

Organisering av helsestasjonstenesta i Noreg og rolla til helsesjukepleiaren – ei litteraturstudie

ANITA LINDVIK SKINNES

RETTLEIAR

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for Samfunnsvitskap

Institutt for Samfunnsvitskap og leiingsfag

Forord

Våren 2016 starta eg som student på Universitetet i Agder sitt erfaringsbaserte masterprogram for helseleing. Studiet bestod av seks ulike fag, der to av dei var spesialiseringsfag innan helse. Alle desse faga har vore både interessante og læringsrike, og dei har bidratt til å auke refleksjonsnivået mitt. No har det gått snart 3,5 år og studiet avsluttast no med denne masteroppgåva.

Å skrive ei masteroppgåva har vore svært krevjande, utfordrande og omfattande, samtidig sit eg igjen med mykje lærdom som eg er takknemleg for og som er nyttig for mitt framtidige arbeid innan helsestasjonstenesta.

Tusen takk til min rettleiar Dag Olaf Torjesen for gode råd og oppmuntring på vegen!

Ålesund 12 juni 2019

Anita Lindvik Skinnes

Samandrag

Helsestasjonstenesta har gjennom tida vore prega av aukande forandring, der både organisering av tenesta og rolla til helsesjukepleiaren har blitt berørt. Gjennom ei scoping review kartlegg, presenterer og analyserer denne oppgåva det norske forskingsfeltet om kva som kjenneteiknar organiseringa av helsestasjonstenesta og den fokus, korleis dette påverkar rolla til helsesjukepleiaren, samt utfordringane dette skapar og korleis ein kan fremme rolla til helsesjukepleiaren. Resultata visar at organisering av helsestasjonstenesta er ganske så tilfeldig frå kommune til kommune, og blir ofte organisert etter størrelse på kommune og personlege ynskje frå den enkelte helsesjukepleiar. Dette påverkar rolla til helsesjukepleiaren på ein måte som gjer at rolla og arbeidsoppgåvene blir uklare både for helsesjukepleiaren, men også samfunnet.

Eg håpar denne oppgåva kan gi eit lite bidrag til ein større framtidig debatt om organisering av helsestasjonstenesta.

Abstract

Throughout the years, the public health center has been characterized by increasing change, in which both organizing and rolling the nurse have been affected. Through a scoping review survey, this task presents and analyzes the Norwegian research field about what characterizes the organization of the health center test and the focus that this affects the role of the public health nurse, as well as the challenges this creates and how it can promote the role of the public health nurse. The results show that the organization of the health clinic is quite random from the municipality to the municipality, and is often organized by the size of the municipality and the personal mentor from the individual health nurse. This affects the role of the health nurse in a way that makes the roll and work tasks unclear for both the health nurse, but also the community.

I hope this assignment can make a small contribution to a major future debate on the organization of the public health centers.

Innhold

1. Innleing	s. 5
1.1 Disposisjon	s. 5
1.2 Problemstilling	s. 6
2. Teori	s. 7
2.1 Teoretisk bakgrunn	s. 7
2.2 Teoretisk perspektiv	s. 7
2.3 Organisering av helse	s. 8
2.3.1 Kommunehelsetenesta	s. 8
2.3.2 Helsestasjons- og skulehelseteneste	s. 8
2.3.3 Helsesjuepleiartenesta	s. 9
2.4 Begrepsavklaring	s. 10
3. Metode	s. 11
3.1 Kvalitativ metode	s. 11
3.2 Litteraturstudie	s. 11
3.3 Scoping review	s. 12
3.4 Litteratursøk	s. 13
3.5 Svakheiter ved oppgåva	s. 15
4. Resultat	s. 16
4.1 Tema knytt til forskning og problemstilling	s. 16
4.2 Oversikt over inkluderte artiklar	s. 17
4.3 Kategorisere og bearebeide av funn	s. 17
4.3.1 Organisering	s. 18
4.3.2 Helsesjuepleiaren si rolle	s. 22
5. Samle, oppsummere og rapportere funna	s. 28

5.1 Utfordringar i organisasjonsmåten	s. 28
5.2 Fremme rolla til helsesjukepleiaren	s. 34
6. Avslutning og konklusjon	s. 36
7. Litteraturliste	s. 37

Vedlegg:

- vedlegg nr. 1 om søkjhistorikk
- vedlegg nr. 2 om inkluderte artiklar

1. Innleiing

Eg har i denne oppgåva valt å skrive om kva som kjenneteiknar organisering av helsestasjonstenesta i Noreg og korleis dette påverkar rolla til helsesjukepleiaren. Grunnen til eg har valt å skrive om dette er fordi det interesserer meg, eg veit det blir organisert ulikt og eg ynskja å sjå på kva dette kan føre til. Med organisering av helsestasjonsteneste meina eg kva modell som kjenneteiknar tenesta, spesialiserings- eller skulekretsmodellen, som blir brukt og om hovudfokuset er eit individuelt- eller befolkningsretta fokus, og korleis dette påverkar rolla til helsesjukepleiaren. Eg vil også til slutt sjå på kva utfordringar ulike organiseringsmåtar skapar og korleis ein kan fremme rolla til helsesjukepleiaren, og reflektere rundt dette.

Ein anna grunn til at eg ynskja å studere dette, er fordi det er nyttig for mitt arbeidsfelt og om eg ein gong i framtida skulle hamne i ei leiarstilling, så tenkjar eg dette er nyttig kunnskap og refleksjonar å ha med seg. Eg ser og opplev det er svært tilfeldig frå kommune til kommune korleis helsestasjonstenesta blir organisert og ynskja derfor å sjå nærmare på dette og korleis dette påverkar rolla til helsesjukepleiaren.

Eg meina det er viktig å skrive om ei slik problemstilling, både med tanke på endringa av yrket over tid og at ei slik teneste kan organiserast ganske så fritt frå kommune til kommune.

1.1 Disposisjon

Eg har valt å bruke IMRaD-modellen for oppgåva. Denne modellen bygg på ein fast og gjennomtenkt struktur (Støren, 2013).

Oppgåva er delt inni fem hovuddelar: innleiing, teoretisk perspektiv, metode, resultat og diskusjon. Det er også med forord, samandrag på norsk og engelsk og ei avslutning/konklusjon, samt litteraturliste og vedlegg.

Det første kapittelet i oppgåva er innleiinga, her fortel eg om mine personlege og faglege grunngevingar for val av tema.

I det andre kapittelet kjem det eit kort teorikapittel. Her vil eg skrive om min teoretiske bakgrunn, mitt teoretiske perspektiv og om organisering av helsestasjonstenesta. Eg vil også avklare ulike begrep som er brukt i oppgåva.

I metodekapittelet, som er det tredje kapittelet, vil det innehalde søkjarahistorikken. Det vil seie kva databasar som eg har brukt, kva søkjeord og kva krav til litteraturen som er satt.

Det fjerde kapittelet er resultatet. Ut frå artikkelforfattarane sine funn har eg i dette kapittelet kategorisert dei og bearbeida funna.

I det femte kapittelet kjem diskusjonen. Her blir hovudfunna samla og diskutert. Eg vil då kome med påstandar og artikkelforfattaranes grunngjevingar og underbyggje desse med fleire kjelders argument, dessutan underbygg eg fleire av desse argumenta med eksempel frå eigen praksis.

1.2 Problemstilling

Etter å ha gått igjennom dei utvalde artiklane vil eg gjennom ei scoping review svare på tre spørsmål:

1. Kva kjenneteiknar organisering av helsestasjonstenesta i Noreg?
2. Og korleis kan dette påverke rolla til helsesjukepleiaren?
3. Kva utfordringar skapar ulike organisasjonsmåtar og korleis fremme rolla til helsesjukepleiaren?

Problemstilling 1 og 2 vil eg svare på ved hjelp av ei litteraturstudie (Støren, 2013).

Problemstilling 3 vil bli belyst ved hjelp av abduksjon (Larsen, 2017). Det vil seie at dei overordna funna frå litteraturstudia blir drøfta saman med teori, samt vil eg dra inn litt av egne erfaringar frå praksis.

2. Teori

2.1 Teoretisk bakgrunn

Eg er i botn utdanna sjukepleiar og har mange års erfaring frå spesialisthelsetenesta, derav innan Oslo universitets sjukehus. Det siste halvanna året har eg arbeida som helsesjukepleiar på ein helsestasjon i ein liten kommune i Møre og Romsdal. Her har eg erfaring frå arbeidet på både helsestasjon og i skulehelsetenesta.

2.2 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet skal eg gjere greie for mitt teoretiske perspektiv eller ståstad. Begrepet perspektiv tydar ein spesifikk måte å sjå eller tolke ein situasjon på, men er ein noko lausare måte å betrakte verkelegheita eller eit fenomen på enn teori (Støren, 2013).

Som utdanna helsepersonell, sjukepleiar og helsesjukepleiar, så vil det vere naturleg at mitt teoretiske perspektiv er relatert til helse. Generelt for helsepersonell så har vi eit syn som fokuserer på sjukdommen, dette kallast eit patogent fokus (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Her blir det fokusert på symptom og diagnose, og årsaka til sjukdommen blir vektlagt. I mitt noverande yrket som helsesjukepleiar så er synet på helse retta mot det helseframande og førebyggjande arbeidet. Eit helseframande perspektiv handlar om kva det er som bidreg til at barn og unge beheld og forbetrar helsa si. Dette perspektivet har sitt utgangspunkt i Aaron Antonovsky sin teori om salutogenese. Salutogenese er den motsette teorien av patogenese, og det legg vekt på kva det er som gjer oss friske. I eit salutogent perspektiv definerast helse som et kontinuum (samanhengande linje), eller grader av helse. Dette tydar at alle menneske har grader av helse og kan bevisstgjera på kvar ein er på kontinuumet, samt utforske faktorar som kan skape bevegelse mot ein høgare grad av helse (Haugan & Rannestad, 2014).

Salutogenese handlar om fysisk og psykisk helse som fokuserer på det som fremmar god helse til mennesket, og dermed gir auka meistring og velvære (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

At både mitt yrket og haldning på korleis ein ser på menneske og helse har endra seg frå det sjuke til det friske, har gjort at eg har fått ein ny glede for å arbeide med menneske. Eg synes det er fint å tenke på at eg no jobbar i «forkant», at eg kan bidra til helsefremming og førebygging av fysisk og psykisk uhelse. Å jobbe som ein tidleg innsats føl last meir riktig og det er godt å vite at ein kanskje hjelp barn og unge til å hjelpe seg sjølv, altså å meistre.

Eit slikt helseperspektiv kjem naturleg frå min yrkesbakgrunn og vil naturleg leggje føring på korleis eg svarar på problemstillinga. Ettersom eg ikkje har noko leiarerfaring, så vil eg nok sjå på situasjonen annleis enn om eg hadde vore i ei leiarstilling. Synet og svaret på problemstillinga vil nok innehalde preg frå mi noverande stilling, altså som helsesjukepleiar. Dette vil kanskje gi oppgåva eit anna syn eller vinkling enn om eg hadde hatt ei leiarstilling, men eg tenkjar dette er eit nytting syn då den er sett frå helsesjukepleiar si rolle og den daglege utøvinga av yrket.

2.3 Organisering av helse

Helsetenesta i Noreg består av to hovuddelar: den kommunale helse- og omsorgstenesta, kommunehelsetenesta som den enkelte kommune har ansvar for, og spesialisthelsetenesta som staten, gjennom dei regionale helseføretaka, har ansvar for (Nylenna, 2014).

2.3.1 Kommunehelsetenesta

Den kommunale helse- og omsorgstenesta er svært viktig i den norske helsetenesta. Den omfatta blant anna fastlegar, legevakt, helsestasjons- og skulehelseteneste, og alle pleie- og omsorgsteneste i kommunane. Grunnen til at det blir kalla kommunehelseteneste er fordi alt ansvaret for verksemd i primærhelsetenesta blir lagt til kvar enkelt kommune (Nylenna, 2014). Kommunehelsetenesta tilbyr hjelp der folk bur. Oppgåvene til kommunehelsetenesta er regulert av lov om folkehelse (folkehelselova) og lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova). Desse er gjeldande for alle kommunar i landet, elles har kommunane stor friheit til å organisere sin helseteneste (Nylenna, 2014).

2.3.2 Helsestasjons- og skulehelseteneste

Kommune skal tilby helsestasjons- og skulehelseteneste til barn og ungdom opp til 20 år, denne tenesta tilbyr også gravide svangerskapskontroll.

Nesten alle spedbarn i Noreg (96%) er til helsestasjonsundersøking i løpet av dei første åtte levevekene (Nylenna, 2014). Dette er ganske mange blant befolkninga og gir oss dermed ei

stor moglegheit til å påverke mange med helsefremming og førebygging gjennom tidleg innsats.

2.3.3 Helsesjukepleiartenesta

Helsesjukepleiartenesta har utvikla seg mykje gjennom tida, frå å vere ein frivillig innsats til no å vere organisert under kommunehelsetenesta, samt regulert av rammebetingelsar, lover, forskrifter og retningslinjer for utøvinga av tenesta (Glavin & Kvarme, 2003).

