



Helsesøstres erfaring med brukerorientering

- *En studie av helsesøstres forvaltning av brukerorientering i arbeidet med å redusere fedme og overvektproblematikk*

SOS - 3900

Helle Kise Hjertstrøm

*Mastergradsoppgave i sosiologi
Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning
Universitetet i Tromsø
Våren 2012*

Sammendrag

Tema for denne masteroppgaven er brukerorientering, Jeg har intervjuet 10 helsesøstre som jobber med barn og unge med fedme- og overvektproblemer. I dette arbeidet er brukerorientering sentralt. I retningslinjene fra Helsedirektoratet, legges det vekt på en forsiktig og åpen tilnærming til familier som sliter med denne type helseproblematikk. Helseproblemet betegnes som kompleks, da det er komplekse årsaksforhold som fører til vekstavvik blant barn og dette kan medføre ulike psykososiale plager. Helsesøstrene forvalter et brukerorienteringsperspektiv, som tar utgangspunkt i familiens egne ressurser, de skal anse foreldrene som eksperter på egne barn og knytte sin lojalitet opp mot dette. Det å være helsesøster innebærer flere ting de skal forholde seg til, blant annet må de samtidig forholde seg til familiens (manglende) evne til å ta tak i overvektproblematikken selv. I dette er det etter min mening et paradoks, der de på den ene siden skal ivareta den overordnede målsetningen om å redusere fedme og overvekt. Samtidig som de skal ha fokus på familiens egne ressurser. Jeg har skissert fem ulike posisjoner som helsesøstre innehar i det direkte møtet med foreldrene, som er med på å dempe paradokset i deres arbeidshverdag. Hovedtendensen er at de plasserer seg selv i en mellomposisjon mellom familiene og prosjektet, og demper kontrollaspektet. Jeg har gjennom dette forsøkt å få innsikt i hvordan de forvalter brukerorienteringen og bruker sin faglige tyngde i det direkte møtet med familiene. Jeg har benyttet meg av ulike sosiologiske maktperspektiver som alle har til felles at de knytter makten til posisjoner, ikke individer.

Forord

Å skrive masteroppgavene har vært den mest lærerike og spennede prosessen jeg har vært med på, også den mest krevde, det er flere som har vært med meg i denne prosessen og gjort den bedre. Jeg ønsker å rette en spesiell takk til;

Min veileder, **Jorid Andersen**, for god og kyndig veiledning. Det har vært flott å ha deg som veileder, takk for ditt seriøse engasjement.

Mine **informanter** i *Aktivitetsskolen*. Det har vært fantastisk å ha så engasjerte og flotte informanter, som har tatt seg tid i en travel arbeidshverdag for å snakke med meg. Takk, uten dere hadde jeg ikke hatt en oppgave å skrive. En spesielt stor takk vil jeg sende til prosjektledelsen i *Aktivitetsskolen*, som har stilt opp hele veien og vært tilgjengelig. Det har vært en fin opplevelse og samarbeide med dere. Uten dere hadde ikke denne oppgaven vært til.

Anne Grete Sandaunet, jeg vet ikke en gang hvordan jeg skal få takket deg nok. Du hadde fortjent et eget kapittel! Det har vært lærerikt å få lov å kaste ball med deg gjennom denne prosessen, du er en stor inspirasjon. Takk for at du har vært en aktiv og engasjert støttespiller og prosjektleder.

Til vennene mine, som fortsatt er mine venner, tiltros for at jeg ikke har sett eller hatt tid til å snakke med dem den siste tiden. Spesielt til min gode venn, **Camilla Berntzen**, som har gitt mye glede og morsomheter i hverdagen, til tross for lange skole dager.

Mine medstudenter på lesesalen: vi har ikke vært en stor gjeng, men vi har vært en god gjeng. De siste to årene hadde ikke vært det samme uten dere. Vil rette en spesiell takk til **Kristin Kristiansen** og **Åshild Husjord Selboe** som har vært inne i den verste skriveboblen med meg, og vært uvurderlige støttespillere i innspurten. Uten dere hadde denne prosessen vært betydelig kjedeligere og betydelig lengere. Tusen takk for samholdet!

Jeg vil avslutte starten på oppgaven med et sitat fra Odd Nordstoga sin sang *Lause Ting*. Jeg føler disse ordene beskriver en del av den følelsen man sitter med i den verste skriveprosessen.

*Altfor mange lause ting, altfor myrke krokar, altfor mykje
skummelt rot, altfor store flokar, altfor store rom, altfor mange ord,
altfor mange gode råd gjev altfor mykje å tenke på.*

Tromsø 01.06.12

Helle Kise Hjertstrøm

INNHold

Innledning	6
1.1 Tematikk og felt.....	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Aktualitet.....	8
Brukerorientering	10
1.4 oppbygging av oppgaven	10
2 Aktivitetsskolen	11
Bakgrunn for studien og dens mål	11
Helsesøstrenes arbeidsoppgaver	13
3 Helsestasjonens og helsesøstrenes virksomhet.....	15
3.1 Helsesøstrenes historie	16
3.2 Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag	18
4 Metodologisk tilnærming – Fra problemstilling til konklusjon.....	21
4.2 Forarbeid og utarbeiding av intervjuguide	23
4.3 Rekruttering og utvalg	24
4.4 Intervjuprosessen	27
4.5 Analyseprosessen	28
Å intervju profesjonelle	28
De fem posisjonene.....	29
Sosial kontekst.....	30
4.6 Vurdering av data	31
4.7 Anonymisering problematikk	32
5. Teori.....	33
5.1 Profesjon	33
5.2 Profesjonsidentitet.....	36
5.3 Ulike forståelser av makt.....	39
5.4 Makt i konsultasjonen.....	41
5.5 Empowerment og brukerorientering.	43
6. ulike strategier i brukerorienteringsperspektivet	46

6.1 Fem Posisjoner.....	47
6.2 Konsultasjonen	48
6. 3 Kunnskapsformidler	49
6.4 Kontroll	54
6.5 Samarbeidspartner.....	58
6.6 Støtte.....	61
6.7 Ressurs og garanti i en mellomposisjon	63
6.8 Tendensene hittil	66
7 Paradokset.....	68
7.1 Maktperspektiver	69
7.2 Godhetsdiskurs	70
8 Det personlige i det profesjonelle.....	71
8.1 Identifisering av governmentality	72
Sosialkontroll.....	73
8.2 Fortolkning av rammen – En personlig vurdering	74
8.3 Makten i relasjonen.....	78
Kunnskap.....	79
8.4 Empowerment som verktøy.....	80
8.5 Oppsummering:.....	82
9 Det profesjonelle i det personlige.....	83
9.1 Kognitivt betinget.....	84
9.2 Asymmetri i relasjonen.....	85
9.3 Likeverd i relasjonen	86
9.4 Ansvarlighet er en dyd.....	88
9.5 Oppsummering.....	89
Oppsummering av oppgaven og avsluttende kommentarer	91
Litteraturliste.....	95
Vedlegg : Intervjuguiden.....	98

INNLEDNING

1.1 TEMATIKK OG FELT

Fedme og overvektproblematikk blant barn er et økende helseproblem i Norge, *Nasjonale Faglige Retningslinjer* antyder at andelen overvektige barn og unge ligger mellom 15 – 20 %, dette er tall basert på gjennomførelsen av regionale undersøkelser (*Helsedirektoratet 2010:5*). I følge retningslinjene fra Helsedirektoratet (2010), er barn og unge i ferd med å utvikle en overvekt hvis deres KMI¹ overskrider 25, ved en KMI som overskrider 30 foreligger det allerede en betydelig overvekt (Ibid). Barn og unge er i en vekstperiode og det understrekes i veilederen at vekt-for-alder er et viktig parameter (Ibid) og barn skal ikke slankes, men holdes innenfor vekstkurven som tar utgangspunkt i dette parameteret (Ibid).

Helseproblemet betegnes som kompleks, da det er komplekse årsaksforhold som fører til vekstavvik blant barn (Helsedirektoratet 2010). Flere av barna som sliter med overvektproblematikk er fysisk friske, men kan slite med flere psykososiale plager, og risikoen er høy for fysiske plager i fremtiden (Kokkvoll 2008). Dette komplekse helseproblemet krever et tverrfaglig samarbeid med forebyggende tiltak som bør rette seg mot kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2010). På bakgrunn av de psykososiale plagene som kan medføre denne typen problematikk, legges det vekt på at alle som jobber med denne gruppen skal ivareta individene på en god måte, med å gi tilpassede råd og veiledning til familien (Kokkvoll 2008).

I min oppgave har jeg intervjuet helsesøstre tilknyttet *Aktivitetsskolen*. *Aktivitetsskolen* er en RCT² studie som tilbyr et behandlingsopplegg for barn og unge i alderen 6–12 år, med en på KMI 27,5. Barneavdelingen Helse Finnmark og kommunehelsetjenesten i Hammerfest er initiativtakere til prosjektet. Sykehusteamet er tilhørende sykehuset i Hammerfest, mens de kommunale teamene er fordelt utover i de forskjellige helsestasjonene i de 7 involverte

¹ Kropps Masse Indeks. Basert på tall fra vekt og høyde. I KMI hos barn, spiller også høyde-for-vekst et parameter

² RCT er en metode hyppig brukt innenfor medisinsk forskning der to grupper sammenlignes. Gruppene som skal sammenlignes bør være så like som mulig med hensyn til alt som kan påvirke utfallet. Dette oppnår man ved å tilfeldig fordele (randomisere).

kommunene. I prosjektet er det med cirka 80 barn med familier, disse er fordelt i to grupper, intervensjon- og kontrollgruppen. Nærmere beskrivelse av prosjektet vil jeg gjennomgå i eget kapittel (S.11). Hovedmålet med studien er å evaluere om gruppebasert kost- og aktivitetsveiledning er mer effektivt med henhold til oppnådd livsstilsendring hos barn med fedme og deres familier, sammenlignet med konvensjonell, individuell oppfølging ved barnepoliklinikk og hos helsesøster (Kokkvoll 2008:2). De ønsker å flytte kompetansen ut i de forskjellige kommunene og at familiene skal ha et tilbud så nært hjemmet som mulig. Dette er i tråd med samhandlingsreformen som ble iverksatt 01.01.12 og *Aktivitetsskolen* utaler selv at de har jobbet i forkant av denne.

Helsesøstrene i *Aktivitetsskolen* har ansvaret for kontroll og oppfølging av familiene ute i kommunen, og skal ha en motiverende og veiledende rolle i arbeidet. Både i retningslinjene fra *Aktivitetsskolen* og i *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge* (Helsedirektoratet 2011), fokuseres det på samtalen med familiene. I begge disse to vektlegges det at overvekt og fedme blant barn er et sensitivt tema som krever at helsepersonell utøver respekt, ydmyket og har en spørrende tilnærming i det direkte møtet med familiene. Føringene tilsier at helsesøstrene skal ha en løsningsfokusert tilnærming der de tar utgangspunkt i familiens egne ressurser. Samtidig som helsesøstrene skal forholde seg til disse retningslinjene, skal de utføre kontroll av høyde og vekt av barnet og ha et øye på samspillet mellom foreldre og barn. Dersom helsesøstrene oppdager familiære problemer som kan være med å forårsake overvektproblematikken, eller er til hinder for det forebyggende arbeidet, skal dette rapporteres videre. Helsesøstrene skal forvalte et brukerorienteringsperspektiv, samtidig som de sitter på den faglige tyngden. Jeg er i oppgaven interessert i å se hvordan de selv beskriver sin utøvelse av dette i praksis.

1.2 PROBLEMSTILLING

En av de viktigste aktørene i *Aktivitetsskolen* er helsesøstrene, og det er deres beskrivelser av brukerorienteringen jeg skal forsøke belyse. Helsesøstrenes arbeid påvirkes av samfunnsforhold, helsepolitiske målsetninger og de gjeldene helseproblemene til enhver tid. I dag er det innføringen av samhandlingsreformen som er med å påvirke profesjonen, og fedme er blitt en global epidemi i følge WHO (2011). *Aktivitetsskolen* er et behandlingstilbud for barn med fedme. De jobber i forkant av samhandlingsreformen ved at kompetansen fra sykehuset skal ut i

kommunene, tiltak skal skje så nært hjemmet som mulig og det er et sterkt fokus på brukerorientering. Hensikten med min oppgave er å få et innblikk i helsesøstrenes møte med deltakerne i prosjektet gjennom deres beskrivelser av hvordan de forholder seg til overordnende retningslinjer og rammer på den ene siden, samtidig som de skal skape og opprettholde tillit i relasjonen til deltakerne.

