

”Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken”

En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag

Ragnhild Sollesnes og Liv Tønjum

*Ragnhild Sollesnes, høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen, Institutt for videreutdanning
Liv Tønjum, fagutviklingshelsesøster/ MSc in Health promotion, Årestad bydel i Bergen*

Sammendrag

Hensikten med studien er å få innsikt i pensjonerte helsesøstres refleksjoner over egen praksis og erfaringer. Følgende forskningsspørsmål belyses: hvilke endringer sees i helsesøstertjenesten fra rundt 1960 frem til dagens helsesøstertjeneste, med vektlegging av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten. Studien har en kvalitativ tilnærming. Ti pensjonerte helsesøstre er intervjuet individuelt. Data er analysert med utgangspunkt i analyseprosess ved narrativ forskning. Studien viser at de pensjonerte helsesøstrene hadde en selvstendig og tydelig rolle. De la særlig vekt på individrettet arbeid med elever som strevde med skole,- eller hjemmesituasjonen. Fra 1960 til i dag har flere samfunnsmessige endringer virket inn på helsesøsters arbeid: omorganiseringer, endrede rammebetingelser, nye problemstillinger og utvidet kunnskapsgrunnlag. I dag skal helsefremmende og primærforebyggende arbeid vektlegges, og det stilles krav til bruk av kunnskapsbaserte metoder og tilnærming. Helsesøsterprofesjonen har hatt liten tradisjon for å forske på og dokumentere egen praksis. Forskning på eget felt vil være et viktig bidrag for å tydeliggjøre helsesøstrenes kompetanse i dag.

* Referee

Nøkkelord

Helsefremmende og forebyggende arbeid, helsesøster, profesjon, historikk, narrativ tilnærming

Innledning

”Det er umulig å drive det forebyggende helsearbeid på tilfredsstillende vis uten en stab av utdannede helsesøstre” (Evang 1947:64). Helsedirektør Karl Evang var sterkt medvirkende til at Statens helsesøsterskole ble opprettet i 1947. Helsesøstrene skulle avlaste de offentlige

legene og helserådene, blant annet ved å være ”helsemisjonærer i hjemmene”. I dag utdannes det helsesøstre ved åtte statlige høgskoler i Norge, og helsesøstrene arbeider primært i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med målgruppen barn og unge 0 – 20 år. Både helsestasjons- og skolehelsetjenesten har røtter tilbake til slutten av 1800-tallet. De to tjenestene har

hatt ulik opprinnelse og utvikling¹. Ved Lov om helsetjenester i kommunene (1982) ble kommunene pålagt å yte helsestasjons- og skolehelsetjenester, og først i 2003 fikk helsestasjons- og skolehelsetjenesten felles forskrift.

I 2003 ble det gjennom mange arrangementer markert at den offentlige helsetjenesten i Norge var 400 år. Det var blant annet fokus på forebyggende helsearbeid i et historisk perspektiv, og vi var noen interesserte helsesøstre som da etablerte en arbeidsgruppe i Bergen for å se spesielt på helsesøstertjenesten⁽²⁾. Vi fant at helsesøstres konkrete arbeidsinnsats og arbeidsområder var lite beskrevet, blant annet i faglitteraturen som ble utgitt i jubileumsåret (Elvbakken og Riise 2003; Schiøtz 2003). Det ble også klart at mye lokal dokumentasjon hadde gått tapt i årenes løp, og arbeidsgruppen satte seg følgende mål:

- etablere et arkiv basert på lokalt materiale om helsesøstertjenesten i etterkrigstiden
- få innsikt i pensjonerte helsesøstres praksiserfaringer fra Bergen gjennom intervjuer

I Bergen, som er en stor bykommune, arbeidet helsesøstre hovedsakelig på helsestasjoner og/eller i skolehelsetjenesten. Teknisk-hygieniske

kontrolloppgaver, som i mindre kommuner ofte var delegert til helsesøstre, ble i hovedsak utført av andre yrkesgrupper (Andresen 2003).

Helsesøstres arbeidsområder påvirkes av samfunnsforhold, offentlig politikk og lovgiving og de til enhver tid gjeldende helseproblemer. Elvbakken (1994) oppsummerer skolehelsetjenestens utvikling i fire faser: i den første fasen fra slutten av 1800-tallet til 1930 var helse spørsmål fremtredende i skole- og sosialpolitikken. Helse spørsmål forstås som miljørettet helsevern, skolehygieniske tiltak og universelle tiltak. I den andre fasen frem til midten av 1970-tallet ble det lagt mest vekt på individuelle helsekontroller. I den tredje fasen ble helsekontroller tonet ned til fordel for psykososiale problemstillinger, og i den siste fasen fra 1990-tallet er igjen helse spørsmål sentrale. Det kan tilføyes at gjeldende forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) sier at skolehelsetjenesten skal legge til rette for et godt psykososialt og fysisk miljø i skolen, bidra til en helsefremmende livsstil samt fremme psykisk helse gjennom forebyggende psykososialt arbeid.

Skolehelsetjenesten ble utformet på 1920-tallet, i en tid preget av infeksjonssykdommer og sykdommer knyttet til underernæring og feilernæring (Irgens 1982). Allerede på 1950-tallet var sykdomspanoramet blant barn og unge endret fra somatiske helseproblemer til psykososiale problemstillinger, uten at arbeidsmetodene i skolehelsetjenesten ble vesentlig endret av den grunn (NOU 1979: 53). Da Lov om helsearbeid i skolen m.v. kom i 1957, var helsesøster og lege stort sett alene om å drive det sykdomsforebyggende arbeidet. I perioden fra 1960 til 1984 ble det ansatt mange nye yrkesgrupper i kommunene, og både i forskrift om helsetjenester i skoler (1983) og gjeldende forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) understrekes

¹ Frivillige organisasjoner, særlig Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) stod som initiativtakere og eiere av helsestasjoner i Norge frem til 1974, da lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v. av 16. Juni 1972 ble iverksatt (Schiøtz 2003).

Skolehelsetjenesten ble administrert av skolen og skolestyret frem til 1957. Da ble lov om helsearbeid i skolen vedtatt, og skolehelsetjenesten ble lagt under kommunens helseadministrasjon og helserådet (Irgens 1982).

² Tidligere sjefshelsesøster Gunvor Møller tok initiativ til å opprette arbeidsgruppen, og i tillegg til ledende helsesøster Toril Økland deltok artikkelforfatterne. To pensjonerte helsesøstre, Margit Duun Amundsen og Brynhild Nesbø, har bidratt i arbeid med arkivet.

betydningen av et strukturert tverrfaglig samarbeid.