Som helsesjukepleiar skal ein kunne mykje og ein har mykje ansvar. I rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning (Rammeplan, 2005), så skal ein helsesjukepleiar etter end utdanning kunne:

1. Utøve helsesøstertenesta ut frå ein forståelse av at det er ulike perspektiv på helse.
2. Vurdere og påverke ulike faktorar som verkar inn på befolkninga si helse.
3. Planlegge, administrere og utvikle helsesøstertenesta i overensstemmelse med lover, forskrifter, rammebetingelser og lokale forhold.
4. Delta aktivt i og påverke kommunens helseplanlegging, dokumentere skriftleg og formidle kunnskap om helseforhold til lokale beslutningsmyndigheter og andre etatar.
5. Utvikle og kvalitetssikre helsesøstertenester.
6. Utøve helsesøstertenesta med utgangspunkt i befolkninga sitt behov og i samarbeid med befolkninga.
7. Vurdere barn og unges fysiske og psykososiale utvikling i eit økologisk perspektiv, og iverksette helseframande og førebyggjande tiltak.
8. Vere bevisst sine egne verdiar og normer, reflektere over og ta standpunkt i forhold til sjukepleiefaglege verdiar og etiske dilemma, og kunne arbeide etisk forsvarleg.
9. Initiere og delta i eit forpliktande tverrfagleg og sektorovergripande samarbeid.
10. Vidareutvikle sin personlege og faglege kompetanse som helsesøster.

I tillegg til lover og rammeplan, så er det på grunnlag av dette laga nasjonal faglege retningslinjer for helsestasjons- og skulehelsetenesta. Formålet med denne retningslinja er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, førebygge

sjukdommar og skader, utjamne sosiale helseforskjellar og førebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. Dei som arbeidar i tenesta skal så tidleg som mogleg fange opp barn og unge, gi dei eit tilbod og henvise vidare ved behov. Tilbodet i tenesta skal vere universelt, og tilnærminga skal både vere individuell og befolkningsretta. Tilbodet skal også vere kultursensitivt og tilpassa den enkelte sitt behov og livssituasjon. Retningslinja har både krav om korleis tenesta skal vere eller må vere, samt anbefalingar om korleis innhaldet i tenesta bør vere for å oppnå god praksis og dermed også forsvarlegheit (Helsedirektoratet, 2017 (07.02.2019)).

2.4 Begrepsavklaring

I dette underkapittelet ynskja eg å forklare kva eg legg i dei begrepa eg har valt å bruke i mi problemstilling:

Organisering – dette handlar om korleis helsestasjonstenesta er organisert, enten gjennom spesialiseringsmodellen, der helsesjukepleiaren er tilsett enten på helsestasjon eller i skulehelsetenesta, eller skulekretsmodellen, der det geografiske området avgrensar kva familiar helsesjukepleiaren arbeidar med. Det handlar også om kva fokus helsestasjonstenesta har, om det er individuelt- eller befolkningsretta.

Helsesjukepleiar - Ynskja også å opplyse om at frå 1.1.2019 blei tittelen helsesøster historie og den nye tittelen: helsesjukepleiar, trådte i kraft. Derfor brukar eg denne tittelen gjennom oppgåva.

Rolla til helsesjukepleiaren – handlar om identitet, fagleg kvalitet, kompetanse, ansvar og utøving av yrket.

3. Metode

Metode er ein måte å gå fram på for å samle inn empiri, eller det vi kalla data om verkelegheita. Metoden er hjelpemiddelet til å gi ei beskriving av verkelegheita. Grunnlaget for forskning er at informasjonen samlast inn på ein måte som gjer den relevant og til å stole på. Dette krev igjen at informasjonsinnsamling følg eit sett kriterier, slik at gyldigheit og truverdigheit kan etterprøvast og diskutert (Jacobsen, 2015). I dette kapitlet beskriv eg mitt val av kvalitativ metode, planlegging og gjennomføring, og svakheiter ved oppgåva.

3.1 Kvalitativ metode

Strategien min for denne undersøkinga, i ein samfunnsvitskapleg samanheng, så står det mellom to metodar; kvalitativ og kvantitativ metode. Ei litteraturstudie går inn under det vi kallar kvalitativ metode. Kvalitativ metodar brukast for å forstå noko eller sjå på ein eller fleire hensikter ut frå ein samanheng. Ein kan også seie det er ein open metode, det vil seie at forskaren forsøker å leggje så få føringar som mogleg på den informasjonen som samlast inn. Etter at informasjonen er samla inn, blir den strukturert, satt i kategoriar som blir forbundet med kvarandre (Jacobsen, 2015). Det finst to framgangsmåtar for å studere verkelegheita på, eit induktivt- og deduktivt design. Alle brukar begge metodane både bevisst og ubevisst, då det er ein måte å tenkje logisk på. Ei kvalitativ tilnærming er i utgangspunktet induktiv, og det er denne eg tenkjar passar best for mi problemstilling. Ved å velje ein induktiv framgangsmåte så kan ein studere problemstillinga for å kome fram til eit svar eller fenomen.

3.2 Litteraturstudie

I denne oppgåva skal eg gjere ei litteraturstudie. Det vil seie at eg studerer litteratur som er undersøkt og skrevet om verkelegheita av artikkelforfattarane (Støren, 2013). Materialet i ei slik studie er allereie eksisterande kunnskap som er presentert i artiklar, som eg hentar ved å søkje i ulike databasar. Denne kunnskapen er frå vitskapelege artiklar, då dette er kunnskap som er den primære eller den originale frå forfattaren eller forskaren sjølv. Det vil då seie at ei slik studie ikkje skapar noko ny kunnskap, men det er ei slags systematisering av kunnskapen. Å systematisere kunnskap går ut på å søkje, samle, vurdere og samanfatte den. Ved å gjere ei slik studie vil ei kunne lage ei nyttig oversikt over den kunnskapen som framtidige

yrkesgrupper er opptatt av. Det finst ulike måtar å gjere ei litteraturstudie på. Ein kan gjennomføre denne studia ved å gjere ein systematisk oversiktsartikkel, det vil seie at ein tek med alle relevante artiklar i oversikta. Eller ein kan gjere ein oversiktsartikkel, der kravet til artiklar er mindre, alt frå to stykk og oppover (Støren, 2013). I denne oppgåva har eg valt å gjere noko liknande til sistnemnte, der det metodiske designet er inspirert av stega i ei scoping review (sjå meir om dette på neste side). Ved hjelp av denne metoden skal eg analyse og samanlikne forskning som allereie finst på området og deretter svare på problemstillinga. I min litteraturstudie vil eg ta utgangspunkt i forskingsartiklar som er kvalitetssikra gjennom fagfellevurdering (peer reviewed). Det vil seie at artiklane er blitt vurdert og godkjent av ekspertar på fagfeltet. Dette gjer at forskingsresultata ville vore vanskeleg å kome fram til på eigen hand (Dalland, 2012). Å gjere ei undersøking basert på andre si forskning har mange fordelar. Ved å samle ulike forskingsartiklar med ulike konklusjonar og deretter gjere ei drøfting av resultata kan gi spennande funn og kan mogleg gi verdi for praksis. Ei litteraturstudie kan også ha negative sider, i form av at litteraturen kan vere upåliteleg eller feilaktig. Slikt kan påverke resultatet. Det er derfor viktig med eit godt forarbeid, både når det kjem til kunnskap om søking og i arbeidet med å vere kjeldekritisk. Det er også vesentleg at ein oppsøkje den nyaste forskinga (Dalland, 2012). Nyare forskning vil seie forskning gjort dei siste 10 åra.

3.3 Scoping review

Det finst lite informasjon tilgjengeleg om korleis ein skal gjere ei slik undersøking, men Arksey og O'Malley (2005) har gitt ei fin forklaring. Definisjonar av scoping review er få og sjeldan, men på eit generelt nivå kan dei ha som mål å kartlegge dei sentrale konseptane som ligg bak eit forskingsområde. Ein slik definisjon vektlegg nok behovet for ei omfattande dekning av tilgjengeleg litteratur, men dette avhenger av formålet med undersøkinga. Dei vanlegaste grunnane for å gjennomføre ei scoping studie er (Arksey & O'Malley, 2005):

- For å undersøkje omfanget og arten av ein forskingsaktivitet.
- Å bestemme verdien av å foreta ein fullstendig systematisk gjennomgang.
- Å oppsummere og formidle forskingsresultater.
- Å identifisere forskingsgapet i den eksisterande litteraturen.

Desse grunnane gir oss to forskjellige formål med ei scoping review. Dei to første punkta tydar på at ei scoping review kan oppfattast som ein del av ein pågåande

gjennomgangsprosess, der det endelege målet skal gi ein fullstendig systematisk gjennomgang. Dei to siste punkta kan tyde på at scoping review er ein metode i seg sjølv, der den førar til publisering og formidling av forskingsresultat i eit bestemt undersøkingsområde. Målet er å identifisere hull i eksisterande forskning, og dette kan eller kan ikkje føre til ein fullstendig systematisk gjennomgang (Arksey & O'Malley, 2005).

Metoden for å identifisere litteratur i ei scoping review, må heller oppnå sjølvstendige og breidde resultat, enn å bli styrt av eit svært fokusert forskingsspørsmål. Metoden til scoping review er styrt av kravet om å identifisere all relevant litteratur uansett studiedesign. Derfor er det vanleg å ikkje setje strenge begrensingar på søkjeord, identifisering av relevante studiar eller studere utval i byrjinga. Prosessen er ikkje lineær, men iterativ. Dette krev at forskaren engasjerer seg i kvar fase på ein refleksiv måte, og om nødvendig så gjentek ein trinn for å sikre at litteraturen er dekkja på ein omfattande måte (Arksey & O'Malley, 2005).

Ein scoping review skil seg frå ei systematisk litteraturstudie ved at ein kan ha ein breiddare tematisk tilnærming, ein meir liberal metodetilnærming og mindre strenge krav for kvaliteten til studia som blir inkludert (Arksey & O'Malley, 2005). Eg har valt å ta utgangspunkt i dei fem stega for ei scoping review som beskriv gjennomføringa av dette. Desse er inspirert av Arksey og O'Malley (2005):

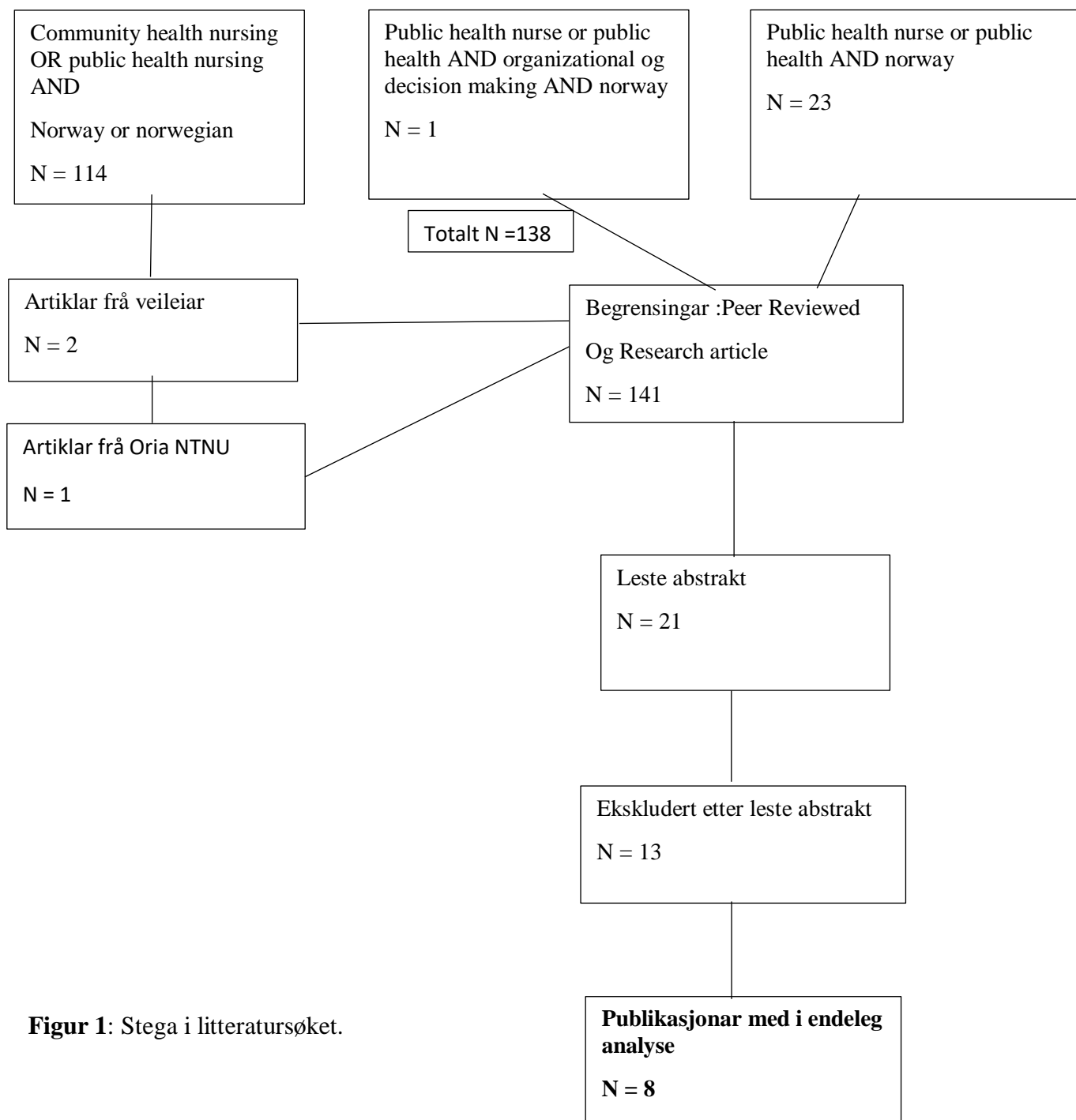
- Formulere forskingsspørsmål.
- Avklare korleis ein identifisera relevante publikasjonar.
- Studere publikasjonane.
- Kategorisere (og bearbeide) publikasjonane.
- Samle, oppsummere og rapportere funna.