Helsesøstrene forvalter et brukerorienteringsperspektiv, som tar utgangspunkt i familiens egne ressurser, de skal anse foreldrene som eksperter på egne barn og knytte sin lojalitet opp mot dette (Sosial & Helsedirektoratet 2004). Det å være helsesøster innebærer flere ting de skal forholde seg til, blant annet må de samtidig forholde seg til familiens (manglende) evne til å ta tak i overvektproblematikken selv. Problemstillingen blir derfor:

Hvordan forvalter helsesøstrene brukerorientering, samtidig som de skal ivareta den overordnende målsetningen i studien om å redusere fedme og overvektproblematikk blant barn? Under denne problemstillingen vil jeg stiller meg følgende spørsmål:

- Hvordan beskriver helsesøstrene sin forvaltning av brukerorientering?
- Hvordan beskriver helsesøstrene samhandlingen med familien i det direkte møtet?

Hovedfokuset ligger på hvordan helsesøstrene beskriver sin tilnærming til familiene ut i fra de retningslinjene de har å forholde seg til. Jeg vil gjennom dette forsøke å få innsikt i hvordan de forvalter brukerorienteringen og bruker sin faglige tyngde i det direkte møtet med familiene, det hele tolkes i konteksten av forskningsprosjektet *Aktivitetsskolen*. Jeg har valgt å benytte meg av begrepet faglig tyngde. Dette begrepet kan ha flere betydninger. I mitt bruk av begrepet mener jeg den kunnskapen og teknikkene de har ervervet seg gjennom utdanning, erfaring og liknende. Ved teknikker, mener jeg hvordan de samtaler og forholde seg til brukerne av tjenesten. Jeg vil også påpeke at dette med brukerorientering ikke er noe nytt i norsk helsepolitikk, men vektlegges i stor grad i de faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet (2011) og i de faglige retningslinjene og grunnholdningene til *Aktivitetsskolen*.

1.3 AKTUALITET

Aktivitetsskolen uttrykker selv at de har jobbet i forkant av samhandlingsreformen. Jeg vil kort gjøre rede for hvordan denne kan linkes til prosjektet. Jeg vil også forsøke å vise til den ideologiske forankringen reformen har.

Samhandlingsreformen tredde gradvis i gang fra 1. januar 2012. Samhandlingsreformens fremste mål er blant annet å forebygge fremfor å reparere, og få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen (St.meld.nr47 2008-2009). Myndighetene har utarbeidet en kommunehelselov som skal styrke kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer. Den nye fellesloven for helse- og omsorgstjenesten i kommunene, forplikter kommunene og sykehusene til å samarbeide, slik at kvalitet skal måles bedre og for å samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok (St.meld.nr47 2008-2009). Målet er å flytte tjenester nærmere der folk bor ved å overføre flere av oppgavene fra spesialisthelsetjenesten ut i kommunene. Dette sikter *Aktivitetsskolen* seg også inn på ved deres tette samarbeid med primærhelsetjenesten i de forskjellige kommunene og ved det tverrfaglige miljøet som står bak prosjektet. Hovedutfordringene som er skissert i samhandlingsreformen er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv, og vurdert ut i fra dette, bygger reformen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover (Ibid). For å møte dagens helseutfordringer har helsedepartementet uttrykt at helsefremmende arbeid burde baseres på at *empowerment- ideologien* bør styrkes (NOU1998:18 1997). Dette kommer jeg tilbake til under *Empowerment og brukerorientering* (S.43) Vi finner Empowerment-ideologien i samhandlingsreformen bak ord som brukerorientering og resursfokusering. Dette er et utdrag av hva de omtaler som en klarere pasientrolle, som jeg tolker dithen er sterkt knyttet opp til *empowerment*:

Et av utslagene av de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenesten er at også pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene (..)Godehelhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkningen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Gitt de utfordringer som helsetjenesten står overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse. (Sammendraget. Hovedgrepet)

Helsepolitikken i dag er i en høy grad preget av *empoverment* og brukerorientering. Spørsmålene rundt hvordan dette brukes og fungerer i praksis viser til aktualiteten i min oppgave. Samhandlingsreformen viser klart hva slags styring som ligger bak den norske helsepolitikken. Det organiseres og settes inn store økonomiske midler og samfunnsøkonomiske ressurser for gi et tilstrekkelig forebyggende tilbud til blant annet barn med overvektproblematikk. Dette kan være

med å spare samfunnet for belastning i fremtiden. Samtidig kan et sterkere fokus på forebygging i kommunene, kan være med å avlaste spesialisthelsetjenesten og andre instanser.

BRUKERORIENTERING

Det er forvaltningen av brukerorientering og hvordan de ivaretar den helsepolitiske målsetningen om å redusere overvekt og fedme blant barn, som er problemstillingen for denne oppgaven. Brukerorientering og brukerperspektivet er i fokus i det helsepolitiske Norge i dag, som jeg kommer nærmere inn på senere i oppgaven. I oppgaven analyserer jeg bruken av brukerorientering i det direkte møte med familien. Det finnes flere begreper på dette, blant annet pasientorientert konsultasjon. Jeg har valgt å bruke begrepet brukerorientering da det er dette som er hyppig brukt i nyere politiske dokumenter. I de neste kapitlene kommer jeg til å gjøre rede for brukerorienteringen i *Aktivitetsskolen*, samhandlingsreformen og i retningslinjene til helsesøstrene. Med brukerorientering mener jeg altså, å ta utgangspunkt i familiens egne ressurser, respekten for det enkelte individ og en åpen dialog (2011).

1.4 OPPBYGGING AV OPPGAVEN

Jeg vil starte med å presentere *Aktivitetsskolen*. I denne RCT studien er man opptatt av en forsiktig tilnærming mot familiene og jeg vil vise hvordan brukerorienteringen er fremtredende i helsesøstrenes arbeid i dette. Deretter vil jeg presenterer helsesøstrenes profesjon satt i en historisk sammenheng, hva deres arbeidsoppgaver går ut på og deres funksjon i det moderne samfunn. I teorikapittelet presenteres de ulike teoriene og maktperspektivene jeg har benyttet meg av i analysen mitt av materiale, i dette kapittelet kobler jeg også *empowerment* sterkere inn i oppgaven og knytter det nærmere til en maktforståelse. Under dette kapittelet tar jeg også opp helsesøster som profesjon rent profesjonsteoretisk. Dette anser jeg som viktig, da helsesøster som profesjon er et omstridt tema innenfor sosiologien. I *metodologiske tilnærming* har jeg benyttet meg av kvalitativ metode, og i dette kapittelet viser jeg hvordan jeg har gått frem fra problemstilling til konklusjon rent metodemessig. Jeg vil i analysedelen av oppgaven først vise til hvordan helsesøstrene selv plasserer seg i forhold til familien og *Aktivitetsskolen* gjennom fem ulike posisjoner jeg har fått øye på gjennom analysen av mitt materiale. Gjennom disse blir det også klart hvordan helsesøstrene forvalter brukerorienteringen og utviser den faglige tyngden. Deretter vil jeg drøfte dette opp mot ulike sosiologiske maktperspektiver, som har det til felles at makt er i alle relasjoner, og er knyttet opp til posisjoner og ikke enkelt individer. Den første delen

tar for seg brukerorienteringen på et mer overordnet nivå, mens den andre delen ser nærmere på hva som ligger i samhandlingen mellom helsesøstrene og familiene.

2 AKTIVITETSSKOLEN

Aktivitetsskolen er en tverrfaglig forskningsstudie med base i barneavdelingen på Hammerfest sykehus Helse Finnmark, med en varighet på 3 år. I alt er det 7 kommuner med i studien, disse har startet opp til forskjellige tider, siste kontrollen vil bli gjennomført våren 2013. Det er en RCT studie som retter seg mot barn i alderen 6-12 år og deres familier. Barna i prosjektet har en KMI på 27,5 (Kokkvoll 2008). I studien forholder de seg til en standard internasjonal definisjon av fedme og overvekt, blant barn og unge i alderen 2 – 18 år, som tar høyde for alder og vekst. Denne definerer barn med en KMI som overskrider 25, som en indikasjon på utvikling av overvekt. Ved en KMI på over 30 foreligger det allerede betydelig overvekt. I disse tilfellene må behandlingstiltak må settes i gang så raskt som mulig (Helsedirektoratet 2010).

BAKGRUNN FOR STUDIEN OG DENS MÅL

Studien ble startet opp på bakgrunn av et felles initiativ mellom barneavdelingen i Helse Finnmark og kommunehelsetjenesten i Hammerfest. Samarbeidet ble opprettet i 2005, da de iverksatte et forprosjekt, *Aktivitetsskolen i Finnmark*. Der fulgte de opp 10 barn og deres familier i en periode på ett år. Etter å ha observert nedgang i KMI og mer aktive barn, bestemte teamet i forprosjektet og prosjektleder Ane Kokkvold, at dette var noe de ønsket å videreutvikle til ett hovedprosjekt. Hele ideen bak studien startet, i følge Kokkvoll, som en frustrasjon over at det vanlige tilbudet til barn som slet med fedme og overvektproblematikk ikke var tilstrekkelig nok. Dette var før det var utarbeidet og sendt ut en veileder fra Helsedirektoratet vedrørende forebygging, utredning og behandling av barn og unge med overvekt. Denne veilederen kom først høsten 2011. En vanlig prosedyre før denne veilederen kom, var i følge helsesøster, at hun innkalte foreldrene til en samtale og tok derfra kontakt med fastlegen for videre oppfølging. Fastlegen innkalte da til en konsultasjon, og hvis han så det som nødvendig, henviste han videre til ernæringsfysiolog og spesialist helsetjenesten³. Etter spesialisthelsetjenesten var koblet inn,

³ Dette var den vanlige prosedyren hvis det var helsesøster som tok tak i fedme og overvektproblematikken til barnet og dens foreldre.

utgikk kontakten med den kommunale helsetjenesten som regel⁴. Mine informanter forteller også at det var en frustrasjon i både spesialisthelsetjenesten og ute i kommunene. Frustrasjonen gikk ut på at de jobbet med den samme problematikken, uten å ha et formelt samarbeid eller fora for å kunne møtes og samarbeide nærmere. Flere av helsesøstrene jeg intervjuet uttrykte også at de i forkant av studien, var usikre på hvordan de skulle gå frem i denne problematikken. Dette fordi den er kompleks og berører et sensitivt tema.

Selve formålet med *Aktivitetsskolen* er å evaluere om gruppebasert kost- og aktivitetsveiledning er mer effektivt for å oppnå livsstilsendring hos barn med fedme og deres familier, sammenlignet med konvensjonell, individuell oppfølging ved barnepoliklinikk og hos helsesøster (Kokkvoll 2008). Studien er en randomisert kvantitativ åpen kontrollstudie, der målet er endring i KMI etter 2 år, og at barna skal holde seg innen for normal vekst kurven. Et annet mål er også å øke kompetansen hos helsepersonell, og få bedre kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til å endre livstil hos familier (Ibid). I hele prosjektet er det med cirka 80 barn fordelt utover de 7 deltakende kommunene. I randomiseringsprosessen ble navnet til barna samlet i en felles pott, og tilfeldig trukket ut til enten kontroll- eller intervensjonsgruppe. Intervensjonsgruppa ble lagt inn på barneavdelingen ved sykehuset i Hammerfest i en 3 dagers periode. Der mottok de regelmessig gruppevis oppfølging av helsesøster og barneavdeling. Videre fikk de tilbud om individuelle konsultasjoner hos helsesøster og aktivitetstilbud to ganger i uka over en 2 års periode. Kontrollgruppa fikk poliklinisk tilbud på sykehuset i Finnmark, veiledningstime hos ernæringsfysiolog. Disse fikk tilbud om regelmessig individuell oppfølging hos helsesøster i samme 2 års periode. I begynnelsen er det tilbud om konsultasjon hos helsesøster en gang i måneden, så trappes det gradvis ned til annen hver måned, hver tredje måned, til en gang i halvåret. Dette frem til to år har gått, og med en avsluttende med kontroll det 3. året, dette gjelder for både intervensjon – og kontrollgruppene (Kokkvoll 2008). Helsesøstrene jeg har intervjuet har hatt ansvaret for å følge opp både kontroll - og intervensjonsgruppene. Slik jeg fikk det beskrevet var det noen familier som av diverse årsaker droppet ut av det kommunale tilbudet, men fortsatt møtte opp til fastsatte konsultasjoner og undersøkelser ved sykehuset⁵.

