



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS590

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	29-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 MKS590 1 MÇ 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 405

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 17876

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

MASTEROPPGAVE

*«Helsesykepleier som samfunnsaktør» - helsesykepleieres
erfaringer i rollen som samfunnsaktør*

*The public health nurse in healthcare as a community
contributor- public health nurse's encounters as a
contributor to society*

Silje Eidsgaard Langehaug

MKS590 MA-KSH

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Master i klinisk sykepleie

Veiledere: Kirsten Gudbjørg Øen og Eva Langeland

Innleveringsdato: 29. mai 2019

Forord

Å skrive masteroppgave har vært en veldig spennende og lærerik prosess. Det å få gjøre et dypdykk i et tema som en selv engasjerer seg i, det er inspirerende, gir glede og ikke minst faglig utvikling. Det er også svært givende å bidra til utvikling av helsesykepleiefaget ved å tilføre ny kunnskap som kan være til nytte for andre. Det var tydelig at temaet

«Helsesykepleier som samfunnsaktør» var noe som skapte engasjement i praksisfeltet.

Responsen fra informantene var overveldende og møtene med helsesykepleierne som har bidratt i studien har vært preget av varme, engasjement og faglig refleksjon. Jeg vil få rette en stor takk til alle helsesykepleierne som har delt av sine erfaringer i denne studien.

Mine viktigste støttespillere og lagkamerater i denne tiden har vært mine veiledere. De har igjennom denne prosessen vært til stor støtte og bidratt med faglig tyngde, erfaring og kunnskap. Det har vært gode, nyttige veiledningstimer, preget av engasjement, diskusjon og refleksjon. Deres tilgjengelighet og imøtekommenhet har gjort det trygt for meg som student og det har vært lav terskel for å ta kontakt dersom det har vært behov for veiledning. Tusen takk for det gode samarbeidet!

Prosesen med å skrive masteroppgave er tidkrevende og fører til at en må gjøre prioriteringer som i en periode kan gå på bekostning av samboer, familie og venner. Det å gå så dypt inn i et tema fører også til et noe «snevert» fokusområde, å både tankegang og samtaler har i denne tiden rettet seg mye mot min masteroppgave. Jeg vil rette en stor takk til disse for deres tålmodighet og støtte i gjennom denne perioden. En ekstra takk til min samboer som har bidratt med refleksjon, diskusjon og korrekturlesing.

Innholdsfortegnelse

1. Liste over tabeller	5
2. Sammendrag	6
2.1 Norsk sammendrag	6
2.2 English summary	6
3. Innledning og bakgrunn	8
4. Studiens teoretiske forankring	9
5. Metode	12
5.1 Metodologi	12
5.1.1 Forforståelse	12
5.1.2 Den hermeneutiske sirkel	13
5.2 Studiens design	13
5.3 Utvalg og rekruttering	14
5.4 Verktøy og datainnsamling	15
5.4.1 Gjennomføring av intervjuene	16
5.5 Dataanalyse	17
6. Etske vurderinger	20
6.1 Informert samtykke	20
6.2 Anonymitet og konfidensialitet	20
7. Resultat	21
7.1 Helseesykepleier, en viktig aktør i samfunnets helsefremmende arbeid	21
7.1.1 Rollen som samfunnsaktør og rollen som talerør for barn, unge og deres familier	22
7.2 Fremmende og hemmende faktorer for helseesykepleiers rolle som samfunnsaktør	23
7.2.1 Organisering av tjenesten og rammer for helseesykepleiers arbeid	26
7.2.2 Kultur, identitet og eierskap til eget fag	29
8. Diskusjon	31
8.1 Metodediskusjon	31
8.1.1 Refleksivitet	32
8.1.2 Validitet	32
8.1.3 Relevans	33
8.2 Diskusjon av resultat	34
8.2.1 Helseesykepleierens opplevelse av sammenheng relatert til rollen som samfunnsaktør	35

8.2.2. Helseesykepleiernes indre motstandsressurser relatert til rollen som samfunnsaktør	38
8.2.3 Helseesykepleiernes ytre motstandsressurser relatert til rollen som samfunnsaktør	41
8.2.4 Relasjonen mellom motstandsressurser og opplevelse av sammenheng relatert samfunnsaktørrollen	48
9. Konklusjon	49
9.1 Implikasjoner for praksis.....	52
9.2 Videre forskning.....	54
10. Litteraturliste	55
11. Vedlegg	59
11.1 Vedlegg 1- Intervjuguide.....	59
11.2 Vedlegg 2 – Forespørsel til leder for helsestasjon og skolehelsetjenesten.....	62
11.3 Vedlegg 3 – Informasjon og samtykkeskjema til informantene.....	63
11.4 Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD	66

1. Liste over tabeller

Tabell 1: Viser fremgangsmåten for analysemetoden kvalitativ innholdsanalyse

Menings-enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Under-kategori	Kategori	Under-tema	Tema
«Men jeg tenker det med barneombud handler jo om å fronte barn sine rettigheter ja.» (5)	Å være talerør handler om å stå opp for barns rettigheter	Barne-ombud	Barn og unges talerør	Rolle-forståelse samfunns-aktør	Rollen som samfunns-aktør og rollen som talerør for barn, unge og familier	Helsesykepleier, en viktig aktør i samfunnets helsefremmende arbeid

Tabell 2. Viser underkategorier, kategorier, undertema og tema

Underkategorier	Kategorier	Tema og undertema
<ul style="list-style-type: none"> • Ledelse • Å bli anerkjent som aktør og samarbeidspartner • Helsesykepleiers status i organisasjonen • Kultur i organisasjonen 	Organisasjonskultur	Tema 1.0: Helsesykepleier, en viktig aktør i samfunnets helsefremmende arbeid
<ul style="list-style-type: none"> • Organisasjonsstruktur • Fagmiljø • Arbeidsoppgaver • Organisering av ledelse 	Organisering av tjenesten	
<ul style="list-style-type: none"> • Egenskaper, interesser og engasjement 	Personlige egenskaper, interesser og engasjement	Undertema 1.1: Rollen som samfunnsaktør og rollen som talerør for barn, unge og deres familier
<ul style="list-style-type: none"> • Foringer • Tid • Prioriteringer • Handlingsrom • Arbeidsvilkår 	Rammer for helsesykepleiers arbeid	
<ul style="list-style-type: none"> • Rollen som samfunnsaktør • Rollen som barn, unge og deres familiers talerør • Systemrettet arbeid 	Rolleforståelse samfunnsaktør	
<ul style="list-style-type: none"> • Helsefremmende arbeid og syn på egen kompetanse • Andre sin forståelse av helsesykepleiers rolle • Synliggjøre egen kompetanse 	Rolleforståelse	Tema 2.0: Fremmende og hemmende faktorer for helsesykepleiers rolle som samfunnsaktør
<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig samarbeid • Internt samarbeid • Felles front • Interne og eksterne konflikter 	Samarbeid- internt og eksternt	Undertema 2.1: Organisering av tjenesten og rammer for helsesykepleiers arbeid
<ul style="list-style-type: none"> • Helsesykepleier som samfunnsaktør • Etablere relasjon til andre • Arena for påvirkning • By/bygd 	Samfunnsaktør- tanker og erfaringer	
<ul style="list-style-type: none"> • Yrkeskultur • Yrkesidentitet • Integritet 	Yrkeskultur, yrkesidentitet og integritet	Undertema 2.2: Kultur, identitet og eierskap til eget fag

2. Sammendrag

2.1 Norsk sammendrag

Studiens hensikt er å utforske hvordan helsesykepleiere erfarer sin rolle som samfunnsaktør, for å få en økt kunnskap om hva som skal til for å styrke helsesykepleieres utøvelse av samfunnsaktørrollen. En viktig del av helsesykepleieres mandat er å stå opp for barn, unge og familiers behov for at de skal mestre egne liv og opprettholde god helse, livskvalitet og trivsel. Helsesykepleiere har i sitt arbeid god oversikt over barn, unge og familiers helse og kunnskap om risikofaktorer og helsefremmende faktorer som påvirker den. Tidligere empiri viser at helsesykepleiere sjelden inntar samfunnsaktørrollen. Den teoretiske referanserammen i studien er teorien om salutogenese (Antonovsky, 1996, 2012). Studien har en hermeneutisk tilnærming, og en induktiv kvalitativ metode ble brukt i datainnsamlingen. 12

helsesykepleiere fra fire ulike kommuner er intervjuet ved hjelp av individuelle, semistrukturerte intervju. Analysemetoden kvalitativ innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman (2004) er brukt i analyseringen av dataene. Analysen resulterte i 31 underkategorier og 9 kategorier som videre ble kondensert ned til 3 undertema og 2 tema. Resultatene viser at det er varierende i hvilken grad helsesykepleierne inntar rollen som samfunnsaktør, og at det er flere faktorer som virker fremmende og hemmende for samfunnsaktørrollen. Resultatene fra studien har blitt diskutert i lys av teorien om salutogenese og annen relevant empiri. Studien viser at samfunnsaktørrollen bør styrkes gjennom utdanning og rammer for helsesykepleieres arbeid og organisering av tjenesten. Konkrete tiltak kan gjøres gjennom utdanning og kompetanseheving, føringer for helsesykepleiernes arbeid, styrkede arbeidsvilkår og tiltak på helsesykepleiernes arbeidsplass. Kunnskapen er nyttig for helsesykepleiere, fagforbund, beslutningstakere og politikere. Det er behov for videre kvalitativ forskning omkring hva som skal til for at kommunale samarbeidspartnere, beslutningstakere og politikere skal lytte til helsesykepleieres stemme. Aktuelle informanter for en slik studie er kommunale samarbeidspartnere, lokale og nasjonale politikere og beslutningstakere.

2.2 English summary

The aim of this study is to explore how public health nurses experience their role as a community contributor in order to gain more knowledge about what is needed to strengthen the public health nurse's role as a community contributor. An important part of the public health nurse's mandate is to maintain the needs of children, young people and family's needs

in order to cope with their own life and maintain good health, quality of life and well-being. Public health nurses has a good overview of children, young people and family`s health, and knowledge about risk factors and health-promoting factors that affect it. Previous empirical evidence shows that public health nurses rarely take role as a community contributor. The theoretical frame of reference in the study is the theory of the salutogenesis (Antonovsky, 1996, 2012). The study has a hermeneutic approach, and an inductive qualitative method was used in the data collection. 12 public health nurses from 4 different municipalities has been interviewed using individual, semi-structured interviews. The analytical method of qualitative content analysis based on Graneheim and Lundman (2004) is used in the analysis of data. The analyzes resulted in 31 subcategories and 9 categories that were further condensed down to 3 subtopics and 2 themes. The results show that there are varying degrees in which public health nurses take the role of community contributor and that there are several factors that promotes and inhibits the community contributor role. The results of the study has been discussed in light of the theory of salutogenesis and other relevant empirical data. The study shows that the community contributor role should be strengthened through education, frameworks for public health nurses work and organization of the service. Concrete measures can be taken through education and competence enhancement, guidelines for public health nursing work, strengthened working conditions and measures at the public health nurses' workplace. The knowledge is useful for public health nurses, trade unions, decision makers and politicians. There is a need for further qualitative research on what is needed for municipal collaborators, decision makers and politicians to belong to the health nurses' voice. Current informants for such studies are municipal partners, local and national politicians and decision makers.

3. Innledning og bakgrunn

Å stå opp for barn, unge og familiers behov for at de skal mestre egne liv og oppnå best mulig helse, livskvalitet og trivsel, ligger sentralt i helsesykepleieres rolle. En annen sentral del av rollen er å påse at barn og unges rettigheter blir ivaretatt av omsorgspersoner og av samfunnet for øvrig (Helsedirektoratet, 2017a; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 24 legger vekt på at myndighetene skal legge til rette for barnets utvikling og sikre at barnet får nødvendig sosial og helsemessig trygghet (Grunnloven, 1814, § 104; Helsedirektoratet, 2017a; menneskerettsloven, 1999, vedlegg 7, art. 24). I denne sammenhengen er helsesykepleiers rolle som samfunnsaktør helt sentral. Landsgruppen av helsesøstre NSF og Norsk sykepleieforbund (2015, s. 65) knytter i tillegg rollen som samfunnsaktør til å være talerør for barn, unge og familier ut i samfunnet.

Helsesykepleiers rolle som samfunnsaktør skal inneholde arbeid med: «politiske og administrative systemer, lov og rammeverk, kvalitet og internkontroll, kommunikasjon og påvirkning.» (Landsgruppen av helsesøstre NSF & Norsk sykepleieforbund, 2015, s. 65). I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer omtales rollen som: «Sykepleieren deltar aktivt i offentlig debatt, og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger» (Norsk sykepleieforbund, 2007, nr. 6). Helsesykepleiere er en viktig aktør i kommunenes helsefremmende arbeid og skal dekke kommunens behov for sykepleiefunksjoner relatert til dette (forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste, 1983, § 3). Herunder ligger også helsesykepleieres oversikt over barn- og unges helse, kunnskaper om risikofaktorer og helsefremmende faktorer som kan påvirke den (forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 9). Rollen som samfunnsaktør er en betydningsfull del av helsesykepleiers mandat og det forventes at helsesykepleiere, i tverrfaglig samarbeid med andre, aktivt gir politikere og beslutningstakere informasjon som danner et grunnlag for beslutninger som er til det beste for barn, unge og familier (Landsgruppen av helsesøstre NSF & Norsk sykepleieforbund, 2015, s. 65; Norsk sykepleieforbund, 2007; Utdannings- & forskningsdepartementet, 2005, s. 6).

Til tross for dette viser en kartlegging av helsesykepleieres kompetanse at samfunnsaktørrollen er den rollen helsesykepleiere opplever minst mestring i forhold til (Athenae, 2014, s. 28). Barneombudet (2014, s 31) synliggjør også at helsesykepleiere i liten grad sier i fra om hvilke utfordringer og behov brukergruppen har og påpeker at helsesykepleieres kompetanse sjelden blir lagt til grunn når tiltak som berører barn, unge og

familier fattes i kommunene. I en kvalitativ studie av Clancy og Svensson (2009, s. 114-117) der politikere og kommunale beslutningstakere er intervjuet fremgår det av resultatene at helsesykepleiere kan oppfattes som en lukket gruppe som sjelden åpner opp for eksternt samarbeid med andre aktører. Videre påpekes det at helsesykepleiere burde bli mer synlig og i større grad vise hva slags kompetanse de innehar og hvilke tjenester de gir. Sykepleiere oppgir selv i en studie fra USA at de anser politisk engasjement som viktig og at sykepleiere bør engasjere seg i politiske saker som angår yrkesgruppen og sykepleiefaglige tjenester. Studien viser også at sykepleierne erfarer at formidling av den aktuelle i den politiske prosessen bør være klar og tydelig, samt at det er viktig å ha god kjennskap til politiske prosesser (Waddell, Adams & Fawcett, 2017, s. 196-200). Det er funnet lite forskning på hvordan helsesykepleiere selv erfarer rollen som samfunnsaktør.

Hensikten med denne studien er derfor og utforske hvordan helsesykepleiere erfarer sin rolle som samfunnsaktør. Gjennom utforskningen vil det være mulig å øke kunnskapen om hva som skal til for å styrke utøvelsen av samfunnsaktørrollen. Således kan studien bidra til å forbedre og styrke helsesykepleiere i arbeidet med å stå opp for barn, unge og familiers rettigheter til politikere og beslutningstakere lokalt og sentral, ved å benytte den unike oversikten og kunnskapen helsesykepleiere innehar om barne- og ungdomsbefolkningen.

Følgende forsknings spørsmål søkes besvart i studien:

- **Hvordan erfarer helsesykepleier sin rolle som samfunnsaktør?**

Delspørsmål:

- **Hvordan forstår helsesykepleier rollen samfunnsaktør?**
- **Hvordan forstår helsesykepleier rollen «å være barn, unge og familiers talerør»?**
- **Hva erfarer helsesykepleier at fremmer rollen som samfunnsaktør?**
- **Hva erfarer helsesykepleier at hemmer rollen som samfunnsaktør?**

4. Studiens teoretiske forankring

Studien er teoretisk forankret i teorien salutogenese som handler om å se etter hva som skaper helse fremfor å ha fokus på begrensninger, svakheter og årsaker til dårlig helse. Salutogenesen står i kontrast til det tradisjonelle sykdomsorienterte perspektivet der man skiller mellom om mennesker er syke eller friske (Antonovsky, 2012, s. 36). I Antonovsky (1996) tydeliggjøres det hvordan salutogenese som teori kan relateres til begrepet helsefremming. Salutogenesen

fokuserer ikke på sykdom og diagnoser, den tar utgangspunkt i hvilke faktorer som er viktig for at hver enkelt person skal opprettholde eller bedre helsen sin. Å få bedre helse handler ikke nødvendigvis om å bli frisk fra sykdom, men om å finne hvilke faktorer som kan bedre helsen ved å se på alle aspekter ved mennesket. I salutogenesen er det ikke viktig om personen er frisk eller syk, gammel eller ung eller om vedkommende har kort tid igjen å leve. Det essensielle er å se etter indre faktorer (faktorer i personen selv) eller ytre faktorer (i miljøet, omgivelse eller personene rundt) som kan bidra til å opprettholde eller forbedre helsen (Antonovsky, 1996, s. 14).

«En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til, å jobbe for å utforme en teori om mestring» (Antonovsky, 2012, s. 36). Teorien om salutogenese anses derfor som en mestringsteori. Det betyr at teorien fortrinnsvis har fokus på mestring og mestringsstrategier fremfor å ha fokus på ulike stressfaktorer som fører til sykdom (Antonovsky, 2012, s. 36). Alle mennesker møter ulike livsopplevelser gjennom livet, som kan oppleves som stressfaktorer. Antonovsky (2012) beskriver stressfaktorer på følgende måte: «En stressfaktor kan dermed defineres som et særtrekk som tilfører entropi i systemet - det vil si en livsopplevelse preget av manglende sammenheng, under- og overbelastning og utestengelse fra deltakelse i beslutningstaking» (s.50). En stressfaktor trenger ikke å være en belastning så lenge personen har ressurser til å mestre den. Dersom personen har ressurser tilgjengelig for å mestre stressfaktoren vil den føre personen mot høyere grad av helse og bidra til økt mestringsfølelse (Antonovsky, 2012, s. 36). Dersom personen ikke har ressurser tilgjengelig for å mestre den aktuelle stressfaktoren vil den kunne føre personen mot lavere grad av helse (Horsburgh & Ferguson, 2012, s.182). I salutogenesen tar man utgangspunkt i at alle mennesker befinner seg på et kontinuum mellom uhelse og helse. Når personen kommer høyt på dette kontinuumet vil personen ha en sterk opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012, 50). Opplevelse av sammenheng, heretter kalt OAS er det mest sentrale begrepet i salutogenesen og er helt avgjørende for om en person beveger seg på kontinuumet i retning helseenden (Antonovsky, 2012, s. 38). OAS defineres på følgende måte:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s. 41)

Opplevelse av sammenheng består av de tre sub-dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 39-41). Videre følger en beskrivelse av disse dimensjonene.

