noe usagt i det sagte, det kan være sider ved situasjonen som en kanskje ikke får belyst. Det kan

være forskjell mellom det en sier og det en gjør. Innledningsvis har jeg argumentert for at jeg ikke er så opptatt av å vurdere hva de gjør, men heller få beskrivelser hva de tenker.

Når Fog (1998) omtaler validering i analysen av det empiriske materialet, omhandler dette tre nivå for validering. Den første er at en identifiserer de trekk som fremgår i materialet, er lojal mot det som fremtrer og tydelig gjør sine valg for hvordan dette blir sortert/ tematisert og analysert. Dette har jeg gjort rede for i tidligere i dette kapittelet under ”Analyse av de transkriberte intervjuene.” Det neste forholdet er validering med hensyn till korrespondens i materialet, hvor utbredt trekkene i materialet er og hvordan disse henger sammen med andre trekk i materialet. Det handler om å sortere det regelmessige fra det tilfeldige. Dette skal sikre forskeren mot forutinntatte meninger og selektiv bruk av materialet. Dette er omtalt under analysearbeid av teksten og i forhold til reliabilitet i analysen. Den siste form for validering Fog (1998) beskriver, er knyttet til å se sine funn i lys av teoretiske forestillinger. Hvordan funnene kan forstås ? Dette omhandler å relatere funnene til relevant teori og praktisk viden samt til kunnskaper andre steder fra, så som andres forskningsresultat. Mitt utvalg av teori og tidligere forskning som bygger opp om forhold som kommer frem i det empiriske materialet, presenteres i første del av oppgaven. Hvordan funnene kan forstås i lys av denne teorien, vises i drøftingsdelen av oppgaven.

I henhold til et postmoderne syn på sannhet så konstrueres gyldig sannhet i dialog. Kvale (1997) skriver at ”gyldig viden oppstår, etterhånden som motstridende fortolkninger og handlemuligheter diskuteres og forhandles blant medlemmerne af et samfunn” (s 234). Mine resultat og den analysen jeg har gjort anser jeg som troverdige i forhold til å forstå helsesøstrenes innhold i helsefremmende arbeid. Imidlertid har jeg forsøkt å gjøre denne rapporten så ”åpen” som mulig, slik at leseren ut i fra et ”common sense” nivå eller forsker nivå kan avgjøre om de spørsmål jeg har stilt til dataene eller de fortolkningene jeg har gjort kan være troverdige. Jeg er også åpen for at materialet kan gi bidrag til en dialog hvor dataene gir andre fortolkninger og en annen forståelse. Samtidig ser jeg på meg selv til å være i en prosess som ikke er sluttet, og vise tilbake til Heidegger ”one is always within the hermenutical circle of interpretation [...], because human beings are constituted by temporality, all knowledge, in this view, is temporal”(Heidegger, 1975; ref. Leonard, 1994, s 55).

5.4.3 Generalisering

Undersøkelsen er foretatt blant enkelte helsesøstre i en del av landet. En kan være kritisk til at disse ikke kommer fra ulike landsdeler, men jeg hadde ingen bestemt formening om hva jeg ville finne representert. Det har vært praktisk med hensyn til geografisk avstand, og jeg har ikke bakgrunn for å si at funnene ville vært annerledes om helsesøstrene kom fra ulike landsdeler.

Som jeg skriver innledningsvis ved presentasjon av mitt kunnskaps syn, er ikke funnene ment å kunne generaliseres statistisk, men være et utgangspunkt for forståelse hva de helsesøstrene jeg har undersøkt, mener med helsefremmende arbeid og hva som er med å påvirke dette synet. Hvorvidt noe av materialet kan generaliseres avhenger blant annet av om funnene kan understøttes av annen forskning på området. Om funnene ikke kan generaliseres eller gjøres allmenngyldige er de etter min forståelse gyldige beskrivelser for denne gruppen helsesøstre.

6. 0 PRESENTASJON AV DET EMPIRISK MATERIALET

I dette kapitlet presenteres data fra intervjuene, analysert i forhold til hvordan helsefremmende arbeid kommer til uttrykk i helsesøsters arbeid og hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøster. I utgangspunktet stilte jeg meg spørsmål hvilket meningsinnhold har helsesøstre i forhold til hva helsefremmende arbeid er, hvordan dette dannes og hvordan helsesøstre ser sin egen rolle i forhold til helsefremmende arbeid.

Kapitlet er delt inn i tre hovedtemaer med undertemaer. Det første hovedtema omhandler hva helsesøster vektlegger i sin yrkesutøvelse, og hvordan helsefremmende arbeid eventuelt representeres her. Det andre hovedtema er hva helsesøstrene sier helsefremmende arbeid er og det siste hovedtema har fokus på hvordan helsesøstrene opplever seg selv som fagperson og hva som medvirker til læring og oppfattelse av arbeidet. Undertema har en inndeling i strekpunkter. Teksten i undertema og i strekpunktene er oftest utsagn fra helsesøstrene, utsagn som samlet danner en sammenfatning av innholdet i kapitlet.

Presentasjon, analyse og drøfting av data tar utgangspunkt i Kvaales (1997) tre fortolkningsnivå. Dette er gjort grundigere rede for i metodekapitlet. Det første nivå, selvforståelse, gjengir de intervjuedes ulike utsagn. Utsagnene er festet til en skriftlig uttryksform, hvor helsesøstrenes dialekt er omgjort til skriftspråk, men hvor meningsinnholdet er bevart. Materialet fra helsesøstrene med eldre utdanning presenteres under korte navn, Eva, Liv, Gry og Åse. Materialet fra helsesøstrene som er utdannet på 1990 tallet presenteres under navnene Anne, Janne og Mari. Dette er for å tydeliggjøre hvem og hvilke gruppe som presenterer de ulike utsagnene. Direkte utsagn er gjengitt i kursiv skrift.

Helsesøstrenes selvforståelse relateres til allmenngyldig forståelse og kunnskap, som Kvale (1997) kaller ”common sense” - fortolkning. Disse to, selvforståelse og ”common sense”-perspektivene, behandles i dette kapitlet og i forhold til tema og undertema som utkrystalliserte seg i analysen av intervjuene. Siste nivå av analysen, å belyse dataene i et teoretisk perspektiv, følger i neste kapittel.

6.1 Hva helsesøstre vektlegger i sin yrkesutøvelse

Når helsesøstrene beskriver eget arbeid er dette relatert til konsultasjoner med foreldre og barn eller elever ved helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten. Konsultasjonene er i de fleste tilfeller individuelle, bare to av helsesøstrene har gruppekonsultasjoner på helsestasjonen. Det synes som om de fleste helsesøstrene forteller mest fra sitt arbeid ved helsestasjonen. Dette kan ha sammenheng med at de bruker det meste av arbeidstiden sin her, samtidig som de synes mest fornøyde med det arbeidet de gjør her. Helsesøstrene vektlegger ulike forhold i sin praksis ved helsestasjonen og i skolehelsetjenesten.

I det følgende vil jeg først trekke frem sider ved konsultasjonen på helsestasjonen som helsesøstrene vektlegger, før jeg peker på hva som er fokus for helsesøster i skolehelsetjenesten. Deretter vil jeg omtale hvordan helsesøster ser på tverrfaglig samarbeid og til sist hva helsesøster sier er utgangspunkt for yrkesutøvelsen. I disse to siste underkapitlene omtales data relatert til både helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

6.1.1 "Når de har vært på helsestasjonen skal de gå ut og være litt løftet"

Når helsesøstrene snakker om konsultasjonen på helsestasjonen, snakker alle om å støtte, styrke og ta utgangspunkt i det positive hos foreldre eller barnet. Utsagnet som Anne kommer med kan være representativt. Hun sier:

"Jeg har som mål at når de har vært på helsestasjonen skal de gå ut og være litt løftet i forhold til det de kom [...]. Mitt mål er i alle fall i forhold til hvor gale det måtte være, så er det alltid noe positivt som en kan poengtere[...]. Det er godt å få ros og positiv anerkjennelse, så jeg synes det er viktig at de får det på helsestasjonen."

Gry og Åse sier det slik: *"Det som jeg synes er viktig er å styrke mor i hennes ståsted."*

"Vi skal styrke de som foreldre, de skal oppleve at de er positive som foreldre selv."

Helsesøstrene sier at ved å gi positive tilbakemeldinger til foreldrene vil foreldrene få en positiv opplevelse av seg selv som foreldre. Bakgrunnen for denne vektleggingen på det positive, finner helsesøstrene i Foreldreveiledningsprogrammet. Referansen til programmet kan gå på hva som vektlegges som fokus for helsestasjonsarbeidet eller det kan være i form av materiell fra dette programmet som de gir til foreldrene.

- "Samspill, [...] det går som en rød tråd"

Samspill vektlegges både i individuelle konsultasjoner og i grupper. Mari sier:

"Dette med godt samspill er blitt viktig. Mål og vekt er på en måte ikke så viktig, hvis de ikke har det godt sammen så hjelper det så lite. Vi snakker mye om det, tar det opp på alle konsultasjonene, det går som en rød tråd gjennom det hele."

Liv sier: *"At det viktige er jo å snakke om samspill, og kanskje gi en bemerkning til mor når vi ser hun har godt samspill."*

Åse sier : *" Vi har dreiet en hel del etter samspillsatsingen kom, vi har dreiet mer over på samspill."*

Samspill synes å være et tema helsesøster tenker på i alle konsultasjonene med familien på helsestasjonen. Data fra intervjuene viser at flere av helsesøstrene har tatt spesiell opplæring i metoder for å veilede foreldre til et godt samspill med barna, i samsvar med

Foreldreveiledningsprogrammet omtalt tidligere i oppgaven. At flere helsesøstre har tatt opplæring i dette, viser at dette er noe de prioriterer.

- ”At vedkommende får tillit til meg”

Flere av helsesøstrene snakker om tillit som en viktig forutsetning for arbeidet.

Liv sier at hun forsøker å være en varm person som gir trygghet:

“Det aller første er at vedkommende får tillit til meg, det er det viktigste[...]. Det å kjenne på at en snakker sammen, det er det viktigste. Om en ikke gjør det, så blir det vanskelig for det du skal formidle senere.”

Anne sier : *“For å få tillit, for å få innpass til å arbeide med de tingene som kan være vanskelig, så må en på en måte se de positive tingene først.”*

Slik sett synes det å gi positive tilbakemeldinger å ha en dobbelt funksjon både å skape tillit, men også som tidligere omtalt, å styrke foreldrene. Disse helsesøstrene sier at for å kunne påpeke ting som kan oppfattes som negative, så må en først ha sagt noe positivt, i det minste må en ha etablert tillit. Tillit synes også for Liv å være knyttet til helsesøsters personlighet, et tegn på tillit er at en har en fin dialog.

- ”Ikke alltid like lett å ta fatt i det positive”

Selv om helsesøstrene vektlegger det positive, synes det som dette kan være vanskelig til tider. Gry sier:

“Det er ikke alltid like lett å ta fatt i det som er positivt og forsterke det hos mor. Dersom mor er helt på vide vanke, så er det veldig vanskelig å klare på en positiv måte å komme over i noe annet. Men du kan jo ikke alltid gi mor rett, selv om du kunne ha lyst til det.”

Liv sier: *”For når ungen kommer med flaske så blir det å kritisere henne negativt om jeg sier det er uheldig. Det synes jeg er vanskelig[...]. For jeg har så lyst å formidle det, og jeg må jo prøve å si noe om dette med tenner og sånn.”*

Anne sier: *“Om de forteller noe som jeg synes er riv ruskende gale, så prøver jeg å trø varsomt for ikke å ødelegge tilliten og dialogen[...]. En må bruke list og lempe, og*

menneskekunnskap føler jeg for å komme med korrigerende, samtidig som en ikke trækker ned på det som allerede er gjort.”

Her viser helsesøstrene til et dilemma. Deres primære ønske er å gi positiv tilbakemelding, og ikke ta opp negative ting. Derfor er det konfliktfylt når de opplever negative forhold de må ta opp med foreldrene. I denne sammenheng er de redde for å ødelegge tilliten de har forsøkt å etablere ved å gi positive tilbakemeldinger. Imidlertid sa de i det forgående avsnitt at tillit var viktig for å kunne ta opp ting som er vanskelige, og ikke bare det som er positivt.

- ”Å møte foreldrene der jeg bør [...] at det blir gode samtaler”

Flere av helsesøstrene vektlegger betydningen av en god dialog, at de gjennom samtalen kan møte foreldrenes behov. Å få til en god dialog med foreldrene gir helsesøstrene en følelse av å lykkes i arbeidet. Liv sier:

” Det er nok mest det at dersom jeg klarer å møte foreldrene der jeg bør møte de, og kjenne liksom på at det blir gode samtaler.”

Dialogen trenger ikke være knyttet til positive ting. Den kan også dreie seg om at helsesøster tør gå inn i vanskelige ting, at hun gjennom dialogen kan bidra til å starte prosesser. Mari sier det gir en god følelse når:

“ Du har bidratt til at veien har begynt, ikke ordna opp for folk, men hatt en god dialog med folk om et problem, at du liksom har fått kontakt.”

Følelsen av å ha bidratt med noe i dialogen kan også være helsesøsters tilstedeværelse. Anne sier :” *At jeg har en god dialog med brukeren det gir meg en god følelse, at jeg gjerne føler at jeg har vært til hjelp i brukerens hverdag eller bidratt med noe. Gjerne bare at jeg har vært der og hatt tid å høre på en som sliter.”*

Mens Gry uttrykker dette som: ”å klare å møte mor”, og sanse dersom mor “kaver” med noe. For Gry er det å møte mor, en del av det å gjøre en god jobb. Hun sier: *“Å svare til mors forventninger, sanse dersom mor kaver med noe samtidig som du skal merke om der er noe galt med ungen.”*

Gry bringer her inn to sider av helsesøsters arbeid, det å lytte og være i dialog samtidig som hun skal avdekke avvik ved barnets utvikling. Dette går igjen hos flere av helsesøstrene. På den ene siden å se, å bekrefte, å poengtere det positive, samtidig som en lytter og er en dialog-partner, men at en på den andre siden avdekker dersom noe er “galt”.

- ”Å være en ressursperson som skal sile til rett plass”

Noe av helsesøsters faglighet er knyttet til å vurdere barnets utvikling og forsikre seg om at barnet utvikler seg normalt, veilede foreldrene i forhold til utvikling og å henvise ved avvik. Åse sier: *“Jeg liker å finne ting som skal finnes, at vi kan fjerne - eller vi kan hjelpe og støtte.”*

Gry sier: *“Screening er alltid i bakhodet [...] jeg ville ikke likt om jeg slapp galne hofter forbi meg.”*

Mari som er ellers opptatt av å støtte foreldrene til å bli gode foreldre, sier i forhold til forventninger til seg selv:

”Jeg skal være en ressursperson som skal sile til rett plass, sånn blekksprut som har armer i alle felt[...]. At jeg kan kartlegge litt og ser på en måte om de trenger noen annen hjelp, og at jeg får de dit de skal.”

Det synes som Mari her sikter til alt som omhandler når foreldre og barn trenger hjelp. Hun vektlegger ikke spesielt det fysiske, mens Gry relaterer å finne avvik til fysiske forhold. De fysiske forholdene kommer også frem i Åses beskrivelse av innholdet i konsultasjonen.

Åse sier: *”Det varierer jo litt etter hva alder vi har, når det er tidlig i utviklingen er det helt sånn grunnleggende ting som om de hører, deres reaksjoner på lyder, blick kontakt og om de lager lyder.”*

I journalen helsesøster bruker i konsultasjonene, omtalt innledningsvis i oppgaven, skal helsesøster registrere ulike sider ved barnets utvikling som omhandler fysiske, psykiske og sosiale forhold. Noen av helsesøstrene omtaler deler av barnets fysiske utvikling spesielt i forhold til screening. Screeningundersøkelsene er ofte av objektiv karakter og kan lett knyttes til fysisk utvikling. Ofte gjør helsesøster screeningundersøkelser ved hver konsultasjon. En kartlegging av barnets psykososiale utvikling kan være mer omfattende, og en trenger ofte å følge barnet over tid.

Helsesøstrene omtaler helseundersøkelsen som en naturlig del av arbeidet, som de har forventninger til seg selv å ha kunnskaper og ferdigheter i. De gjør imidlertid ikke sin kompetanse i helseundersøkelser til noe stort tema i omtalen av arbeidet. Denne kompetansen har gjerne ikke har så stor prestisje utad i motsetning til foreldreveiledning, som nylig har

vært et satsingsområde. Det kan også ha sammenheng med at helseundersøkelser har vært knyttet til helsesøster over lang tid, og at helsesøstrene heller bruker tid på å omtale kompetanse de opplever som ny og som har vært gjenstand for diskusjon de siste årene.

- ”Kjepphester som går igjen”

De fysiske sidene ved barnets utvikling og helse synes heller ikke å være et tema det brukes mye tid på i konsultasjonen overfor foreldrene. Åse sier:

“Det blir ikke brukt så mye tid på foreldrene i forhold til fysisk sykdom, men de får endel materiell de kan slå opp.”

Det er spesielt når barnet er lite, de første månedene, at helsesøster tar opp fysiske forhold.

Åse sier om innholdet i konsultasjonen:

”Grunnleggende ting i starten, vektøkning og amming og sånn. Etter hvert blir det mer fokus på samspill, selv om det også var med helt fra starten.”

Gry sier: *”Klart det blir litt kostveiledning, tannstell veiledning, barneulykker, men det er mye relatert til mor synes jeg, hva hun ønsker å ta opp. Men det er jo kjepphester som går igjen hele veien, som for eksempel hvordan går det med legging og soving. Vi går ofte inn på hvordan det går med amming i starten, avlastning, behov og muligheter og søskensjalousi. [...] Du bruker en del tid på kosthold og barneulykker. [...] Vi har liksom en liste som vi krysser av, [...] for dersom du ikke har krysset av fordi du ikke har tid å snakke om det, så kan du ta det senere.”*

Gry omtaler dette som sine kjepphester, som hun passer på å ta opp. Andre kan omtale at de har et program de skal igjennom, uten at de nevner hvilke tema dette omhandler. Tema Gry nevner omfatter fysiske helsebetingelser, men berører også områder som grensesetting og samspill og kan relateres til statlig veiledningsmateriale. Det synes som det kan være individuelle forskjeller helsesøstrene i mellom i forhold til tema de tar opp i konsultasjonene. En av helsesøstrene sier at hun ikke bruker tid på fysisk sykdom. Har ikke foreldrene behov for at dette blir tatt opp i konsultasjonen? Er helsesøsters vektlegging i samsvar med foreldrenes behov, eller er det helsesøster eller statlig veiledningsmateriale som definerer foreldrenes behov?

6.1.2 ”Jeg er i skolen for å hjelpe de”

I skolehelsetjenesten synes helsesøstrene å møte elevene annerledes enn foreldrene på helsestasjonen. Det er noe forskjell mellom helsesøstrene med eldre utdannelse og helsesøstre med nyere utdannelse i forhold til hva de vektlegger i skolehelsetjenesten. Imidlertid har helsesøstrene i undersøkelsen svært ulike betingelser med hensyn til tid og lokaler i skolen. Forskjellene omhandler kanskje også hvordan en ser på egen rolle som helsesøster, hva er helsesøsters funksjon i skolehelsetjenesten utover vaksinasjoner og helseundersøkelser av alle elevene i en klasse. Anne beskriver at når det faste programmet med vaksiner og klassekontroller er gjort, er det opptil henne hva hun vil gjøre ut av skolehelsetjenesten. Hun sier:

”Vi har satt opp et program som er felles for hele kommunen [...] sånn at basisen er lik, så utover det er det mye opp til den enkelte.”

- ”Jeg vil på en måte være deres ambassadør”

Helsesøstrene med nyere utdannelse bruker ord som å være en ambassadør for elevene overfor foreldre eller skole, eller en ambassadør for barna og foreldrene overfor skolen. Mari sier:

”Jeg ser min oppgave mye klarere, at jeg ikke er en del av skolen. Jeg er ikke til for å bli likt av lærerne, men for å representere foreldre og barn. [...] At jeg er ambassadør for barnet og foreldrene [...] jeg er ikke skolens forlengede arm. [...] Jeg er veldig opptatt av at jeg ikke er der for å ta elevene, at jeg er der for å hjelpe de, at de kan stole på det jeg gjør. Og jeg ser det ved å bruke foreldrene, kan gjøre det lettere for eleven. De kan jo ikke ordne opp i alt. Jeg kan være en ambassadør for eleven [...] at jeg på den måten kan være en ambassadør for de, og snakke hjemme om hva som er vanlig.“

Anne sier hun ser på det å være ambassadør for elevene som sin viktigste rolle i skolen. Hun sier: *”Jeg vil jo på en måte være som deres ambassadør. Jeg vil være der når de har behov for å snakke, og jeg vil/ kan tale deres sak. Av og til kan det låse seg overfor lærerne og så orker de ikke å snakke med læreren, også poengterer jeg at jeg ikke er en del av lærerstaben[...]. Så jeg prøver å være der som en støtte for de. Og gjerne er der ting som jeg vurderer som så alvorlige at jeg prøver å snakke med de, og jobbe med de for at vi kan gå videre med.”*

Helsesøstrene ser på det å være en ambassadør som en støtte for elevene. En talskvinne som kan hjelpe eleven med å ta opp for eller sammen med eleven, ting som er vanskelige å ta opp med foreldre eller lærere. Dette kan også være å motivere eleven til å ta opp vanskelige ting for å finne en løsning. Helsesøster ser sin posisjon uavhengig, nøytral fra skolen og på parti med eleven. Ord som å være ambassadør for eleven blir ikke brukt av helsesøstrene med eldre utdanning.

- ”Å være tilgjengelig [...] at jeg skal være der når de trenger det”

Helsesøstrene med eldre utdanning vektlegger å være tilgjengelig for henvendelser. Eva har kontor på skolen, og er å treffe nesten hver dag. Elevene er kjent med henne, og hun er åpen for at de kan stikke innom for en samtale. Liv sier hun har noen dager i semesteret uten program slik at hun kan være tilgjengelig for skolen eller foreldre for å ta seg av saker/elever de er bekymret for. Det kan synes som Liv vil være vel så tilgjengelig for foreldrene som for elevene. Hun sier:

“Det er jo å være tilgjengelig og for foreldrene, jeg merker at en del foreldre synes det er veldig greit å snakke med meg om ting. Jeg kjenner elevene fra de var små og har endel sånn medisinske opplysninger. Så det er greit at foreldrene har et menneske å kontakte som på en måte er litt nøytral.”

Tilgjengelighet vektlegges også av helsesøstrene med nyere utdanning, men kanskje ikke i like stor grad, og her synes eleven å være mer i fokus. Mari legger vekt på at elevene skal kjenne henne. Hun pleier å ta seg turer i skolegården for at elevene skal bli kjent med henne. Mari sier:

“Det å være tilgjengelig at jeg på en måte ikke låser meg opp, sånn at jeg har timer hele dagen, slik jeg hadde før. At jeg prioriterer annerledes, at jeg har tid til at de kan komme[...]. Jeg ser det som et poeng at de skal vite hvem jeg er, og at jeg skal være der når de trenger det og ikke om fire uker.”

