

# 12

## Helsesøstertjenesten i et innovasjonsperspektiv

**BERIT MISUND DAHL**, NTNU

**SAMMENDRAG** Helsetjenestepolitikken vektlegger innovativ tenkning for å møte utfordringene i helsetjenesten. Denne artikkelen vil belyse helsesøstertjenesten i et innovasjonsperspektiv. Helsesøstrene arbeider i spenningsfeltet mellom kunnskapsbaserte praksiser, standardisering og forventninger om brukermedvirkning. Helsesøstrene har først og fremst barn, unge og foresatte som målgruppe, og de arbeider i hovedsak med den friske befolkningen. Brukerne kan imidlertid være i sårbare situasjoner, og de kan være avhengige av hjelp. Hensikten med studien var å belyse hvordan helsesøstre uttrykker profesjonell identitet. Med profesjonell identitet forstår jeg profesjonens verdi- og kunnskapsgrunnlag. Denne kunnskapen vil være viktig for å avdekke hindringer for innovasjon i helsesøstertjenesten. Studien har et kvalitativt design. Det ble gjennomført en fenomenologisk hermeneutisk analyse av individuelle intervju med 23 helsesøstre. Funnene er fremstilt i to tema. Første tema omhandler etiske utfordringer: om å føle ansvar, være engasjert, kjenne seg trygg og kjenne seg utilstrekkelig. Andre tema synliggjør en spesialist–generalist-kunnskap og handler om å være en generalist, å aktivere og stimulere og å arbeide med individuelle problem. Helsesøstrene erfarte etiske konflikter i arbeidet. De kunne bruke mye tid på enkeltbrukere med problemer, i utakt med sentrale føringer som vektlegger primærforebyggende strategier. Å utvikle gode systemer for henvisning av brukere med etablerte problemer til mer spesialiserte tjenester, kan frigjøre tid til helsefremmende og primærforebyggende arbeid. Etisk refleksjon over prioriteringer i praksis kan bidra til innovasjon i tjenesten med en styrket praksis mot helsefremmende og primærforebyggende arbeid.

**NØKKELOORD** etikk | helsesøstertjeneste | profesjonell identitet | innovasjon | kunnskap

**ABSTRACT** Health policy emphasizes innovative thinking to meet the challenges in the health service. This article will focus on public health nursing in an innovation perspective. Public health nurses work in the area of tension between evidence-based practices, standardization and expectations regarding user participation. Public health nurses have primarily children, young people and guardians as target group, and they work mainly with the healthy population. However, the service users may be in vulnerable situations and can be dependent on help. The purpose of the study was to illuminate how public health nurses express professional identity. With professional identity I understand the profession's value and knowledge base. This knowledge will be important to identify barriers for innovation in public health nursing. The study has a qualitative design. A phenomenological hermeneutic analysis of individual interviews with 23 public health nurses was carried out. The findings are described in two themes. The first theme deals with ethical challenges and is about feeling responsibility, being engaged, feeling safe and feeling inadequate. The second theme indicates a specialist-generalist knowledge: being a generalist, being one who empowers and being occupied with individual problems. The public health nurses experienced ethical conflicts in their work. Relatively much time could be spent on individual service users with problems, out of time with governmental recommendations, which emphasize primary prevention strategies. Developing appropriate systems for referring service users with established problems to more specialized services can free up time for health promotion and primary prevention work. Ethical reflection on priorities in practice can contribute to innovation in the service with a strengthened practice, towards health promotion and primary prevention work.

## 12.1 INNLEDNING

Denne artikkelen bygger på en studie av helsesøsterprofesjonen (Dahl 2015). Artikkelen har et innovasjonsperspektiv på helsesøstertjenesten i en tid hvor helsetjenesten står overfor krav om kvalitet, fornying og god ressursutnytting (NOU 2011: 11). I Melding til Stortinget 29 (2012–2013), *Morgendagens omsorg*, blir det poengtert at det er behov for innovasjon i omsorgsfeltet, handlingsrommet må utvides, og nye organisasjonsformer bør utvikles. Helsesøstrenes samfunnsmandat er forankret i nasjonale føringer og legger handlingsbetingelser for helsesøsterprofesjonen på området helsefremming og sykdomsforebygging overfor barn, unge og foresatte. Arbeidsinnsatsen skal rettes mot universelle tiltak og tidlig innsats overfor til målgruppen (LOV 2011-06-24; Meld. St. 16 (2010–2011)). Artikkelen utforsker mulighetsrommet for endring av arbeidsoppgaver og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Over tid har helsesøstertjenesten endret karakter. Tidligere var