Begripelighet handler at de stimuliene en person utsettes for i fra det indre eller ytre miljø er kognitivt forståelig, sammenhengende og strukturerte. Det betyr at personer med høy grad av begripelighet har en forventning om at de stimuliene vedkommende møter senere i livet er forutsigbare, kan forklares eller plasseres i en sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 40). Den andre dimensjonen av OAS er håndterbarhet. Håndterbarhet handler om hvilke ressurser personen har tilgjengelig for å håndtere eller takle kravene vedkommende blir stilt ovenfor. Med tilgjengelig menes ressurser man selv har kontroll over eller som kontrolleres av en annen, som for eksempel ektefelle, venn, kollega, partileder eller lege. En person som har høy grad av håndterbarhet har en innstilling til at når livet kjennes vanskelig eller utfordrende så har man ressurser til å takle de ulike utfordringene og komme seg videre i livet (Antonovsky, 2012, s. 40). Den siste dimensjonen av begrepet OAS er meningsfullhet, og anses som den viktigste av de tre sub-dimensjonene av begrepet. Personer som har en sterk grad av OAS er involvert i livsområder som er viktige for dem, som gir følelsesmessig og kognitiv mening, skaper engasjement og gir tilgang på sosialt verdsatt beslutningstaking. Det innebærer at personen har mulighet til å påvirke situasjonen gjennom medbestemmelse, for eksempel en arbeidssituasjon, og som skaper glede og stolthet over situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 41,128). Når en person med høy grad av meningsfullhet står ovenfor en utfordring vil vedkommende være villig til å ta utfordringen og gjøre det beste ut av det for så å komme seg videre i livet. En person med sterk OAS vil oppleve ulike livsområder om utfordrende, men som verdt å investere i (Antonovsky, 2012, s. 41).

En sentral del av salutogenesen er at en vektlegger hvilke faktorer som bidrar til å bevare personens plassering på kontinuumet eller stimulere til bevegelse i retning helseenden til tross for at mennesket utsettes for ulike stressfaktorer (Antonovsky, 1996, s. 15). For å forstå hvordan et menneske kan bevege seg mot høyere grad av helse på kontinuumet, fokuserer salutogenesen på hvilke ressurser personen har tilgjengelig i seg selv (indre ressurser) eller i miljøet rundt seg (ytre ressurser). Disse ressursene kalles generelle motstandsressurser, heretter kalt motstandsressurser (Antonovsky, 1996, s. 15). Motstandsressurser er ressurser hos den enkelte, i miljøet eller i samfunnet som kan hjelpe med å mestre spenningen som oppstår når de blir utsatt for en stressfaktor (Langeland, 2017b, s. 39). Antonovsky referert i Langeland (2012, s. 42) definerer motstandsressurser som: «... enhver karakteristikk av

personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning». Eksempel på motstandsressurser kan være materielle ressurser (penger, lokaliteter), kunnskap, identitet, sosial støtte, kultur, gode mestringsstrategier, kontinuitet, oversikt og kontroll (Langeland, 2012, s. 42; Langeland, 2017a). Ved mangel på motstandsressurser oppstår det et generelt motstandsunderskudd. Dersom situasjonen fører personen mot en svakere grad av OAS så oppstår det et motstandsunderskudd der personen mangler motstandsressurser for å håndtere situasjonen som har oppstått. Det betyr at hvis situasjonen fører personen mot en sterkere grad av OAS så har personen motstandsressurser tilgjengelig for å mestre situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 50).

Teorien om salutogenese er relevant i denne studien for å kunne forstå hvordan helsesykepleiere erfarer sin rolle som samfunnsaktør og dermed forklare hvilke faktorer som bidrar til å fremme eller hemme mestring av rollen som samfunnsaktør.

5. Metode

5.1 Metodologi

Metodologi er et «samlebegrep» som omfavner flere spesifikke metoder med likheter seg i mellom, men også med flere forskjeller. Metodologi er selve rammeverket for studien og er de overordnede retningslinjene for hvordan studien gjennomføres (Grenness, 1997, s. 53; Malterud, 2017, s. 25-36)

Studien har en induktiv hermeneutisk tilnærming. En induktiv tilnærming handler om å kunne dra slutninger fra det individuelle til det generelle. Dette kjennetegner de kvalitative metodene (Malterud, 2017, s. 27). «Hermeneutikk er læren om fortolkningen av tekster» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69). Hermeneutikken har til hensikt å skape forståelse på bakgrunn av å tolke meninger i menneskelige uttrykk. Det vil si at hermeneutikken ønsker å oppnå forståelse for hva en tekst betyr og legger spesielt vekt på relasjoner mellom hele og deler av teksten, det kalles den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69; Malterud, 2017, s. 28).

5.1.1 Forforståelse

Et viktig prinsipp ved en hermeneutisk tilnærming er forskerens forforståelse. I følge Malterud (2017, s. 45) handler forforståelse om den kunnskapen og erfaringen forskeren har med seg før prosjektet starter. Forforståelsen påvirker på hvilken måte dataene blir samlet inn og hvordan de blir tolket og analysert. Det er positive og negative aspekter ved forskerens

forforståelse. På den ene siden kan forforståelsen være årsak og motivasjon for å utforske fenomenet. På den andre siden kan forforståelsen gjøre at forskeren går inn i studien med et snevert syn og ikke er åpen for nye aspekter ved fenomenet som undersøkes (Malterud, 2017, s. 45).

Under utdannelsen til helsesykepleier ble interessen for temaet helsesykepleier som samfunnsaktør fattet. Bakgrunnen for dette var helsesykepleieres mulighet til å påvirke politikere og beslutningstakere med sin unike kunnskap om brukergruppen. Egne erfaringer gjennom praksis i utdanningen, og senere gjennom praksis som helsesykepleier i arbeidslivet førte til flere observasjoner om at helsesykepleiere i liten grad inntar rollen som samfunnsaktør. En annen viktig faktor for at interessen for temaet utviklet seg var også en stadig oppfatning om at helsesykepleieres samarbeidspartnere i andre kommunale instanser hadde liten forståelse for helsesykepleieres rolle og kompetanse til tross for at helsesykepleiere møter nær 100 % av barn- og unge i en kommune. Dette førte til flere refleksjoner rundt hva som var årsaken til at helsesykepleiere i liten grad markerer seg som en tydelig aktør for barn og unge, og hvorfor helsesykepleiere i liten grad står opp for brukergruppens behov og rettigheter i samfunnet.

Egen forforståelse har kontinuerlig vært i fokus gjennom hele prosjektet og gjennomgående blitt reflektert rundt sammen med veiledere i form av å diskutere spørsmål omkring egen erfaring, eget perspektiv, forventninger om hvilke resultater en venter å finne og hva som ville vært annerledes for en forsker uten bakgrunn som helsesykepleier. Disse temaene og reflektere rundt er inspirert av Malterud (2017, s. 46). Kontinuerlig refleksjon og diskusjon om temaet har bidratt til et mest mulig åpent sinn i møte med informantene og i alle ledd av forskningsprosessen.

5.1.2 Den hermeneutiske sirkel

Den hermeneutiske sirkel handler om hvordan man på bakgrunn av sin forforståelse kan skape ny forståelse ved et samspill mellom helhet og deler av teksten, og det som blir fortolket gjennom forforståelse og konteksten. Dette samspillet handler om at helheten kun kan forstås ved å dra inn deler av teksten og deler av teksten kun kan forstås ved å se helheten. Ved å ha en åpen forforståelse bidrar dette til å danne ny forståelseshorisont (Birkler, 2005, s. 98-103).

5.2 Studiens design

På bakgrunn av studiens forskningsspørsmål som søker etter helsesykepleieres erfaringer ble en induktiv kvalitativ metode valgt. En induktiv kvalitativ metode egner seg som metode der

et fenomen i liten grad er utforsket tidligere og målet er å søke forståelse fra det spesielle til det generelle. Den kvalitative forskeren må stille seg åpen for et mangfold av svar fra informantene. Resultatene fra kvalitativ forskning reiser gjerne nye spørsmål (Malterud, 2017, s. 27-31). Kvalitative intervju med enkeltpersoner egner seg for å fremme betydningen av helsesykepleieres erfaringer og utrede deres syn på rollen som samfunnsaktør. Å bruke intervju som metode handler om å holde en profesjonell samtale der målet er å produsere kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21-23).

5.3 Utvalg og rekruttering

Følgende inklusjonskriterier ble satt for studien: Det ble gjort et strategisk utvalg for informanter. Det hensiktsmessige utvalget for å svare på forskningsspørsmålet var helsesykepleiere, da det var helsesykepleieres erfaringer forskningsspørsmålet ønsket å utforske. For å få frem spredning i erfaring og eventuelle ulikheter mellom by og bygd, ble helsesykepleiere fra små og store kommuner forespurt om å delta i studien. Informantene måtte ha vært utdannet og jobbet som helsesykepleiere i minst 5 år.

Kommunene som ble inkludert i studien ble valgt ut i fra bekvemmelighetshensyn. Personlig rekruttering ble brukt for å rekruttere informantene med bakgrunn i Johannesen, Tufte og Christoffersen (2010, s. 111-113). 6 aktuelle kommuner ble kontaktet.

En av kommunene hadde egne utarbeidete retningslinjer for deltakelse i forskningsprosjekt. Disse retningslinjene ble fulgt. Elektronisk skjema på kommunens hjemmesider ble fylt ut og sendt inn til den aktuelle etaten. Vedlagt var informasjons- og samtykkeskjema til mulige informanter og Norsk senter for forskningsdata sin godkjenning av studien (vedlegg 3 og 4). Når studien ble godkjent av kommunen, ble kommunen med å sende ut informasjons- og samtykkeskjema til aktuelle informanter (vedlegg 3). Aktuelle informanter tok deretter direkte kontakt med studenten dersom de ønsket å delta i studien. I de 5 andre kommunene ble leder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten kontaktet pr. telefon. Under telefonsamtalen ble det gitt muntlig informasjon om studien og lederne ble forespurt om å videreformidle informasjon om studien til aktuelle helsesykepleierkollegaer som passet til gitte inklusjonskriterier. Deretter ble informasjon sendt ut via brev pr. post. På denne måten ble det ikke etterlatt elektroniske spor på studentens PC som kunne knyttes direkte til informantene. I brevet ble leder for helsestasjon og skolehelsetjenesten forespurt om å dele ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til aktuelle informanter (vedlegg 2). I samme konvolutt som informasjonsskrivet til leder var det også vedlagt informasjonsskriv og samtykkeskjema til de

aktuelle informantene (vedlegg 3). Etter avtale med leder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten tok studenten kontakt igjen pr. telefon etter ca. 14 dager for å få kontaktinformasjon til helsesykepleiere som kunne tenke seg å delta i studien.

Av de 6 forespurte kommunene er helsesykepleiere fra 4 av kommunene inkludert i studien. 2 av kommunene ble ekskludert fra studien da det i den ene kommunen ikke arbeidet helsesykepleiere som passet til studiens inklusjonskriterier. I den andre kommunen var det 2 helsesykepleiere som ønsket å delta som informanter, men på det tidspunktet ble informasjonsstyrken i de allerede innsamlede data ansett som god nok til å besvare studiens problemstilling, disse 2 ble derfor ekskludert fra studien.

Målet var å få nok informanter til å belyse mønstre, kategorier og dimensjoner av forskningsspørsmålet. Med bakgrunn i Malterud (2017, s. 63-65) ble datainnsamlingen avsluttet når ingen ny informasjon kom frem i intervjuene og når det ble vurdert at videre intervju trolig ikke ville tilføre ny kunnskap for å besvare forskningsspørsmålet. Målet var ikke å rekruttere flest mulig informanter, men å gå inn i dybden, få frem og forstå kontekstene i helsesykepleiernes erfaringer med rollen som samfunnsaktør, jamfør Polit og Beck (2017, s. 500).

Til sammen 12 informanter fra 4 ulike kommuner er inkludert i studien. Informantenes gjennomsnittsalder var 47,8 år og deres gjennomsnittlige erfaring som helsesykepleiere var 14,3 år. Resultatene i studien gjenspeiler helsesykepleiere med erfaringer i fra helsestasjonen, barneskole, ungdomsskole, videregående skole, flyktninghelsetjeneste, smittevern, helsestasjon for ungdom og ledelseserfaring. Noen av helsesykepleierne hadde også erfaringer fra andre kommuner og i fra andre settinger enn den de jobbet i da de ble intervjuet. Alle helsesykepleierne hadde i mer eller mindre grad erfaringer fra rollen som samfunnsaktør. Hvilke kommuner og helsesykepleiere som er inkludert i studien er anonymisert i tråd med etiske retningslinjer for forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010)

5.4 Verktøy og datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjort ved semistrukturert intervju med enkeltpersoner der intervjueren selv er verktøyet. Denne typen datainnsamling skjer ved at intervjueren kontinuerlig må gjøre valg om hva det skal spørres om og hvordan svarene skal følges opp (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 177). Intervju egnet seg for å gi informantene rom og større frihet til å uttrykke seg, dermed også uttrykke egne erfaringer og oppfatninger om temaet. En intervjuguide ble på forhånd utarbeidet som et hjelpemiddel for å minne intervjueren på aktuelle tema som er

hensiktsmessig å få belyst for å kunne svare på problemstillingen (vedlegg 1). Intervjuguiden ble utarbeidet i stikkordsform og med forslag til ulike spørsmålsformuleringer, det ble tatt hensyn til at intervjuguiden ikke burde være for detaljert da det kan virke inn på informanten slik at vedkommende ikke fritt får dele sine erfaringer og oppfatninger om temaet (Malterud, 2017, s. 133; Polit & Beck, 2017, s. 510). Det ble også lagt stor vekt på at spørsmålene i intervjuguiden skulle være mest mulig åpne slik at informantene fritt fikk dele av sine erfaringer, men det var også viktig at spørsmålene som ble stilt reflekterte problemstillingen som ble søkt besvart (Malterud, 2017, s. 134-135). Aktiv lytting og oppfølgingsspørsmål som «fortell mer», «du sa i sted at..., kan du fortelle mere om...» ble også benyttet og anses som en viktig del av datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 151; Malterud, 2017, s. 134-135). Kvale og Brinkmann (2009) hevder at: «Aktiv lytting er like viktig som spesifikk beherskelse av spørreteknikker» (s.151).

Intervjuguiden ble forut for intervjuene gjennomgått med veiledere og en helsesykepleierkollega for å sikre at ordlyden i spørsmålene var forståelige. I etterkant av denne gjennomgangen ble ordlyden i noen av spørsmålene omformulert. For eksempel spørsmålet: «Hva legger du i å være barn, unge og familiers talerør?» Det ble endret til: «Kan du fortelle hvordan du forstår begrepet å være «barn, unge og familiers talerør?»

5.4.1 Gjennomføring av intervjuene

Før og undervegs i intervjuene var det viktig at intervjueren var bevisst sin forforståelse slik at den ikke preget hvilken retning intervjuene tok. Det var viktig for at intervjueren ikke skulle gå inn i intervjuet med det Malterud (2017) kaller for «skylapper og begrenset horisont» (s. 45). Dersom egen forforståelse ikke er avklart under intervjuet kan det prege både hvilke spørsmål som stilles og hvordan intervjueren vektlegger og følger opp svarene fra informantene (Malterud, 2017, s.134). Det ble på forhånd skrevet en standardisert innledning til intervjuet slik at alle informanter fikk den samme informasjonen om studien og informasjon om deres rettigheter som informant. Kvale og Brinkmann (2009, s. 141) betegner dette for «brifing» og hensikten er at det skal bli en trygg start på samtalen. Informantene fikk også anledning til å komme med spørsmål før intervjuet startet. Etter brifingen startet intervjuet med at informanten fikk spørsmål om: alder, hvilke setting vedkommende arbeider i, erfaring og videreutdanning utover helsesykepleierutdanningen. Selve intervjuene ble gjennomført som en strukturert samtale med et klart formål, mer enn et intervju preget av spørsmål og svar. Formålet med samtalen var å finne svar på forskningsspørsmålet, mens strukturen var at studenten stilte spørsmål og fulgte opp svarene fra informanten, jamfør

Johannessen et al. (2010 s. 135-136). Studenten var under alle intervjuene bevisst på det Kvale og Brinkmann (2009, s. 176-177) definerer som «kvalifikasjonskriterier for intervjueren» som blant annet innebærer at intervjueren skal være: Kunnskapsrik, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og tolkende. Intervjuene ble avrundet med en lignende «debrifing» der det ble åpnet opp for at informanten kunne tilføye ytterligere kommentarer til intervjuet eller om det var tema og erfaringer som informanten satt inne med som ikke var kommet frem, jamfør Kvale og Brinkmann (2009, s. 142).

Intervjuene ble gjennomført i perioden 01.10.18-15.01.19 av studenten selv. Informantene fikk selv velge hvor og når intervjuene skulle finne sted, jamfør Polit og Beck (2017, s.514). Alle intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor. Båndopptaker ble benyttet for å lette arbeidet med bearbeiding av data i etterkant. Intervjuene varte fra 30- 70 min.

5.5 Dataanalyse

Med bakgrunn i Malterud (2017, s. 79-81) er alle intervjuene transkribert fortløpende av intervjueren selv i umiddelbar nærhet til når intervjuet ble gjennomført. Det anses som en fordel at intervjueren er den som transkriberer intervjuet da det ofte kan være vanskelig for en tredjepart å gjenkjenne den nøyaktige ordlyden i intervjuet. Intervjueren selv har mulighet til å oppklare eventuelle uklarheter som har betydning for den videre teksten og får også god kjennskap til eget materiale ved å gjøre transkripsjonene selv. Alle intervjuene er transkribert ordrett av og muntlige pauser, lyder, latter og ufullstendige setninger er tatt med (Malterud, 2017, s. 79-81; Tanggaard & Brinkmann, 2012, s. 34-36). I etterkant av transkripsjonen startet arbeidet med å analysere materialet. «Å analysere betyr bokstavelig talt å dele noe opp i mindre deler» (Tanggaard & Brinkmann, 2012, s. 37).

«Kvalitativ innholdsanalyse» av Graneheim og Lundman (2004) ble brukt i analyseringen av data. Metoden er utviklet for å granske og tolke hele tekster. Metoden kan brukes i en deduktiv og induktiv tilnærming. I studien er induktiv tilnærming valgt der tekst som baseres på menneskers opplevelser og erfaringer (kvalitative intervjuer) analyseres (Lundman & Graneheim, 2012, s. 187-188). Hensikten med analysen er å organisere, finne struktur og finne mening i teksten (Polit & Beck, 2017, s. 530). Hovedsakelig handler metoden om å bryte teksten ned til mindre enheter- meningsenheter og finne likheter og ulikheter i teksten (Lundman & Graneheim, 2012, s. 189). Tabell 1 viser fremgangsmåte for analysemetoden.