3.4 Litteratursøk

Stega i litteratursøket viser i figur 1 nedanfor, samt i vedlegg nr. 1 visar ei oversikt over søkeshistorikken. Her har eg benytta ulike kombinasjonar med søkjeord: «community health nursing», «public health nursing», «public health», «norway», «norwegian», «organizational» og «decision making». Desse søkjeorda kombinerte eg med «or» og «and». Dette gav eit totalt treff på 138 i søkjemotorane Cinahl Complete og OVID Medline. Eg blei tipsa om 2 moglege artiklar frå min rettleiar, samt fann eg 1 artikkel gjennom ein annan relevant artikkel i Oria NTNU. Eg har valt å begrense artiklane til «peer reviewed» og «research article» frå starten

av søkinga, og dette gav totalt 141 moglege artiklar. Artiklane er i frå perioden 1998 – 2019. Det er ein artikkel frå 1998, 1 frå 2002 og ein frå 2007, mens resten av artiklane er frå perioden 2009 – 2018. Fleirtalet av artiklane er frå dei siste ti åra og er då å rekne som nyare forskning.

Vidare las eg alle abstrakta til artiklane og nokre grundigare, dette gav meg ein god peikepinne på om dei var relevante. Dei som blei ekskluderte var på grunnlag av at dei ikkje innehaldt helsesjukepleiar i studia, at det handla om tverrfagleg samarbeid, for gamle eller at dei ikkje var relevante for mine problemstillingar. For å bli inkludert måtte dei handle om helsestasjonstenesta, då om organiseringa av denne eller om rolla, identiteten eller den faglege utøvinga til ein helsesjukepleiar. Etter dette stod eg igjen med 8 inkluderte artiklar som omhandlar mitt tema.



Figur 1: Stega i litteratursøket.

3.5 Svakheiter ved oppgåva

Ei svakheit er mogleg at det er lite forskning på korleis helsestasjonstenesta er organisert mth på modellane, samt at forskinga var gjort frå leiar sitt perspektiv. Men dette gjer at eg synes det er enda viktigare at eg tek opp tema og synes det er svært interessant å studere dette.

4. Resultat

Eg vil presentere resultatene på følgjande måte: Eg ynkja først å gi ei oversikt over tema som forskingslitteraturen har knytt til problemstillinga. Deretter vil eg gi ei oversikt over dei inkluderte artiklane. Så vil eg kategorisere og presentere funna i dei inkluderte artiklane. Til slutt blir dei overordna funna, knytt det som utfordrar ulike organisasjonsmåtar og fremmer rolla til helsesjukepleiarar på grunn av organiseringsmåtane, bli drøfte saman med eigen erfaringar frå praksis.

4.1 Tema knytt til forskning og problemstilling

Av dei utvalte artiklane, så er det følgjande tema som er presentert:

Organisering i forhold til spesialisering- eller skulekretsmodellen:

- Spesialiserings- eller skulekretsmodellen: Hvordan bør helsesøstertjenestene organiseres? (Aglen & Olsen, 2018).

Organisering i forhold til individuelt eller befolkningsretta fokus:

- Spesialiserings- eller skulekretsmodellen: Hvordan bør helsesøstertjenestene organiseres? (Aglen & Olsen, 2018).
- Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway (Anne Clancy & Svensson, 2009).
- Challenges and demands in the population-based work of public health nurses (Dahl, 2018).
- Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives (Dahl & Clancy, 2015).
- Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis (Dahl, Andrews, & Clancy, 2014).

Helsesjukepleiaren si rolle:

- Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway (Anne Clancy & Svensson, 2009).
- Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives (Dahl & Clancy, 2015).
- Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis (Dahl, Andrews, et al., 2014).
- A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing (Anne Clancy, 2007).
- Perceptions of public health nursing practice On borders and boundaries, visibility and voice (Ann Clancy, 2009).

4.2 Oversikt over inkluderte artiklar

Vedlegget nr. 2 om inkluderte artiklar viser ei oversikt over dei 8 inkluderte artiklane. Den beskriv i hovudsak formål, metode, resultat og konklusjon. Artiklane er publisert i forskjellige samfunnsvitskaplege og helsefaglege tidskrifter. Alle artiklane er forskings- og fagfelleverderte artiklar. Den metodiske tilnærminga på dei inkluderte artiklane er i hovudsak ei kvalitativ tilnærming, der dei fleste studiane brukar djupneintervju eller fokusgruppeintervju, men der er også eit kritisk diskursanalyse.

4.3 Kategorisere og bearbeide funna

Artiklane i datamaterialet beskriv ulike måtar å organisering helsestasjonstenesta på, ofte avhengig av små og store kommunar. Desse måtane er spesialisering- eller skulekretsmodellen. Vidare er det ulikt korleis fokuset til helsestasjonstenesta er retta. I utgangspunktet skal ei helsestasjonsteneste ha ein breidt helsefremmande og førebyggande fokus på befolkninga, men ofte ser det ut som det blir mest fokus retta på de individuelle.

Nedanfor har eg kategorisert artiklane. Eg har valt å kategorisere dei etter kva som kjenneteiknar valet av organisasjonsmåte, samt vidare kva fokus som ofte kjenneteiknar helsestasjonstenesta. Og korleis dette påverkar rolla til helsesjukepleiaren.

4.3.1 Organisering

Spesialisierungs- eller skulekretsmodellen:

Kun ei studie beskriv organisering av helsestasjon etter spesialisierungs- eller skulekretsmodellen. Ofte blir helsestasjonstenesta organisert enten etter spesialisierungsmodellen, der helsesjukepleiaren er tilsett enten på helsestasjonen eller i skulehelsetenesta, eller skulekretsmodellen, der det geografiske området avgrensar kva familiar helsesjukepleiar arbeidar med. Regjeringa si satsing på helsestasjonstenesta har medført organisatoriske endringar, og tenesta blir organisert svært ulikt. Aglen og Olsen (2018) ynskja med deira artikkel å kartlegge korleis tenesta blir organisert. Hensikta var å få fram mange synspunkt og inspirere til vidare debatt. Deira kartlegging blei utført gjennom samtalar med leiande helsesjukepleiarar i 27 kommunar i Trøndelag, dei satt eit skilje ved 10 000 innbyggjarar for henholdsvis store og små kommunar. Dei ynskja med denne kartlegginga å finne ut kva modell som gir den beste kvaliteten på helsestasjonstenesta og kva modell som kan bidra til stabilitet og trivsel blant helsesjukepleiarar. Felles for dei små kommunane var at dei ikkje spesialiserte tenestene. Grunngevingar for dette var enten at det ikkje var noko stilling å dele, eller at det blei for sårbart å spesialisere, grunna ved for eksempel sjukdom, ferie eller ein eventuell vakanse i stillingane (Aglen & Olsen, 2018). Og ved problem med rekruttering av helsesjukepleiarar, blei det ofte nytta sjukepleiarar til å jobbe i skulehelsetenesta. Informantane frå nokon av dei små kommunane ynskja seg spesialisering, og såg ei moglegheit for dette ved kommunesamanslåing. I både dei små og store kommunane var det fleire som ikkje ynskja å følgje spesialisierungsmodellen, fordi dei ynskja at familiane skal møte den same helsesjukepleiaren både i helsestasjon og skulehelsetenesta. Dei ynskja altså at den same helsesjukepleiaren skal tilby både helsestasjons- og skulehelsetenester til familiane innanfor ein gitt skulekrets (Aglen & Olsen, 2018). Ei slik inndeling er geografisk og følg skulekrets, og er ikkje ei arbeidsfordeling etter spesialitet. Fleire kommunar har ei blanding av spesialisierungsmodellen og skulekretsmodellen, her blir ofte den enkelte helsesjukepleiar sitt ynskje lagt til grunn for val av modell. Dei helsesjukepleiarane som er vande til å arbeide etter skulekretsmodellen, motsette seg spesialisering fordi dei vektlegg kontinuitet i relasjonane til familiane i arbeidet sitt. Dei meina det er ein fordel både for helsesjukepleiarane, fordi dei blir godt kjent med

familiane, og for familiane, som held seg til same helsesjukepleiar på begge arena (Aglen & Olsen, 2018).

Nokon leiarar i studia påpeika at skulekretsmodellen har nokon svakheiter, det er at helsesjukepleiarar kan skiftast ut, og det kan mangle alternativ dersom familiane er misnøgde med sin helsesjukepleiar. Fleirtalet av leiarane vektlegg kontinuitet og meina at helsesjukepleiaren er ein generalist som er utdanna til å jobbe på begge felt (Aglen & Olsen, 2018). Nokon leiarar meina at helsestasjon er to ulike arena for helsefremmande og førebyggjande arbeid. Der dei meina at skulen som arena for skulehelsetenesta stille krav til relasjonsbygging over tid og kontinuitet i tilstedeværelse for at tenesta skal fungere etter intensjon. Så er der nokon kommunar som er så store at skulekretsmodellen mistar si hensikt, slike kommunar blir ofte organisert etter spesialiseringsmodellen (Aglen & Olsen, 2018).

Ved fleire ressursar til tenestene kan dette drive fram ei spesialisering. Det positive med fleire ressursar er at det blir fleire helsesjukepleiarar innan kvar delteneste, slik at dei kan vikariere for kvarande og danne eigne arbeidsfellesskap. Ved val av spesialiseringsmodellen er det viktig med system som sikrar god overgang mellom helsestasjon og skulehelseteneste (Aglen & Olsen, 2018).

Leiarane er ganske pragmatiske. Dei vil avvike frå prinsippet om kontinuitet dersom dei meina at det er vektige grunnar for det. Ein viktig grunn er den enkelte helsesjukepleiarens individuelle preferansar for arbeidsmodell. Ein anna grunn for å avvike frå prinsippet er det begrunninga for skulekretsmodellen fell vekk fordi skulane slåast saman og blir store einingar som krev ei eller fleire helsesjukepleiarar i større stillingsandelar (Aglen & Olsen, 2018).

Det kom fram at truleg vil skulekretsmodellen eller ein anna modell der familien møte ein eller to helsesjukepleiarar fram til ungdomsskulealder, gjere at tenesta framstår som samordna og prega av kontinuitet i personkontakt. På den andre sida er kunnskapsgrunnlaget ulikt for helsesjukepleiarane på helsestasjon og i skulehelsetenesta, då utfordringane endrast med barnas alder og antal arena dei ferdast på, blant anna sosiale medier. Det auka behovet for spesialisering av kunnskapsgrunnlaget kan tale for spesialiseringsmodellen (Aglen & Olsen, 2018). Men sjølv om tenestene spesialisrast på denne måten, vil det generelle kunnskapsgrunnlaget om helsefremmande og førebyggjande arbeid vere felles. Kanskje er denne modellen den beste måten å utnytte ressursane på, sjølv om den er meir sårbar. Spesialisering kan gi god ressursutnytting fordi helsesjukepleiarane får meir einsarta problemstillingar å jobbe med, dei får meir erfaring og betre dømmekraft og kan dermed

jobbe meir effektivt. Med betre bemanning blir ein mindre sårbar ved ei eventuell spesialisering, og auka bemanning er i seg sjølv ei drivkraft mot spesialisering og oppdeling av tenestene (Aglen & Olsen, 2018).

Befolkningsretta eller individuelt retta fokus:

Fem studiar beskriv organisering av helsestasjonstenesta etter befolkningsretta eller individuelt retta fokus.

I studia til Aglen & Olsen (2018) framheva nokon av leiarane at helsestasjon- og skulehelsetenesta blir knytta saman gjennom eit felles fokus på det helsefremmande og førebyggjande arbeidet. Og fleira av leiarane er opptatt av at familiare skal oppleve at helsestasjon- og skulehelsetenesta er ei teneste (Aglen & Olsen, 2018), slik forskrifta sei (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Enkelte leiarar meina det er nødvendig å spesielt rettleie nyutdanna helsesjukepleiarar, slik at dei ikkje strekk seg for langt inni behandling og tertiært førebyggjande arbeid. Ved auka bemanning er det viktig å spørje seg sjølv om det er legitimt at ein helsesjukepleiar nyttar sin personlege kompetanse i for eksempel kognitiv terapi for å halde ein bestemt elev på skulen, og at dette terapiforholdet strekk seg over alle åra i ungdomsskulen (Aglen & Olsen, 2018). Leiarar opplev ofte at den enkelte helsesjukepleiar sjølv avgjer kor grensa går mellom befolkningsretta helsefremmande og førebyggjande arbeid og behandling og tertiært førebyggjande arbeid retta mot pasientar.

I artikkelen til Clancy og Svensson (2009) var målet å beskrive og analyse politikarane i viktige posisjonar sitt syn på helsestasjonstenesta i utvalde kommunar. Samtlege politikarar var fornøgde med helsesjukepleiarane sitt arbeid. Dei var opptatt av at helsesjukepleiarane definerer arbeidet sine faglege grenser, bli meir synlege og fremme arbeidet sitt (Anne Clancy & Svensson, 2009). Dei var også positive for å samarbeid med helsesjukepleiarane. Ein politikar hadde sterke syn på korleis helsesjukepleiarar burde prioritere. Han meinte dei burde bruke mindre tid på heimebesøk og primærprofylaktiske tiltak, og meir tid på barnesosiale velferdssaker. Politikarane verkar tydeleg klar over helsesjukepleiarane sitt bidrag til ungdommens helse og sosiale mediar, men tok ofte for gitt rolla hennar på helsestasjonen. Politikarane i studia ser på helsestasjonstenesta som ei lukka teneste. Dette kan kome av at helsesjukepleiarar ofte fokuserer på individuelle saker, i staden for befolkninga (Anne Clancy & Svensson, 2009).