Anne sier: *Jeg har kontortid og da er det fritt for elevene å komme å banke på døren, så det bruker jeg litt tid til [...]. Av og til blir jeg frustrert, jeg ser der er så mange elever som egentlig har behov for kontakt, men jeg er på skolen fire timer i uken. Sånn at for meg, prøver jeg å holde meg lavt i terrenget rett og slett for at jeg ikke har kapasitet. Jeg kunne sikkert vært på skolen hver dag og hatt noe å gjøre [...]. Til mer en er der, til mer blir en brukt.”*

Undersøkelser av alle elevene i en klasse nevnes også av begge grupper helsesøstre som inngangsport til å bli kjent med elevene, og at elevene skal bli kjent med helsesøster. De vil at elevene skal oppleve helsesøsters kontor som en trygg plass for å snakke. Selv om helsesøstrene vektlegger at de skal være åpne for å ta i mot henvendelser fra elevene, foreldre eller lærere, kan en stille spørsmål om de som ønsker å oppsøker helsesøster opplever henne tilgjengelig. En av helsesøstrene sier at elevene har så stort kontaktbehov at hennes ressurser ikke strekker til. Kanskje helsesøstrenes vektlegging av å være tilgjengelig for elevene er en idealisering når en tenker på at de er på skolen en eller to dager i uken ?

- ”Å ha voksne til å snakke med” – ”dersom det er problemer”

Flere av helsesøstrene sier at tiden de har til rådighet blir brukt til barn som har problemer og gjøre hverdagen lettere for de. Eva sier:

”Jeg er blitt veldig var på det hvor mange som har hatt problemer på skolen. Og oftest skyldes det hjemmeproblemer, altså har de hatt det kjempevanskelig hjemme og så har det endt med utagering eller innesluttethet på skolen. Det er klart at om vi klarer å fange opp de, blir hverdagen deres lettere på skolen [...]. Det er ganske mange som bare kommer inn og prater dersom det er problemer hjemme.”

Liv mener at hennes rolle i skolen har endret seg fra å gjøre helseundersøkelser av klassene til mer målrettede undersøkelser av elevene, og hun sier:

”Jeg må prøve å finne ut om det er noen i klassen som trenger oppfølging [...]. Men det skal jo være mer effektivt, at vi legger vekt på de elevene som trenger det.”

Åse har ansvar for to skoler, men har ikke kontor på disse. Hun synes hun ville vært til mest nytte i skolen om elever hadde blitt henvist til henne av andre, siden det er så lite rutinekontroller av hele klasser. Hun sier:

”Jeg føler jeg har mer igjen for at de blir plukket ut de elevene som strever av for eksempel lærerne eller foreldre. Plukke de ut, og følge de en periode.”

Janne sier også hun hadde ønsket at lærerne tok mer kontakt;

”Kanskje jeg kunne vært med å rydde opp. Jeg tenker på dette med mobbing, elever som er mye borte fra skolen, med magesmerter og hodeverk. Disse vanlige tingene

som gjerne er mistriivsel, jeg kunne gjerne gått inn mer i slike tilfeller.”

Når kontakten er etablert med elever som har problemer, kan tilbudet være i forhold til enkelt eleven eller det kan være i form av “prategrupper” som Eva kaller det, hvor elever kommer sammen med andre elever til helsesøster for gruppesamtaler. Eva ser på seg selv som en samtale part for elevene. Hun sier det slik:

“Å ha voksne til å snakke med, å kunne diskutere hvordan man oppfører seg, eller hvordan man har lov å oppføre seg.”

Tilbudet Janne gir elevene er individuelle samtaler. På spørsmål om hun har tilbud om gruppesamtaler sier hun :

”Det har jeg ikke tid til egentlig. Det har vært nok med det som jeg har. Det å starte opp med enda noe mer, det synes jeg blir liksom toppen. Du skal gjøre det du holder på med skikkelig også.”

Helsesøstrene ønsker kontakt med flest mulig av elevene som har problemer, gjerne at lærerne tar kontakt om disse elevene. Strategien for å hjelpe disse er ofte den individuelle samtalen. I helsesøstrenes tilnærming til elevene med problemer snakker ikke disse helsesøstrene om arbeid med klassemiljø og skolemiljø for å skape trivsel på skolen og å redusere eller forebygge at problemer oppstår.

- ” Når jeg er med på helseopplysning bestemmer jeg innholdet ut fra hva jeg synes”

Helsesøster har ulike måter å drive helseopplysning i skolen. Klasseundervisning blir brukt av enkelte helsesøstre. Eva har et fast opplegg for ett av klassetrinnene i skolen, andre helsesøstre deltar på forespørsel fra lærer. Janne har vært med i undervisning i forhold til mobbing i skolen. Mari bidrar gjerne med klasseundervisning og deltar i undervisningen på kort varsel fra lærer. Mari sier hun tar undervisningen som en del av skolehelsetjenestens markedsføring overfor skolen og sier:

”Jeg er ikke jo ikke som en lærer som står og underviser og sånn, men jeg snakker om praktiske ting i forhold til hygiene og pubertets utvikling. Jeg snakker om kost, leggetid, tv og video[...]. Jeg er hele tiden på offensiven og tilbyr hjelp [...]. Når jeg er med på helseopplysning bestemmer jeg innholdet ut fra hva jeg synes [...]. Men jeg snakker helt enkelt, veldig enkelt om alt fra tannpuss, at vi må pusse tennene hver dag og hvorfor vi må gjøre det. Ikke bare at de skal bli rene og få god smak i munnen. Men

også dette med ånde og dette med luktkjertler, sånn enkel, at vi skifter truse hver dag [...]. Så jeg er sånn rett frem, helt enkelt.”

Anne sier: *”Jeg ser jo at vi kunne drevet mye mer helseopplysning i skolen. Lærerne kommer til oss og er så fortvilet når elevene kommer i puberteten, så lukter de svette og det er ingen som sier til de at de må vaske seg hver dag.”*

Tema for helseopplysningen synes relevant for elevene ut i fra helsesøstrenes uttalelser. Men samtidig sier Anne videre at dersom hun skulle velge blant helseopplysning og tilstedeværelse så mener hun det aller viktigste er å være mer tilstede for elevene, fordi hun opplever at mange elever sliter og ikke har noen voksne å snakke med. Anne sier:

”Det er ikke den fysiske delen som er problemet i dag, det er mer den sosiale delen.”

Imidlertid snakker de fleste helsesøstre om helseopplysning knyttet til fysiske forhold, hygiene og puberteten. De helsesøstre som ikke har klasse undervisning tar dette ofte opp som helseopplysning i grupper, samtidig med en helseundersøkelse av elevene i en klasse eller ved vaksinasjon av elevene. Det er flere av helsesøstre som har helseopplysning i grupper enn som har klasseromsundervisning. Erfaringene helsesøstre har med helseopplysning i grupper er ulike. Noen av helsesøstre opplever dette som positivt. Janne sier:

“Elevene er veldig pratsomme i gruppene. Litt fnising kan det være i begynnelsen, men som regel går det over i en flott samtale.”

Gry er av en annen oppfatning, hun sier:

“Gruppene er bare en gang, og i forhold til hva som er pedagogisk riktig, har dette liten verdi.”

Liv synes det er en vanskelig balansegang mellom hvor mye informasjon hun skal gi og hvor mye “ufarlige” ting hun skal ta opp. Hun sier:

“Hun føler hun har plikt å gi de informasjon, noe de ikke får om hun snakker om ufarlige ting, men de hører vel ikke etter allikevel om de er for altererte.”

Helsesøstre har ulik oppfatning av betydningen av helseopplysning likevel har de på et tidspunkt i elevens skolegang et helseopplysningstilbud som omfatter alle elevene. Imidlertid

er enkelte av helsesøstrene i tvil om dette har noe for seg, samtidig som de ser det som sin plikt å gi helseinformasjon. Selv om helsesøstrene kan mene at elevene sliter med problemer av sosial art er dette sjelden tema i helsesøsters helseopplysning. Helseopplysning som klasseundervisning er sporadisk, og avhengig av lærerens initiativ eller helsesøsters samarbeid med denne, noe av dette vil omtales i følgende kapittel. I helsesøstrenes uttalelser kommer det ikke frem at helseopplysningen planlegges i samarbeid med elevene og den synes i liten grad å være integrert i skolens undervisningsplan, men i større grad preget av helsesøsters syn på hva hun vil delta i.

6.1.3 ”Dersom vi samarbeider kan vi gjøre mer”

Det følgende vil være en analyse relatert til helsesøsters forhold til tverrfaglig samarbeid som omhandler både helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En av helsesøstrene sier at en gjennom tverrfaglig samarbeid kan gjøre mer i forhold til problemstillinger. Flere av helsesøstrene avgrensar samarbeidet til bestemte områder og faggrupper. Fokus for det tverrfaglige samarbeidet er ofte enkeltindividet og barn som har problemer, men enkelte av helsesøstrene omtaler også tverrfaglig samarbeid ut over enkeltindividet.

- ”Unger der det er problemer”

Helsesøster pleier å ha ukentlig samarbeid med helsestasjonenslegen på helsestasjonen. Helsesøster og lege har ulike oppgaver i forhold til barnet og dets foreldre. De kan utveksle erfaringer og vurderinger. Dette samarbeidet blir lite omtalt, kanskje det er en så selvsagt del av arbeidet at det ikke blir satt ord på. Men for Åses vedkommende synes dette å handle om at legen har et annet fokus enn henne. Hun sier:

“Legen er god å ha på fysiske ting, men vi har ikke så mye støtte på de psykiske og sosiale sidene[...].Jeg samarbeider med legen om fysiske ting[...].Legen er sånn fysisk rettet. Legen er ikke så viktig, han er viktig for å gjennomføre de fysiske tingene som skal gjøres.”

Underforstått er det de psykiske og sosiale sidene ved barnet/familien som er i fokus for denne helsesøsteren, samarbeid om fysisk helse synes underordnet. Dette kan gjenspeile tidligere data fra helsestasjonskonsultasjonene hvor helsesøstrene hadde fokus på samspill mellom foreldre og barn, psykisk og sosial helse. Heller ingen av de andre helsesøstrene sier

noe om samarbeid med helsepersonell, om dette skyldes at det ikke skjer så ofte, at dette ikke oppleves utfordrene eller at det er en selvsagt del av arbeidet har jeg ikke klarlagt i intervjuene.

Flere av helsesøstrene beskriver at de samarbeider med barnehagen i forhold til opptak av barn eller av oppfølging av barn i barnehagen. Dette er i forhold til barn /familier hvor det vurderes ekstra tiltak, Eva kaller dette:

“Unger der det er problemer.”

Åse beskriver at hun har samarbeid med barnevernet, pedagogisk psykologisk rådgivningstjenester og barnehagene. Dette er i forhold til barnevernsmeldinger eller henvisninger av enkelt saker, og hvor hensikten er å få tilbakemelding på arbeidet hun har gjort. Hun sier det slik:

“ Var det rett å melde ungen, har vi begrunnet godt nok, hvordan går det, hva er satt i gang av tiltak ? ”

Uttalelsene om tverrfaglig samarbeid er i disse sammenhengene relatert til førskolebarn hvor det er problemer hos barnet eller i familien. Samarbeidet omhandler for Åse også en evaluering av arbeidet hun har gjort og en orientering om tiltakene som er igangsatt for barnet. De fagpersonene helsesøstrene sier de samarbeider med har spesiell kompetanse om barn i forhold til barnverns- eller pedagogisktiltak.

Overfor skolebarn omtaler statlige retningslinjer at helsesøster skal samarbeide med skolen i forhold til planer for skolehelsetjenesten. Dette samarbeidet er i likhet med det faste samarbeidet med skolelegen nesten ikke omtalt av helsesøstrene. Når de skal omtale samarbeidet i skolen, knytter de dette ofte til elever med problemer. Flere av helsesøstrene deltar i samarbeidsteam hvor skolen med rektor, pedagogisk psykologisk rådgiver, helsesøster eventuelt skolelege og en representant fra barnevernet er med. Mari sier:

“Da er det vi avtaler hva den enkelte skal gjøre [...]. Jeg ser det kan være en vekker av og til når jeg sitter på tverrfaglige møter, når jeg forteller om mitt bilde av foreldrene og så kommer rektor og sier: Du det var en helt annen virkelighet enn jeg har fått fra lærer.”

Anne trekker også frem viktigheten ved å være ulike faggrupper for å finne best mulig tiltak. Hun sier: *“Vi har forskjellig bakgrunn og forskjellige briller på, og å se situasjonen eller*

problemet fra forskjellig ståsted, og så snakke om det for og på en måte kunne finne fram i sammen til forslag til sånn kan vi gjøre det. Mange ting er begrenset hva jeg kan gjør, men dersom vi samarbeider kan vi gjøre mer.”

Selv om samarbeidet er knyttet til problemelever og arbeidsfordeling synes hensikten med dette samarbeidet i større grad å ha fokus på viktigheten av at flere perspektiv kommer frem for å finne frem til gode løsninger. Helsesøstrene ser seg selv som viktige bidragsytere i et tverrfaglig team på skolen. Dette kom ikke så tydelig frem i forhold til tverrfaglig samarbeid om barnet og dets foreldre på helsestasjonen.

- ”Ting som kan bli gjort for å få bedre miljø”

Tre av helsesøstrene omtaler tverrfaglig samarbeid som omhandler alle barna i et lokal-/skolemiljø. Anne og Mari sier noe om dette i forhold til førskolebarn, Mari og Janne sier noe om dette i forhold til skolebarn.

Anne deltar i et tverrfaglig utvalg hvor representanter fra barnevern, pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste, barnehage og helsestasjon sammen har i oppgave å fremme oppvekstmiljøet i distriktet. I forhold til utvalgets funksjon sier Anne:

“Egentlig blir det sånn generelle ting som går på oppvekst og positive og negative ting i miljøet, og litt mer sånn generelle ting som vi tar opp der. Mer for helsefremmende og forebyggende, ut i fra den vinkelen vi ser det [...]. Noe av det vi har tatt opp er lekeplasser, utemiljø, om der er ting som kan bli gjort for å bedre miljøet [...] er det plasser der de kan møtes, mer sånn sosialt med foreldrene for å lage et godt nærmiljø.”

Dette utvalget er nokså nytt, og Anne hadde i starten frustrasjoner i forhold til dette da det var pålagt fra politikerne i kommunen. Hun sier :

”Det var noe vi fikk beskjed om at dette skal gjøres. Og det reagerte vi negativt på, så vi brukte både et og to møter til å finne ut av hva vi vil med dette. Sånn at vi har brukt litt tid til å finne ut av hva vi vil med dette her[...]. Etter vi hadde fått ut litt frustrasjon, og vi hadde snakket fritt om dette, så ser vi at dette er et redskap som kan være ganske nyttig.”

Dette forumet tar ikke utgangspunkt i problemer. Imidlertid syntes denne måten å arbeide på og tenke på i starten å stride imot Annes prioritering. Hun relaterte det ikke umiddelbart til sin

funksjon, men sier at hun etter hvert ser det kan være nyttig. Forumet består av fagpersoner, brukere eller politikere er ikke representert. En dialog med disse gruppene vil være viktig i oppfølging av tiltak forumet foreslår. Politikerne har ved etablering av forumet satt fokus på barns oppvekstmiljø.

Mari er den andre av helsesøstrene som omtaler et samarbeid som har fokus på oppvekstmiljøet. Hun er selv ikke med i dette, men lederen for helsesøstertjenesten er representert i forumet. Hun sier forumet blant annet har representanter fra fritidstidssektoren og innvandremiljøet, uten at disse omtales nærmere. Dette er det eneste forumet som blir beskrevet hvor samarbeidet går utover det tradisjonelle samarbeidet med helse-, sosial- eller pedagogisk tjeneste.

I skolehelsetjenesten etterlyser Mari og Janne et tverrfaglig samarbeid for å fremme skolemiljøet. Mari har selv tatt initiativ til å etablere et forum for å få oversikt over hva som skjer i skolemiljøet. Hun sier:

“Jeg har fått faste møter med rektor og miljøarbeider en gang i uken. Jeg følte jeg må vite hva som skjer på skolen [...] problemområder, litt hva de holder på med.”

Janne sier: *“Jeg kunne ønsket at lærerne tok enda mer kontakt om ting som skjer i miljøet, kanskje kunne jeg vært med og ryddet opp.”*

Uttalelsene om tverrfaglig samarbeid for å fremme miljøet kommer fra helsesøstrene med nyere utdanning. Selv om helsesøstrene i skolehelsetjenesten har utgangspunkt i problemer og det “å rydde opp”, beskriver de et samarbeid som kan engasjere flere elever og aktører enn de som har problemer. Overfor førskolebarn omhandler samarbeidet å sikre gode betingelser for et godt oppvekstmiljø før problemer oppstår. Hvilke perspektiv det tverrfaglige samarbeidet vil ha, kan ha sammenheng med deltakernes kompetanse. Brukernes deltakelse er i liten grad synlig når helsesøstrene beskriver det tverrfaglige samarbeidet. Brukernes påvirkning kommer i noen grad frem når helsesøstrene beskriver hva som er utgangspunkt for arbeidet i helsestasjons og skolehelsetjenesten, som jeg i det følgende vil omtale.

6.1.4 ”De har så mye å snakke om at vi ikke får gjort alt vi skal”

Når helsesøstrene beskriver eget arbeid og hva som styrer det synes det som om de har to hovedinteresser å ivareta. På den ene siden har de den statlige veilederen for helsestasjons og skolehelsetjenesten, journal til bruk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Foreldreveiledningsprogrammet og kommunale planer for virksomheten. Disse beskriver innholdet i helsesøsters arbeid og setter en norm for tjenesten. Disse retningslinjene er på mange måter et ”ovenfra og ned perspektiv”. På den andre siden sies det i de samme retningslinjene at helsesøster skal ta utgangspunkt i brukernes behov, som er et ”nedenfra og opp” perspektiv. Helsesøster har ved dette et “både og” å forholde seg til, noe som synes å medføre ulik vektlegging blant helsesøstrene, noe som Liv kommer inn på i sin uttalelse.

Liv sier: ” *Vi har en slags prosedyre over hva vi putter inn i helsestasjonsarbeidet[...]. Vi prøver å følge foreldreveiledning programmet som kom fra sentralt hold [...] men så gjør vi nok litt forskjellig hvor mye vi kjører veldig strengt på å ha opplegget i gruppene eller ved å la mødre slippe til med egne ting.*”

Liv refererer her både til gjennomføring av foreldreveiledningsprogrammet, om helsesøster følger foreldreveiledningsprogrammets anbefalinger om veiledningen av foreldre i grupper eller om veiledningen skjer individuelt. Samtidig refererer hun til hva helsesøster tar utgangspunkt i, tema programmet anbefaler eller foreldrenes behov. I denne sammenheng sier Liv også at helsesøstrene prøver å samkjøre sine råd, og ha et felles ansikt utad, at de opptrer likt som gruppe. Hun sier:

”*Det er godt vi er litt felles som gruppe, at vi ikke får individualister.*”

Her er det mange hensyn helsesøster skal ta, følge retningslinjer, følge foreldrenes behov og som gruppe ikke sprike i de rådene de gir. I det første sitatet til Liv her, sier hun at selv om de har planer å rette seg etter, så kan gjennomføringen av disse være forskjellig. Ut i fra tanken om at en skal ta utgangspunkt i foreldrenes behov, kan en spørre om en ikke må akseptere en stor grad av variasjon og individualisme.

Anne sier: ”*Vi har jo den veilederen som vi går etter, den bruker vi som en slags mal for det arbeidet vi gjør, jeg føler jeg har den i bakhodet på hver konsultasjon [...] men jeg prøver jo å være lydhør for det som den enkelte har på hjertet. Så da kan jo alt annet bli skjøvet tilside, for det er noe som trykker på.*”

Journalen helsesøstrene bruker på konsultasjonene har et åpent felt for registrering av hva foreldrene/eleven ønsker å ta opp. Det synes en helsesøster er en bra påminnelse på å ta utgangspunkt i brukernes behov. Andre helsesøstre synes ikke å ha samme behov for påminnelse. Mari sier:

“Det er foreldrenes behov som bestemmer innholdet i konsultasjonen. Vi har en liten norm for hva vi tenker selv, men det er ikke alltid vi kommer med det [...]. Vi prøver å møte deres behov.”

Gry sier: *“Det er veldig avhengig av mor [...]. Det er mye relatert til mor hva hun ønsker å ta opp [...] hva behov mor har der og da.”*

Når helsesøster tar utgangspunkt i foreldrene kan det gå som Liv sier:

“Det hender jo at de har så mye de vil snakke om at vi ikke får gjort alt vi skal.”

Anne kaller det foreldrene ikke tar opp, men som helsekortet eller planene sier for:

“Det egentlige vi skulle tatt opp.”

I helsesøstrenes beskrivelser synes det å være en konflikt i hvem sitt perspektiv de skal ta i møte med foreldrene på helsestasjonen, selv om de ikke sier dette direkte. De skal være tro mot retningslinjene samtidig som de skal møte foreldrenes behov der og da. De fleste helsesøstrene er tydelige på at de tar utgangspunkt i foreldrene, men samtidig er det noe de da sier de ikke får gjort og ikke får registrert i journalen. Dette sier de kan utstå til neste møte med familien, likevel har de tanker om hva som skulle vært gjort. I den avsatte tiden helsesøster møter familien må hun avveie hvor mye tid hun skal bruke på foreldrenes behov og om hun får tid til det, eller må utsette å ta opp tema eller utføre undersøkelsene i henhold til retningslinjene. Foreldrene vil alltid vite at helsesøster også har et ”program” for avtalen. Stilt overfor ulike interesser kan tidspress føre til at helsesøster ikke alltid er like åpen for foreldrenes behov, men kan bli mer opptatt av å følge retningslinjene og gjennomføre ”eget program”.

I helsesøstrenes uttalelser om hva som styrer skolehelsetjenesten kommer ikke det samme dilemma til syne. Her er Åses svar representativt for helsesøstrene når hun sier:

“Vi følger modellen for kontroller som står i veilederen.”

Kommunale planer, faste program for vaksinerings og klassekontroller er utgangspunkt for arbeidet på skolen. Dette sier helsesøstrene i begge gruppene av helsesøstre.

Gry sier: *“Kommunens skolehelseplan er utgangspunkt for arbeidet på skolen, årsplanen på skolen blir satt opp etter den. Deretter snakker jeg med lærerne.”*

Anne sier: *“I skolehelsetjenesten er det et fast program med vaksinerings og klassekontroller, utenom det har hun kontortid hvor elevene kan komme uten avtale.”*

Janne sier: *“Jeg lager en plan for skoleåret, og setter opp en liste over når jeg er på skolen, når tid der er vaksinerings og andre klassekontroller.”*

Overordnede planer er utgangspunktet for innholdet i skolehelsetjenesten, i andre rekke kommer initiativ fra enkeltelevne, om det er “tid” til det. Utsagnet om foreldre på helsestasjonen: “de har så mye å snakke om at vi ikke får gjort alt vi skal,” henviser ikke til elevene i skolen. I den grad elevene er med å sette premisser for arbeidet, vises dette i helsesøstrenes uttalelser i forhold til hva de vektlegger i skolen utover det “faste programmet” / planene for skolehelsetjenesten. Dette er beskrevet tidligere i dette kapitlet.