Tabell 1: Viser fremgangsmåte for analysemetoden kvalitativ innholdsanalyse

Menings-enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Under-kategori	Kategori	Under-tema	Tema
«Men jeg tenker det med barneombud handler jo om å fronte barn sine rettigheter ja.» (5)	Å være talerør handler om å stå opp for barns rettigheter	Barne-ombud	Barn og unges talerør	Rolle-forståelse samfunns-aktør	Rollen som samfunns-aktør og rollen som talerør for barn, unge og familier	Helsesykepleier, en viktig aktør i samfunnets helse-fremmende arbeid

Graneheim og Lundman (2004, s. 106) beskriver meningsenheter som ord, setninger eller paragrafer. I denne studien ble teksten delt opp i ca. 1000 meningsenheter. Meningsenhetene ble deretter kondensert ned til kondenserte meningsenheter som er en konsentrasjon av meningsenhetene som inneholder gjenkjennbar informasjon slik Polit og Beck (2017, s.537) beskriver det. Det betyr at mengden tekst ble redusert, men innholdet i teksten var fremdeles det samme. Tilslutt ble de kondenserte meningsenhetene tatt ned til koder, hver meningsenhet ble gitt 1 eller flere koder. Kodene er nøkkelord som beskriver innholdet og er en videre abstraksjon av de kondenserte meningsenhetene. Ved abstraksjon er formålet å: «Løfte innholdet til et høyere logisk nivå» (Lundman & Graneheim, 2012, s. 190). Koding av intervjuet gir forutsetninger for å reflektere over innholdet i dataene på en ny måte (Lundman & Graneheim, 2012, s. 190). Materialet ble kodet om igjen flere ganger etter som studenten leste datamaterialet og tolket betydningen i meningsenhetene. Kodene ble basene for å utvikle kategorier og underkategorier. Kategoriene ble utviklet når meningsenhetene ble kondensert, altså at kodene med samme betydning ble satt sammen og dannet et felles tema (Polit & Beck, 2017, s.538). Meningsenhetene ble kondensert til 31 underkategorier og 9 kategorier (Tabell 2).

Tabell 2: Viser underkategorier, kategorier, undertema og tema

Underkategorier	Kategorier	Tema og undertema
<ul style="list-style-type: none"> • Ledelse • Å bli anerkjent som aktor og samarbeidspartner • Helseesykepleiers status i organisasjonen • Kultur i organisasjonen 	Organisasjonskultur	Tema 1.0: Helseesykepleier, en viktig aktor i samfunnets helsefremmende arbeid
<ul style="list-style-type: none"> • Organisasjonsstruktur • Fagmiljø • Arbeidsoppgaver • Organisering av ledelse 	Organisering av tjenesten	
<ul style="list-style-type: none"> • Egenskaper, interesser og engasjement 	Personlige egenskaper, interesser og engasjement	Undertema 1.1: Rollen som samfunnsaktor og rollen som talerør for barn, unge og deres familier
<ul style="list-style-type: none"> • Føringer • Tid • Prioriteringer • Handlingsrom • Arbeidsvilkår 	Rammer for helseesykepleiers arbeid	
<ul style="list-style-type: none"> • Rollen som samfunnsaktor • Rollen som barn, unge og deres familiers talerør • Systemrettet arbeid 	Rolleforståelse samfunnsaktor	
<ul style="list-style-type: none"> • Helsefremmende arbeid og syn på egen kompetanse • Andre sin forståelse av helseesykepleiers rolle • Synliggjøre egen kompetanse 	Rolleforståelse	Tema 2.0: Fremmende og hemmende faktorer for helseesykepleiers rolle som samfunnsaktor
<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig samarbeid • Internt samarbeid • Felles front • Interne og eksterne konflikter 	Samarbeid- internt og eksternt	Undertema 2.1: Organisering av tjenesten og rammer for helseesykepleiers arbeid
<ul style="list-style-type: none"> • Helseesykepleier som samfunnsaktor • Etablere relasjon til andre • Arena for påvirkning • By/bygd 	Samfunnsaktor- tanker og erfaringer	
<ul style="list-style-type: none"> • Yrkeskultur • Yrkesidentitet • Integritet 	Yrkeskultur, yrkesidentitet og integritet	Undertema 2.2: Kultur, identitet og eierskap til eget fag

For å tolke det latente innholdet ble innholdet i kategoriene løftet til et høyere nivå. Kategoriene ble kondensert til 2 tema og 3 undertema (Tabell 2). Hvert tema er bygget opp av flere kategorier og flere av kategoriene går igjen i flere av temaene, dette danner en rød tråd. Temaene gir mening til teksten og er dannet med bakgrunn i tolkning av det latente innholdet i kategoriene. Temaene svarer på spørsmålene «hvordan» og «hva handler dette om» (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107; Lundman & Graneheim, 2012, s. 191). Veilederne har vært aktivt med i hele analyseprosessen i form av å diskutere innholdet med studenten og komme med spørsmål som fremmer refleksjon.

6. Etiske vurderinger

Det ble søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning av studien da personopplysningsloven er gjeldende. Personopplysningsloven gjelder når en skal samle inn personopplysninger (personopplysningsloven, 2018, § 2). Personopplysningslovens formål er å beskytte informanten (Dalland, 2007, s. 240). Studien ble godkjent av NSD 16.7.18 (vedlegg 4). Det ble ikke søkt om godkjenning fra Regional etisk komite (REK) da studien ikke hadde til hensikt å samle ny data når det gjelder helse og sykdom (Norsk senter for forskningsdata, 2018a).

6.1 Informert samtykke

Informasjonsskriv og samtykkeskjema som ble sendt til aktuelle informanter ble utarbeidet etter mal som ble hentet fra Norsk senter for forskningsdata (2018b). Informasjonsskrivene inneholdt opplysninger om studien, rammer for datainnsamling og informasjon om informantens rettigheter. Herunder ble informantene også opplyst om at de står fritt til å trekke seg fra prosjektet underveis i intervjuene uten at det medfører noen konsekvenser for deres vedkommende, jamfør De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016). God nok informasjon er ansett som essensielt for at informanten kan gi et informert samtykke til deltakelsen i studien og være trygg på at personvern og anonymitet blir ivaretatt på en god og profesjonell måte (Malterud, 2017, s. 214; Norsk senter for forskningsdata, 2018b).

6.2 Anonymitet og konfidensialitet

Lydfiler fra prosjektet ble lagret på Høgskolen på Vestlandet (HVL) sin forskningsserver. Det sikret trygg datalagring og hindret at uvedkommende fikk tilgang til disse. Det ivaretar personopplysningslovens krav og følger Høgskolen på Vestlandet sine retningslinjer for forskningsetikk og datalagring (Høgskolen på Vestlandet, 2018; Personopplysningsloven,

2018, § 8). Alle data som kjennetegner informantene i studien er anonymiserte i tråd med etiske retningslinjer for kvalitativ forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010), ved at detaljer som kan være gjenkjennbare er fjernet eller parafrasert i datamaterialet. Informantene ble med det samme de ble inkludert i studien gitt et nummer. Nummeret er ikke koblet til informantens navn på noen måte og de undertegnede samtykkeskjemaene oppbevares på informantens arbeidsplass, på den måten er det ikke mulig å spore tilbake hvilke informanter som tilhører de ulike numrene. Ved at avtalene om intervju ble avtalt over telefon er det heller ingen elektroniske spor som knytter informantens navn til studien.

7. Resultat

Alle kategoriene som fremkom i analysen, går igjen i hvert tema og undertema. Det viser at resultatene er sammensatte og inneholder flere dimensjoner. Resultatene fremstilles tema for tema med tilsvarende undertema, som vist i tabell 2. De ulike latente tolkningene av budskapet i materialet synliggjøres med direkte sitat fra informantene, for å gjøre både det manifeste og latente budskapet i materialet tydelig. Bak de direkte sitatene henvises det til informantnummer, og dette nummeret sier ingenting om hvilken rekkefølge informantene ble intervjuet i. Sitater fra alle de 12 informantene er gjengitt i resultatene.

7.1 Helseyskepleier, en viktig aktør i samfunnets helsefremmende arbeid

Helseyskeleierne erfarer det som sitt mandat å støtte, styrke og løfte frem det beste i alle barn, unge og familier. De anser sin rolle i det helsefremmende arbeidet som svært viktig.

«Hjertet vårt er jo i det på en måte styrkende og støttende, sant. Å heie på, å støtte under de gode foreldre ferdighetene og den tause kunnskapen.» (12).

Helseyskepleierne beskriver helsefremmende arbeidet som å gi barn, unge og foreldre hjelp og verktøy til å mestre egne liv og foreldrerollen. De erfarer at deres posisjon til å drive helsefremmende arbeid er unik, og begrunner dette med at de treffer hele barne- og ungdomsbefolkningen, og følger gruppen over tid og på flere arenaer. Helseyskepleierne opplever å ha en annen tilnærming enn samarbeidspartnere, og ser på seg selv som generalister fremfor spesialister. Flere omtaler egen kunnskap som «førstehåndskunnskap» og erfarer at dette gir gode forutsetninger for å komme tidlig inn med støtte og mestringsstiltak.

«Også sitter jeg, også tenker jeg at, ja men herregud, jeg har jo det. Jeg har virkelig en oversikt og jeg er ute og snakker med disse her ungdommene» (3)

Helsesykepleierne erfarer å bruke mest tid på en-til-en samtaler med brukere av tjenesten, men flere trekker også frem det å gi støtte og veiledning til skole- og barnehagepersonell som viktige helsefremmende oppgaver.

«...hvilken type informasjon er viktig for barna at barnehagepersonellet har for å på en måte kunne forstå barnet når de er så små, for å forebygge at det skal bli vansker.» (2).

Tverrfaglig og internt samarbeid oppleves av helsesykepleierne som svært viktig i det helsefremmende arbeidet. Begrepet «felles front» oppsummerer helsesykepleiernes forståelse av og ønsker for samarbeid internt- og eksternt. Mange påpeker at samarbeid gir en styrket gjennomslagskraft i det helsefremmende arbeidet.

«Også sitter skolen på andre siden og ser hva andre elever strever med og da må jo vi snakkes i sammen. For å finne litt ut, er dette et mønster, hva er det vi ser?» (7).

«...vært mer synlige ute på andre arena enn det vi er i dag vise at en er flere faggrupper som står sammen og fronter helsefremmende arbeid.» (2)

Systemrettet helsefremmende arbeid og helsefremmende arbeid på systemnivå anses av helsesykepleierne som svært viktig. Mange har erfaringer med systematiske samarbeidsmøter og ulike samarbeidsforum. Helsesykepleierne ser på egen rolle som viktig inn i disse møtene, men det er varierende fra kommune til kommune i hvilken grad helsesykepleierne blir inkludert og tatt med i møtene. Selv om helsesykepleierne i stor grad erfarer samarbeid som nyttig, er det flere som påpeker at dette er noe de bør ha mer fokus på i hverdagen. Mange trekker frem at samarbeid med andre aktører bør formaliseres og at det ville gjort terskelen lavere for å etablere «felles front».

7.1.1 Rollen som samfunnsaktør og rollen som talerør for barn, unge og deres familier

Det er varierende fra helsesykepleier til helsesykepleier på hvilken måte de identifiserer seg med rollen som samfunnsaktør. Det er også varierende i hvilken grad de inntar rollen. Felles for alle helsesykepleierne er at deres forståelse for rollen handler om det å kunne bruke sin førstehåndskunnskap og oversikt over brukergruppen, til å påvirke kommunale beslutningstakere og politikere. Med kommunale beslutningstakere menes ikke bare toppledelsen, men også ledere i egen tjeneste, ledere i barnehager, skoler og i andre samarbeidende instanser. Videre forbinder helsesykepleierne samfunnsaktørrollen med at de arbeider systematisk med smittevern, avdekking og forebygging kjønnsykdommer, at de kan

være en tydelig aktør på skolen eller å påvirke foreldre til å gjøre gode valg for barna sine. Flere knytter rollen som samfunnsaktør til en som er aktivt ute i media.

«..også er det selvfølgelig og det å fronte saker oppover, att myndighetene som skal være med å styre økonomien i dette her og legge linjene for hva er det vår kommune skal satse på.» (7)

«..og da tenker jeg at da har vi en viktig rolle i forhold til de som styrer hvordan ting skal bli bygd ut eller hvor er det det skal ligge en barnehage eller hvordan nærmiljøet er utformet.» (11).

Mange av helsesykepleierne identifiserer seg lettere med rollen som barn, unge og familiers talerør enn med rollen som samfunnsaktør. Rollen som talerør knyttes av helsesykepleierne til alle settinger de arbeider i, det vil si at de erfarer å være talerør i helsestasjonen, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, i flyktningehelsetjenesten og som ledere. Noen knytter rollen til at de er talerør for det enkelte barnet og ut til foreldre, barnehagepersonell eller lærere. Andre knytter rollen til at de er talerør på vegne av hele brukergruppen og ut til politikere og kommunale beslutningstakere eller i ulike samarbeidsfora. Det er også flere som knytter rollen til å være talerør på vegne av tjenesten, og fronte tjenestens behov for å sikre at alle barn og unge får de tilbud de har krav på. Det handler da i stor grad om å kjempe for å beholde stillinger eller å opprettholde allerede eksisterende tilbud. For eksempel etablerte foreldreveiledningsgrupper.

«..jeg tenker jo at det er viktig å si noe om hva, hva som er barn og ungdom sine rettigheter» (5)

«..jeg sier jo ofte at det er det jeg er på skolen. Sånn ansvarsgruppemøte og sånne ting når du er koordinator så er det jo det du føler du er. Da er du på en måte den som skal fronte ungene sine rettigheter, at stemmen deres skal bli hørt.» (10)

Helsesykepleierne erfarer at det er flere faktorer som fremmer og hemmer rollen som samfunnsaktør.

7.2 Fremmede og hemmende faktorer for helsesykepleiers rolle som samfunnsaktør

Personlige egenskaper anses av alle helsesykepleierne som en viktig faktor for om de inntar rollen som samfunnsaktør eller ikke.

«..jeg tenker, jeg har ikke vært en veldig ivrig samfunnsaktør. Det tenker jeg at jeg ikke har vært. Personlig da. Det har sikkert litt med, en er jo veldig ulike og sant.» (8).

«..jeg er faktisk ikke den personen i det hele tatt. Jeg liker best å jobbe på grasrota. Og det er der jeg trives. Så det er ikke noe annet.» (9)

«Det krever jo at man står ganske støtt i seg selv da tenker jeg, hvis man skal gå ut som enkeltperson.» (5).

Flere erfarer at de lettere inntar rollen som samfunnsaktør etter hvert som de får mer erfaring i helsesykepleieryrket. Andre påpeker at de passer bedre til å jobbe en-til-en eller at de ikke er komfortable med å «stå i det» alene. Interesse og engasjement for rollen trekkes frem som avgjørende for i hvilken grad helsesykepleierne inntar rollen og påvirker hvilke prioriteringer helsesykepleierne gjør i det daglige arbeidet.

«Jeg tenker det handler om meg som person, om jeg syns at det er interessant eller for vi har jo områder som vi fronter fordi vi liker det.» (10).

Mange trekker frem at internt samarbeid kan virke fremmende på å innta rollen som samfunnsaktør. Flere etterlyser en felles forståelse og strategi innad i tjenesten for hvordan tjenesten som helhet kan være en samfunnsaktør, å danne «felles front». Intern kollegastøtte og faglige diskusjoner erfares også som fremmende faktorer for å innta rollen.

«At man snakker litt om litt sånn rolleavklaring og hvordan vi vil bli oppfattet som tjeneste. Skal man være veldig fremoverlent eller skal man liksom holde litt tilbake, skal man fronte spesielle tema, hvordan skal vi profilere oss?» (5).

«Så jeg tenker innad på en helsestasjon for eksempel i en kommune så skal det jo være en plan med hvordan en bidrar som en samfunnsaktør da, så ikke det blir enkeltpersoner eller den enkelte helsesykepleieren sine personlige meninger som måtte komme frem» (8)

Helsesykepleierne erfarer at det er flere arenaer hvor de kan innta rollen som samfunnsaktør eller å være barn, unge og familiers talerør. Å gå tjenestevei anses av mange som den mest ryddige måten å fronte en sak på, men lobbyvirksomhet, fagforening, avviksmeldinger, det å komme med innspill til høringsutkast og å oppsøke politikere og beslutningsmyndighet ble også snakket om. Helsesykepleierne opplever at det har blitt økt politisk interesse for faget, men savner i større grad å bli invitert inn i politiske møter. Flere erfarer at de har større

mulighet til å være politisk engasjert som privatpersoner på mindre stender enn i de større byene. Slik erfarer noen også å kunne være en samfunnsaktør på fritiden.

Tverrfaglig samarbeid trekkes frem som viktig når helsesykepleierne inntar rollen som samfunnsaktør. Helsesykepleierne opplever det som nyttig og helt nødvendig å spille på lag med andre instanser.

«...vi kan ikke jobbe med det alene. Vi er nødt til å ha andre med oss.» (3).

For å komme i posisjon til å påvirke erfares det som nyttig å være en synlig aktør og danne relasjoner til samarbeidspartnere, ledelse, politikere og andre kommunale beslutningstakere. Helsesykepleierne gir flere eksempler på hvordan de kan danne relasjoner til andre og på hvilken måte de kan bruke relasjonene til å være en samfunnsaktør eller talerør for brukergruppen. Flere forteller at de er bevisste på si noe om helsestasjon- og skolehelsetjenesten i alle møter de går på i arbeidshverdagen, men også der helsesykepleierne er engasjert i politikk, idrettslag og andre organisasjoner på fritiden.

«Man må finne noen som forstår betydningen da... altså jeg tenker jo, det kan bli personavhengig fordi der handler det også om kjemi ikke sant.» (5).

Helsesykepleierne er opptatte av å være synlige på skolen og danne relasjoner med både lærere og elever. På den måten erfarer de å bli en naturlig samarbeidspart for lærerne og dermed i større grad bli invitert inn i møter og andre fora der de kan påvirke. Dette virker fremmede for å innta rollen.

«inntrykket mitt er at nå når vi er mer ute så blir vi mer brukt og da blir vi mer hørt.» (3).

Hvis og når helsesykepleierne inntar rollen som samfunnsaktør er de opptatte av å være objektive fremfor subjektive og formidle sak på en ryddig måte. Helsesykepleierne opplever det som nyttig å vise til forskning, statistikk, retningslinjer og lovverk. Fagforbund trekkes også frem som en viktig arena for påvirkning da fagforbundene har politisk gjennomslagskraft og er en viktig aktør i å definere helsesykepleiernes fag og rolle. Flere av helsesykepleierne påpeker at helsesykepleiere opp igjennom tiden har latt seg styre av følelser og personlige meninger fremfor å vise til forskning og fakta, mange erfarer at dette kan ha påvirket helsesykepleiernes gjennomslagskraft og status i møte med ledelse, samarbeidspartnere og politikere.

Helsesykepleierne savner et fagmiljø og forteller om en ensom arbeidshverdag der det er lite rom for faglig diskusjon, kompetanseheving og sosialt samvær. Det er svært varierende fra kommune til kommune hvilke ressurser som er avsatt til kurs og kompetanseheving.

Helsesykepleierne erfarer at samfunnsaktørrollen er lettere å innta dersom de er helt faglig oppdatert og trygg på eget fag.

«For det at da skulle det spares, i mange år så hadde vi INGEN, INGEN kurs, ingen! Alt blei sugd av eget bryst...» (4).