⁴ Dette har jeg blitt fortalt gjennom intervjuer og datainnsamling.

⁵ Har ikke data tilgjengelig på hvor mange familier dette gjelder.

I rekrutteringsarbeidet gikk *Aktivitetsskolen* ut i lokale medier, der de fortalte om studien og hva den innebar. Enkelte helsesøstre informerte også familier hun møtte i det daglige arbeidet ved helsestasjonen, som hun mente kunne ha nytte av å delta på et slikt prosjekt. Ut i fra dette kan vi anta at meldte familiene seg selv på prosjektet. Jeg vil understreke at dette er et frivillig prosjekt, og at familiene helsesøstrene møter kan være mer motivert for å ta tak i overvektproblematikken enn andre familier med lignende problematikk de ellers møter i deres arbeidshverdag. Helsesøstrene i mitt utvalg uttrykte alle glede over å ta tak i denne problematikken og tilby et tilstrekkelig tilbud, da de har sett denne problematikken øke og tror det kommer til å prege arbeidshverdagen deres i år fremover. Overvekt og fedme er et økende helseproblem på verdens basis og betegnes av WHO som en global epidemi (WHO 2011). I følge veilederen sendt ut av Helsedirektoratet (2011), fører overvekt og fedme blant barn til fysiske og sosiale problemer som krever helsevesenets oppmerksomhet. Det er en type kompleks helseproblematikk som faller inn under helsesøstrenes / helsestasjonens ansvarsområde og krever et tverrfaglig samarbeid (Ibid). De psykososiale plagene gjelder både på kort og lang sikt, da forskning viser at barn med fedme og overvektproblematikk oftere føler seg avvist, trekker seg tilbake og er sosialt passive. De har også en større tilbøyelighet til å utvikle lavt selvbilde og utsettes for stigma (Kokkvoll 2008). Helsedirektoratet har fokus på at forebyggende tiltak bør rettes mot både kosthold, fysisk aktivitet og åpne løsnings fokuserte samtaler. *Aktivitetsskolens* retningslinjer og grunnholdning er i tråd med dette.

HELSESØSTRENES ARBEIDSOPPGAVER

Det kommunale teamet består av en eller flere helsesøstre ved helsestasjonen, samt en aktivitetsleder som enten er fysioterapeut eller en ressursperson fra barneidretten. Sykehusteamet består av klinisk ernæringsfysiolog, sykepleier med videreutdanning, helsesøster, helsepedagog, fysioterapeut, klinisk pedagog og aktivitetsleder. Gjennom prosessen har det vært en del utskiftninger av personale, da spesielt i det kommunale teamet, og det har da vært enhetslederen i hver kommune som har sørget for å utpeke ny helsesøster i prosjektet, og sørge for at prosjektet blir gjennomført i de enkelte kommunene.

Helsesøstrenes hovedarbeidsoppgaver i *Aktivitetsskolen* er følgende:

- Tilby kost og motivasjon samtaler som stimulerer familien til endring av levevaner

- Oppfølging og kontroll av vekt og høyde måling.
- Ansvar for koordinering av prosjektet i det kommunale teamet (avhenger noe, i noen kommuner var det enhetsleder som hadde dette ansvaret)

(Kokkvoll 2008)

Som vist til tidligere jobber helsesøstrene aktivt med brukerorientering i prosjektet. I *Aktivitetsskolens* forskningsprotokoll (Kokkvoll 2008:10) står det «*Alle som skal jobbe i prosjektet skal ivareta familiene på en god måte, gi tilpassende råd til familiene og ikke bli for nærgående. Man vil legge vekt på familiens egne resurser; løsningsfokuserede istedenfor problemfokuserende samtaler*». Dette understrekes som en grunnholdning alle som arbeider i prosjektet skal ivareta. I prosjektet har helsesøstrene fått tilbud om kurs og veiledning i dette arbeidet, både før og under prosjekt prosessen. De har deltatt på diverse nettverkssamlinger og fått litteraturtips som skal hjelpe dem på vei. Det tilbys også månedlige samtaler med prosjektledelsen for å drøfte studien i deres kommune, og alle helsesøstrene har fått beskjed om å ta kontakt med dem om det skulle være noe spesielt de vil drøfte i samråd med spesialisthelsetjenesten.

Helsesøstrene er frikjøpt en viss stillingsprosent til kun å arbeide med *Aktivitetsskolen*. Frikjøpsdelen er høyest i første del av prosjektstarten med 20%⁶. Dette fordi det da er hyppigere konsultasjoner, mye å sette seg inn i og er en plan og kartleggingsfase. Stillingsprosenten blir gradvis trappet ned, etterhvert som prosjektet minsker i omfang i kommunene. I løpet av de to årene, trappes oppfølgingen gradvis ned, til det kun gjenstår en siste kontroll det tredje året og stillingen er nede i 5%.⁷ I denne prosessen er da helsesøstrene frikjøpt av prosjektet, samarbeid med økonomisk støtte fra kommune og eksterne sponsorer, slik at dette ikke skal komme på toppen av andre arbeidsoppgaver.

Jeg har nå beskrevet *Aktivitetsskolen* på bakgrunn av den informasjonen jeg har hatt tilgjengelig i form av tilsendt materiale, intervjuer og som deltager på nettverkssamling og evalueringsmøter. Når jeg holdt på med datainnsamling, var det en ting ved studien jeg hadde vanskeligheter med å

⁶ I kommunene med to helsesøstre som er ansvarlig for *Aktivitetsskolen*, deles dette mellom disse.

⁷ Det er lagt opp slik pga at familiene skal lettere klare seg selv, og være selvstendige etter prosjektslutt.

forstå. Helsesøstrene påpekte under intervjuer at dette ikke var et «slankeprosjekt» og var opptatt av at de ikke var behandlere på noen som helst måte. Dette kan ha en sammenheng med helsesøstrenes formelle retningslinjer som understreker at helsestasjonen som de arbeider ved, skal være et tilbud om veiledning, rådgivning og ikke behandling (Sosial & Helsedirektoratet 2004). Dette kommer jeg tilbake til i oppgaven under 3.2 *Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag*. Behandlingsbegrepet har for meg vært noe uklart i denne sammenheng, samtidig som de understreker at de ikke er behandlere, omtaler de studien som et behandlingstilbud. Når det kommer til selve *Aktivitetsskolen* og deres deltakere med en KMI grense på 27.5 og det overordnende målet om en endring i KMI, virket det på meg som det var et «slankeprosjekt». Når jeg spurte om dette fikk jeg til svar at helsesøstrene ikke ble ansett som behandlere, da de ikke hadde det overordnende medisinske ansvaret. Helsesøstrene har ansvar for å motivere og veilede ovenfor familiene. Når det kom til barna understrekte de at man ikke slanker barn, da de er i en vokseperiode. De skal vokse, og i studien vil de forhindre at barna ikke legger mer på seg, som jeg har vist til tidligere. Det er forebygging i den forstand at de nå griper inn i et tidlig stadiet, for å unngå at barna ikke skal ta med seg dårlige helsevaner i voksen årene, og utvikle alvorlig overvekt og fedme. Ingen av barna hadde KMI på over 30 da de ble med i prosjektet. Siden barna er unge, er foreldrene og familiene blitt et objekt for studien, i den forstand at de kaller inn foreldre med barn og prøver få i gang en livsstilsendring i hele familien.

3 HELSESTASJONENS OG HELSESØSTRENE VIRKSOMHET

I denne oppgaven er jeg interessert i helsesøstrenes egne beskrivelser av hvordan de forvalter brukerorientering, samtidig som de ivaretar den overordnende målsetningen om å redusere fedme og overvektproblematikken blant barna. Årsaken til min interesse for helsesøstrene i denne oppgaven, har bakgrunn i helsesøstrenes og deres hovedarbeidsplass helsestasjonen, viktige samfunnsfunksjon. Som går ut på å støtte foreldrene og deres omsorgspraksis, og være hjelpelige med å flytte fokus fra feil og mangler til muligheter for vekst og utvikling. Samtidig har den som oppgave «å oppdra foreldrene» i rett vei, og fortsatt innehar en kontroll funksjon (Andrews 2002b). For å belyse dette er det viktig å ha et bilde av hva slags formelle retningslinjer helsesøstrene forholder seg til og hva slags funksjon helsesøstrenes hovedarbeidsplass,

helsestasjonen, har i det moderne samfunn⁸. Jeg vil først gjøre kort rede for helsesøsteryrkets historiske bakgrunn, dette for å vise til hvordan den har vært i endring, og kaste lys over profesjonsidentiteten, og vanskeligheter rundt dette. Helsesøsteryrket som profesjon har vært omstridt siden dens opprinnelse og jeg anser det som relevant å vise til de endringene som har vært med å forme profesjonen slik vi ser den i dag, og går nærmere inn på min plassering av yrket som profesjon under *5.1 Profesjon*. Denne historiske gjennomgangen baserer jeg i hovedsakelig i det som står beskrevet i Andrews og Wærnes sin artikkel fra 2004 *Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket (Andrews & Wærness 2004)* og boken *Helsesøstertjenesten, fra menighetsykepleie til folkehelsevitenskap (Glavin & Kvarme 2003)*.

3.1 HELSESØSTRENES HISTORIE

Den første helsestasjonen i Norge åpnet i 1911 og skolehelsearbeidet ble satt i system fra 1918 i Oslo. Betegnelsen helsesøster ble første gang brukt i 1925, men ikke før i 1957 ble det en egen lov for helsesøstertjenesten⁹. Den første helsesøsterskolen ble startet i Oslo i 1947 (Glavin & Kvarme 2003). Helsesøster som profesjon har vært omdiskutert siden yrket oppsto, i profesjonsdiskusjonen har tema som identitet, retning og status vært under lupen for forskning og debatt. Et fenomen som har vært med og har gjort diskusjonen, og yrket i seg selv, vanskelig, har vært at helsesøstrenes arbeidsoppgaver og ansvar, er og har vært i en konstant endring (Andrews & Wærness 2004; Zola & Croog 1968). Helsesøstrenes historie er preget av flere omveltninger. En av de mest omfattende var da loven om helsetjenester i kommunene ble utarbeidet og innført i 1984 (Andrews & Wærness 2004). Til da jobbet fylkeshelsesøstrenes som fylkeslegens høyrehånd. I denne loven ble distriktslegensembete nedlagt, og ble erstattet med kommunelege. Dermed ble også det tette båndet mellom helsesøster og lege svekket (Ibid). Det administrative ansvaret for primærhelsetjenesten ble skilt fra det medisinskfaglige ansvaret.

I den tidlige fasen og i oppstarten var helsesøstrenes primære oppgave å formidle medisinsk viten til befolkningen (Andrews & Wærness 2004). Dette var i en periode da befolkningen led av mange infeksjonssykdommer. Helsesøstrene arbeidet mot hele befolkningen, men med hovedfokus på barn og gravide. De gav råd om alt fra fødsel til oppdagelse, og mange av disse oppgavene ligger i dag under jordmorprofesjonen. Helt frem til loven som kom i 1957, var

⁸ Basert på informasjon fra Helsedirektoratet og deres faglige retningslinjer.

⁹ Senere kommunehelseloven

arbeidsoppgavene noe uklare (Glavin & Kvarme 2003). I denne loven ble det slått fast at helsesøster skulle ha ansvar for helsearbeid som gikk under det offentlige. De skulle ha en opplysende og rådgivende virksomhet, på denne tiden rettet dette særlig seg mot hygieniske tiltak (Ibid). Av denne helserådvirksomheten, hadde de også tekniske ansvarsområder som blant annet næringsmiddelkontroll, dette ligger i dag under mattilsynet (Andrews & Wærness 2004). I den nye loven ble det gjort klart at helsesøstrene skulle bistå den offentlige legen, men i virkeligheten var det helsesøstrene som utførte store deler av jobben på egenhånd (Ibid). Andrews og Wærness(2004) knytter denne praksisen og det faktum at helsesøstrene var sett på som myndighetspersoner ute i distriktene, til at helsesøstrene hadde et sterkt innslag av maktutøvelse (Andrews & Wærness 2004). Denne makten ble noe neddempet ved at den ble omtalt som *vennlighetsmakt*. Dette på bakgrunn av dens form av mild karakter, tuftet på omsorg og forsiktige utøvelse (Andrews & Wærness 2004; Glavin & Kvarme 2003). Og helsesøstrene forsøkte å opptre på en myndig og tillitsvekkende måte (Andrews & Wærness 2004; Glavin & Kvarme 2003).