helsesøsterprofesjonen forbundet med sykdomsforebyggende strategier, og arbeidsinnsatsen var rettet mot kontroll- og inspeksjonsoppgaver. Helsesøster hadde et «top-down»-perspektiv, og fremsto i en ekspertrolle. Nå vektlegges i større grad helsefremmende arbeid, med basis i mestringsstrategier og empowermenttenkningen. I tråd med sentrale føringer skal helsesøster formidle en «bottom-up»-strategi og bidra til myndiggjorte brukere. Men innføringen av kravet om kunnskapsbaserte praksiser som en ny vending i helsetjenesten, kan ha bidratt til at ekspertrollen igjen blir styrket. Dagens helsesøstertjeneste kjennetegnes ved å være under press med hensyn til kvalitet i tjenesten og krav om en kunnskapsbasert praksis (Markham og Carney 2008). Helsesøsterrollen kan beskrives som å balansere mellom ekspertrollen og rollen som tilrettelegger for brukermedvirkning. Det kan stilles spørsmål ved hvordan profesjonelle skal kunne arbeide kunnskapsbasert og formidle vitenskapelig kunnskap samtidig som de skal ha et «bottom-up»-perspektiv og være dialogpartnere. Måten dette håndteres på av den profesjonelle har betydning for yrkesidentiteten (Hansbøl og Krejsler 2008). En uklar forståelse og praktisering av samfunnsmandatet kan bidra til å svekke profesjonens rolle og identitet.

## 12.2 BAKGRUNN

Helsesøstre er sykepleiere med ett års videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid med barn, unge og foresatte i kommunene. I det helsefremmende arbeidet retter helsesøster innsatsen mot å forbedre helsen til brukerne gjennom mestringsstrategier for å fremme personlig og sosial vekst, og for å øke livskvaliteten. Det sykdomsforebyggende arbeidet foregår på tre nivåer: primærforebygging, hvor hovedvekten legges på hele befolkningsgrupper for å forebygge at problemer eller sykdom skal oppstå; sekundærforebygging, som handler om å avgrense varigheten og omfanget av et problem eller en sykdom; og tertiærforebygging, som legger hovedvekten på å forebygge eller begrense følgetilstander (Caplan 1964). En viktig rolle har helsesøster i å avdekke behov på et tidlig tidspunkt, iverksette relevante tiltak og henvise videre i systemet brukere med behov for mer spesialiserte tjenester (Veileder 2004). Hensikten med samfunnsmandatet er altså delt. Helsesøster skal ha et universelt fokus rettet mot målgruppen, og skal samtidig tilpasse innsatsen til individuelle behov.

### 12.2.1 TEORETISK PERSPEKTIV

I denne studien var Aristoteles' kunnskapskategorier *episteme*, *techne* og *fronesis* (Aristotle 2004), med på å påvirke utformingen av temaene. Kunnskapskategori-

ene bidro til å tydeliggjøre hvordan verdier og kunnskap ble anvendt i helsesøsterpraksiser. Kategorien *episteme* viser her til helsesøsters teoretiske, biomedisinske og evidensbaserte kunnskap. *Techne* omhandler de praktiske verktøyene helsesøster har, som standardiserte programmer og prosedyrer. *Fronesis* viser til den kliniske vurderingen eller skjønnnet som helsesøster fremviser i møte med brukeren. *Fronesis* handler om å anvende relevant teoretisk og praktisk kunnskap i individuelle konsultasjoner, og til det beste for den enkelte. Med Aristoteles vil jeg si at en utviklet *fronesis* hos helsesøster kan være avgjørende for en helhetlig forståelse av en brukers behov. Helsesøstrene har sin kunnskapsbase innenfor helsefremmende og sykdomsforebyggende strategier og sykepleievitenskap (Keller mfl. 2011). Kunnskapsgrunnlaget gir helsesøstre avansert kunnskap på områder som medisin, sykepleie, psykologi, pedagogikk og sosiologi. Den evidensbaserte kunnskapen i helsesøsterfeltet er i økning, og kunnskapsgrunnlaget settes i spill når helsesøster skal arbeide kunnskapsbasert.