Resultatene viser at det er flere ulikheter mellom by og bygd når det gjelder å innta rollen som samfunnsaktør. Den viktigste forskjellen er at det erfarer som enklere å komme i kontakt med politikere og beslutningstakere på bygda. Personlige relasjoner og at tjenestene er tettere organisert i forhold til arbeidssted fremheves som noen årsaker. Setninger som: «Jeg kan banke på rådmannens dør» ble brukt. Flere trekker frem at det er større hjul og snu i byene og at veien fra den enkelte helsesykepleier og opp til politikere og kommunal ledelse er lang. Alle har heller ikke kunnskapen om hvordan de skal komme i kontakt med eller nå frem til kommunens øverste ledelse i byene. Når det gjelder ulike samarbeidspartnere helsesykepleierne kan spille på i rollen som samfunnsaktør så erfarer de at det er flere tilgjengelige samarbeidspartnere i byene enn på bygda, nærhet til spesialisthelsetjenesten trekkes spesielt frem som eksempel.

«jeg møter jo politikere som kan stille meg spørsmål eller som i samfunnet ellers som stiller spørsmål til meg: Ja, hvordan er det med det og det. Og jeg tenker at de gjør det nok fordi at jeg er helsesykepleier.» (10).

7.2.1 Organisering av tjenesten og rammer for helsesykepleiers arbeid

Organisasjonsstrukturen i kommunen viser seg å være en viktig faktor som både kan virke fremmende og hemmende på rollen som samfunnsaktør. Hvilke instanser de er organisert sammen med påvirker hvilke oppgaver som prioriteres og vektlegges i tjenesten.

Helsesykepleierne som har vært igjennom prosesser med omorganisering forteller om erfaringer i forhold til dette. Dersom de for eksempel er organisert sammen med fysioterapeutene så vektlegges motorisk utvikling ekstra i helsestasjon- og skolehelsetjenesten eller dersom de er organisert med PPT så har det vært språk og språkutvikling som har vært i fokus.

«Det dreier områdene våres, sant. Fra at vi skulle kartlegge språk, nå kartlegger vi språk, men det er jo ikke noe spesielt fokus på det direkte annet enn at vi gjør en jobb og melder fra til barnehagen hvis ikke det er helt som det skal.» (12).

Flere erfarer at det er kortere vei for samarbeid med instanser som har samme leder som de selv. Helsepsykeleierne erfarer også at instansene som har en felles organisering har større kjennskap og forståelse for hverandres rolle og funksjon. Spesielt i skolehelsetjenesten er det flere helsepsykeleiere som peker på dette. Mange føler seg utenfor personalgruppen på skolen og noen finner det hensiktsmessig å være ansatt i skolen. Helsepsykeleierne fremhever at det hadde vært hensiktsmessig og vært organisert sammen med skole og barnehage fremfor helse og omsorg, da disse instansene jobber med den samme brukergruppen.

«Jo fordi, de har på en måte sitt også har jo ikke vi hatt veldig mye ressurser så en sitter litt sånn på sidelinja» (2).

Andre er redde for at det pedagogiske skal ta for mye plass dersom de organiseres på denne måten. Flere erfarer at i organisering med helse og omsorg så er de stadig i konkurranse med eldreomsorgen når midler skal fordeles.

Helsepsykeleierne med lederfunksjon erfarer også at organisasjonsstrukturen innad påvirker hvilke prioriteringer de gjør i det daglige arbeidet. De opplever at små lederstillinger fører til at de får for liten tid og for lite handlingsrom til å være leder. Det gjelder for eksempel der leder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten selv er med i det daglige kliniske arbeidet. Helsepsykeleierne uten lederfunksjon trekker i tillegg frem at ledere på høyere nivå med annen fagbakgrunn enn helsepsykeleie kan gjøre prioriteringer som gagnar eget fag mer enn helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Helsepsykeleierne erfarer at dette kan påvirke hvordan saker fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten blir formidlet videre og dermed virke hemmende på helsepsykeleiers rolle som samfunnsaktør.

«å få lede, altså jeg skal være leder og da skal jeg lede på en sånn måte at jeg har tid til å sitte ned litt med sånne ting det er ei utfordring.» (3).

«så det er klart at jeg tenker det handler om at leder må få lov til å være leder, ha ressurser til å være leder.» (7)

«Jeg tenker jeg har hatt ledere som har hatt mange på en måte, som har en lederfunksjon, men som har 30 % sånn og 30 % der og, jeg tenker da har du i utgangspunktet valgt» (8).

Rammer for helsesykepleiers arbeid trekkes frem som en viktig faktor som virker både fremmende og hemmende på rollen som samfunnsaktør. Helsesykepleierne erfarer at føringer for tjenesten, tid, prioriteringer, handlingsrom og arbeidsvilkår spiller inn. Flere erfarer at myndighetene har en økt forventning til helsesykepleiernes arbeidsoppgaver og at det ikke følger med tid, ressurser og handlingsrom til å utføre disse arbeidsoppgavene.

«Så det er noe med veilederen vår som er, det er så store forventninger på hva vi skal snakke om, og det er ikke alltid mulig.» (6).

«Jammen dere må jo spørre». Ja det må vi, men skal vi bare gjøre det eller hvordan skal vi få tid da til de andre tingene?» (12)

Helsesykepleierne opplever deres handlingsrom som for lite, og mange erfarer at stillinger står ubesatt der det er langtidssykemeldinger på grunn av økonomiske innsparinger. Det fører til at de hver dag må gjøre tøffe prioriteringer i forhold til hvilke arbeidsoppgaver som skal følges opp eller ikke. Noen peker også på at de lett blir oppslukt av alt det daglige arbeidet og at rollen som samfunnsaktør derfor lett kommer i skyggen.

«...det er den biten som ligger litt sånn baki og som en skal ta igjen og. Fordi et at dette daglige arbeidet er mer, det må gå det.» (8)

Helsesykepleiernes arbeidsvilkår trekkes frem som en viktig faktor som påvirker rollen som samfunnsaktør. Midlertidige ansettelse, små stillingsbrøker og trange vilkår for betaling av kveldstillegg og overtid virker hemmende for rollen. Helsesykepleierne erfarer at disse faktorene påvirker i hvilken grad de har kapasitet til å prioritere rollen som samfunnsaktør. Flere fremhever at små stillinger og usikre arbeidsforhold hemmer at faget får en tydelig stemme ut i samfunnet i tillegg til at det skaper usikkerhet for helsesykepleiernes opplevelse av å ha en trygg jobb og stabil inntekt. Helsesykepleierne erfarer at usikre arbeidsvilkår går utover egen kapasitet og trivsel.

«..og jeg vet jo som sykepleier at veldig mye av det som gjør at du ikke engasjerer deg handler om at du blir pisket hardere og hardere og fortere og fortere og tilslutt så protesterer du ikke på noe lengre.» (4)

Arbeidsvilkår handler også for mange av helsesykepleierne om gode, tilrettelagte lokaliteter på skolene og i helsestasjonen. Lokaliteter påvirker helsesykepleiernes trivsel, kapasitet, prioriteringer og mulighet for andre arbeidsmetoder enn en-til-en samtaler. Flere påpeker at

det er manglende lokaliteter på skolene som skaper gode arbeidsvilkår for helsesykepleierne. Helsesykepleierne erfarer at dette påvirker i hvilken grad de er tilgjengelige for elever og lærere.

7.2.2 Kultur, identitet og eierskap til eget fag

Organisasjonskultur i kommunen fremheves som en viktig faktor som påvirker helsesykepleierens rolle som samfunnsaktør. Organisasjonskulturen handler om hvilken kultur det er i kommunen, og om det er tradisjon for at helsesykepleierne markerer seg som en tydelig aktør i organisasjonen eller ikke. Det handler også om ledelse, om helsesykepleierne føler seg anerkjent som aktør og hvilken status helsesykepleierne har i kommunen.

«...og kanskje litt med tradisjon rundt deg, er det tradisjon for det eller er det: neida, vi gjør det nå bare sånn som vi alltid har gjort også får de oppe der styre med sitt.» (11)

Helsesykepleierne erfarer at det er enklere å innta rollen som samfunnsaktør dersom ledelsen viser interesse, er støttende og anerkjennende. For mange er det viktig at saker er forankret i ledelsen før de inntar rollen som samfunnsaktør. Flere erfarer at de er helt avhengig av ledelsen for at saker som helsesykepleierne anser som viktige kommer videre til politikere og samarbeidspartnere. Lederens personlige egenskaper, lederstil, prioriteringer og lederens relasjon til helsesykepleierne påvirker hvilke saker som blir løftet i organisasjonen.

«Også har du, ja du kan være heldig å ha en kommunalsjef eller som prioriterer det.. Sant? Så det er personavhengig hva barn og unge får.» (2).

«Sånn at vi har jo en ledelse i kommunen med ildsjeler som er veldig for den måte å jobbe på.» (1)

Flere helsesykepleiere har erfaringer med interne og eksterne konflikter. Dette virker hemmende på internt- og eksternt samarbeid og på rollen som samfunnsaktør. Mange forteller om utfordrede samarbeid mellom enkelte instanser der helsesykepleierne gjennomgående føler seg motarbeidet og utelatt fra å bli kalt inn til viktige samarbeidsmøter. I tillegg er det flere som forteller om negative opplevelser i etterkant av å ha inntatt samfunnsaktørrollen.

«så du blir ikke kalt inn på møtene på ansvarsgruppemøtene en gang kanskje.» (4).

«Hva er det med deg som gjør at du hele tiden fronter deg? Men det er jo ikke meg jeg fronter, sant det er jo der kvinner er kvinner verst, så du må på en måte tåle å få deg noen på trynet.» (7).

«..og visst du, og det gjelder mange plasser, det har jo vært mye i media. At du skal jo på en måte ikke ut å uttale deg og svare på ting. Det får ofte konsekvenser for hvordan du blir behandlet etterpå.» (2)

Det er ulikt fra kommune til kommune om helsesykepleierne erfarer at de blir anerkjent som en aktør og en ekte samarbeidspartner i kommunen. Mange peker på at det gjerne henger i sammen med hvilken status helsesykepleierne har i kommunen fra tidligere.

«Kultur. Det tror jeg handler mye om kulturen på skolen, ehh og om, altså rektor og ledelsen på skolen sin innstilling til skolehelsetjenesten...» (11).

Helsesykepleierne erfarer at samarbeidspartnere og beslutningstakere har manglende forståelse for helsesykepleiernes kompetanse og at dette påvirker om helsesykepleierne blir anerkjent som aktør i kommunen eller ikke. Mange erfarer at samarbeidspartnere, kommunale beslutningstakere og politikere fremdeles forbinder helsesykepleierne «bare» med vekt og vaksiner. Flere av helsesykepleierne påpeker at kulturen i egen yrkesgruppe har ført til at mange ikke vet hvilken kompetanse helsesykepleierne innehar. Mange av helsesykepleierne påpeker at gruppen har vært for lite fremoverlent og en for lite tydelig aktør i kommunen. De trekker frem det henger sammen med hvilken status helsesykepleierne har i kommunen.

«Jeg blir så forbanna av at noen kan, altså kan snakke om ting som jeg vet at vi vet og kan mye bedre også sier ikke vi noe. Vi holder kjeft! Og det irriterer meg!» (4)

«...jeg tenker det kreves det et stort opplysningsarbeid for en kan heller ikke forvente at folk vet hvis ikke de , en må jo opplyse folk da. Det er jo det som må til.» (8).

Egen yrkesgruppe omtales som «forsiktige», «utrolig ordentlige», «redde for å gjøre feil» og «pliktoppfyllende». Mange av helsesykepleierne knytter dette til den identiteten de erfarer å ha fått som sykepleier, der de ofte er underlagt en lege som tar de tøffe beslutningene.

Helsesykepleierne fremhever at de i større grad må selge ut seg selv og sin kompetanse for å bli anerkjent som en aktør og ekte samarbeidspart. Flere trekker frem at hver og en helsesykepleier har en jobb å gjøre i forhold til å stole på seg selv.

«vi er så utrolig ordentlige. Vi har så utrolig lyst til å gjøre alt som er så bra og som er så riktig...» (6)

«Fordi at veldig ofte så er vi flinke til å ta på oss og ta på oss også tar ikke vi vekk noe» (7)

Helsesykepleierne reflekterer mye over eget fag og hvordan de i stor grad opplever at faget er på vei til å pulveriseres. Flere setter dette i sammenheng med at helsesykepleierne er en attraktiv gruppe å pålegge stadig flere screening og kartleggingsfunksjoner fordi de møter et tverrsnitt av befolkningen. Disse funksjonene erfares som tidkrevende og går på bekostning av samfunnsaktørrollen. De frykter at hvis yrkesgruppen ikke blir mer synlig og tar større plass i samfunnet så vil helsesykepleierens kompetanse og kjerneområde gradvis viskes ut. Dette omtales som: «å stå opp for eget fag» og «stå støtt i det medisinskfaglige».

«...men hvis vi blir en sånn definert kontrolltjeneste så blir jeg bekymret for omdømmet vårt i befolkningen og tillitten den tenker jeg er viktig, og som samfunnsaktør (12).

8. Diskusjon

8.1 Metodediskusjon

Kvalitative metoder åpner for å øke kunnskapsgrunnlaget på områder der det er begrenset forskning fra tidligere. Metodene er godt egnet for å løfte og sette fokus på nye problemstillinger (Malterud, 2002, s. 2472). Det ble i kunnskapsgrunnlaget til studien funnet lite forskning både av nasjonal og internasjonal sort. Det ble derimot funnet flere retningslinjer, rapporter og lovverk som er lagt til grunn for studien. Dette understreker behovet for at denne studien er nødvendig. Det kan tenkes at noe internasjonal forskning ikke har blitt funnet fordi helsesykepleietittelen og helsesykepleiers mandat er unik for Norge, til tross for at ordet helsesykepleier i søken etter internasjonale studier ble byttet ut med: Nurse, Public health nurse og school health nurse. Det er å anse som en svakhet for studien.

For å vurdere studiens gyldighet er det hensiktsmessig å diskutere aspekter ved studien opp mot begrepene refleksivitet, validitet og relevans. Refleksivitet handler om å reflektere rundt hvorvidt egen forforståelse for temaet kan ha påvirket informantene, men det handler også om å reflektere kritisk rundt egen fremtoning og i hvilken grad den kan ha påvirket konteksten og informanten (Polit & Beck, 2017, s. 164). Validitet handler om hva materialet og metoden kan si noe om, altså hvilken metode som er brukt i datainnsamling og analysing av data. Dette kalles intern validitet. Validitet kan også si noe om hvilken rekkevidde resultatene har og i hvilken grad det kan være overførbart til andre, som kalles ekstern validitet (Malterud, 2012, s. 23-24). Studiens relevans bør reflekteres rundt for å overveie i hvilken grad studien bidrar med ny kunnskap, i kvalitative studier er målet å bidra til ny kunnskap om tema som er lite utforsket fra før (Malterud, 2002, s. 2471; Malterud, 2012, s. 23).

8.1.1 Refleksivitet

Det er flere faktorer som kan ha påvirket hvordan informantene har delt sine erfaringer i intervjusituasjonen. Kvale og Brinkmann (2009, s. 137) understreker at et intervju er en «interpersonlig situasjon», altså en samtale mellom to mennesker. Det betyr at det allerede i den mellommenneskelige kjemien kan oppstå faktorer som påvirker i hvilken grad informanten forstår spørsmålene og føler seg trygg på å svare. For og i størst mulig grad sikre at informantene skulle føle trygghet og få de samme forutsetningene for å svare på spørsmålene, ble det utarbeidet en standard innledning som satte rammene for intervjuet og en intervjuguide som sikret at relevante tema ble berørt. Det ble i stor grad lagt vekt på at informanten skulle få snakke fritt om temaene som ble introdusert ut i fra sitt ståsted. Malterud (2017, s. 72) fremhever at dataene som samles inn under et intervju skal reflektere informantens erfaringer og opplevelser. I forhold til egen forforståelse kan den ha preget hvordan informantenes perspektiv ble tolket og forstått, til tross for at egen forforståelse var bevisstgjort under hele studieforløpet. Forforståelsen kan også ha preget hvilke oppfølgingsspørsmål informantene ble stilt, da forskerens eget engasjement kan ha påvirket hva som ble vektlagt. For at eget engasjement ikke skulle ta overhånd var det nyttig å være bevisst egen rolle og ha jevnlig diskusjon og refleksjon med veilederne rundt disse aspektene. Eget engasjement og kunnskap om temaet kan være en styrke i forhold til aktiv lytting og oppfølging av relevante tema, noe som anerkjennes som viktig i kvalitative intervjuer (Kvale & Brinkmann 2009, s. 151).

8.1.2 Validitet

Individuelle kvalitative intervju egner seg når man ønsker å gå i dybden på et tema og samle data om informantenes egne erfaringer (Malterud, 2017, s. 133). Dette var den største motivasjonen for å velge intervju som metode, fordi det best kunne gi svar på problemstillingen, og er egnet til å få frem erfaringer. Fokusgruppeintervju kunne også vært en egnet metode, da fokusgruppeintervju egner seg for å få frem variasjoner og nyanser (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 162). Fokusgruppe intervju ble valgt bort av praktiske og etiske årsaker. Informantene i studien er inkludert fra 4 ulike kommuner med stor geografisk spredning, noe som innebærer at fokusgruppeintervju først og fremst ville krevd ressurser i form av reisevei, økonomiske kostnader og tid for informantene. Av forskningsetiske hensyn ville derfor metoden vært lite egnet til dette formålet. De individuelle intervjuene ble utført på det stedet og på det tidspunktet som passet best for informantene, for at informantene skulle ha minst mulig ulempe ved å delta i studien. Dataene ble analysert med «kvalitativ

innholdsanalyse» (Graneheim & Lundman 2004). I analyseprosessen var det viktig at egen forforståelse var bevisstgjort. Underveis i analyseprosessen ble resultatene som fremkom delt og diskutert med veilederne, noe som i følge Malterud (2017, s. 195) en styrke for å få andre sine synspunkt på materialet. Metoden er egnet til å måle erfaringer, men er også egnet for å få frem det manifeste og det latente budskapet, samt at den har en induktiv hermeneutisk tilnærming (Lundman & Graneheim, 2012, s. 188-189).

Når det gjelder studiens eksterne validitet så kan det tenkes at noe av kunnskapen som fremkom i denne studien er relevant for andre sykepleiere, både med og uten videreutdanning. Malterud (2017, s. 24) fremhever at overførbarheten i kvalitative studier kan gjelde utvalget, men også i hvilken grad resultatene kan bidra til å opplyse en lignende problemstilling. I likhet med helsesykepleiere er sykepleiere i kommunehelsetjenesten og i sykehusavdelinger «eksperter» på sin brukergruppe, de møter store utsnitt av befolkningen med spesielle diagnoser eller hjelpebehov. Det innebærer for eksempel at sykepleierene i hjemmesykepleien har god oversikt over de innbyggerne i kommunen som har behov for sykepleie i hjemmet. På den måten innehar sykepleierene førtehandlskunnskap om den aktuelle gruppen mennesker og står i posisjon til å være samfunnsaktør og talerør på vegne av brukergruppen eller tjenesten. Det er flere ulikheter mellom hvordan helsesykepleieres arbeid er organisert og hvordan andre sykepleietjenester er organisert. Tjenestene har også forskjellige samarbeidspartnere, men studien kan allikevel bidra til å løfte lignende problemstillinger når det gjelder andre arenaer der sykepleiere arbeider.