- ”Og så har jo samfunnet endret seg”

Helsesøstrenes uttalelser i foregående del sier noe om hvordan brukerne er med å påvirke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Enkelte av helsesøstrene sier også noe om lokale forhold og innbyggerne som grupper, hvordan disse er med og påvirker innhold og type tilbud for foreldre/ barn og elever. I forhold til innhold sier Åse:

“Fra staten har vi fått nye ordre, nytt fokus og så har jo samfunnet endret seg. Vi bruker endel tid på familieforhold og så har vi en del fremmedspråklige mødre som krever ganske mye .“

Åse sier også at lokalsamfunnets størrelse og mobilitet har betydning for hvilke tilbud helsestasjonen gir til småbarnsforeldre. Når tilflytningen økte og ikke alle kjente alle, startet helsestasjonen med grupper for at foreldrene skulle få bedre nettverk. Hun sier:

“At vi ikke begynte med grupper før nylig, var fordi vi var et lite lokalsamfunn, hvor vi hadde oversikt, at vi ikke trodde det var behov i forhold til nettverk. Men siden det har økt med tilflytning og vi har fått signaler om at det er vanskelig å bli kjent her så startet vi med grupperkonsultasjoner. “

At lokalsamfunnet er gjennomiktig, kan ifølge Åse også være et hinder for at brukerne ikke vil benytte enkelte tilbud. Hun er usikker om gruppetilbud for utsatte mødre på helsestasjonen vil fungere og sier:

”Vi er mer skeptiske her for her er mindre forhold , mer gjennomiktig. Det er ikke sikkert det er så lett å være med her.”

Mari arbeider i et distrikt hvor det er mange innvandrere og hun sier at de store forskjellene brukerne imellom i distriktet gjør det vanskelig å sette sammen konsultasjonsgrupper på helsestasjonen. Konsultasjonsgrupper blir blant annet brukt for å fremme nettverket til småbarnsforeldre, men Mari sier:

“Vi har vurdert å ha gruppe konsultasjoner, men mange trenger tolk her og mange har det veldig vanskelig, og noen har det som best i samfunnet. Å kunne sette sammen en gruppe som har noenlunde de samme behovene ville være vanskelig.”

Samtidig sier Mari at det er mange brukere i hennes distrikt som er uten nettverk og sliter med depresjon. Relatert til gruppekonsultasjonens mulighet, å fremme nettverk, kunne dette vært et aktuelt tiltak her. For Mari har dette heller betydning for hva hun tar opp i konsultasjonene med de enkelte foreldre. Mari sier:

”Jeg snakker mye mer åpent om dette med psyken, spør både på hjemmebesøk og seksualundersøkelsen, ikke bare hvordan de har det fysisk, men også hvordan de har det psykisk og forteller hva som er vanlige reaksjoner og sånn.”

Uttalelsene ovenfor viser at helsesøstre tilpasser tilbudet til brukerne i forhold til hvordan de opplever brukernes behov. Selv om mange foreldre kan ha de samme problemene, kan tilbudet likegodt rettes mot enkelte som i forhold til gruppen. Store ulikheter brukerne i mellom og et gjennomiktig lokalsamfunn beskrives av helsesøstre som et hinder for gruppetilbud.

Hvordan lokalsamfunnet påvirker tilbudet til elevene, er det bare en av helsesøstre som omtaler. Janne medvirket til å opprette et individuelt tilbud for oppfølging av ungdom i en periode da det var mange dødsfall blant denne gruppen. Hun sier:

“Jeg har vært med i sorgarbeid, da det har vært en del ungdommer som har dødd her de siste årene.”

Eksemplene overfor viser at noen helsesøstre tar i betraktning signaler fra lokalmiljøet og tilpasser tilbudet til brukerne. Imidlertid er tiltakene ofte individbasert, og de fleste av helsesøstrene omtaler ikke lokalmiljøets påvirkning på tjenesten. Tiltakene er ikke igangsatt på bakgrunn av en systematisk kartlegging, men utviklet i dialog med de enkelte brukerne og helsesøsters opplevelser av deres behov. I intervjuene med helsesøstrene bruker de ikke ord som brukermedvirkning, men på spørsmål om brukermedvirkning sier Gry:

“Brukermedvirkning har jeg i bakhodet ved den enkelte konsultasjonen. Ellers går det i forhold til om de ønsker å benytte seg av tilbudet ved helsestasjonen, og når tid det passer best for dem å møte. På skolen tenker jeg ikke så mye på brukermedvirkning.”

Gry presenterer her en snever definisjon på brukermedvirkning, men som kan være representativ for de jeg har intervjuet. Gry sier hun ser på brukermedvirkning i forhold til den enkelte konsultasjonen. Når helsesøster planlegger sine tilbud går hun ut i fra overordnede planer og tolkning av brukernes behov, og i mindre grad ut i fra lokale forhold. Helsesøster har i sitt møte med alle småbarnsfamilier i distriktet god innsikt i disse familienes behov, men i mindre grad oversikt over skolebarnas behov, da hun i skolen mer er opptatt av elever med problemer. Kunnskapene helsesøster har om sine brukere gjør hun seg nytte av i konsultasjonene. Mine data refererer imidlertid lite til at helsesøster bruker sine kunnskaper og inviterer til dialog med brukergrupper, kolleger eller samarbeidsparter i forhold til tiltak som omfatter flere i lokalsamfunnet.

6.2 Hva helsesøstre sier om helsefremmende arbeid

I det følgende vil jeg presentere hva og hvordan helsesøster sier helsefremmende arbeid er. Dette innbefatter også hvilke andre grupper som driver helsefremmende arbeid i lokalmiljøet. Inntrykket er at helsesøstrene har en generell, men snever oppfatning av hva helsefremmende arbeid er. De trenger tid til å tenke seg om for å beskrive hva de mener med helsefremmende arbeid.

6.2.1 "Helsefremmende arbeid er "det lille ekstra" "

Helsesøstrene er lite opptatt av å skille forebyggende og helsefremmende arbeid og at disse begrepene kan ha ulike betydninger. Mari sier:

"Begrepene helsefremming og forebygging ligger i bakhodet hele tiden, det er ut i fra de vi handler."

Liv sier: *"Jeg har skrevet ned forskjellen og når jeg tenker meg om så vet jeg forskjellen. Når jeg tenker forebygging så er det jo å tenke at en ikke skal bli syk, men når jeg tenker helsefremmende så tenker jeg at en skal bli enda friskere enn en er."*

Gry sier: *"Helsefremmende arbeid, da tenker jeg på arbeid for å bedre helsen, og jeg tror det å støtte foreldrene i det de får til er helsefremmende[...]. Jeg ser sykdomsforebyggende som helsefremmende, men helsefremmende er videre en sykdomsforebyggende."*

Åse sier at helsefremmende arbeid kanskje er bedre å relatere til psykisk helsearbeid:

"Kanskje helsefremming dekker bedre hele feltet enn de gamle ordene gjorde."

Annes sier: *"De fleste ungene har det veldig bra og får tilfredstilt de behovene de trenger for å utvikle seg. Helsefremming er det lille ekstra som kan gjøre det enda bedre."*

Deres tanker omkring helsefremmende arbeid er flettet sammen med sykdomsforebyggende arbeid. Det er ikke noe tydelig skille i beskrivelser av helsefremmende arbeid mellom de to gruppene helsesøstre. De beskriver sykdomsforebyggende arbeid som helsefremmende arbeid, men også at helsefremmende arbeid er noe mer enn dette. Kanskje en forlengelse av det sykdomsforebyggende, at brukerne skal bli enda friskere eller få bedre helse. Det kan synes som om helsefremmende arbeid kommer i tillegg til sykdomsforebyggende arbeid, som det lille ekstra. Første prioritet er sykdomsforebyggende arbeid. Når det er gjort, kan en for barnet skal få det enda bedre, gjøre helsefremmende arbeid. Hva dette å få det enda bedre, bli friskere eller bedre helse består av, om dette er kvalitativt forskjellig fra fravær av sykdom, belyses ikke.

En av helsesøstrene relaterer helsefremmende arbeid til arbeid der en ikke så lett kan peke på en enkel sammenheng, årsak-virkning, men mer sammensatte årsakssammenhenger, slik sett blir ordet brukt som en erstatning for sykdomsforebyggende arbeid. Helsesøstrene knytter i

stor grad det helsefremmende arbeidet opp mot det enkelte individ, at individet skal bli enda friskere. Sykdom og helse ses langs en akse, hvor helsefremmende arbeid er arbeidet som fremmer helsen, at en fyller på med positive faktorer for å unngå sykdom. På den måten kan en fortsette eksisterende arbeidsmåte /strategi, men bare med en større vekt på positiv og gunstige faktorer enn på opptatthet av uheldige faktorer for helsen. Det er også denne arbeidsmetoden som preger helsesøstrene, det å fylle på med positive faktorer. Når de snakker om helsefremmende arbeid relaterer de ikke dette til forskning eller strategier. De tenker ikke teoretisk, men praktisk og er ikke opptatt av hva de kaller det de gjør, å skille begrepene. Dette kommer frem i Liv utsagn om helsefremmende og forbyggende arbeid. Hun sier:

”Nei, jeg må si at jeg ikke er flink å tenke teori på sånne ting, jeg tenker så praktisk jeg. Sånn at jeg ikke vet i grunnen hva jeg skal kalle det alltid, jeg har ikke lagt så stor vekt på det.”

- ”Et begrep som vi alle er kjent med”

Selv om helsesøstrene fra begge gruppene sier at de driver helsefremmende arbeid, synes deres forholdet til begrepet helsefremmende arbeid å være ulikt. Liv sier:

“Det er jo det vi gjør hele tiden, at ungene ikke bare holder seg friske, men virkelig har det bra.”

Hun knytter her helsefremmende arbeid til alt arbeid hun gjør, relatert til det enkelte barn. På denne måten er ikke begrepet problematisk for henne. Men frustrasjon over ordbruken kommer også frem i intervjuene. Åse sier om helsefremming:

“Det er et sånn tillagt ord, jeg kan ikke plassere det inn i min kunnskap.”

Åse synes begrepet blir brukt mest i planer og målsettinger, uten at hun kan se at det har hatt noen endring for arbeidet hennes. Hun har ikke opplevd at begrepene har vært gjenstand for diskusjon, men sier:

“Når du får servert de som en selvfølge som alle kan, så føler du deg som en fossil. Vi vet det ikke, men noen bruker det som alle vet det.”

Dette kan tyde på at helsefremmende arbeid som begrep brukes hyppig, men ingen stiller spørsmål om dets innhold. I forhold til Åse som refererer til at begrepet brukes i planer og målsettinger, er det nærliggende å stille spørsmål til oppfølging og konkretisering av planene. Har ledende helsesøster, andre administrative enheter og politiske beslutningsorganer en felles

forståelse av det som vedtas ? I hvor stor grad er planer og målsettinger gjort til gjenstand for diskusjon i helsesøstergruppen og i tilfelle ikke, hvorfor er det ikke behov for å problematisere disse ? Brukes begrepet, men med ulikt innhold for den enkelte ? I så fall kan det minne om H. C. Andersens fortellingen om Keiserens nye klær. Anne sier:

“Helsefremming er et av de begrepene vi bruker [...] et begrep som vi alle er kjent med.”

Uttalelsene fra Liv og Anne viser at de har et ulikt forhold til helsefremmende arbeid som begrep. For den ene synes begrepet å være så kjent at det ikke er behov for å diskutere dets innhold, mens for den andre er det nærmest flaut å ta opp en diskusjon om betydningen, å være den som ikke vet hva andre vet. Om det er slik at begrepet brukes i planer uten at det diskuteres av helsesøstrene, hva er årsaken til det? Kan det ha sammenheng med at Liv er representativ for flere av helsesøstrene når hun sier:

“Jeg tenker ikke teoretisk i forhold til begrepet om helsefremmende og forebyggende arbeid. Jeg tenker praktisk.”

For Liv er det de praktiske handlingene som synes å ha betydning, og tenkning omkring disse, og ikke tenkning på et overordnet eller abstrakt, teoretisk plan. Hun tenker mer på hvordan, metoder og gjennomføring av arbeidet for å nå målet, enn det teoretiske fundamentet for handlingene. Forholdet til teori om helsefremmende arbeid er uklart. Imidlertid er helsesøstrenes uttalelser i forhold til målet for helsefremmende arbeid like, at individet skulle bli enda friskere. Hva helsesøstrene sier om ”praksis,” hvordan det helsefremmende arbeidets metoder er, vil belyses i følgende kapittel.

6.2.2 Måtene en gjør det på –” de går jo veldig i hverandre”

Når helsesøstrene beskriver arbeidsmetodene i det helsefremmende arbeidet er det bare nyanseforskjeller i forhold til arbeidsmetodene i det sykdomsforebyggende arbeidet. Anne som beskriver det helsefremmende arbeidet som det lille ekstra, sier om arbeidsmetodene:

“De går jo veldig i hverandre.”

Noe liknende sier også Mari i forhold til hvilke konsekvenser det helsefremmende arbeidet har for henne. Hun sier:

“Litt i forhold til den opplysningen jeg gir[...] men det ligger som en samlesekk bak.”

At helsefremmende arbeid har med helseopplysning å gjøre, tar flere av helsesøstrene opp. Anne nevner eksempler på helsefremmende arbeidet som kampanjen “fem frukter om dagen”. Hun sier: *“Det er jo på en måte sånn helsefremmende tiltak føler jeg, å få litt bevisstgjøring hvor viktig det er med kost og dette med frukt. At det er jo en måte sånn sykdomsforebyggende og det, men det kan være med å heve livs kvaliteten på sikt. Være med og skape bevissthet om kost.”*

Anne knytter helseopplysning til å øke bevissthet hos brukerne om helse, at dette vil være helsefremmende og gi økt livs kvalitet.

Janne definerer ikke helsefremmende arbeid, men sier at helsefremming går på de samme tingene som forebygging. Kosthold, røkevaner, drikkevaner og aktivitet, slike ting som gir en sunn kropp. Hun mener også at det er viktig med gjentakelse av informasjon. Janne sier:

“Jeg snakker om dette med kosthold, prøver å formidle viktigheten av å ha regelmessige måltider, i det hele et regelmessig liv, og det er vel helsefremmende.[...] så jeg tror på nytten av å formidle det fra de er små og opp igjennom, jeg tror det er nyttig.”

Gry sier *“Helsefremmende er ikke noe nytt, men måten en gjør det på , det en vektlegger er forandret. Jeg tenker på den perioden når barneulykker var veldig dominerende tema, hvor viktig det var å gi informasjon[...].Det var veldig en periode hvor mye en skulle informere om.”*

Videre sier Gry: *“Det er klart du legger opp arbeidet annerledes. Før hadde vi et kvarter, nå har vi en halvtime på hver. Det er klart konsultasjonen er veldig forskjellig da[...]. Du får mer tid til å lytte til mor.”*

Tiltak som er sykdomsforebyggende sier helsesøstrene også er helsefremmende.

Helseinformasjon er både sykdomsforebyggende og helsefremmende. Helseinformasjon kan være med å øke brukernes bevissthet og å heve deres livskvalitet, og ses derfor som helsefremmende. Informasjon til brukerne om hva som er med å skape god helse ses også som helsefremmende arbeid.

Gry trekker frem endringer i måten en gir informasjon på. Hun begrunner dette med at rammene er annerledes nå enn før, og at en dermed får mer tid til å lytte. Åse bruker ikke ord som informasjon, hun snakker om guiding, og sier at dersom det skulle være noen forskjell mellom forebyggende og helsefremmende arbeid så måtte det gå på det å rose og guide. Hun sier:

“Guider de på en måte for at ungen skal få det best mulig.”

Å se og å anerkjenne hva brukerne faktisk kan og gjør beskriver Anne som helsefremmende metode. Hun sier:

”Jeg prøver jo å være bevisst på å anerkjenne det som foreldrene gjør. Foreldrene driver jo mye helsefremmende arbeid overfor sine. Altså ha litt fokus på de positive tingene de gjør, at hun prøver å være bevisst på å anerkjenne det foreldrene gjør. At foreldrene driver mye helsefremmende arbeid i forhold til barna sine, og at hun har fokus på de positive tingene de gjør.”

Av utsagnene kan en se at det å gi helseinformasjon for å øke bevisstheten, å guide for at de skal få det best mulig, og å lytte til og å anerkjenne de positive tingene brukerne gjør regnes av helsesøstrene å være metoder i det helsefremmende arbeidet. Men likevel synes de det er vanskelig å skille mellom metoder i helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid. Perspektivene går over i hverandre, og det kan skyldes som tidligere påpekt at de er mer vant til å handle enn å snakke om hvorfor de handler som de gjør. Eva sier om helsefremmende tiltak:

“Det er jo det vi har snakket om, men jeg vet ikke hva vi legger i det.”

Eva viser i intervjuet en interesse og omsorg for brukerne, å hjelpe de til å gjøre hverdagen lettere, men hun har ikke problematisert begrepene helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid, hvilke konsekvenser det har for hennes måte å arbeide på. Hun kan arbeidet sitt, handlingene i arbeidet, men klarer ikke å uttrykke dette teoretisk eller språklig. Hun er mer opptatt av å løse utfordringene hun møter i praksis, hvordan gjør en, enn å knytte handlingene til en teoretisk forankring.

- ”Nettverksarbeid er det jo vi prøver på – å øke folks evne å ta vare på seg selv”

Enkelte av helsesøstrene trekker frem nettverksarbeid når de snakker om sitt arbeid, men knytter det ikke spesielt til mine spørsmål om helsefremmende arbeid. At nettverksarbeid ikke relateres til helsefremmende arbeid spesielt, kan ha sammenheng med at helsesøstrene har drevet gruppevirksomhet og nettverksarbeid på helsestasjonene fra tidlig på 1980 - tallet. For helsesøstrene er dette ikke spesielt knyttet til en ny teori om helsefremmende arbeid. Likevel sier de når de snakker om nettverksarbeid at det er helsefremmende arbeid.

Helsesøstrene snakker om nettverksarbeidet blant annet i forbindelse med gruppevirksomhet på helsestasjonen. I disse gruppene kan brukerne utveksle erfaringer og etablere nettverk. Liv beskriver gruppene som en stor utfordring, men sier:

”Jeg tror de kan gi stor helsegevinst. Jeg tror de er helsefremmende, jeg tror det ligger der - det er veldig, veldig viktig. Jeg kjenner på at det der gruppene som jeg har fått i gang, hvordan de kan fortsette privat i årevis og hvordan folk kan ha nytte av å treffes.”

I forhold til betydning av nettverk og helsestasjonens rolle sier Mari:

“Å øke folks evne til å ta vare på seg selv. Dette med nettverk er det jo vi prøver på helsestasjonen ved å få alle med i spedbarnsgrupper.”

For Liv har nettverksarbeid betydning for den enkelte deltakers helsegevinst. Mari sier at gruppevirksomhet er helsefremmende og kan øke folks evne til å ta vare på seg selv. Denne beskrivelsen av helsefremmende arbeid, øke folks evne til å ta vare på seg selv, er mer omfattende enn det de fleste helsesøstrene har når de relaterer helsefremmende arbeid til nettverksarbeid.

- ”Det er jo ganske mange som driver helsefremmende arbeid”

Når helsesøstrene skal omtale andre som driver helsefremmende arbeid i kommunen, knyttes dette ofte opp mot tjenester som driver nettverksarbeid. Mari sier:

“Andre som tenker på helsefremming i bydelen, er frivillighetssentralen. De arbeider med nettverk og å øke folks evne til å ta vare på seg selv[...] På helsestasjonen samarbeider vi med frivillighetssentralen, kulturetaten, barnehagen, psykiatrisk sykepleier og fysioterapeut - alle for å se hva vi kan gjøre sammen. Vi kan blant annet motivere til norsksnakkings formiddager i bydelshuset, for vi vet at det kan bety litt for hvordan de klarer seg.”

Eva og Liv sier at barnehagen, frivillige organisasjoner og menigheter gjør helsefremmende arbeid gjennom sine tilbud for foreldre og barn. Dette fordi det arbeidet disse driver, er med å skape nettverk, men også fordi disse virksomhetene driver en viss form for opplæring.

At barnehagen og skolen driver nettverksarbeid og opplæring, kan være årsak til at Anne sier om barnehagen og skolen:

“De driver mye helsefremmende arbeid, men jeg vet ikke om de er det bevisst.”

Det er ellers de tradisjonelle yrkesgrupper innen helsetjenesten, jordmor, tannlege, lege, psykolog og fysioterapeut, helsesøstrene sier driver helsefremmende arbeid. Gry sier:

”Det er jo ganske mange som driver helsefremmende arbeid. Da tenker jeg på tannleger, leger, psykologer, fysioterapeuter og for så vidt sykepleiere og helt sikkert flere - miljøhygienikere, ergoterapeuter.”

Hvilke yrkesgrupper og tjenester helsesøstrene mener driver helsefremmende arbeid, kan ha sammenheng med hva de legger i helsefremmende arbeid og hvem de har erfart å samarbeide med. Av helsesøstrenes utsagn tidligere ble helsefremmende arbeid beskrevet både som å redusere sykdom og å fremme helse. Tannlege, lege og psykolog er i stor grad opptatt av den enkelte og er av de yrkesgruppene vi henvender oss til ved sykdom.

Å se barnehage, skole og frivillige organisasjoner som en del av det helsefremmende arbeidet er en annen tilnærming enn å være opptatt av sykdom og problemer. Dette er virksomheter som ikke hører inn under helsetjenesten. De har ikke fokus på sykdomsforebyggende arbeid. Deres arbeid er mer rettet mot hele befolkningen, og ikke utvalgte grupper. Mari er den eneste som nevner kulturetaten som aktør i det helsefremmende arbeidet. Å trekke inn kulturetat og brukergrupper, representert ved frivillige organisasjoner eller frivillighetssentralen, viser at noen av helsesøstrene ser at mange ulike grupper har en rolle i det helsefremmende arbeidet.

6.3 Hvordan helsesøsterrollen oppleves

Dette tema omhandler både hvordan helsesøster ser på seg selv som ekspert og hvordan hun opplever at rollen hennes har endret seg. Her presenteres også helsesøstrene beskrivelser av hva som gjør at de lærer i arbeidet, og at det har sammenheng med endring i helsesøsterrollen.

6.3.1 ”Jeg vil både være og ikke være ekspert”

Felles for helsesøstrene i intervjuene er at de føler at det har skjedd en endring av rollen deres i forhold til helsestasjonstjenesten. Dette gjelder to forhold, noen trekker frem måten å være på overfor brukerne, mens andre peker på at innholdet i arbeidet har endret seg. Disse siste er noen av helsesøstrene med eldre utdannelse. Liv sier:

“Tidligere var det mer konkrete ting, nå er det mer grupper. Det er mye større utfordring.”

Åse sier: *“Det er færre vaksinasjonstidspunkt, og vi kan konsentrere oss om mer viktige ting, ikke sånn rutine ting.”*

Åse hadde ellers i intervjuet fokus på veiledning og samspill barn - foreldre. Begge helsesøstrene reduserer betydningen av det de kaller konkrete rutineting. En kan spørre seg om de med dette mener medisinske fakta og undersøkelser, som de ellers ikke omtaler særlig, men som er en del av deres arbeid. Liv beskriver det å ha grupper som en utfordring, uten at hun kommer inn på hva som er utfordrende.

Helsesøstrene opplever altså at deres rolle på helsestasjonen er endret, men dette kommer ikke så tydelig frem i forhold til rollen i skolehelsetjenesten. Gry sier:

“I forhold til elever er jeg nok mer opptatt av å gi informasjon. Jeg føler meg for mye ”ekspert” på skolen. Jeg vil både være og ikke være ekspert. Jeg vil jo være ekspert i forhold til å ha greie på ting, kunne ting og vite hvor jeg finner det om det er noe jeg ikke kan. Men egentlig tror jeg ved at med å være ekspert, kan få foreldrene til å finne ut ting selv, så er en mye bedre ekspert enn om en sier ting til de. Så egentlig ønsker jeg nok å være ekspert.”