Lov om helsesøstertjeneste ble vedtatt i 1957, men kommunene ble først pålagt å yte helsesøstertjenester ved Lov om helsetjenester i kommunene (1982)(3). For Bergen kommune kan noen organisatoriske endringer også nevnes: Etter siste runde med kommunesammenslåing i 1972 har den politiske makten blitt desentralisert ved ulike former for bydelsorganisering(4). Den mest omfattende omorganiseringen kom i 1989, da byen ble inndelt i 12 helse- og sosialdistrikter med bydelsutvalg som øverste politiske organ (Bergen kommune 2008).

Flere forskere har interessert seg for helsesøsterprofesjonen i Norge: Ellefsen (2001) har sammenlignet endringer i norske og skotske helsesøstres arbeid i lys av fornyet interesse for kommunehelsetjenesten og vektlegging av helsefremmende og forebyggende arbeid i Europa og WHO. Clancy (2007) ser på hvordan helsesøstre opplever endringer i rollen etter implementering av kommunehelsetjenesteloven i 1984. Kvello (2005) drøfter den betydning som samfunnsutviklingen har hatt for helsesøstres arbeid, og Andrews og

³ I 1957 ble helsesøstrene ansatt i fylkeshelsetjenesten, men de arbeidet ved de kommunale helserådene (Irgens 1982). Ved lov om helsetjenesten i kommunene (1982) ble helsesøstertjenesten overført fra fylkeskommunen til kommunene, og kommunene ble stilt friere i utforming av tjenestene. Helserådene lagt ned, og stillingen som fylkeshelsesøster ble inndratt (Glavin og Kvarme 2003).

⁴ Fra 1973 til 1988 var det 20 bydelsutvalg som primært hadde uttalefunksjon. Fra 1989 til 1997 var byen inndelt i 12 helse og sosialdistrikter. Videre hadde to bydeler en prøveordning med utvidede fullmakter fra 1997 til 2000. Dette ble videreført til de øvrige bydelene, samtidig som antall bydelene ble redusert fra 12 til åtte. Denne ordningen ble opphevet etter fire år.

Wærness (2004) har med bakgrunn i endringer i arbeidsoppgaver og endringer i samarbeids- og ansvarsforhold stilt spørsmål om helsesøsteryrket er gjenstand for deprofesjonalisering(5). Hjälmhult, Wold og Samdal (2002) har gjennom prosjektet "Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler" sett på samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene.

Gjennom intervjuer med pensjonerte helsesøstre ønsket vi å få innsikt i de eldste helsesøstrenes praksis og erfaringer. Mange av deres fortellinger omhandlet arbeid med skoleelever, og denne artikkelen er derfor rettet mot helsesøsters arbeid innen skolehelsetjenesten. Hensikten med artikkelen er å belyse følgende spørsmål: Hvordan beskriver helsesøstre som arbeidet fra 1960-årene og fremover sitt arbeid innen skolehelsetjenesten, og hvilke endringer kan sees?

Materiale og metode

Artikkelen bygger på individuelle intervjuer med ti pensjonerte kvinnelige helsesøstre som hadde hatt sitt hovedvirke i Bergen kommune. Noen av dem hadde arbeidet i en nabokommune, som var en av flere som i 1972 ble innlemmet i Bergen kommune. Helsesøstrene var i alderen 62 til 88 år, gjennomsnittsalder 75,5 år. De hadde fra 10 år til 35 års erfaring som helsesøster. Informantene hadde vært pensjonister i gjennomsnitt 10 år (fra 0-21

⁵ Begrepet profesjon kan forstås som at personer med en viss utdanning gis rett til å utføre visse arbeidsoppgaver mer eller mindre autonomt. Det knyttes bestemte normative forventinger til en profesjon. Yrker befinner seg langs et kontinuum, og det er ikke entydige grenser mellom yrkene. Vi snakker om profesjonaliseringsprosess når yrker utvikler seg mot de overnevnte trekkene, og med deprofesjonalisering menes at denne prosessen reverseres (Molander og Terum 2008:20)

år), de fleste fra 1990-tallet. Noen av helsesøstrene hadde innehatt administrative stillinger, og flere hadde primært arbeidet i skolehelsetjenesten.

Helsesøstrene ble rekruttert gjennom arbeidsgruppens nettverk. Pensjonerte helsesøstre ble først invitert i grupper til samtale om sitt yrkesaktive liv. Hensikten var å få innspill til det videre arbeidet, samt å rekruttere helsesøstre til intervju. Ti helsesøstre sa seg villige til å delta i intervju, og de fikk tilsendt intervjuguide på forhånd. Intervjuene ble foretatt av de to artikkelforfatterne, som begge tidligere har arbeidet som helsesøstre i Bergen kommune. Både utforming av intervjuguide og seleksjon av hvilke data som brukes og presenteres vil avhenge av forskernes forforståelse (Johannessen, Tuft og Kristoffersen 2005). Det kan være en fordel å ha kunnskaper og erfaringer om feltet, men samtidig er det en utfordring å være bevisst egen forforståelse for å unngå å søke bekreftelse på egne forestillinger (Alvesson og Sköldberg 2008).

Det ble brukt en narrativ tilnærming der helsesøstrene fortalte om erfaringer og opplevelser fra yrkeslivet. I følge Malterud (2003) er det ulike definisjoner på narrativer, men felles er at en forteller tar en tilhører med på en reise gjennom tid. Forskeren prøver på ulike måter å forstå meningen i historien, dels ut fra historiens kontekst og dels ut fra fortellerens individuelle perspektiv. Helsesøstrene fortalte blant annet hva som motiverte dem til å bli helsesøstre, hvordan en vanlig arbeidsdag var lagt opp, og om arbeidsoppgaver og prioriteringer. De belyste også forhold til samarbeidspartnere, og de beskrev hendelser fra yrkeslivet som hadde gjort spesielt inntrykk på dem. Hvert intervju varte cirka en time, og intervjuene ble tatt opp på lydbånd og skrevet ut i fulltekst. Det ble tatt notater og skrevet memos under intervjuene. I tillegg fikk vi noen

skrevne tekster som også inngår i datamaterialet.

Vi har altså data fra personer som har måttet tenke tilbake i tid. Repstad (2007) sier at i retrospektive intervjuer gjenkalles fortiden gjennom et filter av begreper og tenkemåter en har tilegnet seg senere. Det betyr at vi gjennom intervjuene fikk vi ta del i helsesøstrenes refleksjoner over praksiserfaringer i ettertid, snarere enn en presis gjengivelse av deres praksis. Repstad (2007) påpeker videre at konkrete hendelser huskes bedre enn tanker og følelser. I intervjuene ba vi derfor helsesøstrene om å belyse sine praksiserfaringer med konkrete historier og opplevelser.