Etter kommunehelseloven i 1984, ble helsesøstrenes ansvarsområde konsentrert om arbeidet i helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Kontrollaspektet ble knyttet til oppfølgingen av barnets vekst og utvikling, samt vaksinasjonsprogrammet. I dag har de ikke lenger hovedansvar for dette, da det i 1994 kom en ny lov som sikret at foreldrene selv kunne velge om de ville ha oppfølging på helsestasjon eller hos lege (Andrews & Wærness 2004; Heian & Misvær 1994). Fokuset er da, som nå, mer rettet mot forebygging. I løpet av årene utviklet det seg en ny tilnærming til familiene som helsesøstrene måtte forholde seg til. Andrews og Wærness (2004) beskriver utviklingen fra å være lydhør til foreldrene, til et krav om å tone ned kontroll og maktspektet i tjenesten. Ekspertrollen skulle bort og helsesøstrenes rolle gikk mer over til en veiledende samtalepartner, som skulle legge til rette for samtaler mellom foreldregrupper så de skulle lære av hverandre (Ibid). I veilederen som ble utsendt til helsestasjonstjenesten i 1998 av statens helsetilsyn, anbefales det at helsesøstrene toner ned sin rolle som eksperter, og anser foreldrene som eksperter på egne barn (Andrews 2002a). Helsestasjonen har siden loven i 1984, hatt et forpliktende og utstrakt samarbeid med andre kommunale tjenester i primærhelsetjenesten, men i årene som fulgte mistet helsesøstrene mye av sitt profesjonsmonopol da arbeidsoppgavene ble delegerte videre til andre instanser. Som nevnt var dette for eksempel jordmødre, mattilsynet,

men også det som nå heter NAV og barnevernstjenesten har overtatt flere av oppgavene (Andrews & Wærness 2004).

3.2 HELSESTASJON OG HELSESØSTRENE OPPGAVER I DAG

Helsestasjonen er hovedarbeidsplassen til helsesøstrene, og jeg vil derfor kort gjøre rede for dens betydning i lokalsamfunnet, samt hva slags retningslinjer den legger for helsesøstrene og hva som ligger i deres arbeidsbeskrivelse. Helsestasjonen skiller seg fra kurative tjenester/spesialisthelsetjenesten ved å være et tilbud om veiledning, rådgivning - og ikke behandling (Sosial & Helsedirektoratet 2004). Helsestasjon og skolehelsetjenester er en lovpålagt tjeneste, med ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Retten til disse tjenestene gjelder for alle barn og unge under 20 år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et tilbud det skal være enkelt å oppsøke, og hvor en skal bli tatt på alvor med små og store problemer (Helsedirektoratet). Tjenesten har en sentral rolle i kommunens folkehelsearbeid og arbeider helsefremmende og forebyggende, både med psykisk og fysisk helse og sosiale forhold. Arbeidet innebærer veiledning, helseundersøkelser, vaksinerings, oppfølging og henvisning videre ved behov (Ibid).

Helsestasjonen har et friskfokus, og skal bidra til å fremme mestring og god selvfølelse hos brukeren. De skal være behjelpelige med å flytte fokus fra feil og mangler, til muligheter for vekst og utvikling. Kommunen skal, gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet). Tiltakene på helsestasjonen skal bedre forutsetningene for god helse og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. De skal oppfordre brukerne av tjenesten til å utføre tiltak i egen regi, henviser til ytterligere tiltak i helsetjenesten ved behov. Og skal foreslå tiltak i og utenfor helsetjenesten, for å hjelpe alle barn og unge og det enkelte barn og den enkelte ungdom (ibid)

Det finnes ingen fasit for hvordan barneomsorg skal gjøres, kunnskapen er ikke enhetlig og det kreves at helsesøstrene setter seg godt inn i den aktuelle kunnskapen. Helsestasjonens primære funksjon, ut i fra de gjeldende retningslinjer og instutisjonserklæringer (Helsedirektoratet), er å samarbeide med foreldre og andre for å bidra til gode vilkår for barns fysiske og psykiske helse. Helsesøster skal ivareta en oppsyns -og kontrollfunksjon samtidig som hun skal anerkjenne foreldrenes kompetanse og betrakte foreldrene som eksperter på egne barn (Heian & Misvær

1994). Helsesøster skal vurdere å sette standarder ut i fra sin ekspertise, samtidig som hun skal understøtte og forsterke foreldrenes tillit til seg selv som forelder. Helsesøstrene skal altså bidra til å styrke foreldrenes kompetanse. Dette er funksjoner som kan komme i konflikter. De har altså beveget seg fra helsesøstrenes opprinnelse, der de utøvet en vennligsinnet makt og autoritet med ekspertkunnskap, til nå en mer brukerstyrt dialogbasert gruppeveiledning (Andrews & Wærness 2004; Glavin & Kvarme 2003). Man kan påstå at de har mistet noe av sin naturlige autoritet, men innehar fortsatt en viss kontroll-funksjon.

I Kommunehelsetjenesteloven indikeres det at helsepersonell skal styrke foreldrenes kompetanse i oppdragerrollen, og gjennom tverrfaglig samarbeid bidra til en økt helsefremmende livsstil blant barn og unge (St.meld.nr47 2008-2009). Helsesøstre skal ha et utstrakt og forpliktende samarbeid med andre kommunale tjenester, etater og sektorer som har ansvar for saker som angår barn og familier(Ibid). Når det gjelder fedme og overvektproblematikk blant barn, er forebyggende tiltak sentralt. Økt fysisk aktivitet og kostholdsending er sentralt i arbeidet her, og mange sektorer må bidra til at dette skal bli en realitet. Fedme er ofte sett på som en kronisk lidelse som krever langsiktig oppfølging (Helsedirektoratet). Møtet med familien er helt sentralt og viktig for å informere og veilede denne gruppen. Dette er et helseproblem man ikke skal operere seg bort i fra men etablering av kommunale lavterskeltilbud og styrket primærhelsetjeneste er sentrale tiltak (Helsedirektoratet). Både i *Aktivitetsskolen* og i den faglige veilederen som ble sendt ut i høst, legges det vekt på samtalen med familien. På en side finnes det en fasit ved at det er viktig å spise sunt og holde seg aktiv, på den andre siden er det viktig å ikke være for moraliserende. I den nasjonale veilederen (2011:8.1.1 Samtale om overvekt), står det følgende om samtalen med familien:

«Overvekt er et vanskelig og sårbart tema for de fleste. I møtet med det overvektige barnet og familien er det viktig at man som fagperson har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming. Man må være oppmerksom på egne holdninger, tanker, følelser og egne erfaringer knyttet til overvekt, mat og kropp. Sjekk ut hva familien ønsker hjelp til, hvilke tanker og følelser de har knyttet til barnets overvekt, hva de bekymrer seg for. Utforsk deres forklaringsmodeller og hvilke erfaringer de har gjort i forsøket med å stoppe barnets vektutvikling. Hvilke forventninger har de til behandlingen og hvilke alternativer til behandling foreligger? Hjelp familien med å synliggjøre egne ressurser og utfordringer i prosessen mot varig endring av livsstil. Trygg foreldrene på at det er god omsorg å stoppe en helsefaglig vektutvikling

Her er altså brukerorienteringen i fokus, som ved *Aktivitetsskolen*. Dette er med på å belyse kompleksiteten som ligger i arbeidet med fedme og overvektproblematikk. Det er deres

forvaltning av det som står skissert ovenfor, som er sentralt videre i drøftingen og hvordan de ivaretar den studiens målsetning om å redusere fedme og overvektproblematikk hos barn.

Helsestasjonens dannelse kan i et sosiologisk perspektiv, ses på som den norske velferdsstatens ønske om kontroll og veiledning i helsemessige problemstillinger til alle barnefamilier. Der det opprinnelige målet var nedsatt barnedødelighet – tuberkulose og infeksjonssykdommer, til nå å stimulere folk selv til selv å klare løse helsemessige utfordringer, med helsesøster som veileder. De skal også utøve kontroll i form av vekt, høyde og utvikling, ved observere samspill innad i familien, og pliktes til å sende bekymringsmelding ved behov. På en måte kan de virke som om det er helsesøsteren er i en rolle som kan få en konflikt, på den ene siden representerer de myndighetene, og de overordnende helsepolitiske målsetningene. På den andre siden forvalter de et brukerorienteringsperspektiv som setter fokus på ressursene til de enkelte familiene og anser foreldrene som eksperter på sine barn.

Min masteroppgave tar for seg helsesøstre som er et typisk kvinnedominert yrke. Likevel har jeg valgt å ikke inkludere kjønnsperspektiv i analysen av mitt materiale. Jeg har ikke hatt fokus på kjønn, og har samlet inn og analysert mitt materiale, uavhengig av helsesøstrenes kjønn. Av deres beskrivelse av det direkte møte med familien, har helsesøstrene kommenterte ved et par intervjuer at det var som regel mødrene som kom med barna, men ut over det har jeg ikke nok materiale til at jeg har gjort en slik analyse. Jeg har valgt å omtale deltakerne som familier gjennom hele oppgaven, selv om det sannsynligvis ligger en mulighet til å kunne se på noen av deres beskrivelser av relasjonen med familiene i lys av kjønn. På bakgrunn av mitt utgangspunkt kan jeg likevel ikke si for sikkert at kjønn var en mulig forklaringsfaktor. Jeg kunne ha tatt med et kjønnsperspektiv på å se om de verdier brukerorienteringene står for, med fokus på det personlige, og helsesøstrenes rolle i det hele kunne ha en sammenheng med at det var et kvinnedominert yrke. Likevel har jeg innenfor rammene for denne oppgaven har valgt å ikke benytte meg av kjønnsperspektiv.

4 METODOLOGISK TILNÆRMING – FRA PROBLEMSTILLING TIL KONKLUSJON

I min tilnærming til oppgaven, har jeg benyttet meg av kvalitativ metode og er inspirert av et interaksjonistisk perspektiv. Mitt metodevalg kom som et resultat av hensikten med min oppgave, å få innblikk i helsesøsterens erfaring med å arbeide med brukerorientering og hvordan de beskrev sin samhandling med familiene. Jeg så det som hensiktsmessig å benytte meg av kvalitative intervjuer, med en åpen intervjuguide for å samle inn materiale oppgaven. Utgangspunktet før jeg begynte med datainnsamling, var å få et bilde av hva som er helsesøstrenes erfaring med å delta i *Aktivitetsskolen*. Gjennom intervjuene la jeg merke til hvor opptatt helsesøstrene var av samtalen med familien, og hvordan de i detalj beskrev hvordan de ordla- og forholdt seg til dem. Gjennom tilsendt materiale så jeg også at dette var noe *Aktivitetsskolen* hadde fokus på, og at dette gjenspeilet *empowerment* ideologien som ligger i det helsepolitiske Norge i dag. Etter å ha analysert intervjuene, koblet jeg dette opp mot større teorier og knyttet det opp til annen forskning på feltet, for å forsøke få et mer helhetlig bilde av deres arbeidssituasjon på et mer overordnet nivå. Jeg vil nå gjøre rede for prosessen som førte meg fra problemstilling til konklusjon.

I min metodetilnærmelse, har jeg benyttet meg av et interaksjonistisk perspektiv og jeg har tatt utgangspunkt i Mik – Meyer og Järvinens bok, *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv*, og det kapittelet som omhandler intervjuet (*Järvinen 2005*). Her skilles de sentrale metodene, henholdsvis fenomenologisk og hermeneutisk fra konstruktivistisk og interaksjonistisk perspektiv, ved oppfattelsen av selve analyse objektet (Ibid). De knytter den første metodiske tilnærmelsen til at analyseobjektet er av en mer eller mindre stabil størrelse, mens den andre tilnærmingen er per definisjon mer ustabil, flytende og flertydig fenomen, og til en hver tid formes av forskeren. Perspektivet jeg har benyttet meg av forsøker å vise til at antagelsen om at analyseobjektet er flytende, ustabil og flertydig også kan ha konsekvenser for forskningen, ikke bare forskerens tilgang.