Denne helsesøsteren har utangspunkt i skolehelsetjenesten når hun innleder sin tankerekke. Her føler hun seg som ekspert i for stor grad, i forhold til hvordan hun ideelt ser på seg selv. Ved nærmere ettertanke blir det å være ekspert konfliktfullt i forhold til hennes tilnærming overfor foreldrene. Jeg oppfatter her at hun tenker på foreldrene på helsestasjonen, hvor foreldre oftest blir omtalt. For foreldrene på helsestasjonen ser hun ikke på seg selv som ekspert, umiddelbart. Imidlertid skjer det et skifte i hennes syn underveis, hva det vil si å være ekspert. Det å kunne bistå foreldrene til å finne gode løsninger, å kunne ting og finne ut av det

hun ikke vet. Dette handler om å ha kunnskaper og ferdigheter i å møte foreldre, men også om å besitte og å ha kontroll over kunnskaper andre søker. På denne måten ønsker hun å være ekspert.

- ”Måten å veilede på”

I forhold til endringer av måten å være på overfor foreldrene på helsestasjonen trekker helsesøstrene frem veiledning og støtte. Det går også igjen hos helsesøstrene at de lar mødrene snakke mer enn før. Helsesøstrene styrer samtalen mindre nå enn tidligere. De er litt mer avventende og venter med å gi råd. Gry sier:

“Kanskje føler jeg nå at den måten å veilede på nå, er mye bedre enn sånn som det var før. Da var det mye preget av å gi informasjon.”

Om denne endringen sier Mari:

“Jeg slet litt med det å gi råd, i starten. Jeg ville så gjerne hjelpe de, og tenkte det er jo klart det hjelper. Men så vel etter hvert at dersom de ikke er med på det selv, så blir det ikke nyttig for de. De må eie løsningen selv. Så kanskje jeg er med de å hjelpe de å komme frem til løsningen.”

Videre sier hun: *“Mine løsninger må ikke bli deres, jeg kan støtte de på de løsningene de har og komme med alternativ de kan velge ut fra. For mitt råd må på en måte bli deres råd, noe de selv oppdager for at det skal virke.”*

Mari viser her frem en respekt og tro på foreldrene. Hun inntar en støttende rolle i stedet for en autoritær og instruerende rolle. Endring forutsetter at foreldrene selv må oppdage løsningen som passer for deres liv. Hennes skifte i opptreden fra en hjelpende og kanskje instruerende til en prosessorientert, støttende tilnærming, kan beskrive en endring av helsesøsterrollen. Men denne endringen hos en nyutdannet helsesøster, kan også ha sammenheng med å finne sin nye rolle som helsesøster til forskjell fra det å være sykepleier.

Anne tar opp at det ikke alltid er like enkelt å få foreldrene til å endre sin atferd, som Mari sier ”mitt råd må på en måte bli deres”. For Anne er dette konfliktfylt når hun ser at foreldrenes løsninger ikke er tilfredsstillende overfor barnet. Hun sier:

”Vi er på en måte veldig avhengig av foreldrene [...] å få foreldrene over på min tankebane for å endre kurs.”

Dette viser noe av dilemmaet helsesøsteren står i, selv om helsesøstrene beskriver at tilnæringsmåten til foreldrene er endret, så sliter de med hvordan de skal forholde seg når foreldrene ikke klarer å finne frem til en tilfredstillende løsning som samsvarer med helsesøsters syn. Anne peker også på hvordan hun opplever å være avhengig av et samarbeid med foreldrene. Dette kan vise tilbake til helsesøstrenes vektlegging av å etablere tillit som en forutsetning i arbeidet.

- ”Dersom de spør konkret, så kan det hende de vil ha et svar”

Liv omtaler hvordan hun forholder seg til konkrete spørsmål og spørsmålenes art. Det sier noe om hvilke forventninger hun tror foreldrene har til henne:

”Dersom de spør sånn konkret, så pleier jeg å svare hva jeg syns. Men jeg sier altså at det er min mening. Dette her med å sende spørsmål tilbake til mor, hva tror du? Det må en gjøre med litt skjønn. Dersom hun spør veldig konkret, så kan det hende hun vil ha et svar. Det er en sånn finn balansegang. Det er klart at har hun noen tanker om det selv, er det jo kjekt å høre det først. Men at en ikke alltid spør tilbake, for da kan det bli en parodi. Det var en stund de lærte at vi ikke skulle komme med svar, men det tror jeg ble overdrevet. Dersom de spør veldig konkret om noe medisinsk, så vil de ha svar fra oss medisinske personer tenker jeg. Men det kan jo være ting de spør om som jeg sier, det er vanskelig å si noe om. Det finnes ikke helt bestemte svar på det de spør etter. Det er jo ofte sånn når det gjelder dette med mating, stell og kanskje barneoppdragelse.”

Her tar hun opp foreldrenes forventninger om å få svar, og at hun som helsesøster må vurdere situasjonen og gi svar der hun mener det finnes klare svar. I denne forbindelse omtaler Liv sin rolle som:

”Jeg synes det er todelt. Det å være en støttende person på det mor gjør og å klare og bygge henne opp. Men så er det også å gi en del faktainformasjon.”

Denne todelingen gir en beskrivelse av to ulike tilnæringsmåter, som Gry kanskje var inne på, men ikke var så tydelig på når hun snakket om å gi informasjon, og å få foreldrene til å finne ut ting selv. På den ene siden å være ekspert og å kunne vite og svare på spørsmål. På den andre siden å støtte der det ikke finnes noen eksakt kunnskap, og heller være i dialog med mor for å finne frem til best mulige løsninger. Dette kan grovt skilles i det å være ekspert med

fagkunnskaper, og på den andre siden være et likeverdig medmenneske som støtter brukerne i det de gjør, og som ikke i like stor grad formidler kunnskaper. Hva som har betydning for hvordan Liv forholder seg til spørsmålene, synes å være spørsmålets art. Liv viser tilbake til at en tidligere i helsesøsterutdanningen lærte at en alltid skulle spørre tilbake. Dette har hun fjernet seg fra, og sier hun svarer mer direkte i enkelte sammenhenger. Her tør hun opptre som ekspert, den som vet og kan. Skifte mellom disse to måtene å tilnærme seg brukerne kan være et dilemma. Usikkerhet i hvordan og hvorfor forholder jeg meg til brukerne som jeg gjør, hva er hensikten og hva er rett måte, kommer frem hos Gry når hun sier jeg er for mye ekspert.

- ”De føler jeg er en autoritetsperson”

Blant helsesøstrene er det bare Mari som direkte sier noe om sin autoritet. Hun sier i forhold til det å ta elevene bort til samtale på kontoret:

”Jeg synes det var veldig vanskelig, for jeg kan jo spørre de ut om all verdens ting. De føler jeg er en autoritets person som de må svare for, og det ser jeg hvor galt det er. Nå har jeg alltid barn og foreldre og kaller en spade for en spade.”

Anne beskriver at hun er avhengig av et samarbeid med foreldrene, underforstått at hun har begrenset autoritet. Sin begrensede autoritet relater hun til arbeid med foreldre hvor barnet ”ikke blir så godt ivaretatt”. Hun sier:

” Når vi gir råd og veiledning er vi på en måte veldig avhengig av foreldrene, av frivillighet, at foreldrene ønsker å gjøre noe med ting. Men når de ikke gjør det, og jeg ser det er nødvendig for ellers vil ungen lide overlast [...]. Så blir de kanskje en barnevernssak.”

Her berører Anne sitt ansvar til å se, og være en kontrollinstans i forhold til å forsikre seg om at barnet ikke lider overlast. Anne beskriver at endringsarbeid med familien må bygge på frivillighet og samarbeid. Hun opplever ikke å ha myndighet til å instruere familien hvordan de skal handle eller leve. Helsesøster snakker om å veilede foreldre slik at barnet ikke blir utsatt for omsorgsvikt. Det hun ikke omtaler er den autoritet hun har til å melde familier til barnevernet. Denne autoriteten synes hun ikke å ville bruke. Om foreldrene er bekymret for å bli meldt til barnevernet, kan de oppleve at helsesøster har mye makt. Makt kan også omhandle helsesøsters møte med brukerne i andre forhold, som det å forvalte kunnskaper og

det å styrke den andres selvfølelse, verdighet og valgmuligheter. Ulikheter i maktforhold er det Mari beskriver ved helsesøsters rolle i møtet med skoleelever.

Når de fleste helsesøstrene ikke beskriver at de har makt, kan det ha sammenheng med at det ikke er slik de ønsker å fremstå. De vil heller være den støttende og samarbeidende helsesøsteren, som gir service til den enkelte. Noen ganger kan det bety mer hvordan andre tenker seg å bruke helsesøster som fagperson, enn hva hun selv mener. I forhold til utforming av rollen i skolehelsetjenesten og samarbeid med lærerne sier Åse at hun ønsker å delta på skolens planleggingsmøter for:

”Å snakke med lærerne om hvordan de kunne tenke seg å bruke helsesøster.”

Dette er ikke en autoritær innstilling. Hun signaliserer heller et ønske om å komme i dialog med samarbeidspartnere i forhold til hvordan hun best kan fylle sin rolle som helsesøster i skolen.

6.3.2 ”Jeg står hele tiden oppi situasjoner [...] så da lærer jeg”

Endringer i utøvelsen av helsesøsterrollen kan ha sammenheng med ytre faktorer som overordnet styring, men kan også ha sammenheng med indre faktorer som læring.

Helsesøstrene beskriver de praktiske erfaringene i yrkesutøvelsen som viktige for læring. Liv sier det slik :

“Når du har holdt på med dette en stund så finner du ut at det du begynte med kanskje ikke var så lurt[...]. Jeg vet ikke riktig hva som er lurt, men nå prøver jeg meg litt frem.”

Liv prøver seg frem for å finne gode løsninger. Hun stoler på inntrykkene og erfaringene hun gjør. Anne sier at erfaringen i arbeidet har gjort henne sikrere. Som Liv, sier Anne at situasjoner hun er i, gir henne læring. Anne sier:

”Jeg er blitt mindre nøye med å henge meg opp i detaljer, når jeg var helt ny var jeg veldig oppsatt på å følge det jeg hadde lært til minste detalj [...]. Jeg står hele tiden opp i situasjoner der jeg ikke vet hva er lurt å gjøre, så da lærer jeg.”

Mari har opplevd at personlig og private erfaringer har betydning. Hun sier:

”Det har nok litt med erfaring, at jeg har jobbet litt lengre, men kanskje det har med erfaring av skolestart for egne barn. Jeg fikk tanker om det å få positiv tilbakemelding, hvor godt det er som foreldre, at de vokser på det i stedet for å få negativ tilbakemelding.”

Gry beskriver at både teoretiske kunnskaper og praktisk erfaring har betydning. Hun sier:

”Etter hvert som du får ny litteratur, ny kunnskap utenfra, men så får du en del praktisk erfaring. Det blir begge deler.”

For Åse må teoretisk kunnskap bekreftes i praksis om teorien skal ha betydning. Hun sier:

“Å bare få tilsendt en bok er ikke bra nok. [...] Jeg lærer når jeg får grundig opplæring eller informasjon over tid. Særlig om jeg ved utprøving opplever at det stemmer.”

Praksis synes her å være med å bekrefte eller avkrefte teoretisk kunnskap. Likevel sier Åse at utdanning er viktig for forståelse, spesielt i forhold til nye ord og uttrykk. Hun sier:

”Du får jo høre om nye ting og får hele innholdet av det[...] på skolen lærer du det, men senere når du er mer praktiker så blir det litt mer vegring for de ordene.”

Mari omtaler også egen utdanning. Hun sier:

”Det er nå jeg har fått gnisten og overskudd til å sette meg inn i ting, den delen som jeg egentlig skulle hatt mens jeg gikk på helsesøsterskolen. Alt jeg skulle lest, men nå har jeg mer å henge det på, nå ser jeg viktigheten av det [...]. Etter helsesøsterskolen kom vi ikke ut med at dette kan vi. Vi kom ut med frustrasjon om at vi kan litt av alt, men hva kan vi egentlig bidra med [...]. Det ser jeg først nå. [...] og jeg tør på en måte å gå frem med det kan jeg bidra med.”

Mari synes frustrert på at hun ikke var sikrere i sin rolle etter endt utdanning. Hun sier at hun under utdannelsen ikke så behovet for å sette seg inn i stoff i så stor grad som hun gjør nå. At alt som hun skulle lest, ser hun først nå betydningen av. I forhold til hennes usikkerhet i rollen etter endt utdanning, kan en stille spørsmål om dette har sammenheng med helsesøstrenes uklare definering av seg selv som eksperter.

I forhold til læring i praksis, nevner både Mari og Anne samarbeidspartnere som viktige aktører. Anne sier i forhold til samarbeid helsesøstrene i mellom:

”Som ny har jeg fått masse hjelp og støtte, og fått råd og veiledning fra de med mer erfaring. Så jeg bruker de andre veldig mye for å få input og diskutere ting, og lufte ut frustrasjoner når det er det.”

Et annet sted sier hun om grunnlag for læring:

”Litteratur, faglitteratur og erfaring, egen og andres erfaring. Av feil jeg har gjort, av hva andre har gjort som har ført til målet.”

For Mari er kurs med kolleger også viktig for å få påfyll og unngå at en blir låst i egen tenkning. Hun sier:

“Slike impulser er veldig nyttig, det å dele erfaringer med andre, hva jeg har funnet ut og hva andre har funnet ut.”

Mari deltar også i en veiledningsgruppe ledet av psykolog. Hun henviser til at denne og helsestasjonslegen, har vært viktige for henne. Hun sier:

”I prosessen å lære at foreldrene måtte ordne opp selv, men at jeg kan støtte de. Mot denne erkjennelsen, er diskusjon med helsestasjonslegen til hjelp, - det og veiledning av psykolog [...] gjennom rollespill ser vi hvordan vi gjør, hvordan vi virker på andre.”

Anne opplever også legen som en viktig diskusjonspart:

”Jeg prater med legen om forskjellige ting og forskjellige problemstillinger.”

Dette viser ikke bare til at veiledning av kolleger og andre er nyttig, men også som Mari refererte til tidligere at det å kjenne på egen kropp, å erfare, gir mulighet for refleksjon og læring. Tilgjengelighet til å skaffe personlige erfaringer kan være begrenset og tilfeldige, men muligheten til refleksjon og diskusjon med kolleger kan medvirke til å utvide ens horisont og gi nye perspektiver.

Mari er den av helsesøstrene som viser til at Foreldreveiledningsprogrammet har vært viktig for henne i forhold til endring av hennes yrkesutøvelse. Hun syntes ikke kursene staten arrangerte var tilstrekkelig for læring, men mener at innholdet i programmet har medført endring hos henne. Hun sier:

“Vi ser på brukerne på en annen måte tror jeg. Vi ser de som ressurser selv, ikke bare mangler. Vi er mer var for kommunikasjon, så vi føler dette har gjort noe med oss. Vi reflekterer over ting på en annen måte.”

At Foreldreveiledningsprogrammet har påvirket helsesøstrene i deres tilnærming til foreldrene i helsestasjonskonsultasjonen er også mitt inntrykk. Likevel synes det som om det er et stort spenn helsesøstrene imellom i forhold til refleksjon og diskusjon knyttet til den overførings verdien dette programmet kan ha til andre arenaer. Helsesøstrene henviser i mindre grad til teori, og de reflekterer ikke om det er de praktiske erfaringene som er viktigste for å lære seg en god praksis.

6.4 Oppsummering

I sin yrkesutøvelse på helsestasjonen vektlegger helsesøstrene at foreldrene skal få positiv tilbakemelding, de skal føle seg ”løftet” etter konsultasjonen. Utgangspunkt for samtalen sier de er foreldrenes behov, å møte de hvor de er, samtidig anses foreldrenes samspill med barna som et viktig tema helsesøstrene tar opp. I tillegg til dette gjør helsesøstrene rutinekontroller og tar opp tema de anser som viktige. Positiv tilbakemelding til foreldrene anser de som viktig for å etablere tillit, hvilket er en forutsetning for å være i dialog med foreldrene og å kunne møte deres behov. Tilliten er også viktig for å kunne ta opp forhold som ikke er så positive ved barnet eller foreldrenes rolle. Når helsesøstrene må ta opp negative forhold er de redde for å ødelegge dialogen og tilliten.

I skolen ønsker helsesøstrene med nyere utdanning å være en ambassadør for eleven. Å være tilgjengelig på skolen for eleven og foreldre og at helsesøsters kontor oppleves som en trygg plass eleven kan komme og snakke, er viktig for de fleste helsesøstrene, men kanskje viktigst for de med eldre utdanning. Fokus for helsesøstrene i skolen er oftest elever som har problemer. I hvor stor grad eller hvordan helsesøster deltar med helseopplysning overfor elevene er ulikt. Deres rolle i forhold til dette synes uavklart.

Det tverrfaglige samarbeidet helsesøster deltar i er i hovedtrekk med helse- og sosialpersonell eller pedagogisk personell. I de fleste tilfeller er dette samarbeid om barn som har problemer, hvordan helsesøster kan hjelpe eller hvordan en kan samarbeide om tiltak for barnet og

familien. Helsesøstrene med nyere utdanning deltar eller har tanker om samarbeid for å fremme miljøet på skolen eller i oppvekstmiljøet i kommunen.

I forhold til hvordan helsesøster bruker sine ressurser eller utformer tjenestetilbudet synes det å være delt mellom hva overordnede planer sier, hva helsesøster selv mener er viktig og hva brukerne selv ønsker å ta opp. Kartlegging av brukernes behov skjer under konsultasjonene. På helsestasjonen er helsesøster mer opptatt av å ivareta ”alles behov” enn i skolen, hvor det i større grad er planer og elevene med ”problemer” som avgjør tilbudet helsesøster gir.

I helsesøstrenes beskrivelser av det helsefremmende arbeidet er de lite opptatt av å skille helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid er å fremme helsen. Enkelte av helsesøstrene synes helsefremmende arbeid dekker bedre arbeid i forhold til mer sammensatte problemstillinger. Men flere gir uttrykk for at dette kommer på toppen av, som en forlengelse av, sykdomsforebyggende arbeid. De relaterer det helsefremmende arbeidet til enkeltindivider. Helsesøstrene med nyere utdanning bruker begrepet helsefremmende arbeid om eget arbeid, men enkelte av helsesøstrene med eldre utdanning sier de ikke vet helt hva som menes med begrepet.

Metodene i helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid synes å gå veldig inn i hverandre. Helsesøstrene med nyere utdanning mener helsefremmende arbeid har med helseopplysning å gjøre, å øke bevisstheten hos brukerne og å anerkjenne deres kompetanse og ha fokus på de positive tingene de gjør. Helsesøstrene med eldre utdanning relaterer dette til at tema det fokuseres på helsestasjonen og måten en gir informasjon på er endret, en lytter til brukeren i større grad enn før. Enkelte av helsesøstrene tar også opp det å øke folks evne til å ta vare på seg selv gjennom bruk av grupper og nettverksarbeid, men de ser dette som en del av sitt arbeid, og ikke spesielt som helsefremmende arbeid. Når helsesøstrene skal beskrive andre som driver helsefremmende arbeid, knytter de dette i de fleste tilfeller til de tradisjonelle yrkesgruppene de samarbeider med.

I helsesøstrenes opplevelse av seg som fagpersoner tar de opp noe av hvordan de beskriver at tema og arbeidsmetoder har endret seg. Helsesøstrene ønsker å være ekspertene som kan og vet hvordan hun skal gi hjelp, men samtidig en som ikke gir ferdige svar til brukerne, men som får brukeren til å finne gode løsninger som passer inn i deres livsmåte. Dette er spesielt på helsestasjonen, på skolen synes helsesøster å opptre mer som ekspert og være den som

forteller elevene hvordan de skal handle. I forhold til arbeidet på helsestasjonen beskriver ikke helsesøstrene at de har autoritet, men at de er avhengige av et samarbeid med foreldrene. I forhold til arbeidet i skolen er det bare en av helsesøstrene som tar opp den makten hun har i forhold til elevene.

Når helsesøstrene skal beskrive hva de lærer av og hva som har betydning for hvordan de ser på arbeidet sitt, synes de praktiske erfaringene å ha stor betydning. Teori trenger å bekreftes i praksis om den skal gi læring. Kurs og samtale med samarbeidsparter og kollegaer beskriver de også som å ha betydning for helsesøstrenes utvikling.

7.0 DRØFTING

Mine forskningsspørsmål for studien har vært hvilket meningsinnhold helsesøster legger i helsefremmende arbeid, hvordan dette dannes og hvordan ser hun sin rolle i det helsefremmende arbeidet. For å kunne svare på disse spørsmålene i lys av teori, vil jeg ta utgangspunkt i funnene jeg presenterte i forrige kapittel og drøfte disse opp i mot tidligere presenterte teori og forskning om helsefremmende arbeid, meningsdannelse og kunnskapsutvikling.

Kapitlet er delt inn i fire hovedtema. I den første delen drøfter jeg hvordan helsefremmende arbeid kommer til syne i helsesøstrenes beskrivelser av arbeidet. I den andre delen drøftes helsesøstrenes beskrivelser av det helsefremmende arbeidet. Til sammen gir disse to delene svar på hvilket meningsinnhold helsesøster legger i helsefremmende arbeid. Deretter drøftes helsesøsterrollen i relasjon til konsekvenser for den profesjonelle som beskrives i teori om helsefremmende arbeid. Til sist drøftes kunnskapstilførsel i helsesøsteryrket og hvordan dette er med på å påvirke helsesøstrenes meningsinnhold av helsefremmende arbeid.

7.1 Helsefremmende arbeid i yrkesutøvelsen – en konflikt mellom ulike verdier

Beskrivelsene av yrkesutøvelsen er i stor grad knyttet til de individuelle konsultasjonene. Drøftingen omhandler de verdiene helsesøstrene vektlegger i arbeidet og hvordan de forholder seg til verdier i den helsefremmende ideologien. I deres yrkesutøvelse synes det på enkelte områder å være en konflikt mellom motstridende verdier. I drøftingen omtaler jeg disse verdiene som syn på helse, fokus på problemer eller ressurser, å skape et støttende miljø, tillit og dialog, syn på helseopplysning, på brukermedvirkning, et perspektiv på individ eller miljøet og syn på tverrfaglig samarbeid. De ulike temaene og overskriftene omhandler verdier som har relevans for hvordan en forholder seg overfor enkeltindividet, men de har også betydning for valg av strategier i arbeidet.

7.1.1 Helse - som velbefinnende eller fravær av sykdom

Raeburn og Rootman (1998) skriver at det overordnede målet med helsefremmende arbeid har med folks subjektive opplevelse av livet å gjøre. I dette perspektivet ses helse som ”velbefinnende” og ikke bare som noe objektivt målbart. For helsesøstrene på helsestasjonen var det viktig at foreldrene fikk positive tilbakemeldinger og ble ”litt løftet” etter konsultasjonen. De skulle gå fra helsestasjonen med en følelse av at ”dette kan jeg.” Slik sett har helsesøster fokus på den subjektive opplevelsen hos foreldrene og anerkjenner denne. Målet beskrives av en helsesøster som at familien skal ha det ”godt sammen, ellers så hjelper det så lite.” Dette er et vidt mål, som ikke så lett lar seg avgrense eller definere som nådd. Det kan få en til å assosiere til kritikken av helsefremmende arbeid at den er for lite konkret og at helsetjenesten invaderer alle livets områder (Lupton, 1999). Har helsetjenesten ansvar for at familier har det ”godt sammen” ? At helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten har et visst ansvar i forhold til dette, kan argumenteres for ut i fra formålet med tjenesten, å fremme barnets psykiske og sosiale helse eller elevens totale helse (Sosial- og helsedepartementet, 1983). Individets psykiske og sosiale helse vil påvirkes av hvordan familien har det sammen. Objektivitetskriterier for barnets helse, ”mål og vekt,” synes ikke å ha like stort fokus for helsesøstrene, selv om dette også er en del av deres arbeid (Statens helsetilsyn, 1999).