Data ble analysert med utgangspunkt i analyseprosess ved narrativ forskning beskrevet av Creswell (2007): vi leste gjennom intervjuene og identifiserte så mange enkelttema som mulig. Enkelttemaene ble samlet i større kategorier, og disse ble satt i kronologisk rekkefølge så langt det lot seg gjøre. Videre ble fortellinger og spesielle hendelser samt kontekstuelle forhold identifisert og fortolket i forhold til samfunnsutvikling for øvrig. I følge Kvale (1997) kan man i narrativ analyse fortette og rekonstruere de mange småfortellingene de ulike informantene bidrar med, for derved å få en rikere og mer sammenhengende historie. Her har vi satt sammen ulike fortellingene og hendelsene fra intervjupersonene for på denne måten å bidra til en tettere og mer sammenhengende fremstilling av helsesøsterpraksis i en bykommune i tiden fra ca 1960 og noen tiår fremover.

Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien til helsesøstrene som deltok, og studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD).

Hensikten med studien var å få innsikt i pensjonerte helsesøstres refleksjoner over sin yrkesrolle og sine erfaringer fra yrkeslivet. For å få frem beskrivelser og erfaringer er en kvalitativ tilnærming best egnet. Fokusgruppediskusjoner (Malterud 2003) var diskutert som alternativ til individuelle intervjuer. Utveksling av erfaringer i fokusgrupper ville kanskje bidratt til et enda rikere materiale, men individuelle intervjuer ble valgt for å kunne gi rom og plass til den enkeltes erfaringer. Det må imidlertid tas hensyn til at muntlige fortellinger innehar subjektive synspunkter og at det kan være problemer med selektiv hukommelse (Wall, Edwards and Porter 2007). Moyer (1999) sier at en måte å kontrollere eventuelle unøyaktigheter på, er blant annet å se enkeltintervjuer i sammenheng med andre intervjuer, slik vi har gjort.

Helsesøstre som arbeidet fra 1960-årene og fremover var med på å bygge opp helsesøstertjenesten i kommunene, og det er viktig å påpeke at helsesøstre i landkommunene kunne ha andre oppgaver enn i en stor bykommune. Våre funn forteller altså om helsesøstres erfaringer og oppgaver i skolehelsetjenesten i en norsk bykommune etter at skolehelsetjenesten og helsesøstertjenesten ble lovfestet i 1957, og noen tiår fremover.

Funn

Våre ti informanter hadde mye å formidle fra sitt yrkesaktive liv, og i denne artikkelen er det valgt å fokusere på arbeidet innen skolehelsetjenesten. De beskrev blant annet hvorfor de ønsket å bli helsesøstre, samt hvordan strukturelle endringer påvirket arbeidsforholdene. Ulike samarbeidsrelasjoner ble beskrevet, og de ga konkrete eksempler på hva de arbeidet med i praksis. De beskrev også mange utfordrende hendelser fra skolehelsetjenesten. Helsesøstrenes

fortellinger sees i forhold til de rådende samfunnsmessige rammer og forventninger.

Yrkesvalg og trivsel

Schiøtz (2003) sier at det er sparsomt med litteratur om helsesøstres historie og at vi vet lite om helsesøstres yrkesrolle og motivasjon for å søke helsesøsterutdanningen. Flere av helsesøstrene vi intervjuet begynte i yrket primært av familiære årsaker. Skiftordningen på sykehus ble vanskelig å kombinere med familieliv, og høyt tempo og tunge løft medførte at sykepleieryrket kunne være fysisk belastende. Andre viktige faktorer var ønske om å arbeide med barn og unge, samt å arbeide utenfor institusjoner.

Helsesøstrene ga uttrykk for at de hadde trivdes svært godt i yrket og at de var kommet på rett hylle: *”som helsesøster fikk jeg bruke hele meg”*. Likevel var flere tydelig på at det var et krevende yrke:

”Ja, jobben var veldig mangfoldig, og det passet jo meg utmerket, men samtidig ble jeg oppbrukt og sliten”.

Mens sykepleieryrket ofte medfører fysiske belastninger, vil nok helsesøsteryrket for mange fortone seg som mer psykisk belastende. Det står ikke noe nytt vaktskift og tar over når arbeidsdagen er slutt; den enkelte helsesøster har selv ansvar for å følge opp de ulike problemstillingene. Men helsesøstrene kunne fortelle om positive tilbakemeldinger som ga arbeidet mening:

”Jeg synes det er så kjekt når jeg treffer de nå. Mange er gifte og har fått barn, og de sier ”hadde ikke du grepet inn den gangen hadde jeg ikke vært der jeg er i dag”.”

”Plutselig en dag kom det en ungdom inn. Armene rundt halsen på meg, en stor flott gutt: ”Jeg har vært til sjøs i mange år, jeg

ville bare opp til deg og si takk". Han hadde fått den gode hjelpen. Jeg opplevde så mye flott."

Gjennom slike opplevelser fikk helsesøstrene bekreftet at arbeidet nyttet.

Arbeidsforhold og organisatoriske endringer

Grovt sett kan det sies at helse- og sosialpolitikken i perioden fra 1945 – 1970 var preget av prinsippet om universalisme. Det vil si at målgruppen for ulike velferdstiltak ble utvidet fra å gjelde de aller fattigste til å omfatte hele befolkningen (Hjelmtveit 2005). Det var stor befolkningsvekst i etterkrigstiden, og arbeidsbelastningen var betydelig⁽⁶⁾: i tillegg til å følge opp mer enn 100 nyfødte per år hadde den enkelte helsesøster også ansvar for en rekke skolebarn. Det var ikke uvanlig å ha kontakt med 30- 40 skolebarn de dagene de var på skolen. Det var ingen 8-timers dag, og ofte måtte de bruke søndagen for å planlegge neste ukes arbeid:

"Vi begynte søndag kveld. Da satt våre respektive menn og så på idrett, og skolelegen (også en kvinne) og jeg satt med hver vår blokk og blyant ved telefonen og la opp arbeidet for hele uken. Vi visste at når mandag morgen kom hadde vi så vidt tid til å si god dag til hverandre".

Lov om helsesøstertjeneste kom i 1957, og flere av de pensjonerte helsesøstrene var i ulik grad med på å bygge opp helsesøstertjenesten i kommunen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten var på langt nær etablert og i velordnete

⁶ Statistikk for helsestasjon for mødre og barn 1960 viser at gjennomsnittlig folkemengde per helsestasjon på landsbasis var 2522. I Bergen var gjennomsnittlig folkemengde 19307 personer per helsestasjon, og det var 6 helsestasjoner (SSB 1962). Det har ikke lyktes å finne tilsvarende data for skolehelsetjenesten.

former. Lov om helsearbeid i skolen m.v. (1957) beskrev mål og arbeidsmetoder, og flere av helsesøstrene fortalte hvordan de utarbeidet egne planer for arbeidet og konkretiserte arbeidsoppgavene.