I studia til Dahl (2018) var formålet å undersøkje norske helsesjukepleiarar sine erfaringar med befolkningsbasert arbeid. Intervju med helsesjukepleiarane avslørte at dei brukte mest tid på individuelt nivå. Dei beskriv at det er lite befolkningsretta arbeid. Dette arbeidet blir knapt prioritert, hovudsakleg på grunn av mangel på ressursar og mangel på anerkjennelse av den rolla eit befolkningsretta arbeid gir (Dahl, 2018). Dei snakka om den kontinuerleg endrande rolla dei har. Dei synes det var enklare å jobbe med screening, då det var eit synleg mønster og resultat. No har dei mykje meir ansvar sjølve til å hjelpe barn og unge med psykiske utfordringar, og dette er meir tidskrevjande (Dahl, 2018).

Helsesjukepleiarane bemerkta at dei tilgjengelege ressursane ikkje er tilstrekkelege til å utføre arbeid både på individuelt- og befolkningsnivå. Derfor prioriterte dei individuelle møter med barn på helsestasjon og i skulehelsetenesta. Ein informant beskriv situasjonen ved at dei ikkje tek nok initiativ sjølve til å jobbe målretta for befolkninga fordi dei ikkje har kapasitet til det. Ein anna informant uttrykke at befolkningsarenaen kanskje ikkje er deira ansvar. Andre meina at det er mange andre yrkesgrupper som jobbar førebyggjande for befolkninga, blant anna med innvandrargrupper. Dei meiner helsesjukepleiarar ikkje kan vere på alle arenar, men at dei er viktige bidragsyttere. Men om dei hadde vore fleire stillingar, så kunne dei det (Dahl, 2018).

Nokon helsesjukepleiarar kvar fullt klar over at deira fokus var primær førebygging. Ein helseesjukepleiar fortel at rolla hennar har blitt klarare og klarare, og at ho er fullt klar over kvar ho vil vere og kvar vi skal vere, det vil seie primær førebyggjande arbeid, altså eit befolkningsretta fokus. Leiaren blir her sett på som ein viktig person i prioritering og gjennomføring av befolkningsretta fokus innan helsestasjonstenesta (Dahl, 2018).

Helsesjukepleiarane uttrykte behovet for å ha både generell kunnskap om barnets normale utvikling og spesialisert kunnskap og omfattande klinisk vurdering. Helsesjukepleiarane fokuserte på å gi brukarane moglegheit til å lage sunne livsstilsval. Når helsesjukepleiarane oppdaga problem, henviste nokon brukarane umiddelbart til spesialiserte tenester. Andre helsesjukepleiarar var meir opptatt av å løyse problem på individuell basis og fant det utfordrande å finne tid til å jobbe meir med primær førebygging (Dahl, 2018). Studia indikerer motsetningar mellom helsestasjonstenesta knytta til befolkningsretta fokus og den retninga regjeringa skisserer og rammeplan for helsesjukepleiarutdanning, dette kan bety at helsesjukepleiarane si rolle ikkje er tilstrekkeleg avklart (Dahl, 2018).

I studia til Dahl og Clancy (2015) opplevde mange helsesjukepleiarar at individuelle elevar med spesielle behov var prioritert over befolkningsretta helsefremmande og førebyggjande arbeid. Fokusering på enkelt personar med spesielle behov betydde at tida som eigentleg var

reservert for helsefremmande aktivitetar for alle elevar, ofte blei brukt på bestemte personar som trengte oppmerksmd. Det går også vekk mykje tid ved å delta på møter om elever med spesielle behov (Dahl & Clancy, 2015).

Dei fleste helsesjukepleiarane følte dei hadde ein viktig jobb i å forstå og møte behova til den enkelte tenestebukar. Dei fortel dei ynskja å følgje dei opp sjølve og ikkje berre henvise dei vidare med ein gong. Men dette betyr at ein brukar meir tid på konsultasjonane, noko som kan medføre andre forsinkingar. Dette er ingen enkel balanse, det er eit dilemma. Andre helsesjukepleiarar meinte dei skulle jobbe meir med den sunne befolkninga, men at dei blei opptatt av å hjelpe ungdom, som på grunn av kapasitetsproblem ikkje kunne henvisast til meir spesialiserte tenester (Dahl & Clancy, 2015).

Helsesjukepleiarane er for opptatt av å løyse problem på eit individnivå, og dei opplev at dei manglar spesialkunnskap. Dette samsvarer med nasjonale retningslinjer om at helsesjukepleiarar bør fokusere på helsefremmande og primærførebygging i staden for sekundær og tertiær førebygging, og at dei skal henvise alvorlege problem til spesialiserte tenester (Dahl & Clancy, 2015).

I studia til Dahl, Andrews og Clancy (2014) studerte dei læreplanen for korleis helsesjukepleiarar skal utøve helsefremmande og førebyggande arbeid for å avdekke regjeringa sine underliggande prinsipp. Fokuset i denne studia var den nasjonale utdanningsplanen til helsesjukepleiarar, som det blei gjort ei kritisk diskurs analyse av. Studia visar at læreplanen for helsesjukepleiarar og dei krava som regjeringa stillar til dei er forskjellige i fokus (Dahl, Andrews, et al., 2014). Dette kan gje utfordringar til både utdanning og praksisen til helsesjukepleiarar. Helsesjukepleiarar jobbar både på individ- og befolkningsnivå, men det var lite fokus på befolkningsarbeidet i teksten (Dahl, Andrews, et al., 2014).

4.3.2 Helsesjukepleiaren si rolle

Fem studiar beskriv korleis helsesjukepleiaren si rolle kan påverkast etter organisering av helsestasjonstenesta.

Ein politiker snakka om å gjenoppfinne helsestasjonstenesta, ettersom mykje av arbeidet som blei utført gjekk ubemerka. Den største bekymringa var at foreldre gjekk til helsestasjon og følte dei ikkje fekk noko ut av det (Anne Clancy & Svensson, 2009). Det vart snakka om

utfordringa av å skape grenser for helsesjukepleiarane sitt ansvarsområde blant fleire politikarar. Dei meina det er nødvendig at helsesjukepleiarane prioriterer for å begrense arbeidsbelastninga og etablerer klare grenser for fagleg kompetanse. Samtidig såg dei behovet for overlapping med andre fagfolk (Anne Clancy & Svensson, 2009). Andre meinte at helsesjukepleiarane var kompetente på mange felt, men at dei undervurderte sin kompetanse og ikkje fremma sin faglege kunnskap. Dei veit mykje om utviklinga til barn og kan intuitivt oppdage når ting ikkje er som det burde. Dei veit korleis ein vurderar samspelet mellom foreldre og barn, korleis ein gjer auge- og hørselstestar. Dei har kunnskap om ernæring og screening av utviklinga til barnet. Politikarar meina at viss helsesjukepleiarane kunne fremme sin kunnskap om barns utvikling, så vil dei bli mykje meir brukt. Dei har tankar om at helsesjukepleiarane kanskje kan vere redde for å ikkje vere gode nok (Anne Clancy & Svensson, 2009).

Nokre meina helsejukepleiarane burde bli flinkare til å henvise og signalisere når ting ikkje stemmar. Ofte er helsesjukepleiarane dei første til å oppdage at ting, men deira største utfordring er å gjere noko med det dei ser. Dei har opplevd at helsesjukepleiarar ikkje gjere nokon, og at dette har resultert i at barn har hamna i fosterheimar (Anne Clancy & Svensson, 2009). Ein anna politikar snakka om mangelen på støttande tenester i samfunnet, og skapte vanskelegheit for personar som krevde hjelp og for helsesjukepleiarane om dei måtte henvise dei. Det er ikkje lett å hjelpe folk når dei ikkje aksepterer at dei har problem. Dei var klar over at helsesjukepleiarar blei kritisert for å ikkje henvise tidleg nok eller enkelte tilfeller, men dette kunne kome av mangel på kapasitet, samt manglande tenester. Dei hevda at ei auke i helsesjukepleiararstillingane kunne løyse problemet. Og politikarane erkjente at kommunane ikkje hadde nødvendige tenester tilgjengeleg til å støtte dei på (Anne Clancy & Svensson, 2009).

Politikarane i små kommunar meina at helsesjukepleiarane er synlege, mens i dei større kommunane så måtte helsesjukepleiarane bli meir synlege, utfordre omgivelsane og vise samanhengen dei er ein del av. Politikarane var bekymra for at helsesjukepleiarane var for proaktive og at dei tilbydde ei «grå teneste» som alle er vande til, og at deira perspektiv i folkehelsa er uklart (Anne Clancy & Svensson, 2009). Politikarane snakka om å gjere tenesta meir synleg, og nokon sa samtidig at dei ikkje fremmar for rutinemessige kontrollar på helsestasjonen. Dei følar at helsesjukepleiarane er ei lite krevjande gruppe og at dei aldri har problem med å få dei til å halde budsjettet. Dei la også til at helsesjukepleiarane kunne vere tøffare og fremme si sak om det var nødvendig (Anne Clancy & Svensson, 2009).

Formålet med studia til Dahl og Clancy (2015) var å belyse betydninga av helsesjukepleiarane sin kunnskap og profesjonelle identitet i ein kontinuerlege endring av helsestasjonstenesta. Helsesjukepleiarar følar dei må «vite litt om mykje» og at dei ved hjelp av klinisk vurdering ofte følar dei må børste opp kunnskapen sin (Dahl & Clancy, 2015). Dette kan bety at dei må vite kva dei skal gjere, seie og kvar dei skal henvise. Å bruke klinisk vurdering vil seie å ha kunnskap om kva som er nødvendig i ein gitt situasjon. Fleirtalet blant helsesjukepleiarane fortel om betydninga av ansikt- til- ansikt- møtet med familiane, her får dei tid til å forklare sin situasjon, dele sine tankar om kva som er utfordrande for dei, og dette kan hjelpe. Av og til treng nokon familiar også spesifikke råd (Dahl & Clancy, 2015).

Helsesjukepleiarar fortel om møte med ungdom og foreldre med vanskar, at dei prøvar å fokusere på det positive i kvar enkelt. Og ved at helsesjukepleiar fortel at dei er fantastiske menneske, merkar dei raskt at dette har ein positiv effekt på dei (Dahl & Clancy, 2015).

I yrket som helsesjukepleiar må ein følgje retningslinjer og standardisert kunnskap. I mange situasjonar kan dette vere den riktige rettleiing og råd, mens andre gongar ikkje. Så å følgje retningslinjer synes helsesjukepleiarar ikkje alltid er lett, dei følar dei må utføre sine lovbestemte oppgåver, men at foreldra kunne ha andre forventingar som helsesjukepleiar ikkje kunne innfri på grunn av tidstrykk (Dahl & Clancy, 2015).

Nokre helsesjukepleiarar opplevde at dei manglar riktig kunnskap i situasjonar. Dei opplev av befolkninga kjem med spesielle spørsmål og at dei ikkje alltid klarar å svare på dei. Ofte følar dei at dei må gi eit svar der og då, men generelt godtek befolkninga at dei treng litt tid for å undersøkje svaret (Dahl & Clancy, 2015). Som helsesjukepleiar må ein også ha medisinsk kunnskap, dei må kunne stille relevante spørsmål, men var klar over at dei ikkje skal stille diagnoser. Den medisinske kunnskapen er nødvendig i for eksempel rådgeving om prevensjonsmiddel for å informere unge om trombose og andre medisinske problem (Dahl & Clancy, 2015).

I studia til Clancy (2007) var formålet å sjå på helsesjukepleiarens erfaringar om deira endra rolle. Det kom fram fire funn; samarbeidspartnarar, arbeidsoppgåver, leiarskap og autoritet/status (Anne Clancy, 2007). Tidlegare var legen ein tett samarbeidspartnar for helsesjukepleiarane, men etter nye organisatoriske strukturer og privatisering av legetenesta, er dette samarbeid ikkje lenger like tett i enkelte kommunar. Fleira av helsesjukepleiarane i studia såg på dette «tapet» som eit problem. No har legen mindre tid og moglegheit til samarbeid med helsestasjonstenesta, spesielt i større kommunar. I tillegg til at samarbeid med

legen har endra seg, så har taushetsplikta gjort samarbeidet meir utfordrande. Dette følar dei går utover barna og familien, som då endar opp med å gå frå teneste til teneste for hjelp (Anne Clancy, 2007).

Arbeidsoppgåvene og ansvaret til helsesjukepleiar har endra seg gjennom tida. Dei har både mista og tileigna seg nye oppgåver. Ein helsesjukepleiar i studia meina dei har blitt mindre synlege og at det er meir sannsynleg å bli oversett. Fokusgruppa i studia meina at helsesjukepleiaren følar seg for avhengig av andre yrker og stolar dermed ikkje på sine ferdigheitar, og dette er deira eiga skuld. Helsesjukepleiarane i fokusgruppa fortel dei ikkje har tid til å delta i aktivitetar som promoterer deira profesjonelle status. Og dei tenkjar at ved tap av oppgåver kan dette gjere det lettare for dei å begrense deira omfang og konsentrere seg om sitt arbeid på helsestasjon og i skulehelsetenesta (Anne Clancy, 2007).

Helsesjukepleiarane i fokusgruppa meina det er viktig at det er ein helsesjukepleiar som er deira leiar. Dette er ein viktig person som kan halde dei oppdaterte på helserelaterte utfordringar og halde dei saman som ei gruppe. Dette er spesielt viktig ettersom helsesjukepleiarane har forskjellige arbeidsoppgåver, enten på helsestasjon eller i skulehelsetenesta. Samt ved at ein leiar har anna yrkesbakgrunn, kan dette påverke helsesjukepleiaren sin status, gjere dei mindre synlege og til og med bidra til å undervurdere profesjonen (Anne Clancy, 2007).