Helsesøstre beskriver at de ikke bruker mye tid i forhold til fysisk sykdom eller mål og vekt. Imidlertid sier de at screeningundersøkelser alltid er i bak hodet. Når en gjør screeningundersøkelser har en et ”feilfinder”- perspektiv som er identisk med den sykdomsforebyggende tradisjonen (Starrin, 1997). Å være våken for de fysiske betingelser for helse har betydning også i det helsefremmende arbeidet. Den helsefremmende tenkningen er opptatt av ”the whole life,” i følge Raeburn og Rootman (1998). Dette innbefatter også barnets fysiske betingelser ved å kunne glede seg over de muligheter livet gir. I helsesøstrenes beskrivelser presenteres et syn på helse som er preget av både brukernes subjektive opplevelse og av den profesjonelles ”objektive” bedømming av familien/ barnets helse.

Begge disse kriteriene, den subjektive opplevelsen og den objektive bedømmingen, inkluderes i helsesøsters helsebegrep i skolehelsetjenesten. I forhold til hva elevene kan oppsøke helsesøster for, er dette ikke avgrenset til fysiske eller psykiske problemer, men mer som en ”åpen dør” for samtale. Helsesøster er åpen for elevenes opplevelser og subjektive beskrivelser. Det synes som om målet med ”åpen dør” er å møte og hjelpe elever som har problemer, og derigjennom gjøre hverdagen lettere for elevene. Hva helsesøster mener med å gjøre hverdagen lettere for de, kan være at eleven er tilfreds med livet. For andre helsesøstre synes hovedfokuset snarere å være at eleven skal være fri for problemer/ sykdom. I skolehelsetjenesten snakker ikke helsesøstre om at eleven skal mestre eller at de skal få positive tilbakemeldinger slik de gjorde i forhold til foreldrene på helsestasjonen. Om helsesøster har fokus på problemer er perspektivet sykdomsforebyggende, men hun viser også en utvidet forståelse for helse ved å være åpen for elevenes opplevelser av sin situasjon (Raeburn og Rootman, 1998). Imidlertid representerer mye av helsesøsters arbeid i skolen en sykdomsforebyggende strategi. Det henvises her til Starrins modell (1997) som jeg kommer nærmere inn på i de følgende delene.

7.1.2 Fokus på ressurser eller problemer

På helsestasjonen beskriver helsesøstre at de har fokus på det som er positivt i familien og vil stimulere dette. Helsesøstre vil at foreldrene skal oppleve seg som gode foreldre, få en opplevelse av mestring. Helsesøstre gir foreldrene bekreftelse på gode samspill. Denne opplevelse og tilbakemelding på positive forhold gjør godt i seg selv, sier en helsesøster. Tanken om å vektlegge det som er positivt, egenskaper eller ferdigheter, samsvarer med det

Raeburn og Rootman (1998) beskriver som tanker i den helsefremmende ideologien. Å skape en utvikling basert på en tro på noe som allerede er tilstede. Raeburn og Rootman skriver at ved å styrke brukerens positive egenskaper vil en få en positiv utvikling også på andre områder.

Helsesøstre beskriver at temaet samspill går igjen i alle konsultasjonene. De følger foreldre og barn i en utviklingsprosess, hvor samspill tas opp gjentatte ganger. I dette synes prosessen i arbeidet å være viktig. Raeburn og Rootman (1998) beskriver helsefremmende arbeid som et arbeid som går over tid og som påvirker gjennom vedvarende bidrag, og som styrker mennesket til utvikling mot noe bedre. Slik sett kan helsesøstrenes arbeid med samspill på mange måter relateres til den helsefremmende tenkningen.

Men når helsesøstre snakker om å ta utgangspunkt i det positive tar de også opp at dette ikke alltid er like lett. Det kan synes som de er i konflikt mellom ulike verdier. De har fagkunnskaper og meninger om hvordan foreldrene bør handle for å gi barna best mulig helse. Seedhaus (1997) påpeker at vi som fagpersoner har meninger om hvordan vi skal leve for å få god helse. Når foreldre forholder seg til, eller handler overfor sine barn slik at det ikke er med å fremme barnets helse, er dette en utfordring for helsesøster. Det kan synes som om noen helsesøstre unngår å kommentere handlinger som er i strid med egne verdier eksempelvis når barnet kommer med flaske, og helsesøster mener det er uheldig. Dette tar Andrews opp (1999) i sin artikkel. Hun hevder at helsesøstre synes å ha en forestilling om at den rette metoden er å få foreldrene selv til å finne svaret, hva som passer best for dem i deres situasjon. Dette perspektivet kan samsvare med å erkjenne brukernes kompetanse og makt (Starrin, 1997). Samtidig kan dette være en enkel løsning for helseprofesjonene, om de ikke stiller spørsmål ved brukerens kompetanse og forutsetninger denne har til å ta de rette valg. Den profesjonelle har i mange sammenhenger fagkompetanse om hvilke valg som fremmer helsen. Den profesjonelles utfordring vil være å få sine kunnskaper formidlet til brukerne slik at disse får best mulig kompetanse til å gjøre de beste valgene ut i fra sin livssituasjon. Helsesøstre i min undersøkelse ønsker ikke å kritisere mødrene. Imidlertid mener de at de noen ganger må formidle andre handlingsalternativ enn foreldrene har valgt. Et skifte fra rollen som støttende og oppmuntrende til en som påpeker hva foreldrene bør gjøre, synes vanskelig for helsesøstre. Å opptre som en samarbeidspart med foreldrene synes enklest. Samtidig føler helsesøstre ansvar overfor barnet. De kan ikke fri seg fra at de er pålagt en rolle fra staten om å avdekke feil og mangler ved barnets utvikling eller ved omsorgen for

barnet. Helsestasjonen skal forebygge sykdom og gjennomføre helseundersøkelser i konsultasjonene (Statens helsetilsyn, 1998). Helsesøster er ikke fristilt til bare å ta utgangspunkt i det som måtte være av positive ressurser hos familien. Utgangspunktet for at helsesøster påpeker avvik eller uønskede handlinger er basert på fagkunnskaper og egne verdier (Seedhouse, 1997). Helsesøster har her et annet perspektiv enn å anerkjenne brukerens kompetanse, hun er ekspert og har en normativ oppfatning som representerer et sykdomsforebyggende perspektiv (Starrin, 1997).

I forhold til skolehelsetjenesten omtaler helsesøstrene lite det de gjør overfor alle elever. Helsesøstrene snakker om å være tilstede for elever som har problemer. I forhold til arbeidet i skolen snakker de ikke om å styrke eleven eller å gi positiv tilbakemelding. En normativ tilnærming synes mer å være i fokus, det vil si samtale med eleven om hvordan denne bør oppføre seg. På mange måter er helsesøsters tilnærming her preget av et sykdomsforebyggende perspektiv (Starrin, 1997). Dersom det er viktig å ta utgangspunkt i foreldrenes ressurser på helsestasjonen, hvorfor er dette ikke viktig overfor elevene i skolehelsetjenesten? Hva er det som gjør at strategiene å møte brukerne på er forskjellig overfor de to målgruppene og de to arbeidsområdene? I helsestasjonsarbeidet ser det ut til å være en etablert kultur og struktur for hva arbeidet innebærer. Foreldreveiledningsprogrammet (Barne- og Familie- & Sosial- og helsedepartementet, 1995) har satt fokus både på innhold og metoder i arbeidet, men prinsippene fra programmet synes ikke å være overført til skolehelsetjenesten.

7.1.3 Støttende miljø, tillit og dialog

Tilbudet på helsestasjonen er frivillig og det er opp til brukerne om de ønsker å benytte seg av helsestasjonens tjenester (Sosial – og helsedepartementet, 1983). Denne undersøkelsen har ikke problematisert hvordan helsestasjonstjenesten oppleves av foreldrene, som et tilbud eller en plikt. Imidlertid kan tjenesten ved sin eksistens være et sted hvor foreldrene kan ta opp forhold vedrørende sine barn og få barnet undersøkt, og slik bidra til at de føler seg trygge. På den andre siden kan for eksempel helseundersøkelsene og usikkerhet om en bør vaksinere barnet sitt være med på å skape bekymring hos foreldrene. Dersom foreldrene skal oppleve trygghet på helsestasjonen, er det av betydning hvordan de blir møtt og at innholdet i konsultasjonene oppleves relevant.

Helsesøstre i denne undersøkelsen beskriver sin rolle på helsestasjonen som en støtte for foreldrene, støtte på det de gjør, ved hjelp av dialog med foreldrene. For å få til denne dialogen mener helsesøstre at de må ha etablert tillit. Tillit mener de også er en forutsetning for å få foreldrene til å møte på helsestasjonen, og å opprettholde kontakten i sped- og småbarnsalderen. Denne måten å forholde seg til brukerne på og bygge allianser med foreldrene, er kvaliteter det helsefremmende arbeidet fordrer av den profesjonelle, skriver Mæland (1999). Også Gibson (1991) vektlegger tillitens betydning og relasjonen mellom den profesjonelle og brukeren. Tillit er en forutsetning for å kunne hjelpe brukeren til å utvikle og bruke sine ressurser, slik at denne opplever økt kontroll. Økt kontroll er et mål i det helsefremmende arbeidet.

For helsesøstre er dialogen med foreldrene viktig ikke bare for å formidle, men like mye for å lytte til foreldrene. Å være tilstede og ha tid til å lytte kan være en hjelp til foreldre, at du er der, og har tid til å høre på de som sliter. Evnen til å lytte og lære av enkeltindivid og grupper beskrives av Mæland (1999) som en kvalitet hos den profesjonelle i helsefremmende arbeid. Helsesøster viser ved dette at hun stiller seg åpen for den andres behov, og ønsker å sette seg inn i dennes situasjon. Dette fordrer nødvendigvis ikke andre tiltak, men helsesøster beskriver at dette kan være tilstrekkelig der og da, eller det kan starte en prosess, at veien har begynt. Helsesøster beskriver at hun lykkes i sitt arbeid når hun klarer å møte og være i dialog med foreldrene. Dette bekrefter at helsesøstre er opptatt av den situasjonen foreldrene er i her og nå. Det viktige for helsesøstre er å hjelpe foreldrene i en prosess der de selv finner løsninger. Dette er i overensstemmelse med den helsefremmende tenkningen hvor prosessen underveis er vel så viktig som målet (Raeburn og Rootman, 1998). Helsesøster har en unik mulighet, slik tilbudet på helsestasjonen er organisert, til å møte familien igjen og å fortsette prosessen en har startet ved neste møte.

I forhold til skolehelsetjenesten stiller jeg spørsmål til om denne er en støtte for alle elevene. Helsesøster på skolen har få faste avtaler med elevene i løpet av skolegangen. Vaksinasjoner og helseundersøkelser på enkelte klassetrinn nevnes som en del av dette. Helsesøstre legger i stor grad vekt på å være tilgjengelige for elevene, slik at disse kan oppsøke helsesøster. ”Åpen dør”- prinsippet beskrives også i Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) som viktig for elevene. Helsesøstre beskriver at de ønsker å være tilstede for elever som har problemer og å få disse henvist. Løsning snarere enn prosess synes å være i fokus. Helsesøstre er her mer

opptatt av å intervensere og forandre, til forskjell fra å ta utgangspunkt i den enkeltes kompetanse og å styrke denne. Dette er prinsipper knyttet til det sykdomsforebyggende arbeidet (Starrin, 1997). Å være tilgjengelig synes som en del av det å skape trygghet for elevene. Men i forhold til den tiden helsesøster fysisk er tilstede i skolene, fra noen få timer til to dager i uken, kan en stille spørsmål i hvor stor grad det oppleves som en trygghet for elevene. For enkelte elever, de som er blitt kjent med helsesøster, kan det være en støtte og trygghet å vite at de kan bruke helsesøster som en voksen de kan snakke med. Helsesøster kan være en av flere andre ansatte i skolen, som bidrar til å skape et støttende miljø for elevene.

De senest utdannede helsesøstrene beskriver at de ønsker å være elevenes ambassadør. De ønsker å være en støtte for eleven, og talskvinne som kan hjelpe elevene ut i fra deres behov. Å være ambassadør eller advokat beskrives som en strategi i det helsefremmende arbeidet. Mæland (1999) beskriver denne strategien som å arbeide for å påvirke beslutninger som har med levetilstand i samfunnet å gjøre. Stang (1998) skriver at den profesjonelle skal være brukerens advokat ved å mobilisere brukerens ressurser og medvirke til at brukeren får tilgang til de tilbud og muligheter som finnes. Slik helsesøstrene beskriver ambassadørrollen er det å påvirke i forhold til elevens hverdag og behov, og ikke i forhold til samfunnsforhold. Å støtte og være ambassadør for eleven kan være en side av det helsefremmende arbeidet, også om det er relatert til problemer. Målet ved det helsefremmende arbeidet er å gjøre individet eller grupper i stand til å utvikle sine potensialer (Raeburn & Rootman, 1998; Mæland, 1999). Samtale og støtte kan være med å bidra til en utvikling av elevens helsepotensialer.

7.1.4 Helseopplysning - noe en "må" eller for å utvikle personlige ferdigheter

I Ottowacharteret er et av innsatsområdene å utvikle personlige ferdigheter (Mæland, 1999). I helsesøstrenes beskrivelser legger de særlig vekt på samspillet betydning, at foreldrene skal få ferdigheter til et godt samspill med sine barn. Helsesøstrene beskriver at de bruker mye tid på dette. Helsesøstrenes perspektiv er at foreldrene selv har kunnskaper og ressurser, og at det derfor er viktig å gi positiv anerkjennelse på det de kan. De anerkjenner brukernes kompetanse og ressurser, og ser hvordan familiemedlemmene er deltakere i hverandres liv. Dette er i tråd med den helsefremmende tenkningen, å se mennesket som noe mer enn isolerte personer, som er med på å forme hverandres selvfølelse. Troen på at foreldrene selv har kompetanse om samspill, samsvarer også med den helsefremmende ideologien slik denne

beskrives av Raeburn og Rootman (1998). Samspillet betydning og viktigheten av det, beskrives også i Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998). Det synes for helsesøstrene å være en sannhet at alle trenger informasjon om, og å diskutere, samspill for å bli gode foreldre. Om helsesøstrene tar det samme utgangspunktet overfor alle foreldre, uten å finne frem til deres ståsted, kan dette oppleves umyndiggjørende, at deres kompetanse ikke blir verdsatt. Da vil måten en gir helseopplysning på ikke samsvare med verdiene i den helsefremmende ideologien (Raeburn & Rootman, 1998; Stang, 1998).

Samspill er ikke det eneste tema helsesøstrene og Statens helsetilsyn mener foreldrene trenger helseopplysning om. Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) og Journalen (Statens helsetilsyn, 1999) angir også andre tema enn samspill, som det er viktig at helsesøster tar opp med foreldrene. Samtidig beskriver helsesøstrene at de har sine "kjepphester" de snakker med foreldrene om. Veilederen tar opp eksempelvis ernæring, rusmidler og ulykker. Journalen angir områder helsesøster skal kartlegge ved barnets utvikling. Denne kartleggingen inneholder også elementer av helseopplysning til foreldrene. Dette er kunnskaper helsesøster har som fagperson, som Starrin (1997) betegner som ekspertkunnskap. Slik jeg forstår helsefremmende arbeid, skal fagpersonen bruke sine kunnskaper slik at foreldrene/ brukerne får styrket sine ferdigheter. Når tema er gitt, gjennom journalen eller som den profesjonelles "kjepphester," har eksperten definert tema foreldrene trenger kunnskaper om, et "ovenfra og ned perspektiv." Selv om tema er definert, kan dette samtidig være områder foreldrene opplever som relevante. Imidlertid omtaler ikke helsesøstrenes foreldrenes kompetanse i forhold til disse tema. Skal helsesøster kunne ta utgangspunkt i foreldrenes behov og gi helseopplysning som engasjerer foreldrene til samarbeid og handling, et "subjekt – subjekt" eller et "tilsammans" ideal som Starrin beskriver, må helsesøster ha tid til å være i dialog med foreldrene. Hun må ha tid til å finne frem til deres ståsted også på disse områdene, og ikke bare i forhold til samspill. Dette kommenterte Andrews (1999) i sin artikkel, at rammene for konsultasjonen gir liten tid til dialog. Skal helseopplysningen kunne samsvare med et helsefremmende perspektiv er det viktig at helsesøster er bevisst verdier og mål i det helsefremmende arbeidet, ellers kan en lett bli en "ekspert" som bestemmer hva som skal forandres, og hvilken oppførsel som må korrigeres for å unngå sykdom (Starrin, 1997). For den profesjonelle vil viktige spørsmål være hvordan tema tas opp og hvem som har bidratt til å sette tema på dagsorden. I det helsefremmende perspektivet er mulighetene for å lykkes i å utvikle brukernes ferdigheter størst om brukerne blir involvert.

I skolehelsetjenesten viser data fra min undersøkelse at helsesøstrene assosierer helseopplysning til undervisning på enkelte klassetrinn eller grupper. De sier at innholdet blir bestemt ut i fra hva helsesøster mener elevene trenger å vite noe om. Oftest er dette knyttet til kroppens utvikling. Helsesøstrene er selv ambivalente til denne form for helseopplysning, både med hensyn til om elevene er i stand til å ta i mot kunnskapene og i forhold til tiden som blir brukt. Helsesøstrene mener det er behov for helseopplysning, men på grunn av tiden de har til rådighet i skolen, sier de at de i liten grad prioriterer helseopplysning til alle elevene. Deres ambivalens synes å være knyttet til om helseopplysningen er med på å fremme personlige ferdigheter, om helseopplysningen møter elevene hvor de er. Denne fremstillingen viser at helsesøster ser på seg selv som ”eksperten,” som bestemmer hva elevene trenger å kunne noe om. De synes i liten grad å ta utgangspunkt i elevens behov eller ressurser når de gir helseopplysning. Helsesøstrenes uttalelser er ikke preget av at elevene har kompetanse, og at denne skal styrkes slik at eleven opplever nye ferdigheter.

Enkelte helsesøstre har helseopplysning i grupper hvor elevene i noen grad får være med å styre hvilke tema som tas opp. Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) beskriver at gruppene gir mulighet til å utvikle bevissthet om egne meninger og å øke elevenes evne til å formidle sine meninger, derigjennom kan elevene lære av hverandre og få økt kunnskap om hvordan de kan mestre ulike situasjoner. Om elevenes kunnskaper og kompetanse gis verdi her, vil denne helseopplysningen inneha elementer av helsefremmende arbeid (Raeburn og Rootman, 1998). Det meste av helseopplysningen i skolen er imidlertid i relasjon til den individuelle konsultasjonen, hvor elever oppsøker helsesøster og hvor problemer er utgangspunktet. I forhold til disse konsultasjonene sier helsesøstrene at de gir råd og veiledning slik at elevene vet hvordan de kan, og har lov til å oppføre seg. Om helseopplysning i de individuelle konsultasjonene er med på å utvikle elevens ferdigheter, kan denne form for helseopplysning ses som helsefremmende arbeid. I dette ligger utfordringer til selvstendighet og mestring, og ikke til avhengighet av fagpersonell. Imidlertid synes det som om flere av helsesøstrene har et normativt perspektiv, å fortelle eleven ”hvordan oppføre seg.” Helseopplysningen som gis i skolen synes derfor på mange måter å være preget av en tenkning som er i tråd med sykdomsforebyggende arbeid fremfor helsefremmende arbeid (Starrin, 1997). Å se på elevene med utgangspunkt i ressurser og som samarbeidspartnere, verdier i den helsefremmende tenkningen (Raeburn og Rootman, 1998), presenteres lite i helsesøstrenes syn på helseopplysning i skolen. At helsesøstrene har et sykdomsforebyggende perspektiv i skolehelsetjenesten understrekes ved at de i liten grad involverer elever eller skolens

personale i planleggingen av helseopplysningen. Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) beskriver at skolehelsetjenestens nettverksarbeid og gruppearbeid skal knyttes til skolens undervisningsplaner, dette beskriver ikke helsesøstrene. Imidlertid vil planer være utformet etter et ”ovenfra og ned perspektiv,” om brukerne ikke involveres i utformingen.

7.1.5 Med utgangspunkt i brukerne eller likhet i tilbudet

Lokalsamfunnet og befolkningsmedvirkning fremheves som betydningsfulle arenaer og faktorer i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 1999). Samarbeid med den enkelte og grupper beskrives som en av strategiene for å sette den enkelte i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen. Samarbeidet skal bygge på likeverdige forhold mellom bruker og fagperson. Brukeren skal være med å sette dagsorden og bestemme behov for endring, skriver Raeburn og Rootman (1998).

Helsesøstertjenesten er en del av tilbudet i lokalsamfunnet. Hvilket forhold helsesøster har til dette lokalsamfunnet og hvordan dette påvirker arbeidet synes å være ulikt. Tilbudet på helsestasjonen gjelder alle småbarns familier. Helsesøstrene er ikke opptatt av utvalgte grupper som har problemer. Helsesøster har ved dette en unik mulighet til å involvere småbarnsfamilier i forhold som angår deres helse. Nutbeam (1998) beskriver befolkningens mulighet og deltakelse som vesentlig om en skal oppnå en helsefremmende prosess. Å involvere de det gjelder er en viktig forutsetning for det helsefremmende arbeidet (Mæland,1999). Et annet spørsmål er om helsesøster arbeider for å involvere dem det gjelder.

På helsestasjonen refererer helsesøster til planer for arbeidet og til Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) i forhold til sine oppgaver, og Journalen (Statens helsetilsyn, 1999) i forhold til hva hun skal dokumentere. Som et tillegg til å presisere eller utfylle Veilederen, sier helsesøstrene at de har lokale program med tema de skal ta opp på de forskjellige alderstrinnene. Disse lokale programmene skal sikre likhet i kommunen og unngå å skape individuelle forskjeller. Samtidig er helsesøstrene på helsestasjonen opptatt av å møte foreldrene der de er. Å unngå individuelle forskjeller er det motsatte av å ta utgangspunkt i brukerne. På den ene siden sier helsesøstrene at de skal unngå forskjeller, og på den andre siden sier de at det er foreldrenes behov som bestemmer innholdet i konsultasjonen, hva foreldre ønsker å ta opp. Hva foreldrene tar opp kan tenkes å være noe av det helsesøster har i

sin norm for innhold, eller det kan være noe helt annet. Da kan det bli en konflikt. Rammene for konsultasjonen kan medvirke til at foreldrene har ”så mye å snakke om at vi ikke får gjort alt vi skal.” Om utgangspunktet er at foreldrene bestemmer innholdet i konsultasjonen, viser dette at helsesøstrene ser på brukerne som de som kan definere sine behov, og aksepterer disse som relevante i forhold til å fremme helsen (Raeburn & Rootman, 1998). På den andre siden har helsesøster sine retningslinjer for hva konsultasjonen skal inneholde, som gir anvisninger i forhold til hva foreldrene bør kunne eller mestre for å ivareta barnets/ familiens helse. Om helsesøster ikke får tatt tema opp med foreldrene eller gjort helseundersøkelsene, gjøres dette ved neste møte. En helsesøster beskriver dette som ”det egentlige,” underforstått kan dette ses som det viktigste. Dette er konkret og klart beskrevet i journalen og setter en faglig norm for helseundersøkelser og helseopplysning. I motsetning til foreldrenes behov, som ikke er definert på forhånd. Dette ”egentlige” har et ”ovenfra og ned perspektiv”. Starrin (1997) beskriver dette som et element ved den sykdomsforebyggende strategi, der brukermedvirkning ikke er avgjørende. Ved å utsette ”det egentlige” til neste gang, viser imidlertid helsesøster at det er foreldrenes behov som har forrang i konsultasjonen. Brukerens perspektiv og opplevelser blir tatt på alvor. Helsesøsteren setter ikke sine behov for å formidle kunnskap helt tilside, men forskyver de til neste gang. På denne måten viser hun at som profesjonell ikke helt har gitt fra seg makten til å definere dagsorden. Å akseptere at brukeren setter en annen dagsorden enn den profesjonelle, omtaler blant annet Stang (1998) og Lupton (1997) som konfliktfylt for den profesjonelle i det helsefremmende arbeidet.