Mot denne kunnskapsbakgrunnen vil jeg presentere teori om konstitueringen av en profesjonsidentitet. Jeg forstår identiteten til en profesjon som konstituert av noen felles karakteristikk av verdier og kunnskaper som de profesjonelle i den profesjonen formidler. Profesjonsidentiteten kan spores tilbake til den profesjonelles personlige identitet. Gjennom fortellinger i sosiale sammenhenger synliggjør og binder individet sammen grunnleggende verdier og handlingsmønstre og utvikler det Ricoeur (1992) beskriver som en narrativ identitet. Den profesjonelle identiteten er nært knyttet til profesjonsfellesskap. Gjennom møter og fortellinger i utdanning og praksis, med brukere, kolleger og samarbeidspartnere og gjennom påvirkning fra det institusjonelle nivået, konstitueres en profesjonsidentitet (Wackerhausen 2009). Det kan være nødvendig å tilrettelegge for rom for utvikling i tjenesten. Det institusjonelle nivået kan gi handlingsbetingelser for helsesøstrene slik at de kan delta i refleksjonsgrupper, med det formål å kritisk reflektere over historier fra helsesøsterpraksiser. Både institusjonelle verdier og profesjonens og den enkeltes verdier og kunnskap vil være i spill, og kan åpne opp for utvikling og endring. Fagermoen (1995) refererer til at profesjonell identitet er nært forbundet med verdier. En felles yrkesidentitet kan konstitueres ved at det utvikles en gjenkjennelse i praksishistoriene, noen felles referanser som konstruerer felles karakteristikk om helsesøstrene.

Forskning på profesjonell identitet blant sykepleiere har antydnet at sykepleieidentiteten var sterkere tidligere, mens den nå er blitt mer kompleks og mangfoldig (Harmer 2010; Tye og Ross 2000). Helseprofesjonene har gjennomgått endringer i arbeidsfokus og har fått nye brukergrupper som de må arbeide med på nye måter, og disse endringene og tilpasningene har utfordret den profesjonelle identiteten

(Crawford mfl. 2008; Griffiths 2008; Scholes 2008). Lowe mfl. (2012) fant i en studie av spesialiserte sykepleiere at det var behov for en tydeliggjøring av identiteten for å styrke sykepleierollen. I henhold til Freidson (2001) er en tydeliggjøring av profesjonell identitet også en tydeliggjøring av profesjonelt ansvar overfor befolkningen og handler om kvaliteten på arbeidet. Gjennom å analysere helsesøstrenes verdi- og kunnskapsgrunnlag i lys av Aristoteles' kunnskapskategorier, vil jeg tydeliggjøre identiteten til helsesøsterprofesjonen.

Forskningsspørsmålet var: Hvordan formidler helsesøstrene profesjonell identitet?

## 12.3 METODE

### 12.3.1 DESIGN

Studien har en induktiv, kvalitativ tilnærming, med individuelle intervju og et fenomenologisk hermeneutisk design, inspirert av Ricoeur (1976). Den fenomenologiske hermeneutiske metoden ble valgt, da metoden har vist seg egnet til å utvikle dybdekunnskap om et emne.

### 12.3.2 UTVALG

Deltagerne besto av et strategisk utvalg av 23 helsesøstre fra små, mellomstore og store kommuner i to fylker i Norge. Inklusjonskriteriene var at informantene skulle være utdannet helsesøster og arbeide i helsestasjons- og/eller skolehelsetjenesten.

Helsesøstrene hadde arbeidserfaring fra 0,5 til 25 år, med et gjennomsnittstid på 11,2 år, og kom fra 12 ulike kommuner/distrikter. 6 helsesøstre arbeidet på helsestasjon for barn, 7 arbeidet i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom og 10 arbeidet både på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

### 12.3.3 DATAINNSAMLING

Tilgangen til forskningsfeltet ble etablert gjennom en muntlig og en skriftlig forespørsel til helsesøsterlederne i kommunene. Lederne informerte helsesøstrene, som tok direkte kontakt med meg for å avtale intervju. Informantene fikk en skriftlig redegjørelse for hensikten med prosjektet i forkant av intervjuet, i tillegg til en muntlig informasjon ved starten av hvert intervju. Intervjuene ble gjennomført i løpet av 2010.

Under intervjuene ble ikke helsesøstrene spurt direkte om begrepet profesjonell identitet. Spørsmål var f.eks. hva det betydde for dem å være helsesøster, om de kunne fortelle om en situasjon hvor de følte de gjorde en god jobb, og en gang de følte seg utfordret. Utgangspunktet var at slik helsesøstrene beskriver praksis og hvordan verdier og kunnskap blir brukt og integrert i klinisk praksis, skal kunne gi et bilde på hvordan helsesøstrene forstår seg selv og sin identitet.