Tidlegare var det samarbeid med legen som gjerne gav helsesjukepleiaren status. Alle helsesjukepleiarane i fokusgruppa var ueinige i at dei har mista makt og respekt. Dei følar dei har ei viktig rolle i samfunnet. Deira «open- dør»- politikk gir ein lav terskel for samfunnet å ta kontakt. Dei følar dei fortsatt har status som profesjon, men at det ikkje alltid er lett for dei å promotere og synleggjere kva dei gjer. Dei sa også at respekt nødvendigvis ikkje følgje autoritære stillingar (Anne Clancy, 2007). Dei meina at det som gir status er; å vise at du bryr deg, at du er involvert og at du er kompetent. Då vil folket vite at dei kan stole på deg, og det gir status. Vidare kom det fram dei meina helsesjukepleiaren har valt ein passiv strategi. Det er ikkje lett å synleggjere kva dei gjer, då arbeidsoppgåva om helsefremmande og førebyggjande arbeid ikkje alltid kan vise til resultat. Og det er heller ingen familiar, barn eller ungdom som fortel verda at helsesjukepleiaren har hjelpt dei med deira utfordringar og problem. Dette er gjere noko dei vil gløyme og gå vidare (Anne Clancy, 2007).

I studia til Dahl, Clancy og Andrews (2014) var formålet å belyse helsesjukepleiaren sine opplevingar av å vere i etisk belasta møter og reflektere over korleis desse erfaringane kan

påverke deira faglege identitet. Gjennom studia var det fire tema som blei identifisert; følelse av ansvar, å vere engasjert, føle seg trygg og føle seg utilstrekkeleg. Desse erfaringane var relatert til både arbeid og privatliv og involverte ein følelsesmessig forpliktelse til trivsel for barn, unge og familiar (Dahl, Clancy, & Andrews, 2014). Å føle ansvar handlar om at helsesjukepleiarane følar ei genuin interesse for at brukarane av helsestasjonstenesta skal ha det bra. Helsesjukepleiarane i studia tok ofte med seg «jobben heim». Dette handla om at dei ofte jobba aleine og står i vanskeleg saker, og dette påverka livet deira på ein negativ måte. Å vere engasjert var relatert til situasjonar der dei ser bekymring i relasjonar mellom barn og foreldre. Dei må også «kjempe» for enkelte barn og familiar som verken blir sett eller høyrte. Å føle seg trygg var relatert til å handtere lojalitet i samanheng og takle etiske dilemma. Studia viser at eksterne faktorar som å prioritere bestemte oppgåver, kan bidra til moralske vanskeleg val, for eksempel å avgjere om dei skal vere fleksible og opne eller å halde seg strengt til det vanlege programmet. Helsesjukepleiarane er stolte av arbeidet sitt og dei har høge forventingar til kvaliteten på tenestene sine, men at det ofte manglar ressursar. Nokon følar ei sterk lojalitetskonflikt fordi dei ikkje kan tilby meir. Helsesjukepleiarane må også vere modige, då dei ofte hamnar i utfordrande situasjonar der ofte foreldra sin tillit kunne setjast på spel. Å kunne handtere konflikter blir sett på som nødvendig. Som helsesjukepleiar får oftast tillit frå brukarane, dette gjer at dei følte seg betrudde, verdsette og klar over at dei til tider kunne gjere forskjell i livet til barn, ungdom og foreldre. Å føle seg utilstrekkeleg var relatert til å ikkje oppfylle forventingar og følte seg uviktig. Det handlar om at dei kan hamne i situasjonar der foreldra anklager dei for å ikkje gjere nok for barna deira. Slike situasjonar gjer at helsesjukepleiarane følar seg uviktige då dei ikkje klarar å hjelpe familien, som følgje av at dei kanskje ikkje har ferdigheitane eller at andre tenester heller ikkje klarar å hjelpe (Dahl, Andrews, et al., 2014). Frå resultata i studia kan det antakast at helsepersonell sine erfaringar med å vere i etisk belasta møter er relatert til ansvar, tru og tillit, og forpliktelsen til å engasjere seg i vanskelege situasjonar. Studia indikerer at desse erfaringane kan påverke deira profesjonell identitet på forskjellige måtar. Helsesjukepleiarane i studia står ovanfor etiske dilemma i praksis. Dei må leve opp til dei institusjonelle forventningene og forbli lojale overfor sine brukerne, og opplev vanskelege praksissituasjonar som kan føre til verdifall, slik at helsesjukepleiarane følar seg tilstrekkeleg og til tider utilstrekkeleg. Vidare visar studia at helsesjukepleiarane hadde mot til å handtere verdikonkurransar og vanskelege situasjonar. Dette kan i sin tur verke for å styrke sin faglege identitet. Lukking av underliggende faktorar i fagleg identitet kan bidra til å skape bevisstheit om folkehelsearbeidet og ektheit (Dahl, Clancy, et al., 2014).

I doktoravhandlinga til Clancy (2009) er det fokusert på ulike oppfatningar av helsesjukepleiarens praksis, og den består totalt av fem studiar. Studie 1 fokuserer på endringar i helsesjukepleiartenesta i perioden 1984- 2005. Den visar at helsesjukepleiarane sin oppleving av synlegheit og at respekt er meir viktig for helsesjukepleiarane i studia enn autoritet og status. Studie 2 er basert på intervju av helsesjukepleiarar og korleis helsesjukepleiarar reflekterer over yrket sitt. Den visar at dei fleste er fornøgde med arbeidet sitt, dei erfarer mykje ansvar, og at dei ofte følar seg aleine med bekymringar og utfordringar. Studie 3 handlar om korleis helsesjukepleiarane og brukarane av helsestasjonstenesta opplev konsultasjonane. Den peikar på betydninga av relasjonar. Det var viktig at konsultasjonane var hyggelege for helsesjukepleiarane og brukarane, men ærlegheit og openheit var også vesentleg for gode relasjonar.

Frå artikkelen til Clancy og Svensson (2009) var målet å beskrive og analyse politikarane i viktige posisjonar sitt syn på helsestasjonstenesta i utvalde kommunar. Samtlege politikarar var fornøgde med helsesjukepleiarane sitt arbeid. Dei var opptatt av at helsesjukepleiarane definerer arbeidet sine faglege grenser, bli meir synlege og fremme arbeidet sitt. Ein politikar sa at dei er vande til rolla til helsesjukepleiarane i både helsestasjon og i skulehelsetenesta, og at dei verken forventar meir eller mindre. Politikarane tek ofte rolla til helsesjukepleiaren på helsestasjon for gitt (Anne Clancy & Svensson, 2009).

Helsesjukepleiarar kan betraktast som kunnskapsarbeidarar i teneste for bestemte verdiar. Dei kan betraktast som kunnskapsarbeidarar fordi problemformuleringane, vurderingane og beslutningane dei gjer, skal vere forskingsbasert, erfaringsbasert og tilpassa den aktuelle situasjonen. Helsesjukepleiaren sitt arbeid kan betraktast som verdibasert fordi arbeidet skal tene bestemte verdiar som ligg til grunn for helsefremming og sjukdomsførebygging. Dei fleste kunnskapsarbeidarar har opparbeida eit personleg forhold til kunnskapen sin, den er blitt ein personleg kompetanse som dei vil forsvare og vidareutvikle. Dei vil ikkje utan vidare akseptere å måtte abdisere frå sine faglege prinsipp og ynskje dersom ein leiar beordrar dei til det. Undersøkinga visar at leiarar tilstrebe det å oppfylle personleg jobbutforming i den grad det er mogleg innanfor rammene av drifta (Aglen & Olsen, 2018).

5. Samle, oppsummere og rapportere funna

Etter gjennomgang av dei 8 artiklane gav dette eit bilde av kva som kjenneteiknar dagens organisering av helsestasjonsteneste og korleis dette kan påverke rolla til helsesjukepleiaren.

Eg har valt å summere funna i same måte som i resultatdelen i to delar. Første del i kva utfordringa organiseringsmåten av helsestasjonstenesta skapar, i form av spesialiserings- eller skulekretsmodellen og individuelt retta eller befolkningsretta fokus. Her visar eg ei samla oversikt over funna i form av tabellar. Og andre del i korleis organisering med eit felles fokus kan fremme rolla til helsesjukepleiaren.

I denne delen vil eg altså prøve å svare på del 3 av problemstillinga:

- Kva utfordringar skapar ulike organisasjonsmåtar og korleis fremme rolla til helsesjukepleiaren?

5.1 Utfordringar i organisasjonsmåten

Hovudfunna er at det varierer svært mykje frå kommune til kommune i korleis dei veljar å organisere helsestasjonstenesta i form av spesialiserings- eller skulekretsmodellen. Felles funn er at det ofte blir fokusert mest på det individuelle arbeidet, framfor eit befolkningsretta arbeid.

Å finne ei optimal løysing på organisering av helsestasjonstenesta kan verke som ei umogleg oppgåve, då det er svært mange hensyn, meiningar og ynskje som må takast. Og ettersom Noreg er eit land beståande av mange både store og små kommunar, kan det vere urealistisk å tenkje at ein modell fungerer like bra uansett plass. Felles for dei små kommunane var at dei ikkje spesialiserte tenestene. Grunnen for dette var fordi det ikkje var nok tilsette til at stillinga kunne delast eller at det blei for sårbart ved sjukdom, ferie eller vakanse. Fleire leiarar frå små kommunar ynskja spesialiseringsmodellen og håpte dette kunne skje ved kommunesamanslåing. Dei som motsette seg denne modellen og ynskja skulekretsmodellen, var både frå små og store kommunar, og grunnen til dei ikkje ynskja spesialiseringsmodellen var at dei ynskja at barna og familiane skulle møte den same helsesjukepleiaren på begge arena (Aglen & Olsen, 2018). Felles for fleire kommunar var at det blei brukt ei blanding av modellane, og grunnen til dette var ofte på bakgrunn av den enkelte helsesjukepleiar sitt ynskje. Og også at leiarane vektla kontinuitet i relasjonane til familiane framfor spesialisering.

Dei leiarane som vektla kontinuitet meinte også at helsesjukepleiar bør kunne jobbe på begge arena ettersom dette inngår i utdanninga (Aglén & Olsen, 2018). Dette kan på sikt vere tungt for helsesjukepleiaren, med tanke på å halde seg fagleg oppdatert på to store felt og også belastande å sjonglere mellom to ganske ulike arbeidsfelt. Andre leiarar meinte det motsette, nemleg at helsestasjonstenesta er to ulike arenar for det helsefremmande og førebyggjande arbeidet, og dermed føretrekk spesialiseringsmodellen. Grunnen til dette er fordi dei meina det er viktig å vere tilstade i skulen for å kunne opparbeide ein god relasjon til barna og ungdommen (Aglén & Olsen, 2018).

Det kan verke som små kommunar veljar skulekretsmodellen og større kommunar veljar spesialiseringsmodellen, ettersom den førstnemnte mistar si hensikt når kommunen blir for stor. I dei små kommunane vil helsestasjonstenesta framstå meir samordna og prega av kontinuitet i personkontakt, dersom ein veljar skulekretsmodellen, dette er fordi barna og familien møtar kun ei eller to helsesjukepleiarar. Men den har sine svakheitar ved at det helsesjukepleiar lettare kan skiftast ut og dei kan stå igjen utan andre alternativ. Dessutan er kunnskapsgrunnlaget ulikt for helsesjukepleiarane på helsestasjon og i skulehelsetenesta, då utfordringane endrast med barnas alder og antal arena dei ferdast på, blant anna sosiale medier. På bakgrunn av dette, vil det vere naturleg å gå for ein spesialiseringsmodell. Det auka behovet for spesialisering av kunnskapsgrunnlaget kan tale for spesialiseringsmodellen (Aglén & Olsen, 2018). Men sjølv om tenestene spesialisrast på denne måten, vil det generelle kunnskapsgrunnlaget om helsefremmande og førebyggjande arbeid vere felles. Kanskje er denne modellen den beste måten å utnytte ressursane på, sjølv om den er meir sårbar for mindre kommunar? Spesialisering kan gi god ressursutnytting fordi helsesjukepleiarane får meir einsarta problemstillingar å jobbe med, dei får meir erfaring og betre dømmekraft og kan dermed jobbe meir effektivt. Med betre bemanning blir ein mindre sårbar ved ei eventuell spesialisering, og auka bemanning er i seg sjølv ei drivkraft mot spesialisering og oppdeling av tenestene (Aglén & Olsen, 2018). For dei større kommunane vil dette vere eit meir naturleg førsteval. Det positive med å velje spesialiseringsmodellen er at den utnyttar helsesjukepleiaren betre, ettersom dei får meir einsarta problemstillingar å jobbe med, dette gir ei betre dømmekraft, dei blir tryggare på seg sjølv i situasjonane og kan dermed jobbe meir effektivt (Aglén & Olsen, 2018). Dei siste åra har det også blitt satsa mykje på helsestasjonstenesta og oppretta svært mange prosjektstillingar, dette har gjort at bemanninga har blitt vesentleg betre og dette vil kom drive mot ei meir spesialisert teneste. Ei anna utfordring, som var felles for både små og store kommunar, var at det blei organisert

etter ynskje til kvar enkelt helsesjukepleiar (Aglen & Olsen, 2018). Dette er vel så flott, men tenkjar absolutt dette ikkje er riktig løysing. Tenkjar det er mest hensiktsmessig for heile helsestasjonstenesta at den blir organisert utifrå eit felles fokus, og ikkje kva etter kvar enkelt helsesjukepleiar meina eller ynskja.