Kommunesammenslåingen i 1972 hadde innvirkning også på helsesøstertjenesten. Helsesøstrene som hadde arbeidet i en av småkommunene som ble innlemmet i Bergen, uttrykte en sterk identitet og lojalitet til lokalsamfunnet. Etter sammenslåingen syntes de at de mistet noe av sin selvstendighet og gode samarbeidsrutiner:

"Det var et stort skille før og etter kommunesammenslåingen. Den gangen var jo alle på kommunehuset. Trengte du å samarbeide med noen var det å gå opp på kantinen og sette seg ved bordet til sosialkontoret, skolekontoret eller lensmannen for den saks skyld. Vi fikk gjort ting i en liten kommune".

Helsesøstrene i småkommunene var nok mer berørt av kommunesammenslåingen enn helsesøstrene i Bergen, men de vennet seg etter hvert til at *"de ble styrt fra Bergen"*. Blant annet fikk kommunen egen skoleoverlege som sammen med sjefshelsesøster var med på å sette skolehelsetjenesten på dagsorden i kommunen, noe som ble sett på som en fordel.

Fra 1980-årene ble det gjennomført en rekke reformer i offentlig sektor, delvis basert på New Public Managements styringsideologi. Det vil si mål og resultatstyring, fokus på effektivitet og kvalitet, nye ledelsesformer og oppsplitting av sentrale administrasjonsheter (Stamsø 2005). I den kommunale forvaltningen førte dette til gjentatte endringer i administrative strukturer og i organisering av tjenester rettet mot barn og unge, noe som påvirket helsesøstertjenesten og trivselen. Den mest omfattende desentraliseringen i Bergen var i 1989,

med etablering av 12 helse- og sosialtjenestedistrikter. Flere av helsesøstrene uttrykte stor frustrasjon over disse prosessene:

”Vi hadde ingenting vi skulle sagt i den prosessen. Oppløsning av helsesøstertjenesten kalte vi det. Vi hadde trodd vi skulle få avsluttet vår karriere med å få gjort noe for helsesøstertjenesten, men det føltes temmelig kaotisk”.

Hensikten med omorganiseringene i Bergen var blant annet bedre samordning av tjenestetilbudet og mer effektiv ressursutnyttelse. Sett fra ”grasrota” var det liten grad av medvirkning i disse prosessene, det var bare å tilpasse seg.

Samarbeidsrelasjoner

Arbeidsoppgavene i skolehelsetjenesten var tradisjonelt somatisk orientert, det vil si helsekontroller, vaksinerings-, kostholdsveiledning og hygieniske kontroller av skolelokalene (Glavin og Kvarme 2003; NOU 1979:53). Allerede på 1950-tallet syntes de somatiske helseproblemene å være under kontroll, og endringen til problemstillinger av mer psykisk og sosial karakter var påtagelig (Irgens 1982). Med psykososiale problemstillinger økte også behovet for tverrfaglige tilnærminger. Det kommer klart fram i intervjuene at de viktigste samarbeidspartnere var foreldrene; uten dem ville ikke helsesøstrene kunne gjøre noe for barna. Flere av helsesøstrene beskrev seg selv som et mellomledd mellom foreldre og resten av hjelpeapparatet, og de var opptatt av at det skulle være lav terskel for å bruke helsesøstertjenesten. Fra 1960-årene var også det øvrige hjelpeapparatet under oppbygning. Irgens (1982) påpeker at mangel på ressurser og presset arbeidssituasjon i pedagogisk-psykologisk tjenesten og i sosialkontorene kunne være til hinder for godt samarbeid.

Helsesøstrene sa at de samarbeidet godt med legene, psykologene tilknyttet helsestasjonen og de andre helsesøstrene i distriktet. Flere av helsesøstrene snakket også varmt om samarbeidet med lærerne. Men det kom fram at helsesøstrene var avhengige av lærernes velvilje og interesse for å ”slippe til” med forebyggende helsearbeid:

”Når du jobber i skolene er det en timeplan, på den timeplanen står ikke helsesøstertime, den mangler. Da blir vi totalt avhengig av deres goodwill på hvor mye de kan bruke av undervisningstiden på oss. På barneskolen er det lettere, de er litt romsligere. Jeg fikk det jo til på ungdomskolen, men på langt nær nok. Måtte stadig se på timeplanen om det passet. Helt håpløst”.

Helsesøstrene sa at fysisk nærhet til samarbeidspartnere og faste tverrfaglige møter var av stor betydning for at det faglige samarbeidet skulle fungere. Samarbeid med de ansatte på sosialkontorene ble beskrevet som mest problematisk, og det ble forklart med stadige utskiftninger av personalet. Samarbeidet var ofte avhengig av personlige relasjoner, og i enkelte tilfeller kunne det få store konsekvenser hvis saksbehandleren sluttet:

”Jeg husker spesielt en som jeg jobbet veldig godt sammen med, men så adopterte hun tvillinger og flyttet. Da var det en gutt som glapp, det var veldig trist”.

Dette er et eksempel på at tverrfaglig samarbeid må settes i system, slik at det ikke er avhengig av enkeltpersoners samarbeidsevne.

Forebyggende helsearbeid i praksis

Allerede på 60-tallet var det egne næringsmiddel- og renovasjonskontrollører

i byen, og helsesøstrene var glad for å slippe dette kontrollarbeidet. Isteden kunne de konsentrere seg om arbeidet med barn og unge og deres familier. Fra 1950-årene og fremover kom det nye vaksiner inn i barnevaksinasjons - programmet, og helsesøstrene brukte mye tid på å innhente uvaksinerte barn og unge. Den gang som nå var det en viss skepsis til vaksiner, og det hendte at de måtte ta noen runder før de fikk tillatelse til å vaksinere:

”Det var en familie som var Jehovas vitner, og de skulle ikke ha noen vaksiner. Så ringte jeg hjem til moren til disse ungene: ”Nei, det er min mann som bestemmer”. Så ringte jeg til mannen, som sa: ” Det er min kone som bestemmer”. ”Jeg har nettopp snakket med Deres kone, og hun sier at det er De som bestemmer. De husker jo dette med Roosevelt, og vi hadde hele avdelinger på sykehuset...” Til sist sa han: ”Du får vaksinere, men skjer det noe er det din skyld”. Jeg hadde 100 % oppslutning!”

Helsesøstrene kunne med letthet vise til kjente personer som president Roosevelt og andre som hadde poliomyelitt. Den siste store polioepidemien i Norge var i begynnelsen av 50-årene, og de aller fleste kjente visste om noen som hadde hatt sykdommen.