#### 12.3.4 ANALYSE

Den fenomenologiske hermeneutiske analysen involverer tre steg: en naiv lesing, en strukturanalyse som forklarer innholdet, og en altomfattende forståelse av intervjueteksten, som er diskusjonsdelen (Lindseth og Norberg 2004).

Første steg var å lese hele intervjueteksten for å gripe den grunnleggende meningen. Teksten ble lest gjentatte ganger, noe som førte til en naiv forståelse av betydningen av helsesøstrenes verdier og kunnskap og profesjonelle identitet.

Det andre steget var en tematisk strukturanalyse hvor fokuset var på å identifisere meningsenheter i intervjueteksten, som er en bit av teksten som inneholder en mening. Meningsenhetene ble komprimert til hverdagsspråk. De komprimerte meningsenhetene ble reflektert kritisk over, sammenlignet med hverandre og deretter abstrahert og organisert til undertema. Undertema med lignende mening ble identifisert og sortert til temaer som validerte eller ikke validerte forståelsen som kom frem gjennom den naive forståelsen. Analyseprosessen ble gjentatt inntil den naive forståelsen var validert i forhold til strukturanalysen.

Det tredje steget, den omfattende forståelsen av teksten, involverte en reflekterende lesing av hele teksten og en dialektisk bevegelse mellom den naive forståelsen og temaene i strukturanalysen. Det er nødvendig å følge teksten fra hva den sier til hva den handler om (Ricoeur 1976). Å gjøre dette medførte en omfattende forståelse av teksten, som ble videreutviklet gjennom å benytte relevant litteratur, og hvor min forforståelse fortløpende ble tatt i betraktning (Lindseth og Norberg 2004).

#### 12.3.5 ETISKE BETRAKTNINGER

Det er en etisk dimensjon i intervjustudier, som refererer til hva forskningsspørsmålene kan gjøre med informantene, hva som blir sagt, og hvordan det blir sagt (Kvale og Brinkmann 2009). Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og forskningsetiske retningslinjer ble fulgt. Informantene signerte en samtykkeerklæring og ble informert om at de kunne trekke seg fra studien om de ønsket det, at konfidensialiteten til dataene ville bli bevart, og den enkeltes anonymitet opprettholdt.

### 12.3.6 METODOLOGISKE OVERVEIELSER

Som forsker og helsesøster hadde jeg en forforståelse av helsesøsterfeltet, og det var viktig å få en analytisk distanse til teksten. Gjennom analyseprosessen forholdt jeg meg til begreper som troverdighet, pålitelighet, overensstemmelse og overførbarhet (Lincoln og Guba 1985). Helsesøstrene som deltok, var ikke en ensartet gruppe. De kom fra tolv ulike settinger, og var i ulike faser i arbeidslivet. Til tross for forskjeller ble det identifisert noen fellestrekk. En begrensning er at det bare var 23 informanter, og at det bare ble foretatt individuelle intervjuer. Funnene vil likevel kunne overføres til lignende kontekster, og kan betraktes som argumenter i en pågående diskusjon (Ricoeur 1976).

## 12.4 FUNN

Gjennom analysene av helsesøsterfortellingene vokste to temaer fram. Det første temaet omhandlet etiske utfordringer: å føle ansvar, å være engasjert, å kjenne seg trygg og å kjenne seg utilstrekkelig. Det andre temaet synliggjorde en spesialist-generalist-kunnskap og handlet om å være en generalist, å være den som aktiverte og stimulerte og å arbeide med individuelle problem. Temaene kan tolkes som uttrykk for helsesøstrenes profesjonelle identitet.

### 12.4.1 ETISKE UTFORDRINGER

Helsesøstrene var stolte av arbeidet sitt, var engasjert og interessert i brukerne sine og følte seg verdsatt og ønsket av familiene. Men noen helsesøstre opplevde også utfordrende situasjoner i praksis hvor de kunne føle seg utilstrekkelige.

Helsesøstrene følte ansvar for brukerne. De var opptatt av velferden til barn, unge og familiene. Engasjementet kunne medføre at noen helsesøstre opplevde uklare grenser mellom arbeid og privatliv. En helsesøster fortalte:

Hvis jeg er ute blant folk, forteller jeg ikke alltid at jeg er helsesøster i tilfelle folk ønsker å dele alle deres personlige fortellinger med meg, fortellinger som jeg ikke er interessert i å høre utenfor jobb ... fordi jeg ikke kan stille spørsmål som jeg normalt ville ha gjort på jobb, og derfor ikke kan gi rådene som jeg normalt ville gitt heller.