Jeg har vært inspirert av det som skisseres i Järvanen og Mik-Meyers bok, om den interaksjonistiske tilgangen til intervjuet, da spesielt med fokus på innhold, form og funksjoner (*Järvinen 2005*). Innholdsmessig har dette gått ut på å forsøke få tak i helsesøstrenes erfaringer og

handlinger de utøver. Med form mener jeg hvordan helsesøstrene forteller sin historie og hvor hun plasserer seg selv i den. Og ved funksjon har jeg forsøkt å få tak i hva slags sosiale strategier helsesøsteren benytter seg av i intervjuet. Spesielt inntryksstyring har jeg lagt vekt på, noe jeg anser som viktig da jeg intervjuer profesjonelle og kun kan tolke hva de beskriver til meg i situasjonen. Jeg forsøkte å sette det helsesøstrene beskrev til meg i sammenheng med de retningslinjene de forholder seg til, både fra *Aktivitetsskolen* sentralt, men også fra de formelle institusjonelle retningslinjene fra Helsedirektoratet. *Aktivitetsskolens* ledelse var opptatt av at de jobber i forkant av samhandlingsreformen. Derfor ble det også naturlig for meg å sette meg inn i samhandlingsreformens intensjoner for å forstå dette, samt å få innblikk i det helsepolitiske Norge i dag. Dette skal jeg gå mer igjennom i dette kapittelet, men først vil jeg vise til gangen i mitt forskningsprosjekt.

4.1 Tilgang til feltet

Jeg ble i første semester av min mastergrad, forespurt om jeg kunne tenke meg å skrive en oppgave tilknyttet en RCT studie i Finnmark. Studien, som jeg har beskrevet tidligere, jobbet med fedme og overvektproblematikk blant barn og etterlyste mer kvalitative undersøkelser rundt sitt arbeid. Det var to ting de var ute etter, erfaring fra deltakere som hadde vært med på forprosjektet, og helsearbeiderens erfaring med å jobbe i prosjektet og selve implementeringen av prosjektet. Å jobbe med en medisinsk studie som etterlyser kvalitativ forskning og er særlig interessert i dette er sjelden. En annen ting som gjorde dette spennende, var at de jobbet i forkant av samhandlingsreformen. Jeg tok kontakt med prosjekt ledelsen for å høre var de var ute etter, og bestemte meg raskt for å bli med.

Jeg vil understreke at selv om jeg skriver min oppgave i tilknytting til *Aktivitetsskolen*, har jeg ingen formelle forpliktelser ovenfor dem. Min masteroppgave er et selvstendig prosjekt løst fra prosjektets intensjoner. Jeg har samtidig jobbet med et større prosjekt tilknyttet en forsker, som skal ta for seg implementeringen av *Aktivitetsskolen*. Dette større prosjektet har vært med og finansiert mitt feltarbeid i Finnmark, og en del av min intervjuguide har vært knyttet til implementeringen av prosjektet, men utover dette har jeg heller ikke hatt noen forpliktelser ovenfor dette prosjektet.

4.2 FORARBEID OG UTARBEIDING AV INTERVJUGUIDE

Aktivitetsskolen har vært behjelpelige og samarbeidsvillige hele veien. I begynnelsen tok jeg kontakt med ledelsen for å sette meg grundig inn i studien. De har sendt meg all informasjon de satt på om *Aktivitetsskolen*. Alt fra foredrag de har holdt, informasjon om nettverkssamlinger til litteratur de har forholdt seg i utviklingen av studien. I forkant av bearbeidingen av intervjuguiden og mens jeg utarbeidet en projektskisse våren 2011, tok jeg en uformell prat med to av helsesøstrene som var involvert i *Aktivitetsskolen*. Dette var for å kartlegge studien for meg selv, og jeg tok kun notater i dette møtet. Etter å ha satt meg grundig inn i prosjektet ved samtale med prosjektledelsen, gjennomgang av artikler og material *Aktivitetsskolen* sendte meg, samt samtalene med de to helsesøstre som var involvert i prosjektet, startet jeg arbeidet med en intervjuguide.

På bakgrunn av min metodiske tilnærming og vide problemstilling, som på dette tidspunkt var: «*Hva er helsesøstrenes erfaring med å arbeide i Aktivitetsskolen?*», valgte jeg å ha intervjuguiden så åpen som mulig. I det interaksjonistiske perspektiv, legges det vekt på å ha en så åpen tilgang som mulig, som gir plass til det uventende (Järvinen 2005). Å gå inn i et felt, fri for teoretisk antagelse, og la intervjuobjektets uttalelser tale for seg selv er i et interaksjonistisk perspektiv, som jeg er inspirert av, vanskelig. Den tar høyde for at et empirisk intervjumateriale alltid er formet av et forskningsprosjekt. Slik Alvesson uttrykker det er intervjumateriale et resultat av konstruksjoner – formet av fortolkninger og av en spesifikk terminologi, og dermed gjennomsyret av teori (Alvesson & Sköldberg 2008). Mine fortolkninger av materiale bærer sannsynligvis derfor preg av en teoretisk ballast jeg hadde med meg inn i feltet.

Før jeg begynte arbeidet med intervjuguiden, hadde jeg satt meg inn i bakgrunnen for prosjektet, og formet en projektskisse der jeg tok utgangspunkt i *empowerment*, og Foucaults maktperspektiv i den teoretiske delen. Sånn sett kan man jo si at jeg gikk med en forutanelse av hva jeg skulle møte og hva jeg skulle finne. Jeg var opptatt av den *vennligsinnede makt*¹⁰ som karakteriserte helsesøstrene og deres endrede rolle fra eksperter til samtale partnere, samt min personlige interesse for menneskelig samhandling. Det var viktig for meg å stille spørsmål som kunne få frem hvordan de selv oppfattet samhandlingen med foreldrene, og hvordan de arbeidet i

¹⁰ «Makten omtales som mild i sin karakter fordi den skulle være tuftet på omsorg og utøves på en skånsom måte» Andrews and Wærness (2004:330)

det direkte møte med familiene. Dette samtidig som jeg ville forsøke fange deres erfaringer. Dette fokuset med *vennlighetsmakt* og endrede roller, forandret seg noe underveis, det samme gjorde intervjuguiden. Jeg kommer tilbake til dette under *intervjuprosessen*(S.27)

Min intervjuguide var inndelt inn i tre deler. Den første delen gikk ut på at helsesøsteren fortalte kort om seg selv. Ansiennitet, alder og hvordan hun ble engasjert i prosjektet. Hva hennes rolle var og hva hun konkret gjorde i arbeidet med studien og hvor de var i studien per dags dato. Den andre delen var knyttet til selve implementeringen av *Aktivitetsskolen*, mens den tredje delen gikk på helsesøstrenes erfaringer og møtet med familien. Jeg så det som nyttig å ha med alle disse delene, da jeg fikk et godt bilde av hvordan studien ble gjennomført i deres kommune, deres beskrivelse av erfaringene med å jobbe med det og deres forhold til det.

Av annet forarbeid i denne perioden, sendte jeg en søknad til NSD om godkjenning til å utføre feltarbeidet, der intervjuguiden og formålet med mitt prosjekt ble lagt ved. Siden jeg intervjuet helsepersonell, og hadde formulert intervjuguiden som ikke gikk inn på noe sensitivt som berørte taushetsplikt eller opplysninger om familiene som hadde deltatt på prosjektet, ble det vurdert som etisk forsvarlig å gjennomføre min studie og jeg fikk godkjenning høsten 2011.

4.3 REKRUTERING OG UTVALG

Våren 2011 sendte prosjektledelsen ved *Aktivitetsskolen* ut ett informasjonsskriv til alle de 16 potensielle informantene, ved de 7 involverte helsestasjonene. Der ble det opplyst om at de samarbeidet med en forsker og en student ved UIT, som kom til å gjennomføre en kvalitativ studie i løpet av høsten 2011. Knyttet til deres arbeid i aktivitetsskolen. Da godkjenningen fra NSD var klar, ble det på nytt sendt ut et skriv med en formell forespørsel om de kunne tenke seg å stille, og ble bedt om å ta kontakt med meg. Dette informasjonsskrivet var utarbeidet av meg, men sendt ut fra prosjektledelsen. Det var lite respons på dette brevet i begynnelsen, og prosjektkoordinator ved *Aktivitetsskolen* tok på seg jobben med å spørre dem direkte. Dette førte til at flere sa seg villige, og jeg tok da kontakt med dem for å ta avtale intervju. I ettertid har jeg reflektert om jeg burde ha tatt den første kontakten, siden det var viktig å vise at jeg ikke var en del av selve studien og at jeg ikke var ute etter å evaluere dem på noen som helst måte. Jeg tok etter hvert over hele kontakten.

Å rekruttere viste seg å være en utfordring. I utgangspunktet tenkte jeg at jeg var heldig som hadde god oversikt over de potensielle informantene, men slik ble det altså ikke. Etter en måned hadde jeg bare fått respons fra tre informanter at de kunne tenke seg og stille. Flere ville stille, men de la vekt på at de var presset for tid og at det kunne bli vanskelig å gjennomføre et intervju. Jeg satte da en grense på intervjuene til 1 time og forsøkte å være så fleksibel så mulig. I løpet av høsten fikk jeg forespørsel fra prosjektledelsen i Aktivitetsskolen om jeg kunne tenke meg å delta på en nettverkssamling for alle de involverte i prosjektet i Karasjok. Dette takket jeg ja til av flere årsaker 1) for å hjelpe til i rekrutteringsarbeidets, presentere meg selv og prosjektet og hvorfor jeg ønsket å snakke med dem. 2) bli bedre kjent med *Aktivitetsskolens* implementering 3) for å få innsikt i de involvertes erfaringer med å arbeide i denne studien, som supplement til intervjuene.

Da jeg deltok på nettverkssamlingen, var mitt eneste innspill å informere om prosjektet, og understreket at jeg på det daværende tidspunkt søkte etter flere informanter. Under dette oppholdet snakket jeg med helsesøstre, tok kun notater, ingen intervju eller annen datainnsamling foregikk. Under denne nettverkssamlingen så jeg at det som ble tatt opp av helsesøstre på intervju, også ble diskutert på denne samlingen, og supplerte mine intervjuer. Jeg ser på dette som styrking av mitt materiale. I tillegg fikk jeg på denne nettverkssamlingen booket flere intervju.

Gjennom prosessen har jeg også vært invitert til å delta på evalueringsmøter prosjektledelsen hadde med de forskjellige kommuneteamene. Jeg har totalt deltatt på 5 av 7 evalueringer. Ett av dem var gjennomført før jeg ble involvert, det siste har enda ikke vært gjennomført per dags dato. Det kommunale teamet hadde på forhånd godkjent at jeg ble med, og jeg understreket at jeg kun var med for å observere. Det ble ikke tatt opp på noe på bånd under disse møtene, som foregikk over videokonferanse, men jeg skrev notater underveis. Jeg fikk også tilsendt referat som prosjektledelsen hadde laget i etterkant av møtet. Dette, i likhet med nettverkssamlingen, var en god arena for å bli kjent med *Aktivitetsskolen*, få innsikt i implementeringen av studien, helsesøstrenes erfaringer og en god arena for å rekruttere. Etter hvert så jeg også at mye av det som ble tatt opp, var likt det jeg fikk beskrevet gjennom intervjuene og jeg føler dette styrker mitt materiale og oppgave alt i alt.

Mitt utvalg av informanter er rekruttert utelukkende fra *Aktivitetsskolen*, og fra det kommunale teamet. Av disse var det i alt 16 potensielle informanter, dette er også inkludert enhetsledere på

hver av helsestasjonene i de 7 kommunene. Disse enhetslederne hadde hatt ulike roller, noen hadde vært direkte involvert i studien, andre ikke. I noen av kommunen var enhetsleder og helsesøster den samme, og i andre kommuner var enhetslederen mer direkte i arbeidet i studien, jeg har da intervjuet disse. Jeg har brukt informasjon *Aktivitetsskolen* har sendt meg, og oppsummeringsmøtene som utgangspunkt for å vurdere hvilke informanter som var relevante for intervju og datainnsamling. Målet var i utgangspunktet å få intervjuet samtlige helsesøstre i kommune teamene, det vil si i alle de 7 kommunene som er med i studien. Etter å ha samlet informasjonen, ble målet å intervjuer helsesøstre som har jobbet direkte med prosjektet, og etter å ha tatt høyde for en del utskiftninger ble jeg stående med 10 aktuelle informanter, disse informantene representerte alle de 7 involverte kommunene, og jeg fikk i løpet av en 5 måneders periode intervjuet alle disse 10 helsesøstrene.