8.1.3 Relevans

Det er flere faktorer som er nyttig å reflektere over når det gjelder studiens relevans, det handler om alle valg som er tatt fra problemstillingen ble formulert til det ferdige resultatet foreligger (Malterud, 2017, s. 192-193). Før studien gikk i gang var den nøye planlagt med detaljert beskrivelse i en prosjektplan. Det betyr at valgene som ble tatt underveis ikke er tilfeldige, og at metodene som er valgt ble valgt med utgangspunkt i å svare på problemstillingen. Samtidig har metodene fortløpende blitt vurdert underveis i studien for å sikre at de egner seg til å finne svar på forskningsspørsmålet. Den teoretiske referanserammen for studien bidrar også til at relevansen i materialet synliggjøres og forsterkes. Malterud (2017, s. 47), fremhever at den teoretiske referanserammen er nødvendig for å gjøre rede for at relevansen av studien skal være tydelig.

8.2 Diskusjon av resultat

I kapitlene 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3 og 8.2.4 blir helsesykepleiernes erfaringer i rollen som samfunnsaktør tolket og diskutert med bakgrunn i teorien om salutogenese. Salutogenese er tidligere brukt som en sterkt helsefremmende teori (Antonovsky, 1996). Ved å anvende salutogenese som en mestringsteori relatert til helsesykepleiernes rolle som samfunnsaktør så utvikles teorien i en ny sammenheng og det vil være mulig å forstå helsesykepleiernes erfaringer i samfunnsaktørrollen og identifisere hva helsesykepleierne erfarer at skaper mestring knyttet til rollen som samfunnsaktør og hva som forhindrer de i å innta samfunnsaktørrollen. Således kan vi kunne forstå helsesykepleiernes erfaringer knyttet til samfunnsaktørrollen og dermed få en økt kunnskap om hvilke forhold som skal til for å styrke helsesykepleierne i rollen som samfunnsaktør.

Resultatene i studien viser overgripende at helsesykepleierne ser på seg selv som en viktig aktør i det helsefremmende arbeidet for barn og unge. De identifiserer seg lettere med rollen som barn, unge og familiers talerør enn med rollen som samfunnsaktør. Rollen som talerør forstås av helsesykepleierne som den rollen de innehar når de skal formidle barn og unges behov til foreldre, barnehagepersonell, skolepersonell og i ansvarsgruppemøter. Barneombudet (2014, s. 22) legger vekt på at helsesykepleiere har en viktig rolle for at brukergruppens stemme skal bli hørt i samfunnet. Samfunnsaktørrollen ble forstått av helsesykepleierne som en rolle der de kan bruke sin unike kunnskap om barn, unge, familier og deres helse til å påvirke de store linjene i samfunnet gjennom helsefremmende tiltak rettet mot gruppen. Dette samsvarer med hvilke føringer som ligger for helsesykepleierrollen, som handler om at helsefremmende arbeid på systemnivå retter seg mot hele befolkningen eller store grupper- barn, unge og familier, og kan beskrives som en prosess som setter befolkningen i stand til å ta økt kontroll over sin egen helse (Helsedirektoratet, 2010, s. 24; World Health Organization, 1986). Dette vitner om en integrert helsefremmende tankegang hos helsesykepleierne der de ikke bare forstår helsefremmende arbeid som en-til-en konsultasjoner med brukere av tjenesten, men også forstår sin rolle i å påvirke til helsefremmende tiltak som hele brukergruppen har nytte av. Til tross for helsesykepleiernes rolleforståelse så viser denne studien at en stor andel av helsesykepleierne erfarer at en-til-en konsultasjoner med brukere av tjenesten er det de bruker mest tid på i arbeidshverdagen. Selv om helsesykepleierne forstår samfunnsaktørrollen på en slik måte det er skissert i styrende dokumenter for tjenesten, så viser denne studien at helsesykepleierne erfarer flere fremmende og hemmende faktorer som påvirker rollen som samfunnsaktør. Studien avslører at det er

svært varierende hvorvidt helsesykepleierne inntar rollen som samfunnsaktør eller ikke. De fremmende og hemmende faktorene for samfunnsaktørrollen beskrives av helsesykepleierne som sammensatte, det vil si at faktorene henger sammen og virker fremmende for noen av helsesykepleierne og hemmende for andre. De fremmende og hemmende faktorene for samfunnsaktørrollen kan være personlige interesser, personlig engasjement, personlige egenskaper, rammer for helsesykepleiernes arbeid, organisering av tjenesten, samarbeid, identitet og kultur knyttet til yrkesgruppen eller til kommunen/organisasjonen. Disse faktorene omtales videre i diskusjonen som indre og ytre motstandsressurser knyttet til rollen som samfunnsaktør.

8.2.1 Helsesykepleiernes opplevelse av sammenheng relatert til rollen som samfunnsaktør

For å relatere helsesykepleiernes erfaringer med samfunnsaktørrollen til teorien om salutogenese, så kan vi tenke oss et kontinuum mellom å ikke mestre samfunnsaktørrollen (svak OAS) og å mestre samfunnsaktørrollen (sterk OAS). Videre kalles dette kontinuumet for et mestringskontinuum som hver og en helsesykepleier alltid befinner seg på.

Mestringskontinuumet er basert på det som i salutogensen forklares som helsekontinuumet (Antonovsky, 2012, 27). Helsesykepleierne beveger seg til enhver tid på mestringskontinuumet mellom å ikke mestre samfunnsaktørrollen å mestre samfunnsaktørrollen. Det som skiller de ulike helsesykepleierne fra hvor de er på kontinuumet, er om de erfarer lav eller høy grad av mestring i rollen som samfunnsaktør. Når helsesykepleierne erfarer en høy grad av mestring relatert til samfunnsaktørrollen, er de høyt på mestringskontinuumet. Desto høyere grad av mestring i samfunnsaktørrollen, desto sterkere opplevelse av sammenheng (OAS) relatert til samfunnsaktørrollen.

De helsesykepleierne som har en sterk OAS relatert til samfunnsaktørrollen har en tillit til at potensielle spenninger og stressfaktorer som er knyttet til samfunnsaktørrollen som kommer i fra de selv eller i fra miljøet rundt (organisasjonen eller arbeidsplassen) er begripelige, håndterbare og meningsfulle. Begrepene begripelig, håndterbar og meningsfull er de tre subdimensjonene av OAS, og forklares med bakgrunn i teorien om salutogenese (Antonovsky, 2012, s. 39-41). Relatert til rollen som samfunnsaktør kan vi forklare begrepene slik: med begripelig menes det at helsesykepleierne opplever spenningen som oppstår i forbindelse med rollen som samfunnsaktør som forklarlig, at rollen og dets oppgaver er strukturerte og forutsigbare. Når spenningen eller stressfaktoren oppleves som håndterbar betyr det at helsesykepleierne har motstandsressurser tilgjengelig i seg selv (indre motstandsressurser)

eller i miljøet (ytre motstandsressurser) for å håndtere og møte spenningen slik at den ikke utvikler seg til stress. Den siste av de tre sub-dimensjonene av begrepet OAS er meningsfullhet. Rollen som samfunnsaktør oppleves som meningsfull når helsesykepleierne har et personlig engasjement, finner mening i og er motivert for å mestre det som oppleves som utfordrende i forbindelse med samfunnsaktørrollen. Antonovsky (2012, s. 106,128) fremhever at det å være aktiv deltakende i beslutningstaking også er en viktig faktor for å oppleve noe som meningsfullt, og at det skaper glede og stolthet over det arbeidet en skal utføre. I denne studien betyr det at helsesykepleierne kan erfare rollen som meningsfull dersom de har mulighet til å være deltakende i beslutningstaking på arbeidsplassen, i kommunene eller vedrørende eget fag. Det å innta rollen som samfunnsaktør vil i utgangspunktet fremme aktiv deltakelse i beslutningstaking og medbestemmelse, som vil kunne føre til en følelse av anerkjennelse og bidrar til at helsesykepleierne opplever eierskap til samfunnsaktørrollen og situasjonen. Dersom helsesykepleierne erfarer at de ikke har mulighet til medbestemmelse i rollen som samfunnsaktør kan rollen oppleves som meningsløs og lite verdt en investering. Det fører til at rollen som samfunnsaktør ikke blir en prioritert oppgave i arbeidet med helsefremmende arbeid til barn, unge og familier.

I salutogenesen skilles det på indre og ytre stressfaktorer. Det vil si at stressfaktorene enten kommer i fra personen selv eller i fra utsiden: fra andre individ, fra miljøet rundt eller i fra samfunnet (Horsburgh & Ferguson, 2012, s. 182). Alle helsesykepleierne utsettes for flere stressfaktorer i løpet av en arbeidsdag. En stressfaktor kan være et krav eller påkjenning som helsesykepleierne opplever som vanskelig å håndtere og som påvirker helsesykepleiernes mestring av rollen som samfunnsaktør. Samfunnsaktørrollen i seg selv erfarer av helsesykepleierne som en stor stressfaktor dersom de ikke har motstandsressurser tilgjengelig for å effektivt mestre spenningen som oppstår. Andre stressfaktorer som påvirker i hvilken grad helsesykepleierne inntar rollen som samfunnsaktør er: for mange arbeidsoppgaver, usikre arbeidsforhold, manglende indre motivasjon, manglende anerkjennelse som aktør, manglende status i kommunen eller mangelfulle arbeidsvilkår. Det er opp til helsesykepleierne og deres ressurser hvordan og på hvilken måte stressfaktoren håndteres eller takles. Når helsesykepleierne har motstandsressurser tilgjengelige for å takle spenningen som oppstår, så går ikke spenningen utover helsesykepleiernes mestring av rollen som samfunnsaktør. Det vil si at de opprettholder sin plass på mestringskontinuumet eller får en styrket grad av mestring, altså en styrket OAS relatert til rollen som samfunnsaktør. Når helsesykepleierne ikke har effektive motstandsressurser tilgjengelig, vil spenningen gå over til stress og dermed påvirke

helsesykepleiernes mestringsfølelse negativt. Dette kan føre til at helsesykepleierne ikke inntar samfunnsaktørrollen i det hele tatt. Langeland (2017b, s. 41) fremhever at spenningen kan ha negative, nøytrale eller helsefremmende virkninger. Det vil si at stressfaktorene også kan føre til en sterkere OAS relatert til samfunnsaktørrollen dersom helsesykepleierne har effektive motstandsressurser tilgjengelige for å mestre stressfaktoren. Antonovsky (2012) legger vekt på at: «Stressfaktorer anses ikke nødvendigvis bare som patologiske, men kanskje til og med som helsebringende, avhengig av stressfaktorens karakter og hvorvidt spenningen kan oppløses på en tilfredsstillende måte» (s. 36). Dersom helsesykepleierne i møte med samfunnsaktørrollen har manglende tilgang på motstandsressurser vil de bevege seg i andre enden av mestringskontinuumet og oppleve lav grad av mestring. Det oppstår da et motstandsunderskudd, som vil si at helsesykepleierne har manglende ressurser tilgjengelig for å mestre rollen som samfunnsaktør. Antonovsky (2012, s. 140) forklarer at motstandsunderskudd er noe som skaper livsopplevelser som er skadelige for OAS. Det vil være ulikt fra helsesykepleier til helsesykepleier hva de ser på som motstandsressurser og hvilke motstandsressurser de har tilgjengelig i seg selv (indre ressurser) eller i miljøet rundt seg (ytre ressurser). Det vil også være ulikt mellom helsesykepleierne i hvilken grad de er bevisste på hvilke motstandsressurser som er tilgjengelige.

Som beskrevet tidligere så viser denne studien at helsesykepleierne erfarer flere typer stressfaktorer der de opplever å ha manglende motstandsressurser tilgjengelige, som fører til at det oppstår en motstandsunderskudd. Når helsesykepleierne opplever manglende tilgang på motstandsressurser, kan det settes i sammenheng med det som beskrives som hemmende faktorer i resultatdelen av denne studien. Helsesykepleiernes opplevelse av generelt motstandsunderskudd forklarer hvorfor mange av helsesykepleierne ikke inntar rollen som samfunnsaktør. Det som i resultatene av studien omtales som fremmende faktorer for å innta samfunnsaktørrollen kan videre settes i sammenheng med at helsesykepleierne har motstandsressurser tilgjengelig som er viktig for at helsesykepleierne skal få en styrket OAS relatert til rollen som samfunnsaktør. Tilgjengeligheten på motstandsressurser og helsesykepleiernes bevissthet rundt ressursene påvirker i hvilken grad helsesykepleierne opplever rollen som forståelig, strukturert eller sammenhengende (begripelig), at helsesykepleierne har indre eller ytre motstandsressurser tilgjengelige for å mestre samfunnsaktørrollen (håndterbar) og at rollen erfares som motiverende, verdt en investering, skaper engasjement og legger til rette for aktiv deltakelse i beslutningstaking (meningsfull). Videre diskuteres helsesykepleiernes erfaringer i rollen som samfunnsaktør i forhold til hvilke

motstandsressurser de har tilgjengelig eller mangler i seg selv (indre) eller i miljøet rundt (ytre) og hvordan motstandsunderskudd virker inn på helsesykepleiernes OAS relatert til samfunnsaktørrollen.

8.2.2. Helsesykepleiernes indre motstandsressurser relatert til rollen som samfunnsaktør

En sterk identitet er anerkjent som en viktig motstandsressurs i salutogenesen (Antonovsky, 2012, s. 48). Identitet handler om den opplevelsen en person har av seg selv (Langeland, 2012, s. 42). Resultatene i denne studien viser at helsesykepleiernes personlige egenskaper, interesser og engasjement påvirker i hvilken grad de inntar rollen som samfunnsaktør. Personlige egenskaper, interesser og engasjement kan enten være en indre motstandsressurs for helsesykepleierne eller føre til manglende ressurser, altså at det oppstår et motstandsunderskudd i rollen som samfunnsaktør. Dette kommer frem i denne studien der helsesykepleierne som ikke oppfatter seg selv som en samfunnsaktør i mindre grad erfarer å mestre rollen. Personlige egenskaper, interesser og engasjement kan knyttes til helsesykepleiernes identitet fordi disse faktorene handler om hvordan helsesykepleierne oppfatter og ser på seg selv. Noen av helsesykepleierne i studien omtaler seg selv i rollen som samfunnsaktør på følgende måte: «jeg er ikke slik», «jeg liker bedre å jobbe med det kliniske» eller «jeg interesserer meg ikke for samfunnsaktørrollen». Langeland (2012, s.42) fremhever at personer med sterk identitet i større grad har evne til å velge mellom de motstandsressurser personen har tilgjengelig for å mestre den aktuelle spenningen. Med bakgrunn i dette vil jeg kunne mene at helsesykepleiere med sterk identitet som samfunnsaktør i større grad er egnet til å velge mellom andre tilgjengelige motstandsressurser for å mestre rollen som samfunnsaktør. Helsesykepleierne i denne studien som identifiserte seg med å være en samfunnsaktør omtalte seg selv slik i rollen: «Jeg må stikke hodet frem og finne alliansepartnere» eller «..og da kommer jeg inn i bildet, for jeg er ganske klar i stemmen». Antonovsky (2012, s.48) hevder at en person med sterk identitet vil føres til en sterkere OAS dersom den kulturelle og sosiale konteksten personen befinner seg i legger til rette for identiteten. Dette kan da forstås som at en person med sterk identitet i større grad kan velge mellom tilgjengelige motstandsressurser, og fordi identitet anses som en motstandsressurs i seg selv så vil en person med sterk identitet erfare større håndterbarhet og meningsfullhet i møte med en stressfaktor. Det betyr at helsesykepleierne som finner rollen engasjerende, interessant og har personlige egenskaper som egner seg for rollen, i stor grad opplever rollen som håndterbar og meningsfull og i større grad inntar rollen. Det er grunn til å tro at samfunnsaktørrollen også kan oppleves som meningsfull fordi helsesykepleierne ved

innta rollen aktivt deltar i beslutningstaking og dermed føler seg betydningsfulle og deltakende, basert på det Antonovsky (2012, s. 106) fremhever som viktig for å oppleve noe som meningsfullt.

Helsesykepleiere etterlyses som en tydelig aktør i samfunnet. Barneombudet (2014, s. 35) anbefaler sterkt at helsesykepleiere må involvere seg aktivt i det kommunale planarbeidet. Å være samfunnsaktør handler om å være deltakende i eller å påvirke beslutninger innad i tjenesten eller i samarbeid med andre instanser, politikere og beslutningstakere. Det er grunn til å stille spørsmålsteget ved hvorfor helsesykepleierne ikke inntar rollen oftere. Resultatene fra denne studien viser at det handler om mer enn bare helsesykepleiernes personlige egenskaper, interesser og engasjement. Mange av helsesykepleierne i studien erfarer at kommunale beslutningstakere og ledere ikke prioriterer eller inkluderer deres kompetanse når beslutninger skal tas. Det reduserer helsesykepleiernes mulighet til medbestemmelse og forhindrer at helsesykepleierne kan formidle barn og unges behov tjenestevei. Resultatene fra denne studien viser at helsesykepleierne erfarer tjenestevei som den mest ordnede måten å formidle barn og unges behov på. Dersom ledere bevisst unnlater å forholde seg til viktig informasjon vedrørende barn og unges behov, og helsesykepleierne ikke har andre motstandsressurser tilgjengelig for og nå frem med informasjonen så vil beslutningstakerne fatte vedtak vedrørende brukergruppen uten å ha korrekt informasjon tilgjengelig. Det vil derfor til slutt ramme barne- og ungdomsbefolkningen, men også føre til at helsesykepleierne føler at de ikke blir hørt og anerkjent som en faglig aktør. Antonovsky (2012, s. 106) understreker viktigheten av å «ha noe å si», dersom en person stadig opplever at deres handlinger ikke har noen betydning i verden så vil verden etter hvert føles som meningsløs. Dette kan forklare hvorfor helsesykepleierne anser støtte og anerkjennelse fra ledelsen som viktige motstandsressurser for å innta rollen som samfunnsaktør.