Enkelte helsesøstre fortalte at de tok med seg vanskelige saker hjem, noe som kunne innvirke på søvnen deres. Noen ga mobilnummeret sitt til ungdom som de

var bekymret for, og sa de kunne ringe når som helst. Engasjementet kunne gi seg utslag i bekymring på brukernes vegne, der helsesøster opplevde å være advokat for brukere, og ta opp kampen for brukere som ellers ikke ble sett og hørt i systemet. Helsesøster kjente seg trygg og kunne takle motstridende lojaliteter, som å være modig og stå opp for et barn eller ungdom selv om foreldrene ikke var enige. En helsesøster sa det slik:

Jeg følte meg litt presset inn i et hjørne. Det hadde vært bedre å overse det enn å bli involvert i konflikten, men du har egentlig ikke mulighet til å la være å involvere deg.

Dette var et spørsmål om å oppnå tillit hos brukeren og å være barnas talerør. Men helsesøstre kjente også på utilstrekkelighet i enkelte situasjoner. Det betydde at helsesøstre kunne oppleve at de sviktet i å møte forventningene fra brukerne. På samme måte kunne de også føle seg uviktige for brukerne.

Fortellingene fra helsesøstrene tydeliggjorde en moralsk dimensjon i helsesøsterfaget, med nære relasjoner mellom helsesøster og bruker, og møtet som en etisk fordring, som kunne oppleves krevende for helsesøster. Identiteten kunne ha sterkere koblinger til personlige og profesjonelle verdier enn til institusjonelle verdier og politiske direktiver. Hensynet til brukerne kunne overskygge institusjonelle verdier som f.eks. økonomi og effektivitet. Det kunne medføre at helsesøster gikk utover den tilmålte tidsressursen i en konsultasjon. Helsesøstrene formidlet at etisk følelsesladde møter kunne medføre verdikonflikter og en følelse av både utilstrekkelighet og tilfredshet. Å være modig og håndtere vanskelige situasjoner kan styrke den profesjonelle identiteten. Å ta ansvar for brukerne var en avgjørende faktor som kunne overskygge institusjonelle krav, og som samtidig kunne være en utfordring for yrkesidentiteten.

#### 12.4.2 EN SPESIALIST–GENERALIST-KUNNSKAP

Helsesøstrene uttrykte behov for å ha både generell kunnskap om normalutvikling hos barn, spesialisert kunnskap ved særlige tilfeller og å ha et omfattende klinisk skjønn. Funnene, eller karakteristikkene av helsesøster, var knyttet til det å være en generalist, som betydde å kunne «litt om mye». Det kunne bety å ha kunnskap om hva som skulle gjøres i en situasjon, og om når det var behov for å henvise videre til mer spesialiserte tjenester. Det handlet om å bruke klinisk skjønn i møte med enkeltbrukere. En helsesøster fortalte om en jente som plutselig hadde gått mye ned i vekt. Hun erfarte at jentas situasjon og behov for oppfølging gikk ut



over helsesøsters kompetanse, og henviste henne til barne- og ungdomspsykiatrien.

Helsesøstrene hadde innsatsen rettet mot å avdekke brukernes egne ressurser, og å være en som kunne aktivere og stimulere brukerne til mestring av hverdagen. Å ha en god dialog med barn, unge og foreldre var sett på som avgjørende for å avdekke ressurser og utvikle mestringsstrategier. En skolehelsesøster fortalte om møtene hun hadde med en jente som hadde blitt mobbet på Facebook og på mobiltelefonen sin for å være overvektig. Helsesøster gikk turer med jenta, «da snakker vi mye bedre», sa hun. Helsesøsteren hadde en dialog med jenta og foreldrene, og samarbeidet med skolen og psykologtjenesten.

Mange helsesøstre i denne studien var opptatt av individuell problemløsning. Det betydde å fokusere på brukere med spesielle behov, og å bruke mye tid på enkeltfamilier. Det kunne også bety det å følge retningslinjer og protokoller, og å få mindre tid til dialogen med elevene. Videre kunne det å fokusere på enkeltproblemer gjøre at helsesøstrene opplevde at de manglet spesialisert kunnskap på et felt. En nyutdannet helsesøster formulerte seg slik:

Å, jeg følte at jeg måtte gi et svar med en gang, og du innser ikke helt at det er mulig bare å si «jeg vet ikke», og at du trenger tid til å finne ut om det, og komme tilbake til dem. Vanligvis aksepterer folk dette, og oftest føler de at de blir tatt på alvor.