Sjølv om det kan framstå som at helsestasjonstenesta er på veg mot ei meir spesialisert teneste, er det fortsatt mange utfordringar med tanke på blant anna ulik størrelse på kommunar og helsestasjonstenesta. Det neste spørsmålet innan organisering av helsestasjonstenesta er korleis fokuset bør vere. Dette visar seg også å variere frå plass til plass. For at helsestasjonstenesta og yrket skal bli meir synleg og forstått, tenkjar eg det er viktig at fokuset er retta mot det same, slik at tenesta blir sett på som mest mogleg lik i arbeidsoppgåver. Dette er viktig for å framstå meir profesjonelle, slik at rolla vår også blir mindre diffus. Eit felles fokus tenkjar eg er viktig for å synleggjere yrket vårt og kva det inneber. Då dette er eit av hovudfunna (Anne Clancy & Svensson, 2009), at tenesta blir sett på som delt og rolla vår som usynleg og det er lite forventa av oss, er det ekstra viktig at den blir sett på som samla/ lik og at ein veit si rolle. Dette kan også gjere det lettare for helsesjukepleiar å vite si rolle og sine arbeidsoppgåver.

Sjølv jobbar eg i ein mindre kommune og opplev at det er det individuelle fokuset som blir prioritert. Eg ser helsesjukepleiarane er for opptatt av å løyse problem på eit individnivå, og dei opplev at dei manglar spesialkunnskap. Dette samsvarer ikkje med nasjonale retningslinjer om at helsesjukepleiarar bør fokusere på helsefremmande og primærførebygging i staden for sekundær og tertiær førebygging, og at dei skal henvise alvorlege problem til spesialiserte tenester (Dahl & Clancy, 2015). Kva er det som gjer at fleire helsesjukepleiarar kan oppleve det utfordrande å henvise brukarane tidlegare? Kan det kome av fokuset frå grunnutdanning i sjukepleie, der det patogene fokuset dominerer?

Eit av funna i artiklane var at ein ynskja at helsestasjonstenesta skal framstå som ei samla teneste (Aglen & Olsen, 2018). Dette kan verke vanskeleg når tenesta blir beskreve som to ulike arena , altså helsestasjons- og skulehelsetenesta. Desto viktigare er det at fokuset er felles, og enkelte leiarar meina dette blir knytt saman av det helsefremmande og førebyggande arbeidet (Aglen & Olsen, 2018). Dette arbeidet er stort og det kan verke utfordrande for kvar enkelt helsesjukepleiar å vite kva ein skal fokusere på, spesielt med tanke på bakgrunn frå sjukepleiarutdanning der fokuset er individuelt og retta mot det sjuke mennesket. Men i følgje læreplan for helsesjukepleiarutdanning, så skal vi utøve ei teneste med utgangspunkt i befolkninga sitt behov (Rammeplan, 2005). Det står også i retningslinjene for helsestasjons-

og skulehelsetenesta at tilnærminga skal vere både individuelt- og befolkningsretta, men at vi skal fange opp tidlegast mogleg og henwise vidare (Helsedirektoratet, 2017 (07.02.2019)). Dette tolkar eg som at vi skal fokusere mindre på det individuelle, ved at vi ikkje skal starte noko behandling. Eg ser og veit at dette i praksis ikkje blir følgt, dette bekreftar også studiane til Clancy & Svensson (2009) og Dahl & Clancy (2015). Det meste av tida, spesielt i skulehelsetenesta, blir brukt i samtale og behandling av enkelte elevar. Å fokusere på det individuelle er meir tidskrevjande (Dahl, 2018), og då er det lite eller ingen tid igjen til befolkningsretta arbeid. Tanken frå helsesjukepleiarane er nok kun god, men dette inneber at svært mange andre barn kanskje forblir uoppdaga og problema blir forverra. Dette kan også bidra til at rolla vår blir meir usynleg og den blir ofte tatt for gitt (Anne Clancy & Svensson, 2009). Ved å fokusere meir befolkningsretta vil mogleg yrket vår også bli meir synleg, både i form av å inkludere fleire tenester i form av henvisningar og ved ei generell betring i befolkninga sin helsestatus på sikt. At det befolkningsretta arbeidet blir knapt prioritert, kjem av mangel på ressursar og anerkjensle av rolla dette arbeidet gir. Det auka ansvaret yrket har fått til å hjelpe barn og unge med psykiske utfordringar, krev svært mykje tid (Dahl, 2018). Helsesjukepleiarane i studia til Dahl (2018) fortel der ikkje er nok ressursar til både å arbeide individuelt- og befolkningsretta, derfor prioriterer dei det førstnemnte. Grunnane til dette var ulike, både i form av prioriteringar og ressursar, men nokon meinte det ikkje var deira ansvar. Kanskje kjem dette av at det individuelle arbeide ert eit meir nærliggande arbeid med tanke på vårt tidlegare patogene syn frå grunnutdanning i sjukepleie? Dei fleste helsesjukepleiarane følar dei hadde ein viktig jobb i å forstå og møte behova til den enkelte brukar, dei ynskja å følgje opp sjølv og ikkje berre henwise vidare med ein gong (Dahl & Clancy, 2015).

Fleire helsesjukepleiarar i studia påpeikar at leiaren for helsestasjonstenesta er ein viktig person i prioritering og gjennomføring av det befolkningsretta fokuset (Dahl, 2018). Det er ikkje lett for verken leiar av helsestasjonstenesta eller helsesjukepleiarane å vite kva ein skal fokusere på når både læreplan og krava frå regjeringa er forskjellige i fokus (Dahl, Andrews, et al., 2014). Dette vil naturleg gi utfordringar for praksisen. Studia til Dahl (2018) bekreftar også at det er motsetningar knytt til det befolkningsretta fokuset frå den retninga regjeringa skisserer og rammeplan for helsesjukepleiarutdanning, og at dette gir oss ei uklar rolle i våre arbeidsoppgåver.

Det kan vere lurt å reflektere litt over kva det inneber å velje ein modell, vil ei spesialisering innebere auking av tenester retta inn mot behandling og tertiært førebyggjande arbeid, eller inneber spesialisering ei auka innretting mot befolkningsretta helsefremmande og

førebyggjande arbeid (Aglen & Olsen, 2018) Eg er sjølv ganske fersk i utdanninga som helsesjukepleiar og det er store mengder med fagstoff og krav til kompetanse ein skal tilegne seg i løpet av eitt års vidareutdanning. Bør utdanninga gjerast om og bør det bli moglegheit for spesialisering i utdanningsløpet til helsesjukepleiar? Erfaringar sei at studentane allereie følar seg overvelda av mengda fagstoff og krav til kompetanse i møte med yrket. Dei meina det er altfor mykje for eitt års vidareutdanning. Samt erfarer ein at praksisrettleiarar etterspør lengre praksisperiodar, der studentane får anledning til å erfare meistring og moglegheit for innsikt i dei enkelte deltenestenes utfordringar. Samtidig går utdanninga i retning av ei akademisering, samtidig aukar omfanget av den forskingsbaserte kunnskapen innan alle deltemaene i utdanninga som ein konsekvens av generelt auka forskingsaktivitet og utvikling av forskingsbasert kunnskap, som anbefalast tatt inni utdanninga. Ei slik utdanning og yrke kan nok følast som ein livslang læringsprosess, der utdanninga først og fremst gir dei ein «startpakke» med den mest nødvendige kunnskapen (Aglen & Olsen, 2018). Det forventast nok meir av studentane no, ettersom yrket har vore prega av store forandringar gjennom tida. I lys av dette kanskje er det forståeleg at nyutdanna helsesjukepleiarar kan ha behov for å fordjupe seg i enten helsestasjonsarbeid eller skulehelsetenesta i dei første åra etter utdanninga? Kanskje kan det opne opp for spesialisering gjennom at studentar skriv masteroppgåve om enten helsestasjon eller skulehelseteneste, dermed får dei ein spisskompetanse (Aglen & Olsen, 2018).

	Utfordringar	Sterke sider
Spesialisierungsmodellen	Ofte ei blanding av modellane, grunn ynskje frå tilsette. Aukande behov for spesialisert kunnskap. Leiarar ynskja spesialisering.	Større kommunar veljar denne modellen ofte. God ressursutnytting. Aukande behov for spesialisert kunnskap. Opparbeide gode relasjonar til barn/ familie. Fleire tilsette.
Skulekretsmodellen	Ofte ei blanding av modellane, grunna ynskje frå tilsette.	Små kommunar veljar denne modellen ofte.

	Stort fagområde, vanskeleg å halde seg fagleg oppdatert. Helsesjukepleiar kan lettare byttast ut.	Barn og familie følg same helsesjukepleiar. Kontinuitet. God relasjon til barn/familie.
--	--	---

Tabell 2: Samletabell over funn.

	Utfordringar med fokuset	Sterke sider med fokuset
Befolkningsretta	Blir ikkje prioritert. Mangel på ressursar/ kapasitet. Mangel på anerkjennelse av den rolla dette arbeidet gir. Ikkje lett å sjå resultat på kort sikt. Kontinuerleg endrande rolle. Følar dette ikkje er deira arena.	Meir synleg arbeid utad. Samarbeid med andre yrkesgrupper. Hjelp fleire samtidig. Leiar har ei viktig rolle.
Individuelt retta	Går ofte inn i ei behandlande rolle og tertiært forebyggjande arbeid. Kan bli eit terapiforhold. Manglar spesialkunnskap. Benyttar ofte personleg kompetanse. Den enkelte helsesjukepleiar som avgjer kvar grensa går mellom førebygging og behandling. Usynleg arbeid. Ei lukka teneste. Meir ansvar og utfordringar med psykisk helse. Meir tidskrevjande. Barn med spesielle behov.	Lettare å jobbe med screening arbeid. Forstå, møte behov og følgje opp den enkelte.

Tabell 3: Oversikt over utfordringar og sterke sider med fokuset i helsestasjonstenesta.

5.2 Fremme rolla til helsesjukepleiaren

Hovudfunna frå organisering av helsestasjonstenesta visar å påverke rolla til helsesjukepleiaren på ein litt uheldig måte. Det kom fram gjennom artiklane nokre felles hovudfunn. Det var at helsesjukepleiar har ei lite synleg rolle, kunnskapsnivået (må kunne mykje, samt undervurderer seg sjølv), er usikre på sin identitet/ arbeidsoppgåver og står aleine med mykje ansvar.

Informantane i studia til Clancy & Svensson (2009), som var politikarar, såg på tenesta som lukka og tok ofte rolla til helsesjukepleiarane for gitt, dette kan kome av at det ofte blir fokusert på individuelle saker, som er mindre synlege, i staden for befolkninga. Ei bekymring frå politikarane her var at familiar som gjekk til helsestasjonen ikkje fekk noko ut av det. Personleg opplev eg tenesta som samfunnet assosiera med noko positivt og opplev dei fleste har glede i kontakt med tenesta. Dette kjem nok av den relasjonen og tilliten helsesjukepleiar har med familien. Nokon politikarar meinte det var viktig at helsesjukepleiarane skapar grenser for sitt ansvarsområde (Anne Clancy & Svensson, 2009). Dette er viktig for å fremme kva arbeidsoppgåver er, for å begrense arbeidsbelastninga og etablere klare grenser for fagleg kompetanse. Det er viktig at helsesjukepleiarane fremmar sin faglege kunnskap om barn og unge si utvikling, då dei er kompetente på mange felt. Det er mogleg helsesjukepleiarane undervurderar sin kompetanse eller er redde for at dei ikkje skal vere gode nok (Anne Clancy & Svensson, 2009). Kva dette kjem av kan vere mange grunnar til, men igjen tenkjar eg det kan kome av det tidlegare patogene synet og arbeidsmåten som ein sjukepleiar har. Der var det alltid ein overordna lege som tek avgjersla om pasienten, mens no har ein som helsesjukepleiar meir ansvar og må sjølv ta avgjersla om ein skal henvise eller ikkje. Som studia til Clancy & Svensson (2009) kom fram til så kan helsesjukepleiaren vere redd for å ikkje vere gode nok, derav kan det vere at mange ikkje henvisar fordi dei er redd for «avslag» i saka og dermed kan føle seg mislykka. Derfor veljar nok mange helsesjukepleiarar å jobbe med dei individuelle sakene sjølv, då dei gjerne ynskja å levere kvalitet i sitt arbeid. Her kan det diskuterast om kva som er kvalitet; det å oppdage og henvise vidare eller prøve å løyse utfordringa sjølv. Helsesjukepleiar er flinke til å oppdage ting tidleg, men har utfordringar med å gjere noko med det og burde bli flinkare til å henvise og signalisere når ting ikkje er slik det burde (Anne Clancy & Svensson, 2009). Men det er ikkje alltid lett for helsesjukepleiar å vite kvar ein skal henvise til, då det er mangel på tenester og ressursar ved enkelte stader (Dahl & Clancy, 2015). Det positive med å henvise vidare, blir det også synleggjort meir vår viktige tidlege rolle i å avdekke ugreie forhold og problem blant barn,

unge og familiar. Å gjere rolla til helsesjukepleiaren meir synleg er kanskje ikkje ei lett oppgåve, då dei arbeidsoppgåvene dei har ikkje alltid kan vise til resultat. Som det kom fram i studia til Clancy (2007), så er det ingen barn, unge eller familiar som ynskja at omverden skal vite at dei har utfordringar og får hjelp til dette. Dette er noko dei fleste vil gløyme og gå vidare frå. Så ved at helsesjukepleiar fokuserer sitt arbeid på det individuelle arbeidet og utan å henvise vidare, bidreg nok dette til at rolla og arbeidet vårt blir mindre synleg. Det er viktig at helsesjukepleiar blir meir synleg i sitt arbeid, utfordre omgivelsane og vise kva dei er ein del av. Det blei hevda at dei er meir synleg i små kommunar, enn i større (Anne Clancy & Svensson, 2009). Dette kan kome av at det er meir naturleg å vite kven folk er når plassen er mindre.