Det har vært noe utskiftninger, men av de jeg har intervjuet der det har vært utskiftning, har jeg snakket med de som stort sett har vært med hele tiden. Viktig er det også å ta med at alle helsesøstrene, bortsett fra to, har blitt intervjuet på arbeidsplassen i arbeidstiden. Ett intervju ble gjennomført over videokonferanse. Informantenes yrkes erfaring varierte fra 32 år til 8 år. En av informantene holdt på med sin helsesøsterutdanning mens ei var sykepleier med erfaring fra helsestasjon. De hadde begge hadde jobbet som sykepleiere i 8 år. I intervjuene ble informantene spurt om alt fra hvordan det var å jobbe i *aktivitetsskolen*. Alt fra samarbeidet med spesialist helsetjenesten og innad i det kommunale teamet. Og hvordan erfaringene med studien rent praktisk hadde vært, til hvordan det var å jobbe med denne problemstillingen og deres erfaringer med møte med deltakerne. De ble også bedt om å beskrive arbeidshverdagen med vekt på de konkrete konsultasjonene og deres samhandling med familiene. Helsesøstrene med lang ansiennitet beskrev i tillegg erfaringer fra sin lange yrkeskarrierer. Intervjuene ble gjennomført over en periode på 5 måneder, og det varierte i stor grad hvor langt de aktuelle kommunene hadde kommet i prosjektet. Noen var midt i, mens noen snart var ferdige. Det som er felles var at de alle var ferdige med den med den tette oppfølgingen. Observasjonene som har vært gjennomført, det vil si ved nettverkssamlingen og evalueringsmøtene, er kun brukt for å supplere til de dataene som er samlet inn under intervju.

4.4 INTERVJUPROSESSEN

Som jeg var inne på under forarbeid av intervjuguiden, endret intervjuguiden seg gjennom prosessen. De første intervjuene ble en bratt læringskurve for meg, som for de aller fleste. I begynnelsen gikk jeg mer kategorisk igjennom guiden, etter hvert som jeg hadde foretatt noen intervjuer, ble det mer som en flytende samtale, og guiden ble mer som en huskeliste. Verdt å ta med er også dette at helsesøstrene er har en taushetsplikt. Dette var nok også med på å forme svarene svar, og ikke bare båndopptakeren som spilte inn på mange av de politiske korrekte svarene jeg følte jeg ofte fikk. Noen av helsesøstrene fikk inntrykk av at jeg var med å evaluerte prosjektet, men da jeg fikk klargjort dette, følte jeg at praten gikk bedre. Det er en viktig erfaring jeg tar med meg videre. Helsestasjonen og *Aktivitetsskolen* bærer preg av mye utskiftning, og at de i hver kommune var på forskjellige stadier i prosjektet spilte nok også inn på hva slags svar jeg fikk på spørsmålene.

Jeg har også intervjuet overlegen som er prosjekt ansvarlig for *Aktivitetsskolen*, Ane Kokkvoll. Dette for å få tak i hva som ligger bak studiens opprinnelse, for å få studien mer under huden, og få et bilde av hva som er nytt i denne studien. Kokkvoll sier selv at de jobber i forkant i samhandlingsreformen og at prosjektet er et resultat av at dagens tilbud ikke var tilfredsstillende nok. Selve intervjuet med Kokkvoll er ikke med i analysen. Jeg velger å omtale det her, da det er en del av det arbeidet jeg har gjort for å kartlegge prosjektet i detalj og jeg bruker det aktivt når jeg presenterer 2 **Aktivitetsskolen**. Det var også med å påvirke de forestående intervjuene jeg hadde med informantene. Intervjuguiden ble endret noe gjennom prosessen, disse endringene ble mer tilpasset det at de forskjellige kommunene var i forskjellige deler av prosjektprosessen. Etter hvert som jeg fikk kunnskap om studien var denne informasjonen fra intervjuet med på å forme intervjuene i noen grad.

Som nevnt hadde jeg på forhånd av intervjuene utarbeidet en projektskisse. Denne tok et teoretisk utgangspunkt i Foucaults maktperspektiv og tok opp *empowerment* begrepet, og i denne tok jeg også for meg helsesøster yrkets endringer. Dette endte også opp med å være en del av den endelige oppgaven, men gjennom prosessen endret mitt perspektiv på dette seg betraktelig. Gjennom intervjuprosessen, la jeg fra meg deler av dette, da helsesøstrene ikke selv snakket om dette, og omtalte aldri seg selv som eksperter. Snarer tvert i mot, mange av mine hypoteser falt i grus, de var ikke frustrerte i deres «nye rolle». Det som opptatte dem var deres samhandling med

familiene, og hvordan de jobbet med bevisstgjøring og motivasjon. Deres forvaltning av brukerorientering og den faglige tyngden de satt på i forhold til kosthold, og kunnskap om hvordan man kan redusere fedme og overvektproblematikk, gjorde at mitt tema til slutt ble brukerorienteringen og helsesøstrenes utøvelse av dette. Foucault og *empowerment* begrepet ble med meg inn i analysen av dette.

4.5 ANALYSEPROSESSEN

Selve analysen er basert på semi - strukturerte intervjuer med 10 helsesøstre. Supplert av observasjoner og notater fra nettverkssamlingen i Karasjøk og evalueringsmøtene med hver av kommunene som jeg har deltatt på. Formålet med analysen av intervjuene og observasjonen var å få et innblikk i helsesøstrenes forvaltning av brukerorientering i lys av deres arbeid i *Aktivitetsskolen*. Jeg har brukt *Aktivitetsskolens* retningslinjer og ambisjoner, samt helsepolitiske dokumenter, blant annet Nasjonale Faglige Retningslinjer fra Helsedirektoratet (2011) og samhandlingsreformen (st. meld nr 47). Dette for å sette det i en større sammenheng. Hva slags funksjon helsestasjonen og helsesøstre har i det moderne samfunn har også vært sentralt for å belyse brukerorienteringen som er mitt tema for oppgaven

Å INTERVJUE PROFESJONELLE

Et sentralt poeng i det interaksjonistiske perspektivet, er interaksjonen mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Dette bygger på en antagelse om at materialet er formet av intervjueren og intervjuobjektet i felleskap, og preget av interaksjonen i selve intervjusituasjonen. Inspirert av Goffman argumenteres det for at man må betrakte *selvet* som en prosess, som stadig forandres og virkeliggjøres gjennom interaksjon (Järvinen 2005:31). Intervjuet blir sett på i dette perspektivet som et sosialt møte, hvor erfaring blir fortolket og mening blir skapt (Ibid)

Forskere i en interaksjonistisk tradisjon, analyserer ofte intervjuobjekts utsagn som en del av en selvrepresentasjon. Dette er noe jeg også har tatt høyde for når jeg har gått inn og analysert materiale. Intervjuet handlet ikke bare om erfaringer, holdninger og handlinger. I analysen av dette tok jeg også høyde for deres selvrepresentasjon av seg selv, deres sosiale identitet og sosiale strategi. Helsesøstre er profesjonelle aktører, og de fleste ble intervjuet på sin arbeidsplass om deres arbeid. I det interaksjonistiske perspektivet er man inspirert av Goffmans dramaturgiske perspektiv. Når intervjuobjekter forsøker å fremstille seg som fornuftige og respektable mennesker, henger dette sammen med diverse rolleavhengige egenskaper. Jeg intervjuet mine

informanter i konteksten av at de var helsesøstre i en RCT – studie som rettet seg mot barn med fedme og overvektproblematikk. Helsesøstrene vil jeg da tørre påstå har en profesjonell rolle i intervjuet, da de representerer en profesjon med sin identitet og verdier. På bakgrunn av deres retningslinjer som jeg viste til under *3.2 Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag*, ser vi også at de jobber med en gruppe man nærmer seg ved en forsiktighet, og deres uttalelser kan preges av dette.

Jeg forsøkte å betrakte helsesøstrenes svar og historier, som et forsøk på å fremstille en så fornuftig og meningsfull sosial identitet som mulig. Jeg forventet ikke at jeg skulle bli presentert en essensiell beskrivelse om hvordan deres erfaringer med studien var og hvordan de så på seg selv som helsesøstre. Jeg tok høyde for at de presenterte et bilde av seg selv, som de følte var naturlig i intervjusituasjonen og som sammenfallet med deres forståelse av å være en god helsesøster og hva deres krav og forventinger er. Likevel var det deres profesjonelle rolle jeg var ute etter å kartlegge, og anser dataene slik sett å være tilstrekkelig i forhold til min problemstilling, der jeg vil forsøke få tak i deres forvaltning av brukerorientering og utøvelse av faglig tyngde.

Järvinen (2005) påpeker hvordan intervjuobjektens utsagn og handlinger kan analyseres som inntryksstyring. Under intervjuet var det ikke bare helsesøstrene som prøvde å styre sitt inntrykk av seg selv, men også meg som intervjuer. En av årsakene til at jeg satt meg så godt inn i prosjektet på forhånd, var også at jeg ønsket å fremstå som seriøs og en troverdig representant for mitt prosjekt. Jeg brukte ikke direkte min kunnskap om prosjektet i intervjuet, men viste til at jeg kjente prosjektets rammer godt, og at jeg var ute etter å få ta del i deres kunnskap om hvordan det hadde fungert i deres respektive kommune. Jeg følte da at, min kunnskap om prosjektet var med å gi oss en felles referanse ramme, men at de fortsatt hadde masse å fortelle meg om.

DE FEM POSISJONENE

I min analyseprosess og min metodiske tilnærming inspirert av et interaksjonistisk perspektiv, er særlig gjeldene på dens fokusering på intervjuet som narrativt. Dette brukes som regel når intervjuobjektet forteller en livshistorie eller indentifiserer en eller flere fortellinger i intervjuet. I bruken av det narrative forsøker man å få tak i den røde tråden, strukturen eller fortellingens plott. Jeg forsøkte å se hvert av mine intervjuer som en helhet, og prøvde å tolke det de beskrev til meg, og ofte fant jeg dette i de historiene de fortalte meg om deres møte med familien.

Samtidig som jeg analyserte hvert intervju som en helhet, forsøkte jeg også å se etter forskjeller og ulikheter mellom helsesøstrene, og satt det i en større sammenheng, som jeg sa innledningsvis. Derfra har jeg forsøkt og delt det inn i ulike posisjoner, der jeg har satt enkelte helsesøstres sitater inn i en større sammenheng. Helsesøstrene brukte som regel å referere til møte med familiene når de ville understreke ett poeng de mente var viktig. Det kunne enten være rundt en dialog, noe foreldrene hadde beskrevet til dem, eller ord og tilnærmelser de hadde til foreldrene. Det virket på meg som at det var på denne måten de ville vise meg hvordan de samhandlet med familiene. Det var som regel eksempler fra deres direkte møte med familiene som ble brukt, mer enn deres refleksjoner jeg fikk innblikk i. Det var slik jeg fikk tak i de fem posisjonene jeg har skissert i analyse delen.

De fem posisjonene er et forsøk på å gjenspeile de posisjonene helsesøstrene beskrev til meg at de hadde ovenfor foreldrene. Hvordan de aktivt brukte dem, eller tonet dem ned avhengig av situasjonen og relasjonen de forsøkte å ha med familien. Jeg fant også lignende kategorisering hos en annen forsker. Inga Axelsen (1995) har en tilnærmende lik kategorisering av funksjoner i en empirisk studie av helsesøstrenes praksis ved hjemmebesøk hos sosialt utsatte familier. Her kategoriserte hun fem lignende kategorier av funksjoner helsesøstre ivaretar. Axelson konkluderte med at helsesøstrenes egentlig kompetanse lå i å identifisere uorden i forhold til de gjeldene normer. Hun brukte kategoriseringen for å vise til at de kom til syne i språket og ved de skjulte vendingene helsesøstrene benyttet seg av når familien uttrykte noe som stridte mot de gjeldene normene. Jeg har på ingen måte grunnlag for å komme til en lignende konklusjon ut i fra mitt materiale. For det første har jeg kun tilgang på det helsesøstrene beskriver til meg. For det andre hadde jeg av etisk og forskningsmessig forsvarlighet ikke mulighet til å være til stede på noen av konsultasjonene. Det at det var funnet frem til lignende kategoriseringer av helsesøstrenes arbeid, følte jeg styrket min fortolkning av det helsesøstrene beskrev til meg.