En annen side av brukermedvirkning beskriver helsesøstrene som at foreldrene kan få bestemme om og når de vil benytte seg av helsestasjonens tilbud. Dette beskriver den frivillighet foreldrene har i forhold til å benytte helsestasjonens tjenester, og beskriver ikke aktiv involvering av brukerne i forhold til hvilke tilbud som gis og hvordan tilbudene skal være i forhold til foreldrenes behov. At tilbudet som gis er definert av fagpersonene viser et perspektiv hvor andre har gått inn og definert hvordan brukernes behov best kan imøtekommes. Veilederen (1998) beskriver dette som ”likhet i tilbudet.” Likhet i tilbudet som gis synes viktigere enn å invitere brukerne med i utformingen av hva de har behov for. Brukermedvirkning kan ses som å overlate mer makt til brukerne, både i et individuelt og et strukturelt perspektiv (Raeburn & Rootman, 1998). Ved å gi mer makt til brukerne og grupper av brukere, kan en derigjennom styrke lokalsamfunnets kontroll over egen helse og fremtid, som blir beskrevet i Ottawa-charteret (Mæland, 1999). Når brukerne får ta aktivt del i utformingen av tilbudene, vil dette øke engasjementet og opplevelsen av medbestemmelse.

Brukerne involveres i et fellesskap og ser at de er i stand til å påvirke. Å styrke brukergruppens/ lokalsamfunnets kontroll over tilbudet beskrives ikke av helsesøstrene som brukermedvirkning.

Skoleelevene eller deres foresatte synes også i liten grad å være involvert i utforming av skolehelsetjenesten, bortsett fra når de selv oppsøker helsesøster. Ingen av helsesøstrene beskriver noen form for kartlegging eller samarbeid hvor elever eller foreldre er invitert til å være med å utforme skolehelsetjenesten som beskrevet i Veilederen (1998). Mæland (1999) beskriver det å involvere og å få folk til å delta som noe av det viktigste i det helsefremmende arbeidet. Denne tanken synes ikke å representere helsesøstrenes syn på hvordan tjenesten kan være med på å skape gode betingelser for helse blant skoleelevene.

At Veilederen (1998) både beskriver hva konsultasjonene skal bestå av samtidig som den beskriver at helsesøster skal ta utgangspunkt i brukerne, fremstiller to ulike og motsatte tilnæringsmåter til foreldrene. Dette tar ikke helsesøstrene opp i intervjuene. Kanskje har de ikke problematisert det, eller de har underforstått bare akseptert dette. En kan stille spørsmål til hva det er viktigst at helsesøstrene er samkjørte på, hvilke diskusjoner det er viktig at de tar. Er det de konkrete diskusjonene knyttet til enkle råd eller er det diskusjoner knyttet til verdier, strategier og ideologier som styrer arbeidet ?

7.1.6 Et individ- eller miljøperspektiv

Raeburn og Rootman (1998) beskriver at det helsefremmende arbeidet involverer mennesker mer enn individer, mennesker i et kollektivt fellesskap hvor en er deltakere i hverandres liv. Som deltakere i hverandres liv, blir en med på å skape betingelser i miljøet som er viktige for enkeltindividets helse. Mæland (1999) beskriver både å skape støttende systemer og å utvikle personlige ferdigheter som viktige innsatsområder i det helsefremmende arbeidet. I avsnittene ovenfor har jeg diskutert helsesøsters rolle som støtte for familier og elever og helseopplysning i forhold til å utvikle personlige ferdigheter. Samtidig har jeg vist at helsesøster ser foreldre og barn som deltakere i hverandres liv. Jeg vil her relatere helsesøstrenes beskrivelser av arbeidet i forhold til hennes syn på miljøets rolle ved utforming av tilbudet hun gir.

På helsestasjonen er helsesøster opptatt av alle småbarnsfamilier, men relatert til den enkelte familie eller det enkelte barnet, og ikke av foreldregruppen eller hvordan lokalmiljøet skaper betingelser for helse. I skolehelsetjenesten synes helsesøster å være opptatt av å gi et tilbud til elever med problemer. Hvordan enkeltindividene forholder seg til hverandre eller hvordan skolemiljøet skaper betingelser for helse, blir i mindre grad tematisert i intervjuene.

Når miljøets betydning blir tatt opp, er dette av helsesøstre med nyere utdanning. Enkelte av disse sier de har deltatt i ulike fora hvor en ser på miljøets betingelser for helse. En av helsesøstrene beskriver at hun ikke så viktigheten av dette i starten, mens den andre sier dette var noe hun tok initiativ til. Helsesøstrenes miljøperspektiv synes å være utydelig. De fleste tiltakene helsesøstrene iverksetter er knyttet til enkeltindividet. En helsesøster beskriver at et lite nettverk og depresjon blant mødrene medfører endring av den individuelle samtalsinnhold. En annen beskriver individuelle oppfølgingssamtaler som tiltak ved øket dødelighet blant ungdom. I disse sammenhenger, kan en spørre seg om ikke miljøtiltak for å involvere og engasjere større deler av befolkningen ville vært relevante tiltak i lys av den helsefremmende ideologien.

Imidlertid er det noen eksempler hvor helsesøster iverksetter tiltak som involverer flere. Det kan være barseltreff, når helsesøster opplever ensomhet blant mødrene, og tiltak som å stimulere til norskskurs, hvis det er mange foreldre som ikke behersker det norske språket. Dette er eksempler på at lokale forhold kan ha betydning for utformingen av tilbudene fra helsesøster. Men stort sett synes praksis blant helsesøstrene i liten grad å variere med lokale forhold. Hvilket Jakupsstovu og Aarseth (1996) påpekte, at helsestasjonsvirksomheten drives i et "lukket" system, "frikoblet" fra kommunen, og der en først og fremst arbeider for å ivareta nasjonale målsettinger. Likhet i utforming av tilbudet overfor den enkelte på helsestasjonen, og relatert til Veileder (1998) synes å være avgjørende i utforming av tjenesten. Helsesøster ser individet, men ikke samfunnet individet er en del av. Helsesøster trekker i svært liten grad inn miljøet, hvordan dette kan være med å utvikle og støtte enkeltindividene som blir beskrevet i den helsefremmende tenkningen (Hagland, 1996; Mæland, 1999). At helsesøstrene er opptatt av enkeltindividene viste også Sorurtzi, Norland og Andrews (1996) i sin undersøkelse fra helsesøstrene i England.

7.1.7 Samarbeid på tvers av sektorer - om eller med brukerne

En av strategiene i helsefremmende arbeid er gjennom samarbeid å knytte sammen gode krefter for å fremme helsen (Mæland, 1999). Samarbeid med enkeltindividet har jeg omtalt tidligere. Dette avsnittet vil spesielt omhandle samarbeid på tvers av sektorer. Mæland skriver at det helsefremmende arbeidet krever andre tilnæringsmåter enn det sykdomsforebyggende, at det er en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming til helse som bryter med medisinsens dominans.

De fleste helsesøstrene deltar i ulike samarbeidsfora. Deltakerne i samarbeidet er tradisjonelle aktører innen helse- og sosial tjenesten og den pedagogiske tjenesten. Ulike faggrupper har ulike perspektiv i forhold til saken det samarbeides om. Dette kan være med å gi et større bilde av situasjonen, sier en helsesøster. Tanken er at tilbudet vil være bedre og mer helhetlig om flere faggrupper samarbeider. Samarbeidet helsesøstrene viser til angår i de aller fleste tilfeller enkeltsaker, hvor eleven eller familien/ barnet har problemer og hvor samarbeidet har som mål å avhjelpe problemet. Å hjelpe ved problemer kan også være med å fremme helsen. Men en forutsetning, hvis dette skal relateres til en helsefremmende strategi, er at dette involverer brukeren, at dennes kontroll over eget liv aksepteres og får en opplevelse av mestring i situasjonen (Stang, 1998). Imidlertid er helsesøstrene opptatt av fagpersonenes rolle i samarbeidet, og ikke brukernes rolle. Ut i fra hensikten med samarbeidet og faggruppens rolle synes samarbeidet å ha et sykdomsforebyggende perspektiv. Å myndiggjøre brukerne i dette samarbeidet eller å søke løsninger som kan involvere flere grupper synes ikke å være sentralt (Raeburn og Rootman, 1998).

Noen av helsesøstrene omtaler tverrfaglig samarbeid i skolen for å rydde opp ved problemer. Her er det også problemer i miljøet som er fokus, og ikke samarbeid med utgangspunkt i å fremme betingelser for et godt og trivelig miljø. I samarbeidet nevner helsesøster rektor, miljøarbeider og lærere som aktuelle samarbeidsparter. Disse er de mest sentrale partene på skolen i likhet med eleven. Samtidig kunne det tenkes at samarbeid med langt flere aktører, som de tekniske - og kulturelle sektorene, kunne vært relevant for å skape et godt miljø i skolen. Disse kunne ha en helt annen og berikende tilnærming til helse enn det den medisinske tradisjonen har (Mæland, 1999).

En helsesøster deltar i et tverrfaglig forum som har til hensikt å lage et godt nærmiljø. Dette kan knyttes til den helsefremmede ideologien i forhold til å skape støttende miljøer for helse (Haglund, 1996; Mæland, 1999). Partene synes imidlertid å være blant de tradisjonelle gruppene, barnevern, barnehage og pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste. Av disse gruppene møter barnehagepersonalet og helsesøster de fleste barn, mens pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste og barnevern oftest treffer barn med problemer. Alle parter vil være opptatt av barns psykiske utvikling, mens noen av partene kan være opptatt av barnets fysiske utfoldelse og utvikling. Helsesøster beskriver at partene ved oppstart av dette forumet hadde hatt en del frustrasjoner. Det syntes som om de måtte finne ut av hensikten, da denne ikke var opplagt. Det kan gjenspeile at aktørene ikke er vant til å tenke i et helsefremmende perspektiv og på oppvekstmiljø for større grupper. For ikke å ”gå i fellen”, å tenke problembarn, men heller tenke mer helhetlig omkring barnets oppvekst, ”the whole life” (Raeburn & Rootman, 1998), hadde det vært en ressurs om andre aktører som hadde en annen vinkling, hadde deltatt i dette forumet. Ut i fra den helsefremmende tenkningen ville det også være aktuelt å trekke med foreldre, å involvere de det gjelder, se disse som likeverdige og viktige samarbeidsparter (Starrin, 1997). Å trekke brukerne med i samarbeidet beskrives av flere som å være truende for de profesjonelle og kan være med å skape konflikter (Lupton, 1997; Raeburn & Rootman). Denne opplevelsen synes det ikke som helsesøstrene har møtt. Helsesøstrene omtaler ikke brukerne som aktører i samarbeidet.

Når det tradisjonelle samarbeidet er med faggrupper innen samme sektor, kan ens eget perspektiv vedlikeholdes og en unngår å bli utfordret på andre måter å arbeide på. Det tverrfaglige samarbeidet er preget av tradisjonelt samarbeid mellom fagpersonell som gjør beslutninger på brukernes premisser. I helsesøstrenes beskrivelser av helsefremmende arbeid, omtales ikke det tverrfaglige samarbeidet å inneha en spesiell rolle. I det følgende vil jeg gå over til å drøfte helsesøstrenes beskrivelser av det helsefremmende arbeidet.

7.2 Helsefremmende arbeid som ”det lille ekstra”

Når helsesøstrene beskriver hva helsefremmende arbeid er, er de veldig generelle. Deres tanker om helsefremmende arbeid knytter de til eget arbeid. Det er ingen store forskjeller i hva de mener helsefremmende arbeid er. Uttalelsene ” helsefremmende er det lille ekstra som gjør det enda bedre” eller ” det er det vi gjør hele tiden, at ungene ikke bare holder seg friske, men virkelig har det bra” er representative.

Enkelte av helsesøstrene syntes det var vanskelig å beskrive hva helsefremmende arbeid er. Likevel har de en oppfatning av hva de legger i begrepet selv om de ikke er så sikre. Helsesøstrene med nyere utdanning føler seg mer komfortable med begrepet og kom med utsagn som ”det er et begrep vi alle kjenner.” Hvilket står i kontrast til en eldre helsesøster som følte seg som en ”fossil” fordi begrepet blir brukt som en selvfølge. Andre av helsesøstrene med eldre utdanning kunne si at ”det er det vi gjør hele tiden, men jeg vet ikke hva vi legger i det”, eller ”jeg tenker ikke teoretisk, jeg tenker praktisk.” Utsagnet om at det er det vi gjør hele tiden, er en bekreftelse på at arbeidet ses under ett. Helsefremmende og sykdomsforebyggende ses som et samlet arbeid, som de ikke har behov for å skille i praktisk yrkesutøvelse. Helsesøstrene beskriver at de gjør helsefremmende arbeid, men de har vanskeligheter med å beskrive forskjellen mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. I undersøkelsen av Hatling (1991), skriver han at helsesøstrene er de eneste som inkluderer helsefremmende arbeid i forebyggende helsearbeid. Dette kommer også frem i min undersøkelse, men spørsmålet er hvilken definisjon av helsefremmende arbeid det er helsesøstrene har ?

For helsesøstrene synes den helsefremmende og sykdomsforebyggende strategien å gå over i hverandre. Helsefremmende er det lille ekstra som gjør det enda bedre. Underforstått at dette er helsefremmende, det som kommer når en har gjort sykdomsforebyggende arbeid. Altså en forlengelse som skjer for å bedre helsen, når en har oppnådd fravær av sykdom. Ingen av helsesøstrene henviser til teori som grunnlag for sin forståelse. Deres oppfattelse minner mye om norske helsepolitiske dokumenter som beskriver helsefremmende arbeid som å ha med bedret livskvalitet og trivsel å gjøre. Derigjennom blir helsefremmende arbeid redusert og avgrenset til noe som har sammenheng med de positive ting i livet. Helsesøstrenes oppfattelse er i samsvar med disse dokumentene (Sosialdepartementet, 1993 & 1991).

Utsagnet at ”forebyggende er å tenke at en ikke skal bli syk, mens helsefremmende arbeid er å tenke at en skal bli enda friskere,” viser kanskje en annen forståelse, å redusere risikofaktorer kontra det å styrke resurser. Denne måten å se på helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid, som to ulike strategier er tilstede hos helsesøstrene. Men samtidig viser tidligere utsagn, at helsesøstrene ser den ene strategien som en forlengelse av den andre strategien når helsesøstrene beskriver eget arbeid, og helsefremmende arbeid. Helsesøstrene har en uklar oppfatning av konsekvensen av det helsefremmende arbeidet. Dette ses også i

Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) som sier at det er vanskelig å trekke noen klare grenser mellom tilnæringsmåtene i disse to strategiene. Det helsesøstrene er klare på i forhold til metoder for det helsefremmende arbeidet er at det omhandler å støtte foreldrene på det de får til. Det samsvarer med å styrke positive faktorer som Raeburn og Rootman (1998) beskriver. Imidlertid er det lite i helsesøstrenes uttalelser som kan relateres til Mæland (1999) som skriver at det helsefremmende arbeidet skiller seg radikalt fra det sykdomsforebyggende arbeidet.

Helsesøstrene er opptatt av det enkelte individet, at individet skal bli enda friskere, at barnet har det bra. I følge Mæland (1999) er det viktig med samarbeid med enkeltindivider, men ikke bare det. Raeburn og Rootman (1998) skriver at det helsefremmende arbeidet involverer mennesker mer enn individer. Menneske i et kollektivt fellesskap. Både Stang (1998) og Laponte (1993: refr. Raeburn & Rootman, 1998) advarer mot en ensidig fokus på individet. Om individet skal oppnå økt innflytelse over sitt liv må fagpersonens oppmerksomhet også rettes mot systemnivå slik at en ikke forsterker en strukturell avmaktfølelse. Et perspektiv i forhold til befolkningen som Ottawacharteret (Mæland, 1999) og Nutbeam (1998) omtaler, at fellesskapet skal oppnå kontroll over sine helsebetingelser, de strukturelle vilkår, omtales ikke av helsesøstrene.

I relasjon til omtale av nettverksarbeid, beskriver en helsesøster at dette er helsefremmende. Det øker folks evne til å ta vare på seg selv. Dette er en sentral tanke i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 1999). Denne helsesøsteren bruker også uttrykket folk, og det kan synes som om hun går utover det enkelte individ, og tenker mer på gruppen. Helsesøster nevner dette i forbindelse med treff for å lære innvandrere å snakke norsk, som hun beskriver som helsefremmende og som hun kan være med å motivere til. Ved dette viser hun at helsesøsters arbeide også omfatter samarbeid og igangsetting av tiltak. Dette er i samsvar med den helsefremmende strategi, å skape samarbeidskoalisjoner og å påvirke for å skape støttende miljøer for helse og utvikling (Mæland, 1999). Helsesøster har her et perspektiv som Andrews (1995) etterlyser i helsesøstrenes deltakelse i Samlet plan-prosjektene.

En annen helsesøster er inne på viktigheten av at brukerne har noe å gi hverandre. Hun relaterer dette til foreldregrupper på helsestasjonen og sier disse er helsefremmende. De er helsefremmende fordi folk kan ha nytte av å treffe hverandre. Dette samsvarer også med tanker i det helsefremmende arbeidet, at menneskene er deltakere i hverandres liv. De

erfaringene foreldrene får gjennom bekreftelse og mestring i fellesskapet, vil være med å forme deres selvfølelse som Raeburn og Rootman (1998) beskriver. Gruppene kan også medvirke til å skape støttende miljøer for foreldrene (Haglund, 1996).

Å lytte til foreldrene beskrives også av helsesøstrene som en metode i det helsefremmende arbeidet. Mæland (1999) beskriver den profesjonelles evne til å lytte og lære gjennom kontakt med befolkningen. Dette er en forutsetning for å forstå den livssituasjon den enkelte er i, dens opplevelser og erfaringer. Dette er en verdsetting av den andre, og kan være utgangspunkt for et samarbeid hvor den profesjonelle og brukerne er likeverdige subjekter, som Starrin (1997) beskriver. Imidlertid synes helsesøsters lytting, å være relatert til den enkelte bruker.

Beskrivelse av befolkningens behov, eller å komme i dialog med større brukergrupper for å få deres perspektiv i forhold til helsebetingelser, nevnes ikke av helsesøstrene.

Guiding omtales som en metode i helsefremmende arbeid. Guiding kan ha med formidling av helseinformasjon, som en helsesøster beskriver, å formidle viktigheten av å ha regelmessige måltider og et regelmessig liv. Imidlertid kan det kan være nyanseforskjeller mellom å guide og å gi helseinformasjon. Guiding kan være mer knyttet til å lytte, å forstå foreldrenes ståsted og å veilede, gi informasjon og råd ut i fra deres ståsted. Formidling av helseinformasjon trenger nødvendigvis ikke ta utgangspunkt i den enkelte brukeren. Helseopplysning er også et sentralt virkemiddel innen sykdomsforebyggende arbeid. Da er utgangspunktet at den profesjonelle vet og bestemmer informasjonen brukeren trenger for å få til atferdsendring (Starrin, 1997). I det helsefremmende arbeidet skjer helseopplysning i dialog med brukerne. Nutbeam (1998) skriver at tilgang på informasjon og undervisning er en nødvendig forutsetning for at befolkningen skal oppnå kontroll over sine betingelser for helse. Helseopplysning vil derfor være en viktig del av det helsefremmende arbeidet. Samtidig er helsefremmende arbeid mer enn helseinformasjon (Green & Kreuter, 1991).

Frivillighetssentralen og kultursektoren, sammen med personell i barnehager og skoler omtales av helsesøstrene som aktører i det helsefremmende arbeidet. En av helsesøstrene sier at foreldrene er viktige parter i det helsefremmende arbeidet. Dette er aktører som går utover helsetjenestens domene. Imidlertid beskriver de fleste helsesøstrene først og fremst helsepersonell og faggrupper de er vant til å samarbeide med som viktige aktører i det helsefremmende arbeidet. Og ikke som Mæland (1999), som beskriver at helsefremmende arbeid har en tverrfaglig og sektor overgripende tilnærming. En tilnærming som bryter

radikalt med medisinenes dominans og tradisjon. En slik tilnærming vil innebære samarbeid med personell utover helsesektoren, også med andre enn de profesjonelle. Personell ved barnehager og skoler er viktige aktører i det helsefremmende arbeidet, i likhet med foreldrene. En helsesøster sier at det ikke er sikkert disse gruppene er det bevisst at de gjør helsefremmende arbeid selv. Et annet spørsmål er om helsesøstrene er det bevisst, og involverer disse gruppene i helsefremmende arbeid.

Rafaels (1999) beskrivelser av hvilke konsekvenser det helsefremmende arbeid har hatt for helsesøstrene i Canada ses ikke igjen i mitt datamateriale. De canadiske helsesøstrene deltok mer i prosjekter og møtevirksomhet. De var igangsettere og hadde mer fokus på enkelte områder og tema. Hvilke konsekvenser det helsefremmende arbeid har og skal ha for helsesøstrene i Norge, bør problematiseres. En felles og tydeligere oppfatning av hva helsefremmende arbeid er og hvilke konsekvenser det har, kan gi det helsefremmende arbeidet og helsesøsters rolle en tydeligere profil.

7.3 Å være profesjonell - en vanskelig balansegang

I følge Starrin (1997) vil den profesjonelles rolle i det helsefremmende arbeidet være endret, til en ikke-ekspertrolle hvor en er samarbeidspart med brukerne. Den profesjonelle og brukerne er begge "med-eksperter." Hensikten med samarbeidet er at den enkelte og fellesskapet skal få økt kontroll over forhold som påvirker helsen. Starrin (1997) og Stang (1998) skriver at dette handler om å styrke brukerens opplevelse av kontroll, to empower. Som tidligere omtalt betyr dette at den profesjonelle må oppgi sitt behov for kontroll, den profesjonelle må erkjenne brukerens medbestemmelse og autonomi, og akseptere at brukeren tar egne beslutninger. Beslutninger som nødvendigvis ikke samsvarer med den profesjonelles valg. Både brukeren og den profesjonelle innehar betydningsfulle kunnskaper for å vurdere en situasjon og handlingsalternativ. Om ikke brukerens kunnskaper er faglige, innehar denne erfaringer og kunnskaper knyttet til sitt liv som kan være vel så viktige i forhold til å ta vare på sin helse. Det er denne kompetanse Starrin (1997) refererer til når han omtaler brukeren som "med-ekspert." Den profesjonelle må se på seg selv som bidragsyter og støttespiller, som en ressursperson for brukeren for å styrke dennes kontroll over helsen og livet (Stang, 1998). Ottawacharteret (Mæland, 1999) omtaler tre strategier i det helsefremmende arbeidet, å påvirke (advocacy), å gjøre i stand til (enabling), og å samarbeide (mediating). Disse

strategiene er virkemidler for den profesjonelle i arbeidet med å gi brukerne økt kontroll over helsebetingelser. Rafaels (1999) studie viser at en endring mot helsefremmende arbeid innebar store konsekvenser for den profesjonelle. Arbeidet endret karakter fra fokus på individuelle konsultasjoner til befolkningen, og samarbeid med andre faggrupper om spesielle helsefremmende prosjekter. Klinisk arbeid ble ofte erstattet av komitéarbeid. Dette krevde andre ferdigheter av helsearbeiderne som kompetanse i å få oversikt, i å evaluere arbeid, i å administrere prosjekter og skrive rapporter.