Det kan vere forståeleg at helsesjukepleiaren er usikker i si rolle, identitet eller arbeidsoppgåver, når helsestasjonstenesta har vore gjennom ei kontinuerleg endring. For at helsesjukepleiarane skal få ei tydelegare rolle, kjem det fram at det er viktig at dei har ein leiar med same yrkesbakgrunn. Denne personen har ein viktig posisjon til å halde dei fagleg oppdaterte og samla som gruppe. Dette er viktig for å få ei synlegare rolle og forsterke profesjonen (Anne Clancy, 2007). Det er viktig at leiar er tydeleg på kva fokuset til helsestasjonstenesta er, om det er individuelt eller befolkningsretta, slik at kvar enkelt helsesjukepleiar er sikker på sine arbeidsoppgåver. Dette vil nok hindre at dei går utanfor sine faglege grenser. Ved å fokusere på eit helsefremmande og førebyggjande befolkningsretta arbeid, dette vil gjere at helsesjukepleiar får fleire å spele på. Funn visar at mange følar seg aleine og at det er mykje tunge arbeidsoppgåver. Ved eit individuelt fokus er det lett å bli «behandlarar» og dermed bruke personleg kunnskap. Ein helsesjukepleiar bør ikkje vere ein behandlar og bruke personleg kunnskap, då denne kunnskapen ofte ikkje er kunnskapsbasert. Dessutan krev individuelle saker meir, dei vil ofte hamne utanfor ein helsesjukepleiar sitt og dermed naturleg gjere arbeidskvardagen meir krevjande. Her er nok utfordringa at enkelte helsesjukepleiarar ynskja å hjelpe der og då, ofte på grunn av gode relasjonar til familiare og at ein veit at ved henvisingar vil det ta tid før hjelpa trer i kraft. Men igjen bør ein helsesjukepleiar reflektere over sine ferdigheitar og kunne jobbe etisk forsvarleg (Rammeplan, 2005). Tross dette har mange helsesjukepleiarar opparbeida seg eit personleg forhold til kunnskapen sin, den er blitt ein personleg kompetanse som dei vil forsvare og vidareutvikle, og vil nok ikkje utan vidare akseptere å måtte abdisere frå sine faglege prinsipp. Dessutan visar funna at leiarar tilstrebe å oppfylle personleg jobbutforming i den grad det er mogleg innanfor rammene av drifta (Aglen & Olsen, 2018). At mange helsesjukepleiarar er

bestemte på å gjere arbeidet på ein personleg måte, stride i mot funna om at dei undervurderer sitt kunnskapsnivå (Clancy & Svensson, 2009), men blir bekrefta av rammeplanen (2005) at helsesjukepleiar skal vidareutvikle sin personlege og faglege kompetanse.

6. Avslutning/ konklusjon

I denne oppgåva har eg kartlagt og analysert den norske forskingslitteraturen som omhandlar ulike organiseringsmåtar av helsestasjonstenesta, det vil seie kva modell som kjenneteiknar helsestasjonstenesta, spesialiserings- eller skulekretsmodellen, og om det er eit individuelt- eller befolkningsretta fokus. Og korleis dette påverkar rolla til helsesjukepleiaren. Vidare har eg samla funna og drøfta dei saman i lys av teori og eigne erfaringar frå praksis.

Det som kjenneteiknar organisering av helsestasjonstenesta er i hovudsak at den blir organisert svært ulikt frå kommune til kommune, gjerne avhengig av om kommunen er liten eller stor. Litteraturgjennomgangen visar lite forskning på modellar for organisering i helsestasjonstenesta, men at det som kjenneteiknar helsestasjonstenesta er at det ofte blir fokusert på det individuelle arbeidet framfor befolkningsretta arbeid, og at dette gir ei uklår rolle for helsesjukepleiar. Det er viktig for framtida av yrket å vere meir bevisst og samkøyrt på organiseringsmåten, både i form av korleis ein delar helsestasjonstenesta, men kanskje aller mest at helsesjukepleiarane har eit felles fokus, nemleg eit befolkningsretta fokus. At helsesjukepleiarane har eit felles fokus tenkjar eg vil bidra til å fremma rolla, både identiteten og kvaliteten i utøving av yrket vårt. Det vil då bli tydelegare kva våre arbeidsoppgåver og lettare for oss å vite kva som er innafor våre arbeidsoppgåve og når vi skal henvise vidare.

Eg sit igjen med mykje nyttig kunnskap eg kjem til å ta med meg inni yrket og framtida, og kjem til å jobbe aktivt for ei meir samkøyrt helsestasjonsteneste.

Gjennom oppgåva og ved fullført oppgåve, er det litt utfordrande å ikkje sitje igjen med ei meining om kva eg tenkjar er ein betre måte å organisere helsestasjonstenesta på. Eg ser at å velje ein modell er utfordrande med tanke på ulike størrelsar og ressursar i kommunane i Noreg, men eg tenkjar likevel at fokuset bør vere felles, og då gjerne eit befolkningsretta fokus. Eg trur dette vil bidra til å avklare rolla og at det blir lettare for kvar enkelt helsesjukepleiar på sikt å vite kva sine arbeidsoppgåver er og kvar grensa for dette går.

Vidare forskning bør gjerast på organisasjonsmåten i form av best egna modell, samt å fremme eit felles fokus for helsestasjonstenesta slik at rolla til helsesjukepleiar blir tydelegare.

7. Litteraturliste

- Aglen, B. S., & Olsen, M. K. J. S. (2018). Spesialiserings- eller skolekretsmodellen: Hvordan bør helsesøstertjenestene organiseres? , *106*(70908), 70908.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arksey, H., & O'Malley, L. J. I. j. o. s. r. m. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *8*(1), 19-32.
- Clancy, A. (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*, *54*(2), 197-203. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00519.x
- Clancy, A. (2009). Perceptions of public health nursing practice On borders and boundaries, visibility and voice. In: Nordic School of Public Health NHV Göteborg, Sweden.
- Clancy, A., & Svensson, T. (2009). Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway. In (pp. 412-420).
- Dahl, B. M. (2018). Challenges and demands in the population-based work of public health nurses. *Scandinavian Journal of Public Health*, *46*(20_suppl), 53-58. doi:10.1177/1403494817743897
- Dahl, B. M., Andrews, T., & Clancy, A. (2014). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, *42*(1), 32-37. doi:10.1177/1403494813502585
- Dahl, B. M., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *29*(4), 679-687. doi:10.1111/scs.12196
- Dahl, B. M., Clancy, A., & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*(3), 600-608. doi:10.1111/scs.12089
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten : fra menighetspsykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2, LOV-1994-08-05-55-§3-8). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-10-19-1584>
- Helsedirektoratet. (2017 (07.02.2019)). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Larsen, A. (2017). *En enklere metode : Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Nylenna, M. (2014). *Helsetjenesten i Norge : et overblikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rammeplan. (2005). Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning av 01.12. 2005. In: Utdannings- og forskningsdepartementet Oslo.

Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm.

Vedlegg nr. 1 om oversikt søkeshistorikk:

Database	Søkjeord	Antall treff	Begrensingar	Antall treff	Mogleg relevante artiklar	Tittel på relevante artiklar
Cinahl Complete	(MH "Community Health Nursing+") OR "public health nursing or community health nursing" AND "norway or norwegian" OR (MH "Norway")	114	Peer Reviewed Research article	96	15	<p>How public health nurses use sources of knowlegde. Weum, Maren; Bragstad, Line Kildal; Glavin, Kari, 2018.</p> <p>Nursing competence in the municipal health service: can professional development be accommodated? Kyrkjebø, Dagrun; Søvde, Bente Egge; Råholm, Maj-Britt, 2017.</p> <p>Norwegian general practitioners` collaboration with municipal care providers- a qualitative study of stuctural conditions. Steinhaus, Sissel; Paulsen, Bård; Melby, Line, 2017.</p> <p>Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. Dahl, Berit Misund; Crawford, Paul, 2018.</p> <p>Meaning of knowlegde and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses` narratives. Dahl, Berit Misund; Clancy, Anne, 2015.</p> <p>The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study.</p>

					<p>Dahl, Berit Misund; Clancy, Anne; Andrews, Therese, 2014.</p> <p>Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. Clancy, Anne; Gressnes, Thomas; Svensson, Tommy, 2013.</p> <p>Dispensing emotions: Norwegian community nurses`handling of diversity in a changing organizational context. Debesay, Jonas; Harsløf, Ivan; Rechel, Bernd; Vike, Halvard, 2014.</p> <p>A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States. Glavin Kari; Schaffer, Majorie A.; Halvorsrud, Liv; Kvarme, Lisbeth Gravdal, 2014.</p> <p>Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: a critical discourse analysis. Dahl, Berit Misund; Andrews, Therese; Clancy, Anne, 2014.</p> <p>Improving public health nursing: an example of community-based research in Norway. Willumsen, Elisabeth; Alstweit, Marit, 2012.</p> <p>Perceptions of public health nursing practice by municipal health officials in Norway. Clancy, A; Svensson, T, 2009.</p> <p>A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. Clancy A., 2007.</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>The experience of collaboration: a comparison of health visitin in Scotland and Norway. Ellefsen B, 2002.</p> <p>Influence and leadership in community-based nursing in Norway. Ellefsen B, 1998.</p>
OVID (Medline)	<p>public health nurse.mp. or exp Nurses, Public Health/</p> <p>AND</p> <p>organizational .mp. or exp Decision Making, Organizational/</p> <p>AND</p> <p>norway.mp. or exp Norway/</p>	1	Peer Reviewed Research article	1	1	<p>A profession under treat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. Clancy A., 2007.</p>
OVID (Medline)	<p>public health nurse.mp. or exp Nurses, Public Health/</p> <p>AND</p> <p>norway.mp. or exp Norway/</p>	23	Peer Reviewed Research article	?	4	<p>Challenges and demands in the population- based work of public health nurses. Dahl BM., 2018.</p> <p>A comparison of the cornesstones of public health nursing in Norway an in the United States. Glavin Kari; Schaffer, Majorie A.; Halvorsrud, Liv; Kvarme, Lisbeth Gravdal, 2014.</p> <p>Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: a critical doscourse analysis. Dahl, Berit Misund; Andrews, Therese; Clancy, Anne, 2014.</p> <p>A profession under treat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. Clancy A., 2007.</p>

Oria			Peer Reviewed Research article		1	Self-assessed competence among nurses working in municipal health-care services in Norway Gro Hovland, Dagrun Kyrkjebø, John Roger Andersen, Maj-Britt Råholm
------	--	--	-----------------------------------	--	---	--

Øvrige artiklar, fått av rettleiar:

- The ideas and implementation of public health policies: the norwegian case. Av: Charlotte Kiland, Gro Kvåle og Dag Olaf Torjesen
- Perceptions of public health nursing practice: on borders and boundaries, visibility and voice. Av: Anne Clancy

Vedlegg nr. 2 om inkluderte artiklar:

	Artikkel 1	Artikkel 2
Forfatternamn, publikasjonsår, tittel	Meaning of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. Dahl, Berit Misund; Clancy, Anne, 2015.	The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. Dahl, Berit Misund; Clancy, Anne; Andrews, Therese, 2014.
Studiets faglige utgangspunkt	Et skiftende helsesystem påvirker sykepleiers faglige identitet. Folkehelsepleie har hatt utfordringer i å balansere den paternalistiske ekspert ideologien og empowerment deltakelse ideologi. En sterk profesjonell identitet kan legitim sykepleie, og muligens påvirke kvaliteten på sykepleie. Narrations fra praksis kan belyse sykepleiernes teoretiske og praktiske kunnskaper og bidra til å illustrere sin kollektive faglige identitet.	I helsesektoren i dag fokuserer nye helsereformer på markedsverdier og krav til effektivitet i helsepersonellens faglige praksis. Norsk folkehelsepersonell arbeider hovedsakelig med friske befolkninger, men barna, familier og unge de møtes, kan være i sårbare og like avhengige situasjoner. Strategier for å takle etisk utfordrende møter kan være viktige for yrkets identitet.
Formål	Å belyse betydningen av helsepersonellskunnskap og profesjonell identitet i en kontinuerlig endring i folkehelsepersonellpraksis.	Målet med studien var å belyse helsepersonellers opplevelser av å være i etisk belastede møter og å reflektere over hvordan disse erfaringene kan påvirke deres faglige identitet.
Forskingsspørsmål		
Nøkkelbegrep og emneord	Knowledge, Norway, phenomenological hermeneutics, professional identity, public health nursing.	Norway, phenomenological hermeneutics, professional identity, public health nursing, values.