Forebyggende arbeid rettet mot tuberkulose var også tidkrevende. Anmeldte tilfeller av lungetuberkulose hadde i perioden fra 1900 til 1960 sunket fra 3,01 til 0,41 tilfeller per 1000 innbyggere i Bergen (Blom 1998), men det var likevel høy årvåkenhet de første ti-årene etter krigen. Helsesøstrene fortalte at de på 60-70-tallet foretok årlige tuberkulinprøver av alle skolebarn. Arbeid med omslagere kunne bli tidkrevende:

”I 1972 hadde vi mange rare omslagere. Overlegen på diagnosestasjonen påstod at vi ikke kunne sette pirquet. Så satte han i gang jakten på det som vi populært kalte

svømmebassengsbakterien. Helsesøster fra diagnosestasjonen kom, for bare en helsesøster skulle sette og lese av. Vi assisterte, 4 risp per elev, 2 på hver arm. Overlegen gjorde et stort arbeid for å finne denne mucobakterien som forårsaket de falske positive pirquetprøvene. De var negative ved neste års kontroll, og det ga oss mye hodepine før vi fikk resultatet av hans arbeid.”

Etter et omfattende og tidkrevende arbeid fant de at disse elevene var falske positive. Hvis det derimot ble oppdaget tuberkulose, ble det satt i gang med smitteoppsporing, og alt annet måtte settes til side. I slike tilfeller kunne lokalkunnskapen komme til nytte:

”En av helsesøstrene som bodde i distriktet visste at det var en eldre dame som hadde hatt tuberkulose i tidligere dager. Det var noen gutter som gikk inn til henne for hun var så flink i sjakk, og der var smitekilden”.

I skolehelsetjenesten gikk det også mye tid med til rutineundersøkelser og ulike tiltak for å fange opp elever som trengte videre oppfølging og undersøkelser. Elevene ble målt og veid på hvert klassetrinn, det ble foretatt ryggkontroller og sanseundersøkelser. I tillegg foretok skolelegen generelle medisinske undersøkelser av alle skoleelever tre ganger i løpet av grunnskolen. Helsesøstrene sa at det ikke ble funnet så mye gjennom disse undersøkelsene. Dette stemmer overens med en studie av helseundersøkelsen av førsteklassingene i Bergen i 1977 (Irgens 1982). Disse rutinemessige kontaktene ble imidlertid fremhevet av helsesøstrene som en gylden anledning til å bli kjent med elevene og skape tillit, slik at elevene lettere kunne ta kontakt ved behov.

I følge Lov om helsetjenester i skoler m.v. (1957) skulle helsetjenesten, i tillegg til helseovervåkning og verne elevene mot

skader og smittsomme sykdommer, også veilede elever og foresatte om helsemessige forhold. Flere av helsesøstrene fortalte at de i samarbeid med skolelegen hadde undervisning om tema som røyk, alkohol og samlivslære ved skolen. Særlig når det gjaldt røyking ble ”skremselspropaganda” brukt som metode, for eksempel ved å innkalle strupeopererte eller måle lungekapasiteten på henholdsvis røykere og ikke-røykere i klassene.

Gjennom de mange rutinemessige individuelle kontaktene, opparbeidet helsesøstrene en oversikt over elevenes helseforhold. Bare en av helsesøstrene nevnte at det ble iverksatt miljørettede tiltak på bakgrunn av dette. Hun beskrev en forsøksordning med skolemat som kom i gang fordi mange ikke spiste frokost eller hadde skolemat med.

Utfordringer og ansvar

Helsesøstrene hadde kontakt med mange elever som hadde problemer i skole- eller hjemmesituasjonen. Flere av helsesøstrene arbeidet i samme distrikt hele sin yrkeskarriere, og de representerte en kontinuitet for mange familier. Det tok tid å få oversikt, men etter hvert visste de hvem som trengte ekstra oppfølging, - ”det var alle disse jeg hadde i øyekroken hele tiden”. Som tidligere nevnt var foreldrene de viktigste samarbeidspartnere i forhold til barn som hadde det vanskelig. Helsesøstrene erfarte at mange av disse foreldrene også hadde strevd med sin skolegang. I slike tilfeller måtte de etablere et tillitsforhold til foreldrene før de kunne gå videre og involvere rektor og klassestyrer. Helsesøstrene så også at i mange sammenhenger måtte hele familien involveres, og de gikk da på hjemmebesøk. Andre yrkesgrupper kunne ha problemer med på komme inn, men flere av helsesøstrene sa at de hadde til gode å bli avvist. Det kan ha sammenheng med at helsesøster har hatt tradisjon for å gå på

hjemmebesøk til familier med nyfødte barn. Mange familier kjente henne fra helsestasjonen, og helsesøster som profesjon ble sett på som ”ufarlig”.

De var ikke redde for å gå inn i vanskelige situasjoner. En helsesøster fortalte om en 14-årig jente som var blitt gravid, og hun fikk i oppdrag å følge jenten på Kvinneklubben (KK):

”Min mann kjørte meg opp dit om aftenen, og da satt faren med en ølflaske på kjøkkenet og moren satt med en unge inne på et lite rom. Det ble jo tatt abort, og guttungen var 16 år. Jeg måtte spørre foreldrene om jeg kunne ta henne med meg på KK. Jeg måtte bare gjøre som jeg ville, de ville ikke ha noe med det å gjøre. Å, det var mye sånt, du. Jeg fikk beskjed av mine egne (kollegaene) at jeg ikke var sosialsøster, jeg var helsesøster. Men hvis det skal fungere må jeg jo ta meg av hele ungen.”

Denne historien viser også at de i helsesøsterkollegiet kunne være uenige om hvilke oppgaver som hørte inn under yrkesutøvelsen, og hva man skulle prioritere.

En annen helsesøster fortalte om en elev som var så redd og ikke klarte å gjøre lekser hjemme. Faren var alkoholiker, og mot slutten av drikkeperioden pleide alt å gå vegg i mellom. Helsesøster fikk tillatelse av jenten til å ringe faren og tilby hjelp. Faren takket ja, og hun ringte til avrusningsklinikken. Her fikk hun legge saken frem for overlegen:

”Jeg tror ikke han var helt vant til at helsesøstre ringte, men han sa: ”han kan komme opp i morgen”. Faren ble innlagt, og jentungen klarte å gjennomføre de 3 årene.”

Noen av helsesøstre hadde hatt barn og unge boende hjemme hos seg i perioder. De kommenterte selv at dette ikke var

profesjonelt, men det ble begrunnet med at det ikke fantes gode alternative plasseringer. Dette eksemplet er hentet fra tiden før barnevernsvakten var etablert i Bergen i 1987:

”Og så har du dette med barn av psykisk syke foreldre, hvor skulle du gjøre av disse? Jeg har en gang stått opp etter at jeg hadde lagt meg fordi en mor ringte, og jeg var redd for selvmord. Da sa jeg at hvis du får plass på psykiatrisk klinikk, skal jeg ta barnet hjem til meg. Det var en gutt, og han bodde hos meg i flere uker mens hun var innlagt. For ellers var det ingen...”