Noen helsesøstre vektla tidspress i konsultasjonene som et problem som kunne bidra til å svekke den kliniske dømmekraften. En ukritisk bruk av forskningsbasert kunnskap og prosedyrer kunne også fortrenge bruken av skjønn i en konsultasjon. Tidspress kunne også medføre at det primærforebyggende fokuset ble fortrent til fordel for å løse enkeltelevers problemer og medføre en overgang til behandlerrollen. Når helsesøstrene måtte prioritere, følte de ansvar for enkelt-elever og familier med problemer, og brukte tiden på enkeltsaker fremfor å vektlegge primærforebyggende strategier og være tilgjengelige for hele målgruppen.

## 12.5 DISKUSJON

I det følgende diskuterer jeg hovedfunnene i studien i et innovasjonsperspektiv, med henvisning til Aristoteles' kunnskapskategorier og teori om profesjonell identitet. Funnene vektlegger etiske utfordringer, og viser til helsesøstrenes ansvar og engasjement for brukerne og spenninger mellom krav og forventninger under

tilmålte ressurser. Funnene synliggjør at helsesøster har en spesialist-generalistkunnskap, og avdekker et spenningsfelt mellom det primær- og sekundærforebyggende arbeidet.

### 12.5.1 VERDIKONFLIKTER

Det kan synes som om etiske utfordringer var knyttet til verdikonflikter. Helsesøstre kunne oppleve at en knapp tidsressurs gjorde det vanskelig å bruke både dialog og standardiserte screening-instrumenter i konsultasjonene. Helsesøstre kunne da befinne seg i en lojalitetskonflikt mellom forventninger fra ledelsen om effektivitet og fra brukerne om å bli sett som enkeltindivider. Denne verdikonflikten kan uttrykke seg i to ulike konsultasjonsformer. Den første handler om lojalitet til det institusjonelle nivået ved bruk av standardiserte verktøy, altså en *instrumentell* konsultasjon. Den andre har fokus på dialog og fronesis, og kan utlegges som en *kommunikativ* konsultasjon, og som med Aristoteles (2004) handler om å utøve best mulig praksis for de involverte. På dette etiske nivået, som Freidson (2001) benevner «the third logic», er valget den profesjonelle har enten å følge institusjonelle anbefalinger eller å opprettholde profesjonelle verdier. Helsesøstrene formidlet at dette var en utfordrende posisjon. Andersson mfl. (2006) identifiserte i en studie av helsesøstres kompetanse at helsesøstrene hadde behov for flere standardiserte metoder og screening-instrumenter, på bakgrunn av at disse testene hjelper helsesøstrene å avgjøre når de skal henvise brukere videre i systemet ved grensetilfeller. Å bruke standardiserte prosedyrer (techne), bygd på evidensbasert kunnskap (episteme), kan avdekke avvik fra en skala, men reduserer tiden brukt på klinisk skjønn, eller det Aristoteles (2004) benevner fronesis (Dahl og Clancy 2015). Standardiserte prosedyrer kan bidra positivt til profesjonaliseringen av helsesøstertjenesten, da standardiserte prosedyrer hovedsakelig er evidensbaserte instrumenter, og helsesøstre kan føle seg trygget ved å bruke dem. En negativ side kan være at prosedyrene ofte er laget for andre profesjoner, og derfor ikke er tilstrekkelig målrettet og kvalitetssikret, og at de fortrenger tiden brukt til dialog. Bruun Wyller mfl. (2013) peker på at standardisering og det å være lojal mot institusjonelle forordninger kan resultere i en instrumentalisering av tjenesten. Scott (2008) fremholder at det er et økende krav om instrumentalisering i sykepleien, som kan fortrenge skjønnet, noe som underbygges av Benner (1984) som poengterer at sykepleiekunnskap ikke kan avgrenses til retningslinjer og abstrakte prinsipper. Å være opptatt av den enkeltes behov kan være viktigere for helsesøstre enn å utføre en standardkonsultasjon. En individuell tilnærming kan styrke verdier som tillit og respekt og vil ha positiv innvirkning på yrkesidentiteten. Tillit og

respekt er kjerneverdier i helsesøstertjenesten (Dahl mfl. 2014b), og sammenfaller med helsesøstrenes profesjonelle verdigrunnlag (NSF 2011). Freidson (2001) løfter fram at profesjonelle privilegier best kan opprettholdes ved å ha større fokus på den enkelte profesjons etikk og moral. At helsesøstrenes arbeid gjenspeiler verdiene til profesjonen, kan bidra til å styrke helsesøstertjenesten.