Helsesøstrene i min undersøkelsen beskriver også endringer i sin rolle, men ikke av samme karakter som de Rafael (1999) beskriver. Helsesøstrene viser til at innhold og metoder i arbeidet har endret seg. I beskrivelse av praksis, viser alle helsesøstrene at samspill er blitt et hovedtema. Dette tema er mer utfordrende og ikke så lette å svare konkret på, det finnes ikke fasit løsninger på tema om samspill og oppdragelse. Dette utfordrer deres faglighet, de kan ikke så lett opptre som den som vet og kan svarene på alt. På denne måten, har innholdet sammenheng med endring av metode. Helsesøstrene beskriver at de ikke gir så mye råd lengre, de er mer opptatt av å støtte foreldrene på egne løsningsforslag, og hjelpe ved å komme med alternative forslag. Helsesøstrene aksepterer den andres kunnskaper, og opptre ikke som en ekspert som vet best, men mer som en samarbeidende og støttende fagperson (Stang, 1998; Starrin, 1997). En sier: ” De må eie løsningen selv, jeg kan hjelpe de å komme frem til løsningen.” I relasjon til å hjelpe brukeren å finne løsninger påpeker Stang (1998), at som ekspert kan en få brukeren til å handle på en måte som eksperten mener er bra, samtidig som en får brukeren til å tro at det var hans ide. Dette kan være representert i helsesøstrenes utsagn ”mitt råd må på en måte bli deres råd” eller ”å få foreldrene over på min tankebane for å endre kurs.” Disse uttalelsene viser at helsesøstrene har en mening om hva som er en bra løsning eller kurs i forhold til foreldrenes valg. Dette forsøker de å formidle slik at brukerne kan gjøre seg nytte av rådene, at de kan ” bli deres råd.” Det er en vanskelig balansegang for den profesjonelle å veilede brukerne slik at de er i stand til å gjøre valg som fremmer helsen og samtidig sikre seg at det er brukernes valg. Hvem som hadde ideen til løsningen bør ikke være det vesentlige. I helsefremmende arbeid vil det være vesentlig at foreldrene opplever en prosess der deres meninger og valg er viktige, og at de gjennom dialog med helsesøster får økt kompetanse. Å sette brukerne bedre i stand til å gjøre valg, uten å opptre som ”besser wisser” er det helsesøstrene sier noe om. I denne prosessen er det viktig for den profesjonelle å være reflektert i forhold til Stangs poeng, og hele tiden anerkjenne brukerens kompetanse.

En annen helsesøster tar opp dette med å gi konkrete råd, eller å sende spørsmålet tilbake til mor. Hun beskriver det som en fin balansegang som må vurderes med skjønn. Hun tar opp mors forventninger om å få et svar, spørsmålets art kontra det at helsesøster har en fast "rutine," og sender alle spørsmål tilbake til mor. I dette viser helsesøster noe av de faglige refleksjonene hun må gjøre. At det å være en "ekspert helsesøster" er å vurdere situasjonen og hvilke metoder den fordrer av henne for å gjøre foreldrene tryggere i sin rolle. Flere av utsagnene helsesøstrene kommer med, viser at de vurderer situasjonen og hvordan de best skal veilede i forhold til foreldrenes spørsmål. Dette er ikke så unyansert som Andrews (1999) funn, som viser at helsesøstrene vegret seg for å gi svar på foreldrenes spørsmål ut i fra at de har en oppfatning om at rett yrkesutøvelse er å innta en ikke- ekspert rolle.

Samtidig synes noe av Andrews (1999) funn også i mine data, en usikkerhet eller konflikt i forhold til om helsesøstrene skal fremstille seg selv som eksperter, "jeg vil både være og ikke være ekspert." Helsesøsteren vil være eksperter i form av å ha fagkunnskaper om ting, og oversikt i forhold til hvordan de kan hjelpe. En helsesøster sier at hun føler seg for mye som ekspert på skolen, "jeg er nok mer opptatt av å gi informasjon." Ekspertrollen knyttet til det å gi informasjon, viser hun til også i en annen sammenheng. At en er mye mer ekspert om en "kan få foreldrene til å finne ut av ting selv, så er det mye bedre ekspert enn om en sier ting til de." Det å være ekspert knytter hun her til å fortelle andre hvordan de skal leve. Dette er en ekspertrolle som kan forstås ut i fra Starrins (1997) modell, eksperten som autoritær og "besser wissner," med en normativ fremstilling om at jeg forteller deg hvordan du skal leve ditt liv. En slik ekspert rolle ønsker helsesøster ikke å ha, hun ønsker mer å være ekspert i forhold til å hjelpe den enkelte å finne løsninger som passer for dem. Slik knytter hun sin ekspert forståelse til metoder i arbeidet, å støtte og veilede heller enn å informere. Denne forståelsen kan samsvare med den helsefremmende ideologien om å gjøre brukerne i stand til, "to enable," uten at helsesøstrene henviser til empowerment. Imidlertid kan det synes som om helsesøsters rolle beveger seg mellom både det å være ekspert og samtalepartner, "med – ekspert." Det kan være vanskelig å endre rollen fra å være ekspert, hvilke var den profesjonelles rolle innen en sykdomsforebyggende modell, til ikke å være ekspert. Dette kan ha sammenheng med egne forestillinger om hvordan en skal opptre, men også være knyttet til brukernes forventninger til hvordan en skal opptre som helsesøster. Andrews (1999) hevder i sin artikkel at brukerne har en forventning til helsesøster at hun skal opptre som ekspert.

Helsesøstrene har også forventninger fra staten og barnevernstjenesten om å kontrollere barns utvikling og å henvise eller gi melding ved alvorlig omsorgssvikt. Helsesøstrene i intervjuene omtaler ikke sin kontrollfunksjon, men beskriver det som et dilemma at de ikke alltid kan rose og støtte foreldrene på det de gjør for da kan barnet lide overlast, ”du kan ikke alltid gi mor rett, selv om du kunne ha lyst til det.” Helsesøsteren beskriver sin faglighet i forhold til sin evne til å oppdage feilutvikling, ”finne det som skal finnes.” Dette kan ses i sammenheng med Veilederens (Statens helsetilsyn,1998) beskrivelser av undersøkelser helsesøster skal gjøre. Her beskrives helsesøsters kontroll funksjon, som fagperson skal hun avdekke eventuelle problem og intervenere så tidlig som mulig for å forhindre sykdom. Dette beskriver Starrin (1997) som kjennetegn i den sykdomsforebyggende modellen. Slik staten gjennom sitt veiledningsmaterieell beskriver tjenesten, kan ikke helsesøster om hun skal tilfredstille faglige krav la være å opptre som ekspert. Imidlertid, når barna utvikler seg normalt, kan denne funksjonen dempes ned og ikke være så tydelig som i de tilfeller hvor det er skjev utvikling. En av helsesøstrene problematiserer sin autoritet i forhold til skolebarn. Hun setter dette i sammenheng med den fagpersonen hun er og at hun er en voksen i forhold til elevene. Hun ser at hun ved sin autoritet kan gå over elevens grenser i forhold til innhenting av informasjon. Hennes bevissthet i forhold til sin stilling, gjør at hun velger å møte elevene sammen med deres foreldre. Ved dette viser hun at hun ikke vil sette eleven i en umyndig posisjon, som er det motsatte av empowerment (Starrin,1997; Stang,1998). Helsesøster ønsker at eleven og dens familie skal ha kontroll over den informasjonen som gis. Denne erkjennelse av rollen både som fagperson og bruker, kan være det første trinnet i en endringsprosess, og en myndiggjøringsprosess. Raeburn og Rootman (1998) beskriver denne myndiggjøringen hos brukeren, som en følelse av å kunne påvirke hendelser. Stang (1998) beskriver at for den profesjonelle handler dette om å gi fra seg sitt behov for kontroll og å utvikle et samarbeid med brukerne. Dette synes jeg helsesøster illustrerer her.

For de fleste helsesøstrenes vedkommende, synes det ikke som de ser seg selv som å inneha autoritet. Samarbeid med foreldrene er sentralt. Angående veiledningen av foreldrene, tar noen av helsesøstrene opp at de er avhengige av foreldrenes frivillighet. Foreldrene må selv være med på, og ønske endringer. Helsesøstrene kan ikke gjennomføre tiltakene, det er det foreldrene selv som må gjøre hjemme. Foreldrene har ansvaret for sine barn, og som helsesøster kan en være en støtte for foreldrene (Statens helsetilsyn, 1998). Forutsetninger for å få dette til er vilje til samarbeid og kompetanse til endring hos foreldrene. I mitt datamateriale gjør helsesøstrene i svært liten grad sin egen makt til tema. Helsesøstrene har

gjennom sine fagkunnskaper og sin posisjon ”ekspertmakt.” Om de ikke er dette bevisst kan det være vanskelig å vite hvordan de skal ”dele sin makt” med brukerne. Det kan medføre forvirring i forhold til ekspertrolle. Er det mulig å være ekspert og ikke ekspert samtidig ?

I helsesøstrenes beskrivelser av sin rolle kommer det frem at det har vært en endring i hvordan de møter og forholder seg spesielt til foreldrene på helsestasjonen. En endring knyttet til arbeid med større befolkningsgrupper og tverrfaglig samarbeid om helsefremmende prosjekter slik Rafael (1999) beskriver i sin artikkel, omtales ikke av helsesøstrene. Beskrivelsen bærer heller ikke preg av at oppmerksomhet og intervensjon må rettes ”også mot system nivå dersom hensikten er å være individets støttespiller i en bemyndigelsesprosess” (Stang,1998). Laponte (1993, refr; Raeburn & Rootman, 1998) hevder at fagpersonen kan forsterke maktesløshet hos den enkelte om en ikke har oppmerksomheten også rettet mot strukturelle forhold i samfunnet. En slik endring av helsesøstrenes rolle synes ikke i mitt materiale. Dette kan forklares ut i fra flere forhold som rammefaktorer, men også ut i fra helsesøstrenes egen forståelse av strategier i helsefremmende arbeid, som igjen har med kunnskapstilførsel å gjøre.

7.4 Erfaringens betydning for forståelse av det helsefremmende arbeidet

Molander (1996) skriver at teoretisk kunnskap er viktig for å forstå og forklare, mens handlingen er viktig for utvikling av begreper og teoretisk kunnskap. Han ser praksis og refleksjon over handlingen som basis for kunnskapsutviklingen. Martinsen (1990) skriver at kunnskap fra forskningen og egne praksiserfaringer er verdifulle bidrag til refleksjon og utvikling av kunnskap for praksis.

Det er ikke henvisninger til teoretisk kunnskap som preger helsesøstrenes beskrivelse av hva de lærer av. Fra intervjuene synes det som om helsesøstrene i stor grad legger vekt på at de lærer gjennom praktiske erfaringer. Helsesøstrene ”føler” seg frem i situasjonene. Hvordan de handler synes å bestemmes av deres inntrykk og følelser i situasjonene, og overveielser knyttet til formålet med handlingen. Kunnskapen som helsesøster tilegner seg i de praktiske situasjonene er førstehåndsviten som ikke formuleres i utsagn, men vurderes i forhold til vellykket utøvelse av handlingen (Johannessen,1999). Molander (1997) skriver at en praktisk handling eller erfaring ikke automatisk fører til en god praksis eller kunnskapsutvikling. Skal

en kunnskapsutvikling skje, er en avhengig av refleksjon omkring handlingen. I en slik refleksjon kan teoretisk kunnskap være nyttig (Martinsen, 1990).

Å lære hvordan en handler i praksis, omhandler i følge Martinsen (1997) også å lære av kropp og følelser. Dette er det en av helsesøstrene som sier noe om hvor hun viser tilbake til egne erfaringer som forelder, at dette har medført endring i hennes tilnærming til elevene. Å kjenne på egen kropp har også vært gjenstand for læring i forhold til at to av helsesøstrene har deltatt på veiledning hvor rollespill ble brukt. De beskriver rollespill som en måte å lære på.

Rollespill som veiledning gir mulighet til både å kjenne på egen kropp, men også å knytte teoretiske kunnskaper til refleksjonen omkring situasjonen. Refleksjon omkring praktiske situasjoner vil også være med på å løfte frem erfaringskunnskap og gjøre denne kunnskapen til gjenstand for diskusjon, sette ord på det som har vært taust. Dette kan være et steg i å utvikle teori for praksis som Martinsen (1990) etterlyste.

Enkelte av helsesøstrene viser til at de lærer av teoretisk kunnskap, uten at min studie har gått inn på hvilke typer teoretisk kunnskap dette er. Forutsetningene helsesøstrene har for at den teoretiske kunnskapen skal gi læring, er at denne knyttes til praksis eller bekreftes av praksis. Dette kan tolkes som at de må se at teorien kan anvendes og er formåltjenelig i praksis, om ikke blir den avvist. Praksis er det som bekrefter eller avkrefter den teoretiske kunnskapen for dem. En av helsesøstrene tar opp at hun søker etter teori for å lære mer. Samtidig sier hun at når hun tok utdannelsen så hun ikke viktigheten av all teorien. Det kan være uttrykk for at den teoretiske kunnskapen var fjernt fra hennes tidligere erfaringer. Molander (1997) skriver at det er gjennom den praktiske handlingen at utvikling av teoretisk kunnskap skjer. At den teoretiske kunnskapen trengs å "fylles med erfaringer for å bli levende". Sykepleierne i Hjaltes (2000) studie knytter sine erfaringer med forskningsarbeider til egen utdanning. Sykepleierne hun intervjuet så på forskningsarbeider som uinteressante, og beskrev at læring som yrkesutøvere skjer i praksis. Tilknytning til teoretisk kunnskap eller forskning regnes ikke av disse sykepleierne å ha betydning. I min studie har jeg ikke spurt spesielt etter hvordan helsesøstrene gjør nytte av forskningsarbeider. Når helsesøstrene omtaler sin læring bruker de begrep som litteratur, å lese eller kunnskap utenfra, om teorien. Helsesøstrenes uttalelser viser at teori kan ha en betydning for læring, men at erfaringer fra praksis er det viktigste grunnlaget for læring. Dette samsvarer med Hjaltes undersøkelse.

Imidlertid refererer alle helsesøstre til Foreldreveiledningsprogrammet og Veilederen når de beskriver sin yrkesutøvelse. Enkelte forteller at de har gått på kurs for å lære om Foreldreveiledningsprogrammet og foreldreveiledningsteknikker. Det er likevel bare en av helsesøstre som omtaler Foreldreveiledningsprogrammet når hun forteller hva som har betydning for hennes læring. At de andre ikke relaterer dette til sin læring, kan ha sammenheng med at dette nå er innarbeidet i deres kultur og praksis. Det er en kunnskap som Johannessen (1999) benevner som implisitt, og som til daglig forblir uartikulert og som krever fantasi og teori for å uttrykkes.

Deres opplevelse av egen læring er at dette primært skjer i de praktiske situasjonene. Å lære i disse situasjonene kan skje ved egen refleksjon, men også ved veiledning fra andre kollegaer. Johannessen (1999) beskriver at den tause form for kunnskap som finnes i yrkeskunnskap, er avhengig av en formidling som skjer ved hjelp av eksempler og kyndig veiledning ved å bli vist det "rette grepet." Helsesøster er ofte alene som fagperson i forhold til eleven /foreldrene. Når helsesøster møter en "ny" situasjon, kan hun ikke umiddelbart få en mer erfaren helsesøster til å vise "det rette grep." Som helsesøster kan en ha vanskelig for å forutse de ulike situasjonene en vil møte. En møter ulike personer hele tiden, og må tilpasse og vurdere situasjonen fra gang til gang. Den mest naturlige måte å "bli vist" for helsesøstre, er å ta opp situasjonen til diskusjon med kolleger. Dette er det noen av helsesøstre som beskriver som nyttig og en måte som de lærer på. På denne måte skjer en muntlig kunnskapsoverføring. Det at helsesøstre tar opp situasjoner de opplever som nye eller vanskelige, viser at de reflekterer over sin handling i forhold hva de tenker er "lurt" eller opplever som "skikkelig". Imidlertid synes det ikke å være en etablert kultur blant helsesøstre å få veiledning. Det er fortrinnsvis helsesøstre med nyere utdanning som beskriver denne form for veiledning som en måte å lære på.

Nyutdannede helsesøstre kan være opptatt av situasjonen på en annen måte enn helsesøstre med lengre erfaring. En helsesøster beskriver at som ny var hun mer opptatt av de enkelte delene og å følge det hun hadde lært, mens hun nå ikke henger seg opp i detaljer men ser mer hele situasjonen. Som ny var hun opptatt av å plassere det hun har lært i forhold til situasjonen. Denne praksis kan forstås både ut i fra Martinsens (1989) kritikk av sykepleierens vektlegging av deler kontra helhet, og ut i fra Molanders (1997) kritikk av tilpasning av teori til praksis. Men helsesøsteren beskriver en utvikling hvor hun fjerner seg fra delene og lært teori, hvor hun mer vurderer situasjonen. Denne beskrivelsen kan også ses i lys av nivåene i

utviklingen fra nybegynner til en mer erfaren yrkesutøver (Benner, 1984; refr. Konsmo, 1995). Den erfarne yrkesutøveren kan i større grad avstå fra rutiner og regler og heller se hva situasjonen krever. Johannessen (1999) beskriver dette som taus kunnskap og ”blikk” for sammenhenger. Å se helheten i situasjonen kan også være uttrykk for at hun har utviklet dømmekraft i situasjonen (Martinsen, 1997).

Denne helsesøsteren beskriver at hun lærer av situasjoner som er nye for henne. Hva som gjør at hun lærer i nye situasjoner kommer ikke tydelig frem. Men dette er en kontekstuell læring forankret i en levende tradisjon, hvor læringen skjer som en prosess i møte med det nye (Havnes, 1996). Et interessant spørsmål er om hun opplever læring fordi situasjonene stimulerer henne til refleksjon over hvordan hun skal handle for å få et best mulig resultat, og i så fall hvilke elementer av kunnskaper trekker hun med seg i denne refleksjonen. Moland (1997) hevder at for å utføre en god praksis er erfaring viktig, men ikke tilstrekkelig. Refleksjon og teoretisk kunnskap har også betydning. De senest utdannede helsesøstrene beskrev at de lærte av de mer erfarne helsesøstrene. Det synes som det er erfaringene og opplevelsene som er etterspurt. Rønningen (1990) påpeker at erfaringslæring er tilbakeskuende, og mener at en har behov for teorier for å støtte sin praksis og sine meninger på. Dataene mine gir ingen beskrivelse av at de nyutdannede helsesøstrene er med å berike praksisfeltet med teori. Dersom det ensidig er den praktiske erfaringen som blir gjort til tema helsesøstrene i mellom, kan dette fortrenge den forskningsbaserte kunnskapen. I Hjaltes (2000) undersøkelse var sykepleierne ukjente med nye forskningsarbeider og disse fikk derfor ikke konsekvens for praksis. En lignende situasjon kan helsesøstrene være i om en utelukkende vektlegger praktisk erfaring og ikke holder seg oppdatert i forhold til nyere teoretisk kunnskap.

Hvordan andre yrkesgrupper påvirker helsesøstrenes kunnskaps utvikling synes å variere. Mine antakelser før studien var at legen, som helsesøster har fast strukturert samarbeid med både på helsestasjonen og i skolehelse tjenesten, ville påvirke helsesøstrenes kunnskaper i en naturvitenskapelig retning. Dette var basert i Martinsens (1989) beskrivelse vedrørende kunnskapsformer i sykepleierutdanningen og Rommetveits (1996) beskrivelse av hvordan mening dannes. To av helsesøstrene omtaler samarbeidet med legen som konstruktivt og at de lærer av dette. I ett av disse tilfellene er dette knyttet til hvordan en støtter foreldrene i å løse situasjoner, ”ordne opp selv”. Dette er ikke knyttet til medisinske kunnskaper, men mer til mellommenneskelige forhold, og arbeidsmetoder. En annen helsesøster mener at legen bare er

opptatt av de fysiske tingene, og anser derfor ikke hans kunnskaper som så viktige for henne. Min antakelse om at legen som samarbeidspart ville være med å påvirke hvilke kunnskaper helsesøster vektla i en naturvitenskapelig retning, blir ikke bekreftet. Legens kunnskaper etterspørres og gir læring, i de sammenhenger hvor helsesøster opplever at legen har kunnskaper hun trenger. Ut i fra Rommetveits (1996) syn på meningsdannelse kan en hevde at også andre yrkesgrupper helsesøster samarbeider med vil være med på å påvirke helsesøsters syn på viktig kunnskap for læring. Dette kommer ikke frem i mine data i forhold til hva helsesøstrene lærer av. Det synes mer å være kollegafellesskapet helsesøstrene imellom som påvirker den enkeltes kunnskap. Det synes som å være en kultur for erfaringslæring, hvor den praktiske kunnskapen vektlegges og der dialogen helsesøstrene imellom gjelder de enkelte situasjonene og hvordan en handler i disse. Helsesøstrenes læringskultur synes i mindre grad å være opptatt av teori og forskning. Med dette vedlikeholdes skillet mellom de praktiske kunnskapsformer og teoretiske kunnskapsformer, i stedet for at de beriker hverandre.

I en del av den tidligere presenterte forskningen, ble behovet for organisert opplæring understreket om en skulle få en endret praksis i helsefremmende retning. Sourtzi, Norland og Andrews (1996) påpekte i sin undersøkelse at det var behov for kontinuerlig undervisning om helsefremmende arbeid til helsesøstrene. T. Andrews (1995) påpekte at for å få en omlegging av arbeidet i retning av helsefremmende arbeid trengs mer enn statlig finansieringsstøtte. Hatling (1991) hevdet at for å endre fokus i helsefremmende retning kreves høy bevissthet hos helsearbeiderne og opplæringsprogram fra helsepolitiske myndigheter. Mitt datamateriale viser at helsesøstrenes beskrivelser av hva helsefremmende arbeid er er snever. Dersom helsesøstrene har en sentral rolle i det helsefremmende arbeid, er det behov for at dette avklares og presiseres. Hvordan de best mulig kan ivareta sitt arbeid ut i fra to ulike perspektiv og verdier, som det helsefremmende- og sykdomsforebyggende arbeidet innebærer.

Når nye ideologier og arbeidsmåter skal innføres er det behov for en styrt og organisert kunnskapstilførsel. For å kunne utføre helsefremmende arbeid på en god måte er helsesøstrene avhengig av erfaring og dialog med brukerne, men den praktiske erfaringen er ikke det første steget i denne prosessen. I denne fasen behøves en teoretisering, Molander (1997) kaller denne teoretiseringen det første stadiet i kunnskapsutviklingen.