En av de andre fortalte om en vietnamesisk gutt som ble mishandlet av sin far, og som hun ”puttet i bilen” og tok med til barneklubben:

”Når han så var ferdig på barneklubben fikk han ikke lov å flytte hjem igjen. Da var jo tilbudet ungdomshjem, og da tok jeg han med hjem. Det skal man jo ikke gjøre, lite profesjonelt. Men jeg syntes det var så gresselig”.

Disse eksempler forteller at helsesøstre tok i bruk kreative og utradisjonelle løsninger. Det viser også at omsorgsaspektet var sentralt. Mange av dem strakk seg nok langt ut over det som var å forvente. De var derfor glade når de fikk flere samarbeidspartnere i arbeidet med barn og unge i kommunene, spesielt i forhold til de mest vanskeligstilte.

Diskusjon

Som tidligere nevnt oppsummerte Elvbakken (1994) skolehelsetjenestens utvikling i fire faser. Våre informanter arbeidet i andre fase (ca 1930 – 1975), der det ble lagt mest vekt på individuelle helsekontroller, og i tredje fase (ca 1975 – 1990-tallet) der psykososiale

problemstillinger tok mer over. Helsesøstre vi intervjuet beskrev et omfattende arbeid med vaksiner og helseundersøkelser, men de la særlig vekt på arbeidet med enkeltelever som trengte ekstra hjelp og oppfølging.

Ved å se på helsesøsters arbeid i et historisk perspektiv, vil vi bedre kunne forstå dagens utfordringer. Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvordan helsesøstre som arbeidet fra 1960-årene og fremover beskriver sitt arbeid innen skolehelsetjenesten, og hvilke endringer som kan sees. Nordtorp og Wistoft (2004) skiller mellom den indre profesjonalisme, det vil si fagets selvforståelse, og den ytre profesjonalisering, som forstås som status og autoritet belyst med lovgrunnlag, politikk og samfunnsmessige krav. Denne dikotomien følges opp: helsesøstrenes erfaringer og selvforståelse sees i forhold til samfunnsutviklingen og ytre krav og forventninger.

Evangs visjon om helsesøsterprofesjonen

Evang (1947) hadde en visjon om helsesøstre som legens assistenter i det forebyggende helsearbeidet i kommunene, men ble det slik? I den medisinske kontrollmodellen innpasses tjenesten i et hierarkisk system som styres av eksperter, i starten representert ved leger og helsedirektoratet ved Karl Evang. I følge Schiøtz (2003) avlastet helsesøstre legene for viktige oppgaver innen det forebyggende helsearbeidet, og de utfordret legene sjelden eller aldri. Dette ”idylliske” forholdet handler om at helsesøstre ble av Evang utpekt som nøkkelpersoner i gjenreisning av folkehelsen etter krigen. De pensjonerte helsesøstre fremhevet det gode samarbeidet med legene. De beskrev en relativt uavhengig yrkesrolle, som synes å være mer sideordnet enn underordnet legene. Tanken var opprinnelig at

helsesøstrene skulle være legenes assistenter, og helsesøstre som gruppe avlastet nok de offentlige legene ved å overta flere av deres arbeidsoppgaver. Skolehelsetjenesten var imidlertid organisert slik at helsesøstrene hadde definerte og selvstendige arbeidsoppgaver (NOU 1979: 53), og legene ble av våre informanter oppfattet som samarbeidspartnere og medisinske rådgivere.

Helsesøstrene uttrykte at de var svært fornøyd med yrkesvalget. Berthinussen (2000) har sett på årsaker til at dagens helsesøsterstudenter begynner på studiet, og hun beskriver to typer studenter, ”instrumentalistene” og ”entusiastene”. ”Instrumentalistene” er opptatt av at helsesøsteryrket kan være et hensiktsmessig alternativ til nåværende arbeidssituasjon, mens ”entusiastene” har genuin interesse for forebyggende arbeid med barn og unge og har bestemte planer for hva de vil med helsesøsteryrket. Vårt materiale peker i samme retning: i utgangspunktet var det både ”instrumentalister” og ”entusiaster” blant intervjupersonene, men alle synes å bli mer ”entusiaster” etter å ha arbeidet en tid som helsesøstre.

Helsesøstrene hadde stort handlingsrom og arbeidet selvstendig. De tok blant annet direkte kontakt med annenlinjetjenesten, og hjalp elever uten å ta runden om henvisninger og ventetid. En slik praksis ville ikke være mulig i dag. Gjennom fastlegereformen har alle innbyggere rett til fastlege, og fastlegen skal blant annet skal fungere som portvakt og døråpner til spesialisthelsetjenesten (Dahle 2004). I de fleste tilfeller vil det være fornuftig å ha en slik silingsinstans, men i noen situasjoner kan nok denne ordningen oppleves som et forsinkende mellomledd.

Vaksinasjon og rutineundersøkelser

Deler av smittevernarbeidet var delegert fra leger til helsesøstre, og flere av de pensjonerte helsesøstrene fremhevet at smittevernarbeid og vaksinasjon var et viktig arbeid som måtte utføres med nøyaktighet. På 60-tallet hadde de et stort arbeid med innhenting av uvaksinerte, og de var nøye med at alle fikk tilbud om vaksiner. Nøkleby og Bergsaker (2006) sier at vaksiner er et klassisk eksempel på det som kalles forebyggingsparadokset. Når sykdom ikke oppstår på grunn av vellykket forebygging, glemmer folk grunnen til vi vaksinerer. Det skal også få uønskede hendelser til før vaksiner kom i vanry. Dette stiller store krav til kunnskaper og kommunikasjon hos helsesøstre og leger som arbeider med vaksinasjon. Helsesøstre har vist seg tilliten verdig i dette arbeidet, i Norge er mer enn ni av ti barn fullvaksinert mot sykdommer som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet (Folkehelseinstituttet 2008 a).

Lov om tuberkulinprøving og BCG kom i 1948, og de pensjonerte helsesøstrene fortalte at de brukte mye tid på dette arbeidet. Selv om insidensen av tuberkulose hadde sunket jevnt i tiden før loven ble iverksatt, fikk det offentlige og legene æren av å ha bekjempet ”den hvite pesten” (Blom 1998). En kan undre seg over at helsesøstrene tok pirquetprøve på alle klassetrinn til langt inn på 1970-tallet, til tross for at tuberkulose var et lite problem etter 1960-årene. Det kan bemerkes at når BCG-vaksinering går ut av det anbefalte vaksinasjonsprogrammet fra 2009/10, er det beregnet at ca 20,4 helsesøsterårsverk spares (Folkehelseinstituttet 2008 b). Dette er et tankekors i forhold til den sterke vektleggingen av masseundersøkelser på 60- og 70-tallet.