SOSIAL KONTEKST

Det helsesøstrene beskrev til meg kan ikke kun ses på som refleksjoner av en individuell erfaring. I lys av interaksjonistisk perspektiv, ser jeg det også som et uttrykk for de allerede eksisterende kulturelle diskurser knyttet til det å være helsesøster. Slik jeg tolker det interaksjonistiske perspektiv trenger ikke fortellingene og refleksjonen være så personlig, men reflekterer intervjuobjektets posisjonering i en sosial kontekst. I Järvinen (2005), henvises det til at

intervjuet kan ses på som «vinduet til kollektive tankeprosesser» (2005:43). Det at jeg har intervjuet helsesøstre, som tilhører en profesjon jeg har et forhold til som de fleste andre, kan ha ført til at jeg lettere har akseptert det de har sagt, for det stemmer overens med «mitt bilde» av helsesøstre som profesjonelle.

I den narrative tilnærmelsen er begrepet *karakter* sentralt. En historie har ikke kun et plott, men inneholder også karakterer (Järvinen 2005). Det interessante er ikke bare å se på hvem disse karakterene som omtales er, eller hvordan de blir presentert, men også hva slags bilder de tegner. Hvem presenteres som de gode versus det onde i fortellingene. Dette er ikke noe jeg direkte har brukt i analysen av materiale, men var med på å føre meg inn i analysen av hvordan de omtalte seg selv. De presenterte sine handlinger som grunnleggende gode, de uttrykte at de handlet ut i fra beste for familiene. Dette var med og indentifisere en av de fem posisjonene i min analyse, og brakte med inn i en godhetsdiskurs (Loga 2003) videre i drøftingen. Ved denne tilnærmelsen fikk jeg også øye på at det de formidlet til meg ofte var solskinnshistorier. De fortalte villig vekk om de som de mente det hadde gått bra med, og i mindre grad om dem de ikke hadde fått tak i, det ble satt i sammenheng med eksempler på steder der de selv ikke strakk til, og måtte henvise videre da dette ikke var deres kompetanse området. Dette knytter jeg til dette med å gi et bilde av seg selv, som må tolkes i den meningsforståelsen som ligger i det å være helsesøster og det gode som ligger i deres handlinger. Det kan godt hende at det var slik at disse familiene var utenfor deres kompetanse området, men jeg kan ikke vurdere deres evne til å vurdere. Jeg kan sette det i en sammenheng med at de vil gi et best mulig bildet, og i det ligger det også å fremstille seg selv som kompetent, og i det ligger det også det å ta valget med å sende de videre.

4.6 VURDERING AV DATA

Kunnskapen jeg har tilnærmet meg gjennom intervjuene, er basert på hva helsesøstre har formidlet til meg som profesjonelle i intervjusituasjonen. Samt hva slags retningslinjer de jobber ut i fra, både fra myndighetene og *Aktivitetsskolen*. *Aktivitetsskolen* er et høyst relevant studie for å analysere forvaltning av brukerorientering. Dette vil jeg begrunne med at denne RCT studien retter seg mot barn med fedme og overvektproblematikk, en gruppe som i følge retningslinjene, skal ha en tilnærming som setter familien i sentrum, og på sitt vis krever et brukerorienteringsperspektiv. Jeg har intervjuet 10 av de aktuelle helsesøstre som er involvert i

de 7 forskjellige kommunene, vært med på nettverkssamling og diverse evalueringsmøter og anser mine data som høyst relevante for å se på brukerorienteringsperspektivet.

I etterkant ser jeg også at jeg kunne ha fått mer ut av intervjuprosessen hvis jeg hadde analysert dataene grundigere underveis, det var først i ettertid av intervjuene jeg fikk fokus på brukerorienteringen og kunne ha gått mer inngående på dette i intervju og fulgt opp denne tendensen. Likevel ser jeg det som en styrke ved metoden at denne tendensen kom frem uten at jeg bevisst lette etter den, da den var fremtredende i samtlige av mine intervjuer. Min intensjon var fra begynnelsen å fange opp deres erfaringer som helsesøstre, rundt hvordan det var å arbeide i *Aktivitetsskolen*. Ved å ta høyde for at jeg intervjuer profesjonelle, og må ta det for gitt at de formidler til meg er basert på deres beskrivelser som profesjonelle. Jeg vurderer det slik at mine data er står sterkt i forhold til mitt formål, om å se nærmere på hvordan de beskrev sin forvaltning av brukerorientering. Jeg vil likevel understreke at mine analyser har tatt utgangspunkt i et lite prosjekt og kan vanskelig generaliseres.

4.7 ANONYMISERING PROBLEMATIKK

Aktivitetsskolen er et relativt lite, men et godt kjent prosjekt. Mine analyser er tatt ut i fra hovedsakelig 10 intervjuer og jeg har i stor grad vært nødt til å generalisere dataene, og forsøke at ingen av informantene skal gjenkjennes. Ut i fra dette har jeg valgt sitat som er av den generelle karakter, og har i en grad forsøkt å ha fokus på å betegne dem som gruppe, noe analysen bærer preg av. I bruk av sitater har jeg forsøkt at ingen skal direkte gjenkjennes, likevel vil kanskje noen av informantene gjenkjenne sine egne sitater. I bruk av sitater har jeg også valgt å forkorte dem noe, dette med tanke på leservennlighet. Jeg har ikke fjernet noe essensielt innhold eller poenger fra intervjuene, men valgt å vise dem så konkret som mulig. Jeg forsøkt å være forsiktig og varsom i mine fortolkninger og ønsker på ingen måte å støte noen av mine informanter. Jeg har også gjennom hele oppgaven forsøkt å være klar på at det hele baseres på mine fortolkninger og oppfatninger av helsesøstrenes beskrivelser. Og satt det i sammenheng med de retningslinjene de har å forholde seg til. Jeg vil understreke at informantenes oppfatning og forståelse kan være en annen.

5. TEORI

I dette kapitlet vil jeg presentere de ulike maktperspektivene jeg har benyttet meg av i analysen av mitt materiale. De forskjellige maktperspektivene har det til felles at det plasserer makten i posisjonen, ikke individet som innehar posisjonen. I Foucaults teorier omhandler dette diskursbegrepet, i oppgaven har jeg ikke gjennomført en diskursanalyse. Jeg benytter meg av maktbegrepet her, da den knytter makt til posisjoner. Jeg analyserer ikke de eventuelle diskursene makten opererer i og kommer ikke til å legge vekt på diskurs i min teoretiske fremstilling. Jeg har benyttet meg av disse perspektivene, da de er fruktbare for å se på styringsprosessen som kan ligge bak brukerorienteringen på et mer overordnet nivå. Det er også interessant å se på hva som kan ligge i samhandlingen mellom familien og helsesøstrene, jeg har funnet det fruktbart å benytte meg av et maktperspektiv for å analysere dette nærmere. I dette kapitlet knytter jeg *empowerment* sterkere mot en maktforståelse, og dypere inn i hva som ligger i dette begrepet. Jeg vil starte med å vise til helsesøsteryrket i en profesjonsforståelse, dette anser jeg som viktig da profesjonen har vært gjenstand for debatt siden dens opprinnelse.

5.1 PROFESJON

Helsesøster som profesjon har vært omdiskutert siden dens opprinnelse, i profesjonsdiskusjonen har tema som identitet, retning og status vært under lupen for forskning og debatt. Et fenomen som har vært med og har gjort diskusjonen, og yrket i seg selv vanskelig, som jeg tidligere har nemt, har vært at helsesøstrenes arbeidsoppgaver og ansvar, er og har vært i en konstant endring (Andrews & Wærness 2004; Zola & Croog 1968). Samhandlingsreformen så nå er iverksatt, har satt strengere krav til samarbeid mellom tjenester, og mer ansvar skal ut i kommunehelsetjenesten som vist til tidligere. I de faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet (2011) står det også eksplisitt at helsesøstrene skal være involvert i alle de 4 stadiene av tiltak som skal settes inn vedrørende barn med overvekt og fedmeproblematikk. Fedme og overvektproblematikk faller inn under helsesøstrenes arbeidsansvar, og viser til den kompleksiteten helsesøstrene må forholde seg til, med forvaltning av brukerorientering og utvisning av faglig tyngde. Mye av litteraturen og forskning i feltet går ut på helsesøstrenes egne opplevelser av usikkerhet på sin egen rolle hvor grensene for arbeidsoppgavene går og at man lett blir involvert langt inne i familiesfæren

(Andrews ; Axelsen 1995; Sollesnes & Tønjum 2008). Å arbeide i familiens «indre»¹¹ som profesjonell, er en stor del av helsesøstrenes arbeid, men deres yrke er langt fra de eneste som har en slik karakter. Det er flere som innehar de samme funksjonene, blant annet sosionomer og andre offentlige ansatte som forvalter velferdsgoder. Jeg har tidligere beskrevet helsesøstrenes historie, og hva deres arbeidsoppgaver er, og hvilken plass de har i helsevesenet. Jeg vil nå bevege mer inn i en profesjonsforståelse av yrket. Profesjonsutøvelse er en tjeneste yting. For at de skal kunne utføre sitt arbeid må det være noen som trenger den tjeneste og vice versa. I denne profesjonsutøvelse ligger det en asymmetrisk relasjon. Familiene er avhengige av helsesøstrenes profesjonelle kompetanse, og må stole på at de besitter den relevante kompetansen de har behov for. Helsesøstre som profesjonsutøvere har en viktig rolle i det moderne samfunn, de arbeider med forebygging av sykdommer, hjelper familier og enkelt individer med behov for deres tjenester. De innehar også en kontrollfunksjon for staten, underviser barn, familier, ungdommer etc. (Sosial & Helsedirektoratet 2004). De er med andre ord portvakter som forvalter tilgangen til velferdsgoder.

En måte å definere profesjon på, er å ta utgangspunkt i den akademiske utdannelsen og dens varighet sett i sammenheng med det faget man utøver. Dette er en tradisjonell definisjon som er knyttet spesielt til yrker innen medisin og juss – i dette perspektivet blir ofte yrker som helsesøstre, sykepleiere, fysioterapeuter, som tradisjonelt sett har en høyskoleutdanning, sett på som semiprofesjoner. Ulf Torgersen (1972) definerer ikke etter en kategori av yrker, men en relasjon mellom yrker og en spesiell utdanning. Torgersen sier at vi har en profesjon dersom vi har en spesialisert utdanning som er slik at alle som skaffer seg denne utdannelsen, søker inn i bestemte yrker. Og at disse yrkene utelukkende rekrutterer personer med denne utdannelsen. Det er bestemt type yrkesmotivasjon og utdanningsmonopol som utgjør den profesjonen. I boken *profesjons sosiologi*, definerer Torgersen (1972) profesjon som følgende:

1) En bestemt langvarig formell utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som i følge sosiale normer ikke kan oppfylles av andre personer enn de med denne utdannelsen (Ulf Torgersen:72)

¹¹ Dette betegner jeg som det personlige videre i drøftingen.

Freidson (1988) viser til to ulike perspektiver i hvordan man kan gå frem for å definere profesjon. Den ene tar utgangspunkt i det overnevnte, med utgangspunkt i den utdanning og status den enkelte profesjon gir. Den andre tilnærmingen tar utgangspunkt i et begrenset antall yrker som har de samme institusjonaliserte verdier og ideologi. I det perspektivet som tar utgangspunkt i et begrenset antall yrker, vil det i slike settinger kunne oppstå konflikter og uenigheter. Og det er dette Freidson omtaler som profesjonskamp eller profesjonsstrid. Begrepet profesjon kan altså forstås som at personer med en viss utdanning gis rett til å utføre visse arbeidsoppgaver mer eller mindre autonomt. Det knyttes bestemte normative forventninger til en profesjon. Yrker befinner seg langs et kontinuum, og det er ikke entydige grenser mellom yrkene. Vi snakker profesjonaliseringsprosess når yrker utvikler seg mot de overnevnte trekkene, og med deprofesjonalisering menes det at denne prosessen reverseres (Molander & Terum 2008). Disse profesjonsforståelsene er fruktbare i forhold til å diskutere forholdet mellom profesjonene og profesjonsstriden. Og er ofte brukt i forskning og debatter, som dreier seg om helsesøstrene går mot en deprofesjonalisering (Andrews & Wærness 2004; Erichsen 2003). I min oppgave blir ikke dette relevant i selve diskusjonen, men er viktig å ha med som et bakteppe i selve profesjonsforståelsen, og at det er et poeng å ta med at profesjoner opprettholder seg selv i en kamp med andre profesjoner om en posisjon i det store samfunnsbildet.