Helsesøstrene formidlet både følelser av utilstrekkelighet og maktesløshet når de fortalte fra møter med brukere. Funnene indikerer et behov hos helsesøstre til å løfte fram og diskutere vanskelige situasjoner med hverandre. Hensikten med å legge til rette for kritisk refleksjon, kan være å få belyst alternative handlingsvalg i relasjon til institusjonelle verdier som økonomi og effektivitet, og profesjonelle verdier som tillit og respekt. Wenger (1998) viser til at det er nødvendig å utvikle rom for refleksjoner i praksis.

#### 12.5.2 PRIMÆRFOREBYGGING VS. SEKUNDÆRFOREBYGGING

Helsesøsterpraksisene tydeliggjorde et spenningsforhold mellom det primær- og sekundærforebyggende arbeidet. Respekten for enkeltbrukere kunne styre helsesøstrenes handlingsvalg. Konsekvensen var at mange helsesøstre la vekt på sekundær- og til dels tertiærforebyggende arbeid på individuelt nivå. Dette kunne medføre en forflytning over i behandlerrollen. Informantene forklarte prioriteringene med en avgrenset tidsressurs, og hvor helsesøstre opplevde en moralsk forpliktelse overfor brukere med behov for hjelp. Helsesøstre kunne prioriterte å bruke tidsressursene på enkeltelever fremfor å være tilgjengelige for alle elevene.

Dette står i motsetning til politiske dokumenter (Meld. St. 16 (2010–2011)) som formidler at helsesøstre skal vektlegge helsefremmende og primærforebyggende arbeid. Studien peker på at helsesøstre ønsket å bidra på befolkningsnivået, og arbeide mer med universelle innsatser mot hele målgruppen, men den tilmålte tidsressursen gjorde at de måtte prioritere mellom oppgavene. I praksis avgrenset de primærforebyggende oppgavene seg til det standardiserte basisprogrammet på helsestasjonen, barnevaksinasjonsprogrammet og screening-undersøkelser i skolehelsetjenesten. Helsefremmende og sykdomsforebyggende innsats rettet mot større grupper knyttet til f.eks. bomiljø og skolemiljø var lite synlig i materialet. Slik jeg tolker funnene, var helsesøstre i press mellom kravet om effektivitet fra det institusjonelle nivået og forventninger om brukervedvirkning både fra makro- og mikronivået. Det kan synes som om både det institusjonelle makronivået og helsesøstre selv har behov for en bevisstgjøring om samfunnsmandatet. I et innovasjonsperspektiv handler dette om å endre handlingsrommet for helsesøstre, som et virkemiddel for å øke kvaliteten på primærforebyggende arbeid

(Meld. St. 29 (2012–2013)). Funnene kan bidra i en diskusjon om innovasjonsprosesser for en helsesøstertjeneste mer i tråd med institusjonelle føringer.

### 12.5.3 TYDELIGGJØRING AV SAMFUNNSMANDAT

Med Wackerhausen (2009) vil jeg fremholde at det er nødvendig å tydeliggjøre helsesøstermandatet allerede i utdanningen. En studie av rammeplan for helsesøsterutdanningen avdekte at det helsefremmende og primærforebyggende perspektivet hadde en tilslørt plass i utdanningsplanen (Dahl mfl. 2014a). En betingelse for å lykkes handler om å vektlegge helsefremmende og primærforebyggende universelle innsatser for hele målgruppen, samtidig som individuelle behov ivaretas. Gjennom denne tydeliggjøringen i utdanning og praksis kan en sterk kollektiv profesjonsidentitet konstitueres.

Denne studien forklarer profesjonell identitet som de karakteristiske trekkene knyttet til verdier og kunnskap som sammen skiller helsesøsterprofesjonen fra andre profesjoner. Funnene peker på at helsesøstrene må forankre handlingsvalgene sine i samfunnsmandatet. Et tiltak kan være å etablere handlingsrom for refleksjon i praksisfellesskap. Å vektlegge etisk refleksjon i praksis har vist seg også å gjøre profesjonelle mer endringsdyktige (Børslett mfl. 2011). Organisasjonsmessig tilrettelegging for etisk refleksjon kan bidra til å styrke yrkesidentiteten og en god profesjonell praksis. En sterk profesjonell identitet kan åpne opp for innovasjon i tjenesten. Kvaliteten på arbeidet kan styrkes ved at helsesøster som en spesialist–generalist har handlingsrommet sitt innenfor mandatet. Dette krever utvikling av gode systemer for henvisning av brukere med etablerte problemer til mer spesialiserte tjenester. Prioritering av primærforebyggende arbeid kan synliggjøre et økt behov for helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og være et ledd i god ressursutnytting, ved at problemer blir avdekt i tidlig fase. Endringene vil kreve godt samarbeid med blant annet kommunepsykologer og spesialisthelsetjenesten, og kan medføre et endret og større press på de ulike profesjonene som har fokus på barn, unge og foresatte.