De pensjonerte helsesøstrene hadde et noe ambivalent forhold til de rutinemessige helseundersøkelsene: det var et tidkrevende arbeid som det ikke alltid kom

så mye ut av. På den annen side hendte det at de oppdaget viktige ting som tidligere var oversett, og da fikk de bekreftet nytt av dette arbeidet. Flere av våre informanter synes å mene at noe av det viktigste ved helseundersøkelsene var å bli kjent med elevene. Det fremgår i liten grad at de brukte denne oversikten til for eksempel å sette i verk miljørettede tiltak. Helsesøstre arbeidet først fremst individrettet.

Helsestasjonsloven ble iverksatt i 1974, og Schiøtz (2003) betegner 1970-årene som helsesøstrenes glansperiode. Andre hevder at det heller var en opprustning av helsestasjonene, og at skolehelsetjenesten nå kom noe i skyggen (Elvbakken 1994; NOU 1979:53). Grimsmo (1989: 9) påpeker at ”skolehelsetjenesten har inntil nå vært sterk individrettet, med tradisjonelle metoder som har bakgrunn i den tiden fattigdomssamfunnets sykdommer dominerte”. Han stiller videre spørsmål om skolehelsetjenesten kan tilpasse seg dagens helseproblemer eller om den er i ferd med å utspille sin rolle, og dette synes å være et betimelig spørsmål.

Psykososiale problemstillinger

De pensjonerte helsesøstre synes å ha hatt et særlig blikk for barn og unge som av ulike årsaker hadde vansker enten i hjemme- eller skolesituasjonen, og de fortalte mange historier om enkelt- elever som fikk hjelp. Dette tyder på at omsorgspektet var vel så viktig for dem som forebyggingsaspektet. Martinsen (2005: 135) viser til at omsorg er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. Helsesøstre synes å legge særlig vekt på den praktiske dimensjonen. Som tidligere nevnt arbeidet de selvstendig, satte i verk ulike tiltak og ordnet opp på egen hånd. Hjelpeapparatet har gradvis blitt bedre utbygget, og elever kan i større grad henvises til andre profesjoner. Skaset

(2003) beskriver hvordan utvikling av helsetjenester har gått fra å være en privat handling mellom tjenesteyter og klient, til i dag å være en offentlig handling der stadig flere personer er involvert i tjenestene som ytes. Glavin og Kvarme (2003) påpeker at godt tverrfaglig samarbeid er avhengig av at eget fagområde er tydelig. Studier viser at helsesøstre kan oppleve at de er ”usynlige” og ikke regnes med i skolesammenheng (Clancy 2007; Hjälmhult et al 2003). I dagens skolehelsetjeneste legges det mer vekt på grupperettede tiltak og tiltak i skolemiljøet. Vellykket arbeid med enkeltelever, som helsesøstre fortalte om, var gjerne mer synlig i skolemiljøet enn tiltak på skole- og gruppenivå. I tillegg var det færre aktører involvert, og samlet bidro dette kanskje til at helsesøsterprofesjonen fremstod som tydeligere før?

Selv om hjelpeapparatet i dag er bedre utbygget, viser Evalueringsrapport av Opptrappingsplan for psykisk helse at cirka 20 prosent av barn og unge med psykiske vansker som er i kontakt med helsesøster har et vurdert udekket behov for tilbud fra psykisk helsevern (Andersson og Steihaug 2008). Noen barn og unge med sammensatte problemstillinger ofte blir kasteballer i systemet: de er for friske for behandling, men har likevel behov for oppfølging. Kvello (2005) sier at helsesøstre bør kunne iverksette tiltak og ikke bare henvise risikoutsatte barn videre. Hvis ikke, hevder han, kan helsesøstre reduseres til å bli et byråkratisk mellomledd, noe som vil begrense juridiksjonsgraden og kanskje på sikt gjøre dem overflødige.

Fra ”helsemisjonærer” til dagens helsesøstre

Da Statens helsesøsterskole ble etablert i 1947, var det klare forventninger til yrkesgruppen (Evang 1947). Andrews og Wærness (2004) stiller spørsmål om

helsesøsteryrket er gjenstand for deprofesjonalisering. Dette begrunnes blant annet med at oppgaver innen det psykososiale feltet i dag deles med andre profesjoner som har lik eller høyere formell kompetanse. Flere studier viser at helsesøstre ser på sitt arbeid som viktig, men at det er vanskelig å måle og dokumentere (Clancy 2007; Ellefsen 2001). Kvello (2005) fremhever at helsesøstre må bli mer synlige både i offentlig debatt og i tverrfaglig sammenheng for å fremstå som tydelige fagpersoner. Fosse (1997) påpeker imidlertid at en mer helhetlig forståelse av helsefremmende og forebyggende arbeid, vil kreve en viss grad av deprofesjonalisering. Når flere yrkesgrupper leverer premisser for innhold i tjenestene, vil den enkelte profesjon bli mindre tydelig.

Mens helsefremmende og forebyggende arbeid tidligere ofte var basert på intuisjon og gode intensjoner, stilles det i dag krav om bruk av forskningsbaserte og anerkjente metoder og strategier (Schanke 2003). Dette betyr både å anvende tiltak og kunnskap basert på god forskning, og å forske på og publisere praksiserfaringer. Helsesøstres særstilling og styrke i et helseperspektiv er at de møter alle barn og ungdommer. Men denne unike posisjonen er av liten verdi dersom ikke kunnskap tas i bruk og tiltak evalueres, slik at de rette tingene gjøres på riktig måte.

Oppsummering

Denne artikkelen bygger på pensjonerte helsesøstres refleksjoner over praksis og erfaringer fra arbeidet i skolehelsetjenesten, og tar for seg endringer i helsesøstertjenesten fra 1960-årene frem mot dagens helsesøstertjeneste. Opprinnelig var helsesøstre tiltenkt rolle som legens høyre hånd i det forebyggende helsearbeidet. De pensjonerte helsesøstre

beskriver imidlertid å ha hatt en mer selvstendig rolle. Selv om problemstillinger blant barn og unge endret seg fra somatisk problematikk til psykososiale problemstillinger, var arbeidsmetodene i skolehelsetjenesten lenge uendret. Helseundersøkelser og vaksiner tok mye tid. De pensjonerte helsesøstre synes imidlertid hele tiden å ha vektlagt individrettet arbeid med elever som av ulike grunner strevde med skole- eller hjemmesituasjon. De tok i bruk kreative og utradisjonelle løsninger, og ikke alle tiltakene ville vært gjennomførbare i dagens samfunn.