Design	Denne studien har en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, inspirert av Ricoeur (29) og tilpasset som forskningsmetode innen helsevesenet av Lindseth og Norberg (30). Metoden fokuserer på å avsløre in-depth kunnskap, og det ble funnet hensiktsmessig å belyse arten av kunnskap og levede opplevelser av PHNs.	
Metode	En kvalitativ intervjuundersøkelse med et målrettet utvalg av 23 norske folkehelsepersonell ble gjennomført. Data ble analysert ved hjelp av fenomenologisk hermeneutikk, en beskrivende metode inspirert av Ricoeurs fortolkningsfilosofi.	En hensiktsmessig utvalg av 23 norske helsepersonell med erfaring fra 0,5 til 25 år forteller om deres arbeidsrelaterte erfaringer. Intervjuene ble tolket med en fenomenologisk hermeneutisk metode inspirert av Paul Ricoeurs filosofi.
Resultat	Tre temaer dukket opp (i) Å være en generalist: understreke behovet for generell kunnskap og bruk av klinisk vurdering, (ii) Å være en som tillater: fokusere på ressurser og håndteringsstrategier, (iii) Å være opptatt av individuell problemløsning: fokusere på enkeltpersoner med spesielle behov, bruk av standardiserte teknikker og protokoller og mangler spesialisert kunnskap.	Fire temaer ble identifisert: Følelse av ansvar, å være engasjert, føler seg trygg og føler seg utilstrekkelig. Disse erfaringene var relatert til både arbeid og privatliv og involvert en følelsesmessig forpliktelse til trivsel for barn, unge og familier.
Konklusjon	Tolkningen av sykepleiernes historier belyste behovet for generell bevisbasert kunnskap, men også betydningen av å bruke en forsvarlig klinisk vurdering i en mangfoldig kompleks praksis, hvor tjenestebrukere trenger	På grunnlag av fiendene kan det anslås at PHNs er forpliktet til sitt arbeid, og forsvar av barns rettigheter er en sterk drivkraft. Ansvar for brukerne er en avgjørende faktor som kan overskygge

	oppmuntring, støtte og ekspertrådgivning.	institusjonelle krav. Det virker som om verdiskonflikter mobiliserer mod som er viktig for å opprettholde moralsk styrke. Dette er igjen viktig for en sterk faglig identitet og kan ha positive konsekvenser for kvaliteten på helsepersonellarbeidet.
Relevans for praksis	<p>Folkehelsepersonellens fortellinger belyser at tjenestebrukere setter pris på råd fra en sakkyndig sykepleier, men de setter også pris på dialog og møter en sykepleier som styrker.</p> <p>Når man bruker klinisk vurdering, kan det gjøres lydvirkende valg, men PHN-ene kan utfordres av tidstrykk og bruk av standardiserte teknikker og protokoller.</p> <p>Helsesykepleiere er tydelige om deres støttende rolle, men trenger sterkere helsefremmende og primære forebyggingsfokus.</p> <p>Belyse kompleksiteten og mangfoldet av PHNs rolle for deres målgruppe, kan bygge en sterk 'spesialisert generalist' folkehelsepersonellidentitet.</p>	
Nye spørsmål og forslag om videre forskning		

	Artikkel 3	Artikkel 4
Forfatternamn, publikasjonsår, tittel	Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: a critical discourse analysis. Dahl, Berit Misund; Andrews, Therese; Clancy, Anne, 2014.	Perceptions of public health nursing practice by municipal health officials in Norway. Clancy, A; Svensson, T, 2009.
Studiets faglige utgangspunkt		
Formål	Helsevesenet er under konstant forandring og skaper nye og krevende oppgaver for folkesykdomssykepleiere. Læreplanen for helsepersonell er regulert av regjeringsdirektiv som bestemmer utdanningens struktur og innhold. Dette papiret analyserer manifest og latent diskurser i læreplanen for å avdekke underliggende regjeringens prinsipper for hvordan folkehelse sykepleiere skal fremme helse og forebygge sykdommer.	Målet med denne studien var å beskrive og analysere kommune beslutningstakers syn på folkehelsepleie og reflektere over og diskutere relevansen av disse synspunktene til fremtiden for folkehelsepleie i Norge.
Forskingsspørsmål		
Nøkkelbegrep og emneord	Critical discourse analysis, curriculum, disease prevention, health promotion, Norway, public health nurse.	Interdisciplinary collaboration, municipal health officials, norway, nurse visibility, public health nursing.
Design		Denne eksplorative kvalitative studien ved hjelp av ansikts-til-ansikt intervjuer er en del av et større prosjekt, bestående av 5 studier som

		utforsker oppfatninger av folkehelsepleie.
Metode	En kritisk diskursanalyse av den norske folkehelseplanen ble gjennomført.	Et målrettet utvalg av 11 kommunale beslutningstakere ble valgt for intervju i løpet av 2006-2007 for å gjenspeile variasjon i fellesskapets størrelse og perspektiv.
Resultat	Studien indikerer i) 'en konkurrerende biomedisinsk og sosialvitenskapelig kunnskapsdiskurs', med biomedisinsk kunnskap som dominerer innholdet i læreplanen; ii) "en paternalistisk meta-diskurs", med henvisning til en underliggende paternalistisk ideologi til tross for et klart fokus på brukerens deltakelse; og iii) 'hegemonisk individuell diskurs'. Selv om læreplanen fastslår at folkehelse sykepleiere skal jobbe både på individ og samfunnsnivå, er det svært lite populasjonsfokus i teksten.	Tematisk innholdsanalyse av de transkriberte intervjuene avslørte 4 innholdskategorier: bidrag, samarbeid, utfordringer og synlighet. Beslutningstakerne uttrykte tilfredsstillelse med helsevesenet, viste bekymring for manglende synlighet og klare grenser, og noen uttrykte irritasjon over manglende samarbeid. Intervjuerne utarbeidet sine erfaringer som helsepersonellens medarbeidere, ledere, samarbeidspartnere og tjenestebrukere.
Konklusjon	Nylige politiske dokumenter om helsepersonell fokuserer mer på helsefremmende arbeid, men dette er ikke tilstrekkelig eksplisitt i læreplanen. Mangelen på vekt på sosial vitenskapelig kunnskap, og uklart empowerment og befolkningsperspektivet i læreplanen, kan føre til mindre vekt på	Respondentene anerkjente folkehelsepersonellens bidrag til folkehelsen, men de mangler tilstrekkelig kunnskap om innholdet og pleier å ta tjenester på lokale helseklinikker for gitt. Dialogen mellom sykepleiere og beslutningstakere

	helsefremmende arbeid i folkehelsepersonelloplæring og praksis. Læreplanen bør revideres for å møte de forventede regjeringens forventninger.	er nødvendig for å sikre oppdatert evaluering og videreutvikling av helsevesenet.
Relevans for praksis		
Nye spørsmål og forslag om videre forskning		

	Artikkel 5	Artikkel 6
Forfatternamn, publikasjonsår, tittel	A profession under treat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. Clancy A., 2007.	Challenges and demands in the population- based work of public health nurses. Dahl BM., 2018.
Studiets faglege utgangspunkt		
Formål	Studiens intensjoner er utforskende. Det ser på hvordan sykepleierne opplever sin skiftende rolle.	Offentlige programmer og Helsedirektoratet gir folkehelsepersonell i Norge en eksplisitt rolle i befolkningsbasert helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Formålet med dette papiret er å utforske norsk offentlighet helse sykepleiere erfaringer med befolkningsbasert arbeid.
Forskingsspørsmål	Hvordan opplever norske folks helse sykepleiere sin skiftende rolle?	
Nøkkelbegrep og emneord	Explorative Case Study, Health Professions, Norwegian Public Health Nurses, Organizational Change.	Disease prevention, health promotion, Norway, phenomenological hermeneutics, population-based work, public health nursing
Design		
Metode	En enkelt sak med et innebygd design er metoden valgt; saken er 'Endringer i den norske folkehelsepersonens rolle i perioden 1984-2005'. Dokumentanalyse og intervjuer er kilder til bevis.	En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming ble vedtatt, involvere ansikt-til-ansikt intervjuer med et målrettet utvalg av 23 helsepersonell fra urbane og landlige distrikt i to fylker i Norge.

Resultat	Resultatene viser at sykepleieres synlighet synes å være et viktig tema. Det er enkelte avvik mellom relevant litteratur om sykepleiers faglige status og sykepleiers synspunkter i studien. Flere andre helsepersonell har mistet oppgaver og formelle myndighetsstillinger.	Tre temaer ble identifisert: overordnet arbeid på individnivå, mangel på ressurser og overholdelse av administrative direktiver. Intervjuene viste at folkehelsepersonellene hovedsakelig var okkupert med individuelle problemløsende aktiviteter. Befolkningsbasert arbeid var nesten ikke prioritert, hovedsakelig på grunn av mangel av ressurser og manglende anerkjennelse av folkehelsepersonellens befolkningsbaserte rolle.
Konklusjon	Sykepleierne intervjuet fremdeles føler at de er et respektert og klarert yrke til tross for at de er mindre synlige. En nylig studie blant foreldre som hyppige lokale klinikker bekrefter sin viktige rolle. Kan sykepleiers mangel på synlighet ha uønskede utfall? Et yrke som er upretensivt, ikke synlig, og det er tydelige kamper, kan ha problemer med å bli hørt når det prøver å fremme problemer knyttet til familiens helse. Ytterligere studier er angitt.	Studien indikerer motsetninger mellom helsepersonellpraksis knyttet til befolkningsbasert arbeid og retning skissert av regjeringen og folkehelseplanen, noe som kan bety at folkehelsen Sykepleierrollen er ikke tilstrekkelig avklart. Gjennomføring av praksis modeller og administrative direktiver og ressurser, samt en eksplisitt vekt på befolkningshelse i folkehelsepersonelloplæring, kan Bidra til økt befolkningsbasert intervensjon.
Relevans for praksis		
Nye spørsmål og forslag om videre forskning		Det er behov for økt kunnskap om og vekt på befolkningsbasert arbeid innen folkehelseplanen.

	Artikkel 7	Artikkel 8
Forfatternamn, publikasjonsår, tittel	Hvordan bør helsesøster tjenestene organiseres? Björg Synnøve Aglen Marit Krokstrand Olsen, 2018.	Perceptions of public health nursing practice: on borders and boundaries, visibility and voice. Anne Clancy, 2009.
Studiets faglege utgangspunkt		
Formål	Målet med denne artikkelen er å drøfte og skape debatt om valg av arbeidsmodeller i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.	Hensikten med denne omfattende oppgaven er å utforske ulike oppfatninger av helsepersonellpraksis. Hensikten er å bidra til å utvikle tjenesten, teoretisk og praktisk, i throe med nåværende og fremtidige folkehelsebehov.
Forskingsspørsmål	Vi spurte om hvordan de fordeler ansatte på helsestasjon og skolehelsetjeneste. I tillegg spurte vi om de hadde spesialiserte tjenester for innvandrere og flyktninger. Vi spurte også om de hadde sykepleiere i helsesøsterstilling, og om lederressurs i tjenestene.	
Nøkkelbegrep og emneord	Helsestasjon, skulehelseteneste.	Boundaries; children; Emmanuel Levinas; interprofessional collaboration; interpersonal relationships; Norway; parents; perceptions; public health nursing; visibility; young people.
Design		
Metode	Vi foretok en rask kartlegging via mail eller telefon av fagledere av	Avhandlingen består av fem studier. Folkhelsepersonell, unge, foreldre og beslutningstakere blir

	<p>helsestasjons- og skolehelsetjenester i Trøndelag. Dette ble gjort for å få et innblikk i hvordan kommunene begrunner sine valg av organiseringsmodeller. Av de 48 kommunene i Trøndelag fikk vi kontakt med 27. Vi satte et skille ved 10 000 innbyggere for henholdsvis store og små kommuner. I vår undersøkelse var seks kommuner store, resten var små. De fleste kommunene hadde ganske lik fordeling av årsverk mellom helsestasjon og skolehelsetjeneste, noen med overvekt på skole.</p>	<p>intervjuet og deler sine oppfatninger om helsepersonellpraksis (studier I, II, III og IV). Konsultasjoner ved lokale barnehelseklinikker, klinikker for unge og skolehelsetjenestene blir observert (studie III). Det gjennomføres en tverrsnittstudie blant en gruppe leger, helsepersonell, jordmødre og barnevernere (studie V). De fire første studiene har en utforskende, beskrivende design. Studie V, med fokus på interprofesjonal samarbeid, er basert på resultatene fra studier I, II og IV.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Felles for alle de små kommunene var at de ikke spesialiserte tjenestene. Noen ledere påpeker at skolekretsmodellen også har noen svakheter. De fleste kommunene har helsesøstre med spesiell kompetanse i å møte innvandrere og flyktninger. Økt bemanning i tjenesten synes å drive frem spesialiseringsmodellen.</p>	<p>Studie I, en case studie, gir bakgrunn for de resterende fire studiene. Det fokuserer på endringer sykepleierne har møtt i perioden 1984-2005. Resultatene peker på problemer med synlighet og at respekten er viktigere for sykepleierne enn autoritet eller status. Studie II er en filosofisk studie basert på intervjuer med helsepersonell. Det gir en introduksjon til Emmanuel Levinas filosofi og utvikler en ny teoretisk og praktisk forståelse av ansvarsaspekter i folkehelsepleie. Studie III viser betydningen av relasjoner med tjenestepersonell i helsepersonellpraksis; og det er ikke bare hyggelighet, men også ærlighet og åpenhet viktig. Denne studien har bidratt til videreutvikling av modeller</p>

		<p>for helsepersonellintervensjoner. Beslutningstakere i studie IV peker på utfordringene folkesykdomssykepleieres ansikt angående samarbeid, synlighet og grenser. Studie V er et spørreskjemaundersøkelse med tverrsnitt som fokuserer på interprofessional samarbeid. Resultatene viser at kommunens størrelse kan påvirke frekvensen av møtepunkter og synspunkter på problemstillinger knyttet til samarbeid; og at psykiatriske tjenester er de mest savnede i samarbeidsforhold. Funnene garanterer videre forskning og bør være av interesse når man organiserer kommunale helse- og sosialtjenester i Norge.</p>
Konklusjon		<p>Avhandlingen konkluderer med at tjenestebrukere og beslutningstakere er fornøyd med helsevesenet, men at helsepersonell står overfor utfordringer knyttet til samarbeid, grenser for kunnskap og engasjement, og for å gjøre deres helsefremmende funksjon synlig.</p>
Relevans for praksis		
Nye spørsmål og forslag om videre forskning	<p>Vi ser behovet for å undersøke nærmere om det kan være en sammenheng mellom arbeidsmodeller, ledelse av tjenesten og konsekvenser for kvalitet og innhold i tjenesten. Målet må være å fremstå som en hensiktsmessig,</p>	

	mårettet og faglig forsvarlig helsetjeneste som blir synlig i det helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeidet.	
--	---	--