7. 5 Oppsummering

Helsesøstrene har et syn på helse som omfatter den subjektive opplevelsen av helse, dette synet samsvarer med den helsefremmende ideologien. Helsesøstrenes beskrivelser av hva det helsefremmende arbeidet innebærer er snever, og i det vesentlige relatert til å styrke det som er positivt hos brukerne, at brukerne skal få et bedre liv. Av arbeidsmetoder beskriver helsesøstrene det å lytte og guide, nettverksarbeid og å legge til rette for at brukerne skal lære av hverandre. Helsesøstrene er mest opptatt av enkeltindividet, befolkningsperspektivet vektlegges i mindre grad. Helsesøstrenes beskrivelser av eget arbeid gir et mer sammensatt bilde av helsefremmende arbeid, enn helsesøstrenes generelle beskrivelser av helsefremmende arbeid.

Et ”både og perspektiv” som Veilederen (Statens helsetilsyn, 1998) beskriver, er usynlig for helsesøstrene, men kommer frem i deres fortellinger. Å være profesjonell synes å være en vanskelig balansegang. Helsesøstrene opplever seg som både eksperter og ikke – eksperter. I sin rolle beskriver de en endring spesielt i forhold til hvordan de forholder seg til foreldrene, ved samarbeid med foreldrene gjør de foreldrene i stand til å utnytte sine helsepotensialer (enabling). Arbeid som å påvirke beslutninger som har med leveforhold i samfunnet (advocacy) og å arbeide gjennom samarbeidskoalisjoner (mediating), tilnæringsmåter som også beskrives i det helsefremmende arbeidet, synes i mindre grad å være en del av helsesøsterrollen.

Helsesøstrenes oppfattelse av det helsefremmende arbeidet synes å ha sammenheng med implementering av Foreldreveiledningsprogrammet og at det er praksis som står sentralt for deres kunnskapsutvikling. Deres beskrivelser av eget arbeid relateres til rammer, som også omhandler sykdomsforebyggende arbeid. Helsesøstrenes rammer for arbeidet og utydelige signaler i faglige veiledere om det helsefremmende arbeidets innhold og konsekvenser, har betydning for hvilket meningsinnhold helsesøstrene gir det helsefremmende arbeidet.

7.0 AVSLUTNING

Arbeidet med denne hovedfagsoppgaven har vært interessant. Studien har gitt meg innblikk i hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøstrene som deltok i min studie. Mine antakelser om at helsesøstrene har en utydelig oppfatning av innholdet i det helsefremmende arbeidet er bekreftet. Samtidig er mitt perspektiv for hva det helsefremmende arbeid innebærer, og hvilke forhold som påvirket denne forståelsen, blitt utvidet. I arbeidet med oppgaven og den helsefremmende ideologien, er jeg i større grad blitt oppmerksom på ”den andres perspektiv” og de maktforhold som inngår i de relasjoner vi er en del av.

Metodisk har arbeidet med oppgaven vært utfordrende. Jeg har problematisert skjæringspunktet mellom fenomenologi og hermeneutikk, og hvilke konsekvenser dette har for analysearbeidet. En periode forsøkte jeg å analysere mitt materiale ut i fra Giorgis trinn, men opplevde dette ikke som formålstjenlig ut i fra min intensjon med arbeidet. Jeg lot ikke de intervjuedes beskrivelser stå for seg selv, men tolket deres beskrivelser opp i mot en gitt ideologi. Det har også vært utfordrende å studere egen fagprofesjon, både i intervjusituasjonen, i presentasjonene av materialet og i forhold til å være kritisk til datamaterialet. Min egen teoretiske referanseramme og det at jeg forsket på egen profesjon, kan ha vært en begrensning i forhold til det å være åpen i forhold til den enkelte og intervjumaterialet. Jeg kan ha hatt sympati for den jeg intervjuet og kan ha tatt ting for gitt. Min evne til ”å gjøre det usynlige synlig” eller finne tilbake til den naive beskrivelsen før alle forklaringer, kan ha vært begrenset. Min subjektivitet og kontekst kan ha medvirket til at jeg hadde en forforståelse av hva de kom til å svare eller hadde tanker om at de ikke hadde svar på spørsmålet. Dette kan ha medvirket til at noen spørsmål ble unngått, uten at dette var meg bevisst. Av ovennevnte grunner hadde det vært en fordel med større avstand til feltet. Samtidig er det en styrke å ha kunnskap om den livsverden en forsker på. Når jeg kjenner en del av helsesøstrenes livsverden, hva arbeidet innebærer, har jeg en annen forståelsesramme enn en som ikke kjenner denne livsverden. Jeg innehar en ”taus kunnskap” og varhet for situasjonen som en utenforstående ikke har, jeg er en del av det kulturelle kollektivet. Dette er en ”fingerspissfornemmelse,” som kan hjelpe meg til å forstå hva helsesøstrene sier, de ordene de bruker og den kulturelle rammen de er en del av. Det kan være en hjelp til å belyse og se sammenhenger utenforstående ikke ville ha samme forutsetning til.

Helsesøstrene ga klare beskrivelser om mye av sitt arbeid og sin rolle. Når de skulle beskrive hva de la i helsefremmende arbeid var svarene kortere, og ikke så detaljerte. Under intervjuene gikk jeg veien om det kjente for å få frem det ”nye,” hva dette er til forskjell fra det bestående, om det har et annet innhold. Å ha avgrensede beskrivelser og færre tanker om helsefremmende arbeid, er også et uttrykk for meninger. Hvorvidt helsesøstrene i ettertid vil oppleve at jeg har fått frem deres meningsinnhold vil gjenstå å se i deres bedømmelse av denne hovedfagsoppgaven.

Studien har omhandlet hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøster, meningsinnhold i begrepet, hvordan meningsinnholdet dannes og egen rolle i det helsefremmende arbeidet. En av helsesøstrene omtalte hvordan eget liv og bakgrunn påvirket hennes yrkesutøvelse, hvordan dette var med å skape mening. Eget liv og bakgrunn var et tema jeg ikke spurte helsesøstrene om. Jeg spurte heller ikke spesielt om bruken av forskningsarbeider. Begge disse problemstillingene vil være interessante å belyse i videre studier. Helsesøstrene selv vektla at de lærte i de praktiske situasjonene. Hva og hvordan de lærer i praksis er også interessante problemstillinger. I relasjon til temaet helsefremmende arbeid, og helsesøstrenes egen vektlegging av at de i konsultasjonene tar utgangspunkt i foreldrenes kompetanse, ville det være interessant å belyse dette fra brukernes perspektiv.

REFERANSER

Aarø, L.E. (1994). Health promotion; moderne forebygging med radikal profil ?

Elvbakken, K.T., Fjær,S. & Jensen,T.Ø. (red.) Mellom påbud og påvirkning.(s 50– 60).

Norway: Ad Notam Gyldendal.

Alvesson,M.& Sköldberg,K. (1994).Tolkning och reflektion vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur.

Andrews,T. (1997). Helsebegrepet i 1990-Årenes forebyggingsideologi – kritisk drøfting av konsekvenser. Alvsvåg,H.,Anderssen,N.,Gjengedal,E & Råheim,M. (red) Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer. (s 40-60). Oslo: ad Notam Gyldendal

Andrews,T. (1995). Reorientering innen helsesøstertjenesten? Om helsesøstrenes engasjement i Samlet plan. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekt innen det sykdoms forebyggende og helsefremmende arbeid. Delrapport 11. Hemil – rapport nr.8 –1995
Bergen: Universitetet i Bergen

Andrews, T. (1999). Pulled between contradictory expectations: Norwegian mother/ child service and the "new" public health discourse, Critical Public Health. 9 (4), s 269- 285.

Barne – og familiedepartementet. (1993). Lov om barnevernstjenester. refr. i Regelverk for helse, miljø og individ (1998).Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon.

Barne- og familiedepartementet, Sosial – og helsedepartementet (1995). Rundskriv Q –5/95.

Dalland.O. (2000).Metode og oppgaveskriving for studenter. (3.utg.), Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Davies,J.K&,MacDonald,G. (1998).Quality,Evidence and Effectiveness in Health Promotion. London :Routledge.

Deccache,A. & Laperche,J. (1998).Paradigms, values and quality criteria in health promotion:an application to primary health care. Davies,J.K. & MacDonald,G.(Red.) Quality,Evidence and Effectiveness in Health Promotion. London: Routledge.

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin (1994). Forskning på mennesker, Lovregler og retningslinjer. <http://www.etikkom.no/NEM/REK/forskmensk.htm>, 13.11.99.

Denzin,N.K.&Lincoln,Y.S. (1994). Introduction. Denzin,N.K.&Lincoln,Y.S. (1994). (Red.) Handbook of Qualitative Research.(s1 –17). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Dyste,O.,Hertzberg,F. &Hoel,T.L. (2000). Skrive for å lære Skrivning i høyere utdanning. Oslo:Abstrakt forlag as.

Fjelland,R. & Gjengedal,E. (1994). A Teoretical Foundation for Nursin as a Science. Benner,P. ed. Interpretive penomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness. (s3 –25). Thousand Oaks :Sage Publications.

Fog,J. (1998). Med samtalen som utgangspunkt Det kvalitative forskningsinterview. (4.oppl).København: Akademiske Forlag.

Gibson,C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing (16), s 354 – 61.

Giorgi,A. (1988). Sketch of a Psychological Phenomenological Method Giorgy,A. (Red.)Phenomenology and psychological research.(3. utg.)(s 2- 22), Pittsburg: Duquesne University Press.

Green,L.W. & Kreuter,M.W. (1991).Health Promotion Today and Framework for Planning. Health promotion planning.An educational and environmental approach.(s1-43), Montain View: Mayfield Publ.Company

Grimsmo.A. (1989). Forebyggende helsearbeid i skolen. Oslo: Kommuneforlaget

Guba,E.G. & Lincoln,Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. Denzin,N.K.&Lincoln,Y.S. (Red.) Handbook of Qualitative Research.(s105 –117). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Haglund, B.J.A. (1996). Stødjande miljøer for halsa – ett strategisk begrepp för det hälsofrämjande arbetet. Sosialmedisinsk tidskrift, 73 (2-3), s 91– 99.

Hatling, T. (1991). Ja, tenke det; ønske det, ville det med;... Helseprofesjonenes forhold til forebyggende helsearbeid, Senter for bygdeforskning, Rapport nr.3/91 Universitetet i Trondheim.

Havenes, A. (1996). Læring som sosialpraksis. Eksamen philosophicum som eksempel. Dyste, O (Red.) Ulike perspektiv på læring og læringsforskning. (s 136 – 73). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as.

Heian, F. & Misvær, N. (1989). Helsestasjonsboka Håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet. (3. utg.) Kommuneforlaget.

Helsedirektoratet. (1987). Helse for alle i Norge ? 2000. Kommuneforlaget.

Helsedirektoratet. (1990). Retningslinjer til utfylling og gjennomføring av forskrift om helsestasjonsvirksomhet- planlegging, innhold og organisering av 10.nov.1990. refr. i Regelverk for helse, miljø og individ (1998). Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon.

Hjalte, L. (2000). Det är inte min värld. Vård i Norden. 20 (4), s 32 –37.

Jåkupsstovu, B. & Aarseth, T. (1996). Norsk helsestasjonsvirksomhet: nasjonal politikk og lokal policy – utforming av forebyggende arbeid for barn. Rapport nr 9603. Molde: Møreforskning Molde.

Johannessen, K.S. (1999). Noen aspekter ved taus kunnskap. PLF- rapport nr 2/99. Universitetet i Bergen.

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. (1998). Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning. (12. mars 1998). PDC –Grafisk Produksjon

Kolstad, H. (1996). Bergson og Levinas. Levinas, E. Den annens humanisme (Aarnes, A. overs.) (2. utvidede utgave) (s 221-252). Oslo: Aschehoug i samarbeid med Fondet for Torleif Dahls Kulturbibliotek.

- Konsmo, T. (1995). En hatt med slør...om omsorgens betydning for sykepleie –en presentasjon av Benner og Wrubels teori. Otta:Tano a.s.
- Kvale, S. (1997). Interview En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview (Nake, B., overs.). København, Hans Reitzels Forlag a/s (originalt arbeid publisert 1994).
- Laponte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. Health Education Quarterly, 21 (2), s 253 –68.
- Leoard, V.W. (1994). A Heideggian Phenomenological Perspective. Benner, P. (Red.) Interpretive penomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness. (s 43 – 63). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lupton, D. (1997). The imperative of health Public Health and the Regulated Body. London: SAGE Publications Ltd.
- Martinsen, K. (1985). Sykepleietradisjonen Et nødvendig korrektiv til dagens sykepleieforskning. Sykepleien (15), s 6- 14.
- Martinsen, K. (1989). De historiske forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven av 1982 Omsorg sykepleie og medisin Historisk - filosofisk essays. s228 –263, Otta:Tano
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. Jensen, K. (Red.) Moderne omsorgsbilder. (s 61 - 97). Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (1991). Under kærlig forskning Fænomenologiens åbning for den oplevde erfaring i syeplejen. Sygeplejersken (36), Vedlegg, s 4-26
- Martinsen, K. (1997). Fra Marx til Løgstrup Om etikk og sanselighet i sykepleien. (2.opplag) Otta:Tano.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). Begreppen Hälsa och hälsofrämjande. Lund: Studentlitteratur.

Molander,B. (1996). Kunnskap i handling. Göteborg:Daidalos AB.

Molander,B. (1997). Arbetets kunskaps teori. Stockholm: Dialoger.

Mæland, J.G. (1999)..Forebyggende helsearbeid –i teori og praksis. Otta:Tano Aschehoug

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste: Lov om personregistre m.m, av9. juni 1978.

<http://www.nsd.uib.no/personvern>. 14.10.99

Nutbeam,D. (1998). Health promotion glossary. Health promotion international, 13 (4), s 349 –64.

Raeburn,J.& Rootman,I. (1998). People-centered health promotion. West Sussex:John Wiley & Sons Ltd.

Rafael. A.R.F. (1999). From Retic to Reality: The Changing Face of Public Health Nursing in Southern Ontario. Public Health Nursing, (16), s50 –59.

Rommetveit,R. (1996). Læring gjennom dialog. Ei sosiokulturell og sosiokognitiv tilnærming til kunnskap og læring. Dyste,O.(red) Ulike perspektiv på læring og læringsforskning. (s 88-104). Oslo, Cappelen Akademiske Forlag as.

Røisland,A. , Andrews, T., Eide,A. H. & Fosse,E. (1999). Introduksjon. Røisland,A. (red), Andrews, T., Eide,A. H. & Fosse,E. Lokalsamfunn og helse Forebyggende arbeid i en brytningstid. (s13-19), Bergen Fagboklaget.

Rønningen,R. (1990) Kan omsorg profesjonaliseres ? Jensen,K.(Red.) Moderne omsorgsbilder. (s 99- 128). Oslo: Gyldendal.

Seedhouse, D. (1997). Health promotion Philosophy, Predjudice and Practice. West SusseX:John Wiley & Sons Ltd.

Skelton,R.(1994). Nursing and empowerment: concepts and strategies. Journal of Advanced Nursing. (19), s 415 –23.

Sosial og helsedepartementet. (1982). Lov om helsetjenester i kommunene, av 19. november 1982 nr.66. refr. i Regelverk for helse, miljø og individ (1998). Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon.

Sosial- og helsedepartementet. (1983). Forskrift om helsetjenester i skoler. refr. i Regelverk for helse, miljø og individ (1998).Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon

Sosial- og helsedepartementet. (1983). Forskrift om helsestasjonsvirksomhet. refr. i Regelverk for helse, miljø og individ (1998).Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon

Sosialdepartementet.(1993). St. melding. 37 (1992 –93). Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid. Oslo: Akademia as.

Sosialdepartementet.(1991). Norges offentlige utredninger 1991:10 Flere gode leveår for alle . Oslo;Akademika as

Sourtzi, P., Noland, P.& Andrews, R. (1996). Evaluation of health promotion activities in community nursing practice. Journal of Advanced Nursing. (24), s1214-1223.

Stang,I. (1998). Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Universitetsforlaget.

Statens helsetilsyn.(1998). Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0 – 20 år. Utredningsserie 1-98.

Statens helsetilsyn.(1998). Veileder for helsestasjons og skolehelsetjenesten .

Statens helsetilsyn.(1999). Veiledning i journalføring for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Starrin,B.(1997). Empowerment som tankemodell. Forsberg,E.& Starrin,B.Frigörande kraft
Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv.(s 9- 33).Göteborg: Gothia.

Streubert,H.J.&Carpenter,D.R.(1999). Qualitative Research in Nursing Advancing the
Humanistic Imperative.(2.utg.) (s 1- 62). Philadelphia:Lippincott.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Helsesøsters perspektiv, Hva betyr helsefremmende arbeid for helsesøster ?

Hvilke meningsinnhold legges i grepet ?

Hvordan dannes dette ?

Hvordan ser hun på egen rolle i det helsefremmende arbeidet ?

Om arbeidet du gjør:

Rolle som helsesøster

- kartlegge, kanalisere, ambassadør
- syn på bruker
- makt
- arena, arenatenkning

Utforming av tilbudet

- bruker
- helsesøster
- andre, stat
- lokalmiljø

Samarbeid

- individ
- grupper

Meningsdannelse

- samarbeid i faggruppen
- andre faggrupper
- utdanning
- kurs
- veiledning

Vedlegg nr 2: Forespørsel om intervju til helsesøstrene

Dato.....

Til helsesøster

Forespørsel om intervju; ” din hverdag som helsesøster”

I forbindelse med min hovedfagsoppgave ved Hovedfagsstudie i Helsefag ved Universitetet i Bergen, ønsker jeg å studere hva helsesøstre tenker om egen praksis. Gjennom dette, vil jeg forsøke å beskrive hva som påvirker denne tenkningen.

Jeg er selv helsesøster, og for tiden lærer ved helsesøsterutdanningen i Stavanger.

Hva helsesøstre tenker om eget arbeid har opptatt meg i lengre tid, dette har i liten grad vært studert tidligere. De fleste studiene i Norge har vært en evaluering av deler arbeidet helsesøster utfører. For meg vil det være viktig å sette ord på helsesøstrenes egne tanker og meninger.

Den viktigste kilden til dette er helsesøster selv. Jeg ber derfor om å få intervju deg i forhold til hva du tenker om din praksis. Materialet fra dette intervjuet sammen med intervju av andre helsesøstre, vil danne grunnlag for min hovedfagsoppgave hvor høgskolelektor Berit Viken ved Høgskolen i Vestfold er veileder.

Jeg planlegger å komme i gang med intervjuene på forsommeren/sommeren dette året. Om jeg får intervju deg, vil jeg forut for intervjuet ta kontakt på telefon for å avtaler tid og sted for intervjuet. Intervjuet vil ta i underkant av to timer, og jeg håper at intervjuet kan foretas på ditt arbeidssted.

Jeg ønsker å bruke båndopptaker under intervjuet for å kunne være konsentrert om samtalen med deg. I nær tilslutning til intervjuet, vil jeg skrive ut samtalen vår. Denne kan du få til gjennomlesning og evt føye til kommentarer, om du skulle ønske det.

Ditt bidrag til studien vil være viktig, og jeg forplikter meg til å ivareta din anonymitet i den videre bearbeidelse av intervjumaterialet. Dine meninger og tanker vil behandles slik at disse ikke kan identifisere deg som helsesøster eller hvor du er ansatt.

Materialet fra intervjuet forplikter jeg meg til å oppbevare forsvarlig, og slette dette når studien er fullført.

Deltakelse i studien er selvsagt helt frivillig. Skulle du på noe tidspunkt før-, under- eller etter intervjuet ønske å avbryte deltakelsen har du full rett til det.

Men jeg håper at du lar deg intervju, da helsesøstres medvirkning er avgjørende for studien.

Som en bekreftelse på at du er villig til å delta og at du er gjort kjent med mine forpliktelser, ber jeg deg oversende nedenfor stående bekreftelse undertegnet.

Har du spørsmål du ønsker å få klargjort, er jeg takknemlig om du tar kontakt.

Med hilsen

Marit Alstveit

Tlf. 51 83 41 81/ 51 83 41 00 marit.alstveit@hs.his.no

Avdeling helse og sosialfag

Høgskolen i Stavanger

Postboks 2557 Ullandhaug

4091 Stavanger

SAMTYKKE TIL INTERVJU

Jeg bekrefter herved at jeg lar meg intervju vedrørende min praksis som helsesøster.

Jeg er gjort kjent med at materialet fra intervjuet skal oppbevares forsvarlig, og ved presentasjon av materialet i hovedfagsoppgave ved Hovedfag helsefag, Universitetet i Bergen, skal min anonymitet ivaretas.

Jeg har også rett til å trekke meg fra studien når jeg måtte ønske.

dato/sted..... navn.....

adresse/telefon arb.....

Vedlegg nr 3: Forespørsmål til ledende helsesøster

Dato....

Til ledende helsesøster

Forespørsel om å få intervjuer helsesøstre i ditt distrikt samt

Forespørsel om å formidle vedlagte informasjon/forespørsel til aktuelle helsesøstre

Som et ledd mitt hovedfagsstudie i helsefag ved Universitetet i Bergen, ønsker jeg å gjøre en studie av **hva helsesøstre tenker og mener om sin daglige praksis**. Dette er tema for min hovedfagsoppgave hvor høgskolelektor Berit Viken ved Høgskolen i Vestfold er veileder.

Den viktigste kilden for å få innsikt i hva helsesøstre tenker og mener om sin praksis, er helsesøstrene selv. For å få kontakt og forespørre aktuelle helsesøstre til intervju, henvender jeg meg til deg med en forespørsel om å få intervjuer helsesøstre i din kommune/ ditt distrikt. Aktuelle helsesøstre til intervju, er fortrinnsvis helsesøstre som **har vært i arbeid i til sammen to år** etter endt helsesøsterutdanning. Av særdeles interesse er helsesøstre **utdannet før 1985 eller etter 1993**, for å kunne vurdere om endringer i samfunnet har påvirket tenkningen om yrkes utøvelsen.

Jeg er selv helsesøster, utdannet i 1985. Mine erfaringer fra arbeidet som helsesøster og som lærer ved helsesøsterutdanningen, er bakgrunnen for at jeg ønsker å studere helsesøstres tanker om praksis. Flere undersøkelser har evaluert ulike deler av helsesøsters arbeid, mitt anliggende er å få frem helsesøstres egne tanker og meninger.

Jeg håper dette kan være av interesse for dere, og at helsesøstre i ditt distrikt er villige til å la seg intervjuer av meg.

Intervjuene planlegger jeg å ha på forsommeren/sommeren dette året – nærmere tidspunkt vil avtales når jeg har fått kontakt med tilstrekkelig antall helsesøstre. Intervjuet av den enkelte vil ta i underkant av to timer, og er tenkt å finne sted på den enkeltes arbeidssted.

For at du som leder skal være kjent med min forespørsel til helsesøstrene og for å nå tilstrekkelig antall helsesøstre, ber jeg om din hjelp til å formidle vedlagte forespørsel. Jeg er tillater meg å ta kontakt med deg på telefon om jeg ikke skulle ha fått tilbakemelding innen et par uker.

Har dere spørsmål er jeg takknemlig om dere tar kontakt.

Med hilsen

Marit Alstveit

Tlf. 51 83 41 81/ 51 83 41 00 marit.alstveit@hs.his.no

Avdeling helse og sosialfag

Høgskolen i Stavanger

Postboks 2557 Ullandhaug

4091 Stavanger

Vedlegg nr 4: Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Vedr opprettelse av personregister.
(Dette brevet er ikke med i den elektroniske utgaven)