Helsesøsters arbeid har vært og vil være i endring som følge av nye helsemessige utfordringer, skiftende samfunnsforhold og endrede rammebetingelser. I dagens retningslinjer for skolehelsetjenesten nedtones individrettet arbeid og helseundersøkelser til fordel for helsefremmende og primærforebyggende arbeid i form av miljørettede og grupperettede tiltak. Som nevnt har helsesøsterprofesjonen vært gjenstand for forskning, men helsesøstre har hatt liten tradisjon for å forske på egen praksis. Forskning på eget felt vil være et viktig bidrag til å tydeliggjøre helsesøstrenes kompetanse.

Det er mange aktører på ulike nivåer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge. Helsesøstre har fortsatt en unik posisjon når det gjelder å bidra til å fremme barn og unges helse. Et aktuelt tema for videre forskning vil være å utforske helsesøsters rolle i skolehelsetjenesten i dag.

Stor takk til de pensjonerte helsesøstre som delte sine erfaringer med oss. Vi takker også de øvrige medlemmene i arbeidsgruppen, tidligere sjefshelsesøster Gunvor Møller og ledende helsesøster Toril Økland, som har medvirket som samtalepartnere og pådrivere, og førsteamanuensis Karen Christensen ved

Universitetet i Bergen som har bidratt med konstruktive innspill under prosessen.

Litteratur

- Alvesson, M. og Sköldbberg, K. (2008) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. 2. oppl. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, H.W. og Steihaug, S. (2008) *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. SINTEF-rapport A4727. Oslo-Trondheim: SINTEF helse.
- Andresen, A. (2003) Helserådet – forebygging i epidemienes tid. I: Elvbakken, K.T. og Riise, G. (red.) *Byen og helsearbeidet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andrews, T. og Wærness, K. (2004) Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk tidsskrift*. 12 (4): 325-341.
- Bergen kommune (2008) *Utviklingen av lokaldemokratiordninger i Bergen kommune*. Tilgjengelig fra: www.bergen.kommune.no
- Berthinussen, I.S. (2000) *Rekruttering til helsesøsterutdanningen: om instrumentalister og entusiaster*. Rapporter og utredninger 3/2000. Bekkestua: Høgskolen i Akershus.
- Blom, I. (1998) *Feberens ville rose: Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900 – 1960*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A. (2007) A profession under treath? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*. 54, 197 – 203.
- Creswell, J.W. (2007) *Qualitative inquiry & research design. Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks – London – New Dehli: Sage Publications.
- Dahle, R. (2004) Fastlegeordningen og brukerne. I: Dahle R og Thorsen K (red.): *Velferdstjenester i endring: Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ellefsen, B. (2001) Health Visiting in Scotland and Norway: Commonalities and Differences. *Public Health Nursing*. 18 (5): 318 – 326.
- Elvbakken, K.T. (1994) Skolehelsetjenesten – tilbake til miljørettet helsearbeid? I: Elvbakken, K.T., Fjær, S. og Jensen, T.Ø. (red.): *Mellom påbud og påvirkning*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Elvbakken, K.T. og Riise, G. (red.) (2003) *Byen og helsearbeidet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Evang, K. (1947) *Gjenreising av folkehelse i Norge*. Oslo: Fabritius og sønners forlag.
- Folkehelseinstituttet (2008 a) *Vaksinasjonsstatistikk for 2007*. Tilgjengelig fra: www.fhi.no.
- Folkehelseinstituttet (2008 b) *Utredning om bruk av BCG-vaksine i Norge*. Tilgjengelig fra: www.fhi.no.
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3. April 2003 nr. 450.*
- Forskrift om helsetjenester i skoler av 23. november 1983.*
- Fosse, E. (1997) Profesjoner og profesjonalisering i helsefremmende og forebyggende arbeid. I: Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E. og Råheim, M. (red.): *Kunnskap, kropp og kultur: Helsefaglige problemer*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Glavin, K. og Kvarme, L.G. (2003) *Helsesøstertjenesten: Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Grimsmo, A. (1989) *Forebyggende arbeid i skolen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hjälmhult, E., Wold, B. og Samdal, O. (2002): Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i "Europeisk nettverk

- av helsefremmende skoler". *Vård i Norden*. 22(1): 42 – 46.
- Hjelmtveit, V. (2005) Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I: Stamsø M A (red.): *Velferdsstaten i endring: Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Irgens, L.M. (1982): Skolehelsetjenesten i Norge. *Socialmedicinsk tidsskrift*. (3): 156 – 162.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen, L. (2005) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelige metode*. 3. Utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: ad notam Gyldendal.
- Kvello, Ø. (2005) Krav til helsesøstre i det kommunalistiske samfunnet. *Helsesøstre*. (3): 46 – 48.
- Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v. av 16.juni 1972 nr. 64
- Lov om helsesøstertjeneste av 28.juni 1957.
- Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 nr. 66.
- Lov om helsearbeid i skolen og andre undervisningsinstitusjoner av 28.juni 1957
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalet, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Molander, A. og Terum, L.I. (2008) Profesjonsstudier – en introduksjon. I: Molander, A. og Terum, L.I. (red.): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moyer, J. (1999) *Step-by-Step Guide to Oral History*. Tilgjengelig fra: http://dohistory.org/on_your_own/toolkit/oralHistory.html#ACCURAC.
- Nordtorp, U. og Wistoft, K. (2004) Sundhedsplejens inderside og yderside – en professionsanalyse. I: Moos, L., Krejsler, J. og Laursen, P.F. (red.) *Relationsprofessioner – lærere, pædagoger, sygeplejersker, socialrådgivere og mellomledere*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- NOU 1979:53 *Skolehelsetjenesten Oslo*: Sosialdepartementet.
- Nøkleby, H. og Bergsaker, M. (2006) Uønskede hendelser etter vaksinerings. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 126 (19): 2541 – 4.
- Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schanke, V.A. (2003) *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis*. Narvik: Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken.
- Schiøtz, A. (2003) *Folkets helse – landets styrke 1850 -2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaset, M. (2003) Reformtid og markedsgløtt: det offentlige helsevesen etter 1985. I: Schiøtz A *Folkets helse – landets styrke 1850 -2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- SSB (1962) *Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1960*. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/histstat/nos/nos_xii_91.pdf.
- Stamsø, M.A. (2005) New Public Management – reformer i offentlig sektor. I: Stamsø MA (red.): *Velferdsstaten i endring: Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wall, B.M., Edwards, N.E. and Porter, M.L. (2007): Textual analysis as a method of retired nurses' oral histories. *Nursing Inquiry*. 14 (4): 279-288.