Det er grunn til å undres over hva som er årsaken til at noen helsesykepleiere erfarer at de ikke blir hørt eller ansett som viktige informasjonsgivere av ledelsen i kommunene. Dette kan forstås fra flere sider. Lederen kan mangle forståelse for helsesykepleiernes rolle og kompetanse, eller at lederen og helsesykepleieren ikke har opparbeidet en god nok relasjon til at lederen anser helsesykepleieren som en viktig aktør. Disse faktorene gjenspeiles også i studien ved at helsesykepleierne som opplever manglende forståelse og har en svak relasjon med ledelsen, erfarer at dette er manglende ressurser i forhold til å mestre rollen som samfunnsaktør. En tredje faktor kan være at helsesykepleierne mangler formidlingsevne og dermed gjennomslagskraft i rollen som samfunnsaktør. Waddell et al. (2017, 198-201) har i

sin studie funnet at sykepleiere i USA anser kunnskap om strategier for å påvirke politikere som viktig å få implementert i sykepleieutdanningen. Langeland (2012, 42) trekker frem at kunnskap og intelligens er ansett som viktige indre motstandsressurser i salutogenesen. Økt kunnskap om samfunnsaktørrollen og mestringsstrategier for rollen vil dermed kunne føre til en styrket identitet hos helsesykepleierne, fordi at ved økt kunnskap vil helsesykepleierne kunne få en større tro på seg selv og kan lettere identifisere seg med samfunnsaktørrollen. Økt kunnskap om mestringsstrategier for rollen og en styrket identitet vil gi helsesykepleierne en sterkere opplevelse av at rollen er meningsfull. Kunnskap og kompetanse om hvordan mestre rollen som samfunnsaktør, anses av helsesykepleierne i denne studien som en viktig motstandsressurs for å mestre rollen. Det kommer frem i studien at det oppleves enklere å innta rollen dersom en står støtt i eget fag. Flere av helsesykepleierne peker på flere ytre faktorer som påvirker i hvilken grad det er mulig for helsesykepleierne å tilegne seg kompetanse om samfunnsaktørrollen. Disse ytre faktorene handler om trange økonomiske rammer eller at ledelsen ikke anser samfunnsaktørrollen som viktig og dermed ikke prioriterer kompetanseheving for å styrke rollen. Det er tidligere vist at kompetanseheving i rollen som samfunnsaktør fører til at helsesykepleiere erfarer rollen som mer begripelig, håndterbar og meningsfull. Rapporten *Ta plass! Specialistgodkjenning av helsesøster* evaluerer kompetanseprogrammet «Helsesykepleier som samfunnsaktør» som synliggjør at helsesykepleiere erfarer å ha fått større forståelse for saksgang (begripelig), mer systematisk kunnskap om lovverk (håndterbar) og tyngde, selvtillit og engasjement til å innta rollen (meningsfull) i etterkant av kompetansehevingsprogrammet (Athenae, 2014, s. 29). Det viser hvordan kunnskap som indre motstandsressurs i seg selv kan bidra til høyere OAS relatert til samfunnsaktørrollen, og understreker betydningen av å styrke helsesykepleiernes indre motstandsressurser som kunnskap og identitet. Økt kunnskap og sterkere identitet som samfunnsaktør vil føre til at rollen oppleves som mer håndterbar og meningsfull.

Slik tjenesten er organisert i dag så erfarer helsesykepleierne i stor grad at faget pulveriseres og at flere arbeidsoppgaver som screening og kontrollfunksjoner bidrar til at helsesykepleierne stadig mister grep om eget fag. Det fører til at helsesykepleierne mister sin faglige integritet og erfarer å ha manglende ressurser tilgjengelig for å mestre samfunnsaktørrollen. Rapporten *Trygg, tydelig og tilgjengelig* stiller spørsmål ved om i hvilken grad dette er heldig for tjenestens faglige dreining (Landsgruppen av helsesykepleiere NSF & Norsk sykepleieforbund, 2015, s. 47). I salutogenesen så legges det vekt på at dersom andre definerer hvilke oppgaver som skal gjøres, så vil personen selv miste kontrollen over

oppgavene og dermed miste retten til medbestemmelse (Antonovsky, 2012, s. 106). Det fører til slutt til at personen gir opp og verden kjennes meningsløs. Dersom personen selv kan definere egne arbeidsoppgaver, kan det føre til at personen får økt håndterbarhet og selv erfarer å ha ressurser tilgjengelig for å løse arbeidsoppgavene (Antonovsky, 2012, s. 124). Det er derav grunn til å mene at økt kunnskap og styrket identitet kan gi helsesykepleierne opplevelse av eierskap til eget fag og dermed bidra til at helsesykepleierne står opp for og bidrar aktivt med innspill til hvordan tjenesten bør organiseres slik at helsesykepleierne får flere motstandsressurser tilgjengelig for å mestre rollen som samfunnsaktør.

8.2.3 Helsesykepleiernes ytre motstandsressurser relatert til rollen som samfunnsaktør

Kultur oppleves av helsesykepleierne i studien som en sentral motstandsressurs, som igjen gir tilgang på andre motstandsressurser som bidrar til å føre helsesykepleierne mot høyere grad av mestring på mestringskontinuumet. Kultur er å anse som en ytre motstandsressurs.

Kulturen bidrar til å gi motstandsressurser som helsesykepleierne omtaler som: Systematiske interne møter, samarbeid på tvers av instanser, at samarbeidspartnere har forståelse for helsesykepleiernes rolle og at helsesykepleierne føler seg anerkjent av ledelsen. Studien viser også at kultur kan bidra til mangel på viktige motstandsressurser og gi helsesykepleierne et motstandsunderskudd. Benz, Bull, Mittelmark og Vaandrager (2014, s. 19-20) løfter i sin artikkel hvor betydningsfull kulturen anses å være som motstandsressurs i salutogenesen og påpeker at kulturen i seg selv er en kilde til flere motstandsressurser. Artikkelen legger videre vekt på at kulturen kan føre til et motstandsunderskudd og dermed føre til flere kulturelle stressfaktorer. Kulturelle stressfaktor kan for eksempel være kulturell diskriminering eller misforhold mellom hvilke midler som er tilgjengelige for å nå målet (Benz et al., 2014, s. 18-19). Langeland (2012, s. 41) fremhever at kulturen gir hvert menneske en plass i verden og at innholdet i OAS bestemmes av kulturen og hvilke tilgjengelige ressurser den gir (Langeland, 2012, s. 41). Dette kan forklare flere av helsesykepleiernes erfaringer i forhold til hva som fremmer og hemmer rollen som samfunnsaktør. Resultatene i studien som omhandler kultur direkte, er sammensatt og består av flere faktorer. Overordnet handler kultur i studien om hvilken plass helsesykepleierne føler at de har på arbeidsplassen og i kommunen. Status, anerkjennelse og tradisjon er viktige beskrivende stikkord om funn i studien som kan relateres til kultur. Studien viser også tydelig at helsesykepleierne erfarer et gap i mellom det å mestre samfunnsaktørrollen og hvilke motstandsressurser de har tilgjengelig for å mestre rollen, noe som fører til at helsesykepleierne mangler ressurser for å mestre rollen. Flertallet av helsesykepleierne i studien erfarer at yrkesgruppen og tjenesten mangler status i kommunen

og dermed føler seg lite anerkjent som aktør og ekte samarbeidspartner. Flere har også erfaringer med konflikter og utestengelser fra viktige møter. Benz et al. (2014, s. 18-19) påpeker at kulturelt stress også kan relateres til det og ikke være integrert i et miljø. Dette synliggjør at kulturen rundt helsesykepleierne fører til et motstandsunderskudd for å mestre rollen som samfunnsaktør.

At helsesykepleierne erfarer å mangle status og anerkjennelse i kommunen er en faktor som fortjener å bli satt på dagsorden. Dette kommer i konflikt med hvordan de ser på seg selv som en sentral aktør for barn og unge i kommunens helsefremmende arbeid. Flere av helsesykepleierne i studien reflekterer selv over hva som er årsaken til at yrkesgruppen og tjenesten har lav status i kommunene og trekker selv frem at yrkesgruppen ikke har kultur for å selge seg selv ut som aktør. Flere påpeker at kulturen innenfor yrkesgruppen har mye å si for hvilken plass og rolle de har etablert i kommunene og med hensyn til samarbeid med andre aktører. Clancy og Svensson (2009) løfter i sin studie frem kommunale beslutningstakere og politikeres syn på helsesykepleieres rolle og funksjon i flere norske kommuner. Resultatene viser at beslutningstakerne og politikerne peker på flere faktorer vedrørende helsesykepleiere og helsesykepleieres rolle som handler om hvordan helsesykepleierne er som yrkesgruppe, fagpersonell og hvilken samarbeidsevne de har i forhold til samarbeid med andre. Helsesykepleiere ble ansett som en lukket yrkesgruppe som kan være utfordrende å samarbeide med, og videre ble det påpekt at helsesykepleiere i for liten grad viser hvilken kompetanse de innehar og hvilke tjenester de gir. Det ble også fremhevet at helsesykepleierne ble ansett som en yrkesgruppe som er lite endringsvillige og som ofte kommer i konflikt med egen kompetanse på bakgrunn av at de ikke henviser videre til andre instanser når det er nødvendig (Clancy & Svensson 2009, s. 414-417). Barneombudet (2014, s. 27) fremhever også viktigheten av at helsesykepleiere bør bli flinkere til å henvise barn og unge tidligere til andre instanser når helsesykepleierne ikke har tilstrekkelig kompetanse på området.

At helsesykepleiere oppleves som en lukket gruppe som går utover egen kompetanse kan bidra til at helsesykepleierne mister tillitt fra samarbeidende instanser. Basert på resultatene i studien til Clancy og Svensson (2009), synliggjør det at helsesykepleierne selv er en del av kulturen i en kommune og at de selv har ansvar for hvordan de blir oppfattet som aktør og samarbeidspartner i kommunene. Det understreker viktigheten av at helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør legge en plan og felles strategi for hvordan de som helhet vil at tjenesten skal oppfattes, hvordan de kan bidra som samfunnsaktør og hvordan de kan stå

sammen for å fronte barn og unges rettigheter i samfunnet. Dette er faktorer som helsesykepleierne i denne studien omtaler som «felles fornt». Felles front anses som en viktig motstandsressurs for helsesykepleierne for å fremme mestring i rollen som samfunnsaktør. I tillegg til at helsesykepleiere selv har et ansvar for å synliggjøre egen rolle og bidra til at deres status blir hevet i kommunene, tydeliggjøres det også et ansvar hos helsesykepleiernes fagforbund i å definere helsesykepleiernes rolle. Fagforbundene er i en nøkkelposisjon til å påvirke myndigheter og utdanningsinstitusjoner om hvordan tjenestene skal organiseres og om hvilke arbeidsoppgaver som skal ligge hos helsesykepleierne. Dette understreker behovet for tydelige retningslinjer som tydelig definerer helsesykepleiernes arbeidsoppgaver, hvor mye tid de skal disponere i på de ulike oppgavene og hvilke oppgaver som skal prioriteres.

Landsgruppen av helsesykepleiere NSF (Athenae, 2014, s. 13) har lenge jobbet for å få innført en spesialistgodkjenning, av helsesykepleiere og løfter flere viktige forutsetninger for dette. Blant annet at spesialistgodkjenning krever systematisk kompetanseheving hos helsesykepleierne og at arbeidsgivere (kommunen) må legge til rette for dette i planarbeid, organisering og i den daglige driften (Athenae, 2014, s. 13). Dette er å anse som en motstandsressurs som vil kunne styrke helsesykepleiernes posisjon og status i kommunene, og som igjen vil styrke helsesykepleierne i å stå støtt i eget fag. Økt tilgang på motstandsressurser gjør at rollen som samfunnsaktør kan erfares som mer håndterbar. Ved at rollen erfares mer håndterbar kan den oppleves som mer meningsfull fordi helsesykepleierne ved å ha motstandsressurser tilgjengelig også i økt grad vil oppleve mestring i rollen som samfunnsaktør. Således vil helsesykepleiernes OAS relatert til samfunnsaktørrollen styrkes.

Det er flere andre faktorer på helsesykepleiernes arbeidsplass som helsesykepleierne i denne studien omtaler som fremmede faktorer for å mestre rollen som samfunnsaktørrollen. Dette handler om faste treffpunkt, tilrettelagte lokasjoner og tilgang på et fagmiljø. Disse faktorene kan baseres på motstandsressursene som i salutogenesen kalles kontinuitet, oversikt og kontroll. Kontinuitet, oversikt og kontroll bestemmes av samfunnet og kulturen som personen er en del av (Langeland, 2012, s. 42). Til tross for at helsesykepleierne anser treffpunkt, lokasjoner og fagmiljø som fremmede for rollen som samfunnsaktør, erfarer flere av helsesykepleierne en manglende tilgang på disse motstandsressursene på arbeidsplassen eller i kommunen.

Tilgang på fagmiljø kan på den ene siden handle om kompetanse, tilgang på kompetanseheving og kurs slik det allerede er diskutert rundt i forhold til den indre motstandsressursen kunnskap. I følge Helsedirektoratet (2017a) er det ledernes ansvar å legge til rette for kompetanseheving på arbeidsplassen og sørge for at helsesykepleierne har den kunnskapen som er nødvendig for å utføre oppgavene slik de er pliktet til. Dette er også nedfelt i helse og omsorgstjenesteloven (2011, § 4) og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016, § 7). I tillegg hviler det et selvstendig ansvar på hver enkelt helsesykepleier i henhold til å melde i fra dersom de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å utføre de arbeidsoppgaver de er pålagt (helsepersonelloven, 1999, § 4), herunder også i forhold til manglende kunnskap om rollen som samfunnsaktør. Det betyr at ansvaret for kompetanseheving ligger hos arbeidsgiver, men at helsesykepleierne også har et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Denne studien viser at kompetanseheving er lite prioritert i de ulike kommunene, og flere fremhever at dette er med bakgrunn i stramme økonomiske rammer i kommunene. Studien avdekker at tilgangen på kunnskap også er kulturbetinget fordi det i stor grad handler om ledelsens og helsesykepleiernes prioriteringer innenfor visse rammer av økonomi, kultur og personlige interesser. Manglende tilgang på fagmiljø kan også knyttes til hvordan helsestasjons- og skolehelsetjenesten er organisert. Studien viser at helsesykepleierne opplever en ensom arbeidshverdag, der de mangler andre helsesykepleiekollegaer og regelmessige treffpunkt for diskusjon og samarbeid. Spesielt i skolen føler helsesykepleierne seg alene. Selv om de anser lærere og annet skolepersonell som kollegaer så er helsesykepleierne de eneste med helsefaglig bakgrunn. Helsesykepleierne erfarer å være alene om tøffe beslutninger og mangler i stor grad noen å drøfte faglige utfordringer med. I mindre kommuner savner helsesykepleierne også andre faggrupper å spille på lag med, dette fremheves i rapporten *Utredning av en bindende bemanningsnorm i helsestasjons -og skolehelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2017b, s. 15). De nasjonale retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten legger flere føringer for at helsesykepleiere skal samarbeide med andre instanser, men det er manglende retningslinjer for internt samarbeid innad i tjenesten (Helsedirektoratet, 2017a). Antonovsky (2012, s. 124-125) vektlegger at de sosiale relasjonene på arbeidsplassen ofte er viktigere enn arbeidstakernes egne ressurser. Det betyr at fagmiljø og sosiale relasjoner på arbeidsplassen kan veie opp for at helsesykepleierne selv ikke har alle motstandsressurser for å mestre rollen som samfunnsaktør. Ved å ha tilgang på fagmiljø og sosiale relasjoner kan helsesykepleierne stole på at andre bistår i rollen som samfunnsaktør eller er tilgjengelig for diskusjon omkring hvordan problemstillinger kan løses, noe som er basert på det Antonovsky (2012, s. 124-125)

fremhever som viktige sosiale relasjoner i arbeidslivet og i arbeidsmiljøet. På den måten kan vi forstå hvorfor manglende fagmiljø erfares som en manglende motstandsressurs for å innta samfunnsaktørrollen.

Føringene for tjenesten er i stor grad også lagt opp til flere arbeidsoppgaver av individuell karakter der helsesykepleierne erfarer å bruke mye tid på en-til-en konsultasjoner med brukere av tjenesten. Til tross for at helsedirektoratet (2017a) også legger føringer for helsefremmende arbeid på systemnivå og tverrfaglig samarbeid med andre instanser, så erfarer flere av helsesykepleierne at de individrettede oppgavene er så tidkrevende at andre arbeidsoppgaver må nedprioriteres. Helsedirektoratet (2017b, s. 23) har i sin rapport også funnet at helsesykepleiere hver dag må gjøre prioriteringer for hvilke oppgaver de skal vektlegge i arbeidet. Dette med bakgrunn i at de nasjonale retningslinjene legger føringer for hvilke arbeidsoppgaver helsesykepleiere skal ha, men sier ingenting om tidsbruk og prioritering mellom oppgavene (Helsedirektoratet, 2017b, s. 23). Klarere retningslinjer for hvilke tidsbruk og prioriteringer helsesykepleierne skal gjøre mellom de ulike oppgavene etterlyses i studien. Diffuse retningslinjer og for mange arbeidsoppgaver gjør at helsesykepleierne opplever arbeidshverdagen som lite begripelig, som videre fører til at samfunnsaktørrollen blir lett å prioritere bort, fordi det daglige arbeidet tar så mye plass. Når det gjelder samarbeid med andre instanser så anbefaler «Stoltenbergutvalget» i sin utredning at flerfaglige team i skolen bør forankres hos skoleledelsen og begrunnelsen for dette er for å i større grad å sikre tverrfaglig samarbeid på systemnivå bland aktører som arbeider med barn og unge i skolen (NOU 2019:3, 2019, s. 200). Helsesykepleierne i denne studien trekker frem at tverrfaglig samarbeid og felles front erfares som essensielle motstandsressurser for å innta rollen som samfunnsaktør. Tverrfaglig samarbeid og felles front kan relateres til motstandsressursen sosial støtte. Langeland (2009, s. 291) fremhever at tilgangen på sosial støtte kan føre til en sterkere OAS. Flere av helsesykepleierne i denne studien trekker frem at organisasjonsstruktur påvirker hvordan de ulike kommunale instansene samarbeider. Flere mener at en felles organisering med skole og barnehage er hensiktsmessig for å øke forståelsen for hverandres roller og derav fremme samarbeidet mellom instansene i kommunen. Rapporten *Bedre tverrfaglig innsats* fremhever også viktigheten av at ulike instanser har kjennskap til hverandres kompetanse for å fremme tverrfaglig samarbeid (Helgesen, 2018 s. 112). Således vil tjenestene som samarbeider om barn og unges oppvekst og trivsel kunne danne felles front og arbeide sammen mot et felles mål om å styrke barn, unge og familiers tilbud i samfunnet. Begrepet felles front er beskrevet flere ganger i denne

studien, og helsesykepleierne erfarer felles front som en essensiell motstandsressurs for å mestre rollen som samfunnsaktør. Tilgangen på sosial støtte i form av organisasjonsstruktur vil kunne gjøre helsesykepleiernes rolle som samfunnsaktør mer begripelig på grunn av at samarbeidet er systematisert, og mer håndterbar fordi helsesykepleierne har motstandsressursen sosial støtte tilgjengelig. På en annen side kan det tenkes at en felles organisering med skole og barnehage fører til en kultur der helsesykepleierne står enda mer alene med sin sykepleiefaglige tilnærming som vil føre til en ytterligere pulverisering av faget og mangel på fagmiljø. Det kan også problematiseres dersom helsesykepleiefaget ikke lenger skal ledes av en helsesykepleier, noe som kan komme i konflikt med forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste (1983, § 3) som understreker at helsesykepleier skal være tjenestenes faglige leder. På en annen side så kan det tenkes at en felles organisering med helsesykepleier som nærmeste leder, men med felles kommunalsjef med barnehage og skoler vil kunne påvirke organisasjonskulturen på en positiv måte fordi tettere samarbeid kan skape en økt forståelse for hverandres roller og dermed bidra til å synliggjøre helsesykepleiernes funksjon og kompetanse. Det er grunn til å tro at det igjen vil kunne være med på å heve helsestasjons- og skolehelsetjenestens status og dermed å påvirke hvilken gjennomslagskraft og faglig tyngde helsesykepleierne har i samarbeidsmøter og i det offentlige rom når det gjelder å fronte barn, unge og familiers behov.