## 12.6 KONKLUSJON

Studien belyser helsesøstrenes profesjonelle identitet. Helsesøstrene erfarte etiske konflikter med tanke på å arbeide med nasjonale føringer om vektlegging av helsefremmende og primærforebyggende arbeid. De synliggjorde et moralsk ansvar i arbeidet, ved å prioritere brukere med problemer. Helsesøstrene arbeidet i spenningsfeltet mellom krav til kunnskapsbaserte praksiser og standardisering og for-

ventninger om brukermedvirkning. Å øke tidsbruken i konsultasjonene på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten vil kunne øke kvaliteten på praksis. For å kunne oppfylle samfunnsmandatet om å arbeide helsefremmende og primærforebyggende er det behov for å videreutvikle gode systemer for henvisning av brukere med etablerte problemer til mer spesialiserte tjenester. Helsesøsterprofesjonens samfunnsmandat og posisjon i organisasjonen var til dels utydelig for helsesøstrene i denne studien. Et klart samfunnsmandat i læreplan, utdanning og på ledernivå mot vektlegging av helsefremmende og primærforebyggende arbeid kan konstituere en identitet mot fornying i helsesøsterprofesjonen.

## LITTERATUR

- Andersson, H.W., Norvoll, R. og Ose, S.O. (2006). *Helsesøsters kompetanse* (Vol. A558). Trondheim: SINTEF.
- Aristotle. (2004). *The Nicomachean Ethics*. London: Penguin Books.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Bruun Wyller, V., Gisvold, S., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., Størmer, J., Thomsen, I. og Bruun Wyller, T. (2013). Reclaim the profession! *Tidskrift for Den norske legeförening*, 6(133), 655–659.
- Børslett, E., Austli, J., Heilmann, G., Lillemoen, L. og Pedersen, R. (2011). *La etikken blomstre i praksis – en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen*. Suveren kommunikasjon AS.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Crawford, P., Brown, B. og Majomi, P. (2008). Professional identity in community mental health nursing: A thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1055–1063.
- Dahl, B.M. (2015). *The meaning of professional identity in public health nursing*. Dissertation, University of Bergen, Norway.
- Dahl, B.M. og 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.
- Dahl, B.M., Andrews, T. og Clancy, A. (2014a). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 32–37.
- Dahl, B.M., Clancy, A. og Andrews, T. (2014b). 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.
- Fagermoen, M.S. (1995). The meaning of nurses' work: a descriptive study of values fundamental to professional identity in nursing. (7/1995), Universitetet i Oslo. Institutt for sykepleievitenskap, Oslo.

- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Griffiths, P. (2008). The art of losing ...? A response to the question «is caring a lost art?» *International Journal of Nursing Studies*, 45, 329–332.
- Hansbøl, G. og Krejsler, J. (2008). Konstruktion af professionel identitet – en kulturkamp mellem styring og autonomi i et markedssamfund. I L. Moos, J. Krejsler og P. Fibæk Laursen (red.), *Relationsprofessioner*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Harmer, V. (2010). Are nurses blurring their identity by extending or delegating roles? *British Journal of Nursing*, 19(5).
- Keller, L.O., Strohschein, S. og Schaffer, M.A. (2011). Cornerstones of Public Health Nursing. *Public Health Nursing*, 28(3), 249–260.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Lincoln, Y.S. og Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145–153.
- LOV 2011-06-24 nr. 30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A.P. og Boyd, L. (2012). Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 677–685.
- Markham, T. og Carney, M. (2008). Public Health Nurses and the delivery of quality nursing care in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1342–1350.
- Meld. St. 16. (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29. (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NSF (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: Norsk sykepleierforbund.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. The Texas Christian University Press.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scholes, J. (2008). Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer? *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 975–978.
- Scott, S.D. (2008). «New professionalism» – Shifting relationships between nursing education and nursing practice. *Nurse Education Today*, 28, 240–245.
- Tye, C.C. og Ross, F.M. (2000). Blurring boundaries: professional perspectives of the emergency nurse practitioner role in a major accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1089–1096.
- Veileder. (2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Sosial- og helsedirektoratet.
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455–473.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.