I likhet med et manglende fagmiljø så erfarer helsesykepleierne i studien at mangel på faste møtepunkter og lite tilrettelagte lokasjoner fører til et motstandsunderskudd i rollen som samfunnsaktør. Mangel på faste møtepunkt kan relateres til fagmiljø ved at møtepunktene i stor grad handler om det kollegiale samholdet og møtepunkt for å utveksle erfaringer og drøfte fag. Tilrettelagte lokasjoner setter rammene for hvilke arbeidsforhold helsesykepleierne har på arbeidsplassen, for hvilken praktisk mulighet de har til å være nær elever og lærere for å danne relasjoner og ha en oversikt. Helsesykepleierne har igjennom forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, § 9) og Helsedirektoratet (2017a), en plikt til å inneha oversikt over brukergruppen og mulige risikofaktorer. Oversikten over brukergruppen og mulige risikofaktorer danner selve grunnlaget for at helsesykepleierne står i den unike posisjonen til å innta rollen som samfunnsaktør. Det betyr at lite egnede lokaliteter i seg selv fører til at helsesykepleierne har manglende forutsetninger for å innta rollen som samfunnsaktør. I andre settinger der helsesykepleierne arbeider kan lite tilrettelagte lokaliteter ha samme innvirkning. *De nasjonalfaglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* legger stor vekt på at helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal være et

lavterskeltilbud som er lett tilgjengelig for brukergruppen både i forhold til tilgjengelighet, men også i forhold til utforming og tilrettelegging for barnevogner og så videre (Helsedirektoratet 2017a). Det betyr at lite tilrettelagte lokaliteter ikke bare fører til manglende motstandsressurser for helsesykepleierne, men det går også direkte utover barn, unge og familier som brukere av tjenesten. Både i form av at lite tilrettelagte lokaliteter kan hemme deres tilgang på tjenesten, men også fordi at lite tilrettelagte lokaliteter påvirker i hvilken grad helsesykepleierne har tilgjengelige ressurser for å stå opp for brukergruppens behov og rettigheter som en tydelig samfunnsaktør i kommunene. Ved å sikre tilrettelagte lokaliteter for helsesykepleierne både på helsestasjonen og på skolene vil det i seg selv legge til rette for at helsesykepleierne får flere motstandsressurser tilgjengelig og derfor kunne føre til at rollen som samfunnsaktør erfares som mer håndterbar. Dette viser at organisering av tjenestene og rammene for helsesykepleiernes arbeid, i likhet med kulturen, kan bidra til å legge til rette for ulike motstandsressurser for å mestre rollen som samfunnsaktør. Økt mestring av samfunnsaktørrollen vil føre til styrket OAS relatert til rollen.

Et annet viktig funn i studien som også er knyttet til rammer for helsesykepleiernes arbeid er arbeidsvilkår. Det kommer frem i studien at helsesykepleierne erfarer at ugunstige arbeidsvilkår som deltidstillinger, vikariat og manglende kompensasjon for overtid eller kveldsarbeid påvirker i hvilken grad helsesykepleierne og helsesykepleiefaget får en stemme ut i samfunnet. Antonovsky (2012, s. 123) legger vekt på at sosial verdsetting i arbeidslivet er viktig når det gjelder to plan. Det ene er i form av at virksomheten eller yrket er verdsatt i samfunnet, det andre er at personen blir verdsatt i form av makt, belønning og prestisje. Det er samfunnet som tildeler den spesielle gruppen eller det spesielle yrket den sosiale verdsettingen (Antonovsky, 2012, s.123). De usikre arbeidsvilkårene som helsesykepleierne i studien beskriver handler om mangel på motstandsressursene materielle verdier, kontinuitet, oversikt og kontroll som er ytre motstandsressurser, men de vil også påvirke helsesykepleiernes identitet i helsesykepleieryrket. Dette kan begrunnes med at manglende sosial verdsetting kan få helsesykepleierne til å føle at jobben de gjør ikke betyr noe. Det kan igjen bidra til at helsesykepleierne får negative tanker om seg selv. Relatert til samfunnsaktørrollen vil det bety at helsesykepleierne opplever det som meningsløst å innta rollen som samfunnsaktør fordi helsesykepleieryrket ikke anses som viktig nok i samfunnet eller at de tenker at egen kunnskap og kompetanse ikke er god nok. Det kan igjen føre til at helsesykepleierne tenker at deres stemme ikke har noe å si i samfunnet, og rollen som samfunnsaktør vil da oppleves som meningsløs. Helsesykepleiernes jobbsikkerhet er også

truet ved at helsesykepleierne ofte er ansatt i midlertidige stillinger eller arbeider i deltidstillinger og har redusert og usikker inntekt relatert til dette. Det betyr at deres fremtid er uforutsigbar (lite begripelig). Antonovsky (2012, s. 127-128) fremhever at jobbsikkerheten er viktig for at noe skal oppleves som begripelig. Usikker fremtid for helsesykepleierne gir også lite rom for prestisje i yrket som helsesykepleier. Manglende kontinuitet og forutsigbarhet i arbeidshverdagen kan også føre til at helsesykepleierne får redusert mulighet for å danne relasjoner til kollegaer og dermed ta del i det sosiale fellesskapet på arbeidsplassen. Det igjen fører til manglende tilgang på motstandsressursen sosial støtte. Langeland (2012, s. 42) fremhever at vissheten om å ha sosial støtte i seg selv er en viktig motstandsressurs. Antonovsky (2012, s. 128) legger vekt på at sosiale relasjoner på arbeidsplassen kan danne en gruppeidentitet der deltakerne i gruppen har felles verdier og forventninger. Helsedirektoratet (2017b) gir klare anbefalinger for bemanningsnorm i helsestasjon- og skolehelsetjenesten:

En ressursituasjon preget av kontinuitet, store nok stillingsprosenter og tverrfaglig yrkessammensetning, er nødvendig for at gravide, barn, unge og deres foreldre skal oppleve at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tilgjengelig. Tjenesten bør bemannes slik at den blir robust nok for å tåle sykefravær og økte oppgaver i perioder... (Helsedirektoratet, 2017b, s. 23)

Med bakgrunn i dette er det klart at helsesykepleiernes arbeidsvilkår bør styrkes for at rollen som samfunnsaktør skal være begripelig, håndterbar og meningsfull som vil føre helsesykepleierne mot en økt grad av mestring i samfunnsaktørrollen.

8.2.4 Relasjonen mellom motstandsressurser og opplevelse av sammenheng relatert samfunnsaktørrollen

Som tidligere beskrevet så legger kulturen rammene for hvilke andre motstandsressurser som er tilgjengelige for helsesykepleierne for å oppleve mestring i rollen som samfunnsaktør. I tillegg så kan helsesykepleiernes indre og ytre motstandsressurser påvirke hverandre. Dette har blant annet blitt synliggjort i forhold til at manglende sosial verdsetting kan påvirke helsesykepleiernes identitet og dermed virke inn på om rollen som samfunnsaktør oppleves som meningsfull. Det viser at motstandsressursene påvirker hverandre og erfares ulikt fra helsesykepleier til helsesykepleier. Allikevel viser det at økt tilgang på indre og ytre motstandsressurser er nødvendig for at helsesykepleierne skal erfare økt mestring i rollen som samfunnsaktør og få en styrket OAS relatert til rollen.

Motstandsressurser og OAS er i gjensidig og kontinuerlig samspill med hverandre og kalles «feedback loop» (Langeland, 2009, s. 294). Det innebærer at desto sterkere grad av OAS en person har desto større evne har personen til å bruke ressursene rundt seg, som igjen vil forsterke og opprettholde OAS (Langeland, 2017b, s. 40). Det betyr at desto sterkere OAS helsesykepleierne har, desto større mulighet har de til å velge mellom de ulike indre og ytre motstandsressursene de har tilgjengelig for å opprettholde eller få en sterkere OAS relatert til rollen som samfunnsaktør. For helsesykepleierne som erfarer en svak OAS så kommer det tydelig frem i studien at de ikke finner like mange tilgjengelige motstandsressurser i seg selv eller miljøet rundt. De vil dermed bli værende langt nede på mestringskontinuumet og sjelden innta rollen som samfunnsaktør. Et eksempel på dette i studien er at helsesykepleierne ikke har personlige egenskaper eller engasjement i rollen som samfunnsaktør heller ikke er årvåkne for muligheter til å innta samfunnsaktørrollen eller hvilke motstandsressurser som kan hjelpe de til å innta og mestre rollen.

Mens de helsesykepleierne som erfarer å mestre eller har et ønske om å mestre rollen i større grad er bevisst på hvilke ressurser de har tilgjengelig, for eksempel hvordan de kan tale barn og unges sak i samarbeidsmøter, til leder for tjenesten eller benytte seg av sosial støtte i kollegafellesskapet for å stå sammen om rollen som samfunnsaktør. Dette synliggjør igjen viktigheten av at helsesykepleiere gjennom utdanning blir bevisst ulike motstandsressurser og mestringsstrategier for rollen som samfunnsaktør og at arbeidsplassene til helsesykepleierne tilrettelegges og organiseres slik at helsesykepleierne har motstandsressurser tilgjengelig i miljøet. Ved å ha ulike mestringsstrategier for rollen som samfunnsaktør og den sentrale motstandsressursen *kunnskap* tilgjengelig etter endt utdanning, vil helsesykepleierne i økende grad være i stand til å ta i bruk indre eller ytre motstandsressurser for å mestre rollen som samfunnsaktør. Helsesykepleierne med økt kunnskap om mestringsstrategier vil mer aktivt bruke indre eller ytre motstandsressurser i rollen som samfunnsaktør enn helsesykepleiere som i utgangspunktet ikke har mestringsstrategier tilgjengelig etter endt utdanning. Det er derfor grunn til å tro at helsesykepleiere med eksisterende mestringsstrategier for rollen i økt grad er i stand til å opprettholde disse, se tilgjengelige motstandsressurser og opprettholde en sterk OAS relatert til rollen som samfunnsaktør.

9. Konklusjon

Kvalitative intervjuer med helsesykepleiere har gitt en dypere forståelse av hvordan helsesykepleiere erfarer rollen som samfunnsaktør og hvordan de forstår rollen som barn,

unge og familiers talerør. Helseesykepleierne identifiserer seg lettere med rollen som barn, unge og familiers talerør enn med rollen som samfunnsaktør. Helseesykepleierne omtaler rollen som talerør som en rolle de inntar i møte med foreldre, lærere, barnehagepersonell og i eksempelvis ansvarsgruppemøter. Samfunnsaktørrollen på sin side forstås av helseesykepleierne som at de har mulighet til å påvirke de store linjene i samfunnet. Studien har videre gitt en bred forståelse av hvilke faktorer helseesykepleierne erfarer at virker fremmende og hemmende på rollen som samfunnsaktør. Kvalitative intervju av helseesykepleierne, analysemetoden kvalitativ innholdsanalyse og teorien om salutogenese har tilført ny og viktig kunnskap om temaet- «helseesykepleier som samfunnsaktør».

Studien viser hvilke forutsetninger helseesykepleiere har for å innta rollen i dag og hvilke forutsetninger som skal til for at helseesykepleiere i fremtiden i større grad skal innta samfunnsaktørrollen. Kunnskapen om disse forutsetningene er viktig fordi studien viser at det i dagens praksis er et gap mellom det som forventes av helseesykepleiere i rollen som samfunnsaktør og hvilke muligheter de har til å utøve rollen. Dette fører til at helseesykepleiernes førstehåndkunnskap om barne- og ungdomsbefolkningen ikke blir tilstrekkelig løftet til relevante beslutningstakere innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skoler, barnehager, kommunal ledelse forøvrig og til myndigheter på nasjonalt nivå. Det oppstår et vakuum mellom helseesykepleiernes førstehåndkunnskap og beslutningstakeres kunnskapsgrunnlag. Konsekvensen av dette kan være at barn og unges behov ikke blir løftet tilstrekkelig i samfunnet og at vedtak som fattes på vegne av barn og ungdom er basert på et utilstrekkelig grunnlag. Det kan igjen innebære at barn, unge og familier ikke har de tilgjengelige ressurser de har behov for i samfunnet for å mestre egne liv og oppnå best mulig helse, livskvalitet og trivsel.

Overordnet viser studien at økt kunnskap om helseesykepleiernes erfaringer om samfunnsaktørrollen er viktig for å styrke hver og en helseesykepleier i å innta og mestre samfunnsaktørrollen. Denne styrkingen av helseesykepleierne bør gjøres gjennom systematisk kompetanseheving i helseesykepleierutdanningen, som vil sikre lik kunnskap og felles mestringsstrategier for samfunnsaktørrollen. Studien viser også at det er flere kulturelle, organisatoriske og rammebetingede faktorer rundt helseesykepleierne som i stor grad påvirker hvilke forutsetninger helseesykepleierne har for å innta rollen.

Helseesykepleieres rolle som samfunnsaktør er nevnt i flere av de føringene som ligger til grunn for helseesykepleieres utdanning og yrkesutøvelse, men studien viser at

samfunnsaktørrollen kommer i konflikt med andre lovpålagte arbeidsoppgaver. Det gjør at helsesykepleierne må gjøre tøffe prioriteringer mellom de ulike arbeidsoppgavene. Særlig trekkes pålagte screeningoppgaver frem, noe som helsesykepleierne erfarer at de går på bekostning av eget fag og handlingsrommet tilknyttet andre oppgaver. I denne prioriteringen viser studien at rollen som samfunnsaktør er lett å prioritere bort på grunn av lite konkretiserte føringer for rollen som innebærer manglende retningslinjer, manglende føringer for tidsbruk og strategier for rollen. Studien viser også at helsesykepleierne mangler tilstrekkelig kunnskap og mestringsstrategier for samfunnsaktørrollen. Oppgaver som helsesykepleierne er trygge på og mestrer, vil derfor kunne gå på bekostning av oppgavene knyttet til det å være samfunnsaktør. Helsesykepleiernes manglende kompensasjon for kvelds- og overtidarbeid, samt manglende arbeidsvilkår for faste heltidsstillinger viser seg også å være en årsak til at helsesykepleierne ikke inntar rollen som samfunnsaktør. Det fører til, slik som studien viser, at rollen skaper lite engasjement og kan kjennes meningsløs i en arbeidshverdag der helsesykepleierne blir satt i dilemma mellom hvilke arbeidsoppgaver de må prioritere. Med bakgrunn i dette viser studien at det er hensiktsmessig å utarbeide konkrete føringer som tydeliggjør hvilke rammer helsesykepleiere har for utøvelsen av helsesykepleiefaget og som fastslår tidsbruk og prioriteringer mellom ulike arbeidsoppgaver. Videre synliggjøres viktigheten av å styrke helsesykepleierne i sin yrkesutøvelse og i rollen som samfunnsaktør ved å forbedre eksisterende betingelser for kompensasjon for overtid- og kveldsarbeid samt sørge for at bemanningsnormen i tjenesten samsvarer med hvilke oppgaver helsesykepleierne har. Helsesykepleierens rolle som samfunnsaktør bør også styrkes gjennom økt forutsigbarhet i arbeidet som forutsetter flere hele, faste stillinger. Dette er også en forutsetning for å få god kjennskap og oversikt over barne- og ungdomsbefolkningen.

Samarbeid erfares som en nøkkelfaktor for å innta rollen som samfunnsaktør, og felles organisering med barnehager og skoler trekkes frem som et eksempel i studien. Det viser seg at det er lettere for helsesykepleierne å innta rollen som samfunnsaktør der samarbeidet er formalisert og samarbeidspartnerne har forståelse for helsesykepleierens rolle. Således synliggjøres viktigheten av at helsesykepleierne ikke bare står opp for barn, unge og familier, men også fremsnakke sitt eget fag i større grad til relevante samarbeidspartnere som skoleledelse, barnehageledelse, ledelse i barnevernstjeneste og så videre. Dette vil kunne bidra til å snu den negative statusen helsesykepleierne erfarer at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har i kommunene og dermed føre til at helsesykepleierne i økt grad blir anerkjent som aktør i kommunene. Studien viser videre at helsesykepleierne trenger klare

retningslinjer, fremgangsmåter og mestringsstrategier for dette og at helsesykepleierne som gruppe eller tjeneste i kommunen i større grad er bedre rustet i samfunnsaktørrollen ved å stå sammen om å fronte fag og stå sammen om rollen som en tydelig samfunnsaktør i kommunene. Formalisert samarbeid og klare retningslinjer fører til en økt forutsigbarhet og gir tilgjengelige ressurser for mestring i rollen som samfunnsaktør.

Interne faktorer i organisasjonene viser seg som viktig for å styrke helsesykepleierne i deres utøvelse av rollen som samfunnsaktør ved at fellesskap og det å være inkludert i et fagmiljø er viktig for utøvelsen av samfunnsaktørrollen. Den sosiale støtten som fellesskapet og fagmiljøene på arbeidsplassen gir, viser seg å være en sentral ressurs for å mestre rollen som samfunnsaktør. Studien viser i stor grad at helsesykepleierne mangler et fagmiljø og det vil være hensiktsmessig og utforme føringer og rutiner for dette innad i kommunene.

Økt kunnskap og mestringsstrategier for rollen fremtrer som avgjørende for i hvilken grad helsesykepleierne inntar samfunnsaktørrollen eller ikke. Helsesykepleierne beskriver mangel på flere indre og ytre motstandsressurser, noe som erfares som svært viktige for utøvelsen av rollen. Det kommer tydelig frem at økt kunnskap om samfunnsaktørrollen og ulike mestringsstrategier for å innta rollen er helt nødvendig for at helsesykepleierne skal identifisere seg med rollen som samfunnsaktør. Dette er også synliggjort i gjennom diskusjon med andre studier og rapporter. Økt kunnskap om mestringsstrategier samt økt bevissthet angående hvilke motstandsressurser helsesykepleierne kan hjelpe seg med i samfunnsaktørrollen, vil kunne føre til at rollen erfares som mer håndterbar og meningsfull. Økt kunnskap i seg selv gir også tilgang på andre motstandsressurser som styrket identitet, felles front og en større faglig tyngde. Dette kan føre til at helsesykepleiere i større grad kan markere seg som en tydelig aktør i kommunene. Ved at helsesykepleiernes OAS relatert til rollen som samfunnsaktør styrkes, vil det kunne føre til at helsesykepleiere i større grad inntar rollen. Dette vil igjen bidra til at helsesykepleierne forsvare barne- og ungdomsbefolkningens rettigheter til en trygg oppvekst og lik tilgang på tjenester i samfunnet, slik de er forpliktet til gjennom sitt mandat som helsesykepleiere. Økt kunnskap trer frem i studien som den viktigste faktoren for å styrke helsesykepleiernes utøvelse av samfunnsaktørrollen.

9.1 Implikasjoner for praksis

Studien viser at det å utarbeide et systematisk program for kompetanseheving i forhold til rollen som samfunnsaktør i samtlige utdanningsinstitusjoner, vil kunne sikre lik kompetanse hos helsesykepleiere, gi faglig tyngde og mestringsstrategier for rollen som samfunnsaktør. I

henhold til Landsgruppen av helsesykepleiere NSF (2016) sin handlingsplan frem til 2020 vil studien være relevant å benytte i deres mål om å samarbeide tett med utdanningsinstitusjoner for å videreutvikle helsesykepleiefaget, således vil studien kunne bidra til å danne grunnlaget for å styrke undervisningen om temaet helsesykepleier som samfunnsaktør i helsesykepleieutdanningen. Videre i handlingsplanen har Landsgruppen av helsesykepleiere NSF som mål å videreutvikle kompetanseprogrammet «Helsesykepleier som samfunnsaktør». I et slikt arbeid vil denne studien kunne være relevant for å sikre at kompetansehevingsprogrammet tilpasses helsesykepleiernes behov og vil dermed kunne bidra til at helsesykepleiere får den kompetansen og mestringsstrategiene de selv etterlyser i rollen som samfunnsaktør. Studien viser også at kompetansehevingsprogrammet «Helsesykepleier som samfunnsaktør» bør systematiseres og videreføres som et fagutvikling- og kompetansehevingsprogram ut i kommunene for å styrke helsesykepleiere i kommunene sin kunnskap om samfunnsaktørrollen. Det vil medføre økt behov for midler til systematisk kompetanseheving i kommunene. Slik det fremkommer av denne studien erfarer helsesykepleierne allerede stramme rammer for utøvelsen av yrket og samfunnsaktørrollen. Denne studien er derfor relevant å legge til grunn i søknader om økte midler for kompetanseheving i kommunene. Utgiftene knyttet til kompetanseheving i kommunene vil i et langtidsperspektiv kunne tjenes inn igjen ved at helsesykepleiere inntar rollen som samfunnsaktør slik at helsefremmende tiltak for barne- og ungdomsbefolkningen iverksettes. Det vil hjelpe barn, unge og familier til å ta gode valg for egen helse og tilrettelegge for mestring av egne liv.

Studien viser at det er flere element som kan tilrettelegges på helsesykepleiernes arbeidsplass for å innta rollen som samfunnsaktør. Tilgang på møtepunkter, fagmiljø og samarbeid- internt og eksternt anses av helsesykepleierne som svært viktig for å innta og utøve samfunnsaktørrollen. Dette viser at studien er relevant for å utvikle interne rutiner vedrørende regelmessige fagdager for økt faglig kompetanse, samhold, sosialisering og styrket fagmiljø mellom yrkesgrupper som arbeider med barn, unge og familier. Slike regelmessige møtepunkt kan også bidra til å endre den negative kulturen i kommunene som i stor grad påvirker hvordan helsesykepleiere mestrer rollen som samfunnsaktør. Når det gjelder faglig fellesskap kan også kunnskapen fra studien være relevant for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten i landets ulike kommuner utarbeider en felles strategi og faglig front for rollen som samfunnsaktør. Landsgruppen av helsesykepleiere NSF er å anse som en viktig pådriver for dette.

9.2 Videre forskning

Studien viser at helsesykepleierne i stor grad blir påvirket av hvilken status de har i samfunnet og av organisasjonskulturen som er i de enkelte kommunene. Status og kultur påvirkes av mange faktorer. Styrende dokumenter for tjenesten og bevilgninger fra offentlige myndigheter setter rammene for hvilken status helsesykepleierne får i samfunnet. Helsesykepleierens status i samfunnet kan igjen gjenspeiles i hvordan andre kommunale aktører som skolepersonell, kommunale beslutningstakere og lokalpolitikere forholder seg til helsesykepleierens rolle og mandat. Denne studien avdekker at helsesykepleiere trenger en arena hvor de kan blomstre i rollen som samfunnsaktør for å formidle barn, unge og familiers behov til de nødvendige nøkkelpersoner. Videre kvalitative studier bør derfor legge vekt på å utforske hva som skal til for at helsesykepleiere skal bli lyttet til i sin rolle som samfunnsaktør. Aktuelle informanter for en slik studie vil være kommunale instanser (ledelse i skoler, barnehager, barnevern og så videre) kommunale beslutningstakere, lokale og nasjonale politikere og nøkkelpersoner i helsesykepleierens fagforbund som sitter i viktige posisjoner for å formidler helsesykepleieres og tjenestens behov til aktuelle myndigheter på nasjonalt nivå. Kunnskapen fra en slik studie kan være et viktig element for å styrke helsesykepleiere i rollen som samfunnsaktør og for å få en økt kunnskap om hvordan det tverrfaglige samarbeidet i kommunene kan styrkes.

10. Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11 (1), s. 11-18. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Athenae. (2014). *Ta plass! Spesialistgodkjenning av helsesøster. Evaluering av et prosjekt i regi av Norsk sykepleierforbund og Landsgruppen av helsesøstre NSF*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Barneombudet. (2014). *Barneombudets fagrapport: Helse på barns premisser*. Hentet fra http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser.pdf
- Benz C., Bull, T., Mittelmark, M. & Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion*, 21(4), s. 16-23. doi: <https://doi.org/10.1177/1757975914528550>
- Birkler, J. (2005). *Videnskabsteori: En grundbog*. København: Munksgaard Danmark
- Clancy, A. & Svensson, T. (2009). Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway. *Public Health Nursing*, 26 (5), 412-420. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). Personvern og gjenkjennelsesproblematikk. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/9-Personvern-og-gjenkjennelsesproblematikk/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31. mai). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste. Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste.

- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grenness, T. (1997). *Innføring i vitenskapsteori og metode*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Grunnloven. Lov 17. mai 1814 om Kongeriket Norges Grunnlov.
- Helgesen, M. K. (2018). *Bedre tverrfaglig innsats (BTI): Spørreundersøkelser til Helsedirektoratets samarbeidskommuner* (NIBR-rapport 2018:16). Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (IS-1846). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Utredning av en bindende bemanningsnorm i helsestasjons -og skolehelsetjenesten* (IS-2677). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Horsburgh, M.E. & Ferguson, A. L. (2012). Salutogenesis: Orgins of Health and Sense of Coherence. I V. H. Rice (Red.), *Handbook of Stress, Coping and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice* (s. 180-198). Los Angeles: Sage Publications, inc.
- Høgskolen på Vestlandet. (2018). *Retningslinjer for forskningsetikk og datalagring ved masteroppgaver ved Høgskolen på Vestlandet*. Hentet fra <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningsliner/forskningsetikk-i-masteroppg.pdf>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Landsgruppen av helsesykepleiere NSF. (2016, 28. juni). *Handlingsplan*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2993922/1734960/Handlingsplan>
- Landsgruppen av helsesøstre NSF & Norsk sykepleieforbund. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig: rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra

https://www.nsf.no/Content/2688734/cache=20162206092407/Rapport_Helsestasjo_n-helsetjenesten_ny%20oktober%202015.pdf

- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4(4), 288-296. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0143>
- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk sykepleje*, 26(2), 38-48. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/klinisk_sykepleje/2012/02/betydningen_av_den_salutogene_modell_for_sykepleie
- Langeland, E. (2017a, 30. november). Salutogenese- teori og praksis. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis>
- Langeland E. (2017b). Salutogenese og tilhørighet. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse* (s.38-45). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ Inhållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122 (25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Menneskerettighetsloven. Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett.
- Norsk senter for forskningsdata (2018a, 10. august). Godkjenning fra REK til helseforskning. Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/andre_godkjenninger/rek_godkjenning.html
- Norsk senter for forskningsdata (2018b, 10. oktober). Informasjon til utvalget. Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/
- Norsk sykepleieforbund (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
- NOU 2019:3 (2019). *Nye sjanser- bedre læring: kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou201920190003000dddpdfs.pdf>
- Personopplysningsloven. Lov 15. juni 2018 nr. 32 om behandling av personopplysninger.

- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2012). Intervjuet. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling* (s.17-45). Oslo: Gyldendal akademisk
- Utdannings- & forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269386-rammeplan_for_helsesosterutdanning_05.pdf
- Waddell, A., Adams, J.M. & Fawcett, J. (2017). Exploring Nurse Leaders' Policy Participation Within the Context of a Nursing Conceptual Framework. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 18(4), 195-205. doi: <https://doi.org/10.1177/1527154418762578>
- World Health Organization. (1986, 21.november) The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

11. Vedlegg

11.1 Vedlegg 1- Intervjuguide

Introduksjon og informasjon til informanten: Mitt navn er Silje Eidsgaard Langehaug og jeg er utdannet helsesykepleier. Dette prosjektet er en del av min masteroppgave i «klinisk sykepleie». Først og fremst vil jeg få takke deg for at du ønsker å bruke av din tid til å delta i denne samtalen. Jeg skal starte med å fortelle litt om hvordan samtalen skal foregå og om dine rettigheter som informant. Det er viktig at du stiller spørsmål dersom det er noe du lurer på. Du har også mulighet til å avbryte undervegs dersom det er noe som er uklart for deg.

Under samtalen er jeg interessert i å høre dine erfaringer og tanker. Det er ingen svar som er rett eller galt og det er nettopp derfor akkurat dine refleksjoner og erfaringer er svært nyttige å høre. Under samtalen har jeg laget en intervjuguide som vil fungere som en huskeliste for tema jeg ønsker at vi skal ha en samtale omkring.

Alle opplysninger som kjennetegner deg og dine svar behandles som aidentifiserte opplysninger. Når resultatene fra prosjektet formidles vil opplysningene være anonymiserte slik at det ikke vil være mulig å kjenne deg igjen. Opplysningene som kommer frem og som du gir i fra deg i dette prosjektet vil ikke bli benyttet til andre formål enn det som stod i informasjonsskrivet du fikk utlevert. Dersom du undervegs i samtalen ønsker å trekke deg fra prosjektet står du fritt til å gjøre det, uten at det medfører noen konsekvenser for deg. Når analysen av data har startet kan du ikke lenger trekke deg fra prosjektet.

Jeg benytter båndopptaker under samtalen. Opptakene slettes når resultatene fra undersøkelsen er analysert og prosjektet avsluttes 29.05.2019. Før dette, lagres opptakene på høgskolens forskningsserver.

Har du noen spørsmål før vi begynner?

Først vil jeg samle inn litt opplysninger om deg:

- a. Alder
- b. Hvor lenge har du arbeidet som helsesykepleier?
- c. Hvilken rolle har du som helsesykepleier? (Arbeidsfelt)
- d. Har du annen videreutdanning utover helsesykepleierutdanningen?

2. Hvilke setting har du arbeidet i som helsesykepleier?

- a. Helsestasjonen

- b. Skolehelsetjeneste
- c. Flyktninghelsetjeneste
- d. Smittevern
- e. HFU
- f. Leder

Videre er jeg ute etter dine tanker og erfaringer. Og det er ingen svar som er rett eller galt, fordi jeg er ute etter det individuelle og de personlige erfaringene.

FORTELL, BESKRIV, FORKLAR

3. Helsefremmende arbeid og systemrettet arbeid.

- a. Hva er *dine tanker* om helsesykepleiers rolle når det gjelder *helsefremmende arbeid*?
- b. Hva er *dine tanker* om helsesykepleiers rolle når det gjelder *systemrettet arbeid*?
- c. Kan du fortelle om dine *erfaringer* når det gjelder *helsefremmende arbeid på system nivå*?

4. Helsesykepleier som samfunnsaktør- hva tenker du om denne rollen?:

- a. Kan du fortelle hvordan du *forstår* begrepet «helsesykepleier som *samfunnsaktør*?»
- b. Kan du fortelle hvordan du *forstår* begrepet å være «*talerør for barn, unge og familier*?»
- c. Hvordan *kan du være* «*talerør for barn, unge og familier*?» Hva tenker du om den rollen?
- d. Hvordan *erfarer* du rollen som «*talerør for barn, unge og familier*?»

Videre skal vi konsentrere oss om samfunnsaktørrollen og helsesykepleiers rolle som samfunnsaktør opp i mot **politikere, beslutningstakere og kommunens ledelse** → **Rådmann, rektor, helse og omsorgssjef, eget fagforbund/faggruppe** .

5. Helsesykepleiers erfaringer i fra rollen som samfunnsaktør mot politikere eller beslutningstakere:

- a. *Hva tenker du at menes* med helsesykepleiers rolle som *samfunnsaktør* opp i mot politikere og andre beslutningstakere?
- b. Kan du *fortelle* om *dine erfaringer* i fra rollen som *samfunnsaktør* opp i mot politikere, ledelse og andre beslutningstakere?

6. Kommunikasjon og påvirkning av politikere, kommunens ledelse og andre beslutningstakere (eks. skoleledelse):

- a. Kan du fortelle om dine *erfaringer* i forhold til å *kommunisere med og samarbeide med politikere, kommunens ledelse eller andre beslutningstakere*?
- b. Hvordan opplever du at *helsesykepleiers stemme blir hørt hos politikere og andre beslutningstakere*?

- c. *Hva erfarer du at fremmer* din rolle som samfunnsaktør? Eller hva gjør at du inntar rollen som samfunnsaktør opp i mot politikere og beslutningstakere?
 - d. *Hva erfarer du at hemmer* din rolle som samfunnsaktør?
7. **Er det noe du sitter inne med som du tenker er viktig å få frem eller som du vil føye til det vi allerede har snakket om?**

11.2 Vedlegg 2 – Forespørsel til leder for helsestasjon og skolehelsetjenesten

Forespørsel til leder for helsestasjon og skolehelsetjenesten om å videreformidle informasjon og samtykkeskjema vedrørende studien: «*Helsesykepleier som samfunnsaktør*» til helsesykepleiere på egen arbeidsplass

Til (navn på leder for helsestasjon og skolehelsetjenesten) ved (kommune)

I anledning min masteroppgave som skal omhandle temaet «helsesykepleier som samfunnsaktør» ønsker jeg å ha en samtale med helsesykepleiere for å høre deres erfaringer vedrørende temaet. Derfor lurer jeg på om du har mulighet til å dele ut vedlagt informasjonsskriv og samtykkeskjema til helsesykepleiere på din arbeidsplass.

Helsesykepleiere som ønsker å delta i studien må ha jobbet som helsesykepleier i minst 5 år. Samtalen vil foregå etter avtale med hver enkelt helsesykepleier, derfor lurer jeg på om det er greit at jeg kontakter deg ca. 14 dager etter at du har mottatt dette brevet for å få navn og telefonnummer til de helsesykepleierne som kan tenke seg å delta i studien.

Samtykkeskjemaene trenger ikke å sendes i retur til meg, men kan godt oppbevares på deres arbeidsplass. Dersom du selv er helsesykepleier og ønsker å dele av dine erfaringer rundt temaet «helsesykepleier som samfunnsaktør» er du velkommen til å melde deg på studien.

Ved spørsmål er du velkommen til å ta kontakt med:

Masterstudent: Silje Eidsgaard Langehaug **telefon:** 99 59 20 13

epost: 180549@stud.hvl.no

Veileder: Kirsten Gudbjørg Øen, dosent ved institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet campus Kronstad. **Epost:** kirsten.gudbjorg.oen@hvl.no

Med vennlig hilsen

Silje Eidsgaard Langehaug

Master i klinisk sykepleie, Høgskulen på Vestlandet

11.3 Vedlegg 3 – Informasjon og samtykkeskjema til informantene

Forespørsel til helsesykepleiere om deltakelse i forskningsprosjektet *”Helsesykepleier som samfunnsaktør”*

Dette er en forespørsel til deg som helsesykepleier om å delta i en studie hvor en ønsker å få mer kunnskap om helsesøsters rolle som samfunnsaktør. Videre følger informasjon om studien og samtykkeskjema som du fyller ut og leverer til din leder dersom du ønsker å delta i studien.

Bakgrunn og formål

Forskningsspørsmål for studien er: *Hvordan erfarer helsesykepleier sin rolle som samfunnsaktør?*

Bakgrunnen for studien er lovverkets føringer i forhold til at helsesykepleier skal arbeide helsefremmende på individ og systemnivå. Helsesykepleieres egen organisasjon (Landsgruppen av helsesøstre NSF og Norsk sykepleierforbund) samt «rammeplan og forskrift for helsesykepleierutdanningen» legger føringer for helsesykepleieres rolle som samfunnsaktør. Helsesykepleiere skal etter endt utdanning kunne: «delta aktivt i og påvirke kommunens helseplanlegging, dokumentere skriftlig og formidle kunnskap om helseforhold til lokale beslutningsmyndigheter og andre etater.» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s.6). Formålet i studien er å utforske helsesykepleieres egne erfaringer i forhold til rollen som samfunnsaktør for å fremme barn og unges behov i lokalsamfunnet. Studien vil ikke fokusere på helsesykepleieres bruk av media, sosiale media, undervisning eller andre gruppetiltak.

Prosjektet er et masterstudium og en del av studiet «Master i klinisk sykepleie» ved Høgskulen på Vestlandet avd. Bergen.

Du forespørres om å delta i studien da helsesykepleiere er best egnet til å svare på forskningsspørsmålet. Forespørsel blir sendt til helsesykepleiere både fra by og bygd da det

tenkes at rollen som samfunnsaktør erfares ulikt etter hvor mange innbyggere kommunen har. Du må ha jobbet som helsesykepleier i 5 år eller mer.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du ønsker å delta i studien ønsker jeg å ha en samtale med deg der jeg er interessert i dine erfaringer i forhold til rollen som samfunnsaktør. Samtalen vil foregå etter avtale med deg, der jeg kommer til det stedet og på det tidspunktet som egner seg best for deg. Jeg vil legge til rette slikt at deltakelse i studien ikke krever mer av deg enn at du har tid og lyst til å dele dine erfaringer i en samtale. Samtalen vil vare fra 30 min – 60 min. Under samtalen vil du bes om å svare på spørsmål om: Alder, hvor lenge du har arbeidet som helsesykepleier, hvilken setting du har som helsesykepleier og om du har annen videreutdanning utover helsesykepleierutdanningen. Samtalen vil videre handle om dine erfaringer og tanker omkring temaene: Helsefremmende arbeid, rollen som samfunnsaktør og rollen som barn, unge og familiers talerør.

Det vil bli benyttet båndopptaker under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opptak av intervju lagres på Høgskulen på Vestlandet sin forskningsserver.

Alle dataene som blir samlet inn gjennom studien vil være anonymiserte. Da vil ikke du som deltaker i studien bli gjenkjent i masteroppgaven eller i fremtidig publisering etter prosjektets slutt. Dataene slettes ved prosjektets slutt. Prosjektet skal etter planen avsluttes **29.05.2019**

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Ved å delta i prosjektet kan du hjelpe med å gi et grunnlag for økt kunnskap om helsesykepleieres erfaring som samfunnsaktør og dermed bidra til mulig forbedring og

kvalitetsutvikling av eget fag. Dersom du ønsker å delta i prosjektet ber jeg deg om å skrive under på det vedlagte samtykkeskjemaet og levere dette til leder for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Jeg vil ta kontakt med deg for nærmere avtale.

Ta kontakt ved spørsmål eller ved ønske om deltakelse i prosjektet:

Student: Silje Eidsgaard Langehaug, telefon: 99 59 20 13, epost: 180549@stud.hvl.no

Veiledere for prosjektet er:

Kirsten Gudbjørg Øen, dosent ved institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet campus Kronstad. Epost: kirsten.gudbjorg.oen@hvl.no

Eva Langeland er biveileder og arbeider som professor ved institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet campus Kronstad.

Samtykkeskjema til deltakelse i studien: «*Helsesykepleier som samfunnsaktør*»

Oppgi gjerne mobilnummer slik at jeg kan ta kontakt for å avtale tidspunkt og gjennomføring av intervjuet.

Mobilnummer:

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

11.4 Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD



Kirsten Gudbjørg Øen
Inndalsveien 28
5063 BERGEN

Vår dato: 16.07.2018

Vår ref: 61453 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>61453</i>	<i>Helsesøster som samfunnsaktør</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kirsten Gudbjørg Øen</i>
<i>Student</i>	<i>Silje Eidsgaard Langehaug</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskulen på Vestlandet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Documentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