Vibeke Erichsen (2003) er inspirert av Andrew Abbott (1988) og argumenterer for at profesjonene må betraktes som sosialt konstruerte på den måten at de i stor grad er produkter av bestemte sosiale, politiske og kulturelle forhold. Erichsen analyserer helsevesenet som et profesjon system, i den forstand at det oppfattes som en struktur hvor profesjoner er forbudt med hverandre og med de arbeidsoppgaver de utfører. Hun følger koplingene mellom mikro og makronivåene, slik Abbot (1988) også gjør det. På mikro er det relasjonen mellom profesjonene med arbeidsfordeling og tjenesteyting, mens på makro er det profesjonsorganisasjonene og de offentlige styringssystemene som er sentrale (Erichsen 2003). Hun søker mekanismene som styrer helsetjenesten og har fokuset på samspillet og spenningene mellom mikro og makro. I denne oppgaven søker jeg etter det spesielle i helsesøsterprofesjonen, uten å se på relasjonen mellom profesjonene eller styringssystemene innad, eller diskutere hvorvidt de er en profesjon.

I studier og arbeider gjort rundt profesjonene i det norske helsevesen, er yrkessystemet sentralt. Yrkene i helsetjenesten kan klassifiseres i forhold til to dimensjoner: Verdigrunnlag og

kunnskapstilknytning (Erichsen 2003). Øverst i hiarkiret finner vi autoteliske verdier¹² og de er vitenskapsbaserte. Nederst finner vi yrker som har en instrumentell verditilknytning¹³ og er basert på empirisk forskning. Det er her vi finner helsesøsterprofesjonen (Ibid). En måte å studere profesjonaliseringsprosesser på har vært å ta utgangspunkt i det daglige arbeidet som profesjonene gjør og integrere dette i analysen av profesjonsstrategier. Slik etableres det en kobling mellom mikro og makro nivå i studer av profesjoner. I dette perspektivet knyttes profesjonaliseringen til en tilegnelse av myndighet og ansvar for bestemte arbeidsområder og for defineringen av disse (Erichsen 2003).

Ofte brukes profesjonsforståelsene for å vise til posisjoner mellom seg. Jeg vil vise til en profesjonsforståelse av deres arbeid. Og ser på det i likhet med Abbot og Erichsen som sosialt konstruert. Viktige med å ta det med, er at det gir en forståelse av de rammene de jobber innenfor, yrkesstoltheten og hva som forventes av dem som profesjon. I diskusjonene rundt deprofesjonaliseringen av helsesøsteryrket, har en av de største tendensene vært at de har blitt fra tatt ansvar og at stadig flere yrker kommer inn i deres domener, f eks jordmødre (Andrews & Wærness 2004). Helsesøstrene har det administrative ansvaret på helsestasjonen og i veilederen som staten sendte ut sist høst, Helsedirektoratet (2011), tilskrives helsesøstre det administrative ansvaret for oppfølging av familier og barn, selv også etter de er innenfor spesialisthelsetjenesten ansvarsområdet som jeg viste til under 2 *Aktivitetsskolen*. Dette er noe jeg kommer tilbake til senere i analysen og diskusjonen. I den tradisjonelle profesjonsforståelsen som Torgersen definerer, kan man trekke tvil om helsesøstrene er en profesjon. Likevel, på bakgrunn av profesjonsforståelsen til Erichsen (2003), velger jeg å definere helsesøstrene som en profesjon. Erichsen (Ibid) tar utgangspunkt i det daglige arbeidet og integrerer mikro og makro nivået i profesjonen, og tar høyde for at profesjonen er sosialt konstruert og hvordan den er under konstant endring. Helsesøstrene jobber innenfor sitt arbeidsområdet i medisinen og har en identitet til sin profesjon. Dette er viktig å slå fast, da jeg senere i drøftingen plasserer helsesøstrene i det medisinske feltet som en profesjon, med det den tilhørende maktrelasjon dette kan føre med seg.

5.2 PROFESJONSIDENTITET

¹² Endelige og selvstendige verdier (Erichsen 2003)

¹³ Referanse til noe utenfor seg selv; materielle goder (Erichsen 2003)

En allmenn individualisering av samfunnet, kan være med å snevre den faglige forståelsen av profesjoners praksis og selvforståelse (Foucault, Davidson & Burchell 2010). Den profesjonelle må som regel gå inn i sin praksis dels som formidler av den faglige viten og dels rollen som medmenneske(ibid). Det er et sigende krav til helsearbeiderne at profesjonalitet og personlig utvikling integreres, blant annet knyttet til dette med brukermedvirkning. Dette viste jeg til i sitatet hentet fra Helsedirektoratet (2011) under 3.2 *Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag*. Videre i analysen har jeg benyttet meg av Foucaults begrep om *governmentality* for å belyse dette.

Innledningsvis viste jeg til at helsesøstrene som profesjonsutøvere har en viktig rolle i det moderne samfunn, som forvalter av velferdsferd goder. Helsesøstrene og familiene påtvinges, i kraft av den helsepolitiske ideologien, en økende grad av individualisering (Andrews 2002b). Det har vært en økende bruk av helhet- og brukerorientering, der oppmerksomheten rettes inn i det enkelte individ og blir forstått som et enkelt individ og der ens totale livsoppfatning blir tatt i betraktning. Denne helhetstanken skal være med å bidra til å utvide orienteringen i den enkelte tjeneste, samt stimulere til samarbeid på tvers av profesjoner (Ibid). Jeg kommer til å gå nærmere inn på temaet under 5.5 *Empowerment og brukerorientering*.

Governmentality er et forsøk fra Foucault, på å spesifisere maktens vesen i det moderne samfunn (Dean 2010). Foucault legger vekt på at begrepet rommer spesielt tre ting. For det første er *Governmentality* en ny styringstankegang, den er opptatt av økonomi og retter seg mot befolkningen som det nye og avgjørende styringsobjekt (Dean & Villadsen 2006). Denne styringstankegangen benytter seg av diverse institusjoner, teknikker og kalkulasjoner som skal sikre befolkningens helse og velferd. Dermed oppstår det da en ny (og gjensidig stimulerende) forbindelse mellom makt og viten (Dean & Villadsen 2006:14). For det andre skal *governmentality* diagnostisk betegne en tendens i det vestlige samfunn, hvor en bestemt maktform (*governmentality*) oppnår dominans i forhold til andre klassiske maktformer som eksempelvis suverenitet (Ibid). *Governmentality* styrer ved å disponere frie individers handlinger (Dean & Villadsen 2006:15). For det tredje snakker Foucault om hvordan staten gradvis har blitt «*governmentalisert*». Det vil si, hvordan statlig styring har beveget seg bort fra den suverene maktutøvelsen, til en maktutøvelse som sørger for å forme, stimulere og legge til rette for

befolkningen. Utførelsen av maktene og viten befinner seg ute i samfunnet så vel som i statsledelsen (Ibid)

Foucault og hans begrep om *governmentality* retter et særlig fokus på hvordan individer integreres i den moderne institusjonelle sammenhengen (Dean 2010; Foucault et al. 2010). På den måten blir koblingene mellom de institusjonelle krav og den enkeltes personlige utvikling intensivert, og blir et uttrykk for en særlig kunnskaps makt (Foucault & Gordon 1980). Det enkelte individet som er objektet for helsevesenet, oppmuntres til å oppfatte hva som må gjøres på en måte slik det blir et uttrykk for subjektets eget valg (Ibid). Mitt tema i oppgaven er brukerorientering, og det er helsesøstrene i *Aktivitetsskolen*, jeg har intervjuet i forhold til dette. Helsesøstrenes arbeid står i sentrum for det jeg skal forsøke å analysere, og denne Foucault inspirerte tilgangen er med og åpner for å se hva som ligger i brukerorienteringen på et overordnet nivå.

For å fange opp den generelle formen for gjennomføring av styringstaktikker, som reguleres gjennom å skape en intensiv dialektikk mellom institusjonelle teknikker og det personlige hos familiene. Anser jeg det som fruktbart å benytte meg av Foucault og hans makt- og *governmentality* begrep. Ved *governmentality* ønsker Foucault å lede oppmerksomheten mot at maktformene skal karakteriseres som noe produktivt og positivt. *Governmentality* kommer til uttrykk gjennom de strategier som søker å intensivere samspillet mellom den profesjonelles personlighet og institusjonens teknikker. Foucault (Dean 2010; Foucault et al. 2010) snakker om en sosial teknikk, som institusjoner benytter seg av for å intensivere og utvikle en dialektikk med privatlivet. Hans *governmentality* ser jeg på som en viktig måte å studere hvordan helsesøstrene forvalter brukerorientering i sitt møte med familiene på. Det kommer til syne i den fortroligheten de forsøker å oppnå, med åpne spørsmål og det personlige i hver familie, som institusjonene på sitt vis krever, mens som naturlig hører hjemme innad i familiene. I relasjonen med familiene er helsesøstrene også på utkikk etter faresignaler, og forhold i familien som kan være skadelig for barna, og som de må sørge for å ta tak i som jeg viste til under *3.2 Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag*. Helsesøstrene har en kontroll funksjon i forhold til høyde og vekt ved hver konsultasjon de har i *Aktivitetsskolen*, dette kommer jeg tilbake til under beskrivelsen av konsultasjonen. I den statlige veilederen i forebyggingsarbeidet med overvekt og fedme blant barn og unge (2010) står dette også eksplisitt. Foucault (Dean 2010) knytter denne kontrollen

tilbake til staten ved at disse kunnskapene og informasjonen brukes av staten igjen i form av statistikk, lovgivning og politikk fokusering. Han betegner dette som en privat-offentlig dialektikk, med en effekt som påvirker og forsterker, integrasjon og overvåking. For å vise til profesjonens tilhørighet i det offentlige er det viktig å ta med kontroll aspektet, og det er et viktig begrep i å forstå helsesøstrenes utfordring ved å forvalte brukerorientering. Som sagt innledningsvis retter hans begrep *governmentality* et fokus på hvordan individer integreres i moderne institusjoner, der individer i sterkere grad påtvinges individualiserte teknikker. Ett eksempel på dette kan være brukerorientering slik jeg tolker det. På denne måten blir individualitet og selvforståelse et uttrykk for en makt i *governmentality*. Dette kommer jeg til å gå nærmere inn på, men først vil jeg ta for meg noen ulike forståelser av makt begrepet.

Hvorvidt profesjonsbegrepet er fruktbart for å fange inn det særegne i det helsesøstrene gjør kan diskuteres, men for å forstå kravene og rammene de jobber i og helsesøstrenes identitet, mener jeg det er viktig. På bakgrunn av diskusjonen om helsesøstrene er en profesjon, anser jeg det som viktig å vise hvordan den moderne profesjonsteori er med å plassere dem som profesjon ved hjelp av en profesjonsidentitet.

5.3 ULIKE FORSTÅELSER AV MAKT

Makt er et uspiselig ord for mange, og oppfatter det som utelukkende negativt. I følge Foucault finnes det maktforhold overalt der mennesker finnes (Foucault & Gordon 1980). Makt kan avspeile ulike, asymmetriske, forhold mellom en eller flere parter. Makt er ikke alltid så lett å identifisere, og når det kommer til helsesøsterprofesjonen er det ikke nødvendigvis det første man tenker på. Da er det heller nettopp dette fraværet av makt som blir diskutert. Slik jeg ser det har helsesøstrene fortsatt en makt, de forvalter en oppgave og har et ansvar. Også i ved bruk av *governmentality* blir makten hos helsesøster sentral. Dette er noe jeg kommer til å argumentere videre for senere i oppgaven, men først vil jeg gjennomgå noen forståelser av maktbegrepet.

I den klassiske forståelsen av makt, inspirert av Weber. Handler makt om å få noen til å gjøre noe, som får en annen til å gjøre noe han eller hun ikke ellers ville ha gjort. Makt utøves hvis A har makt over B, i den grad hun eller han kan få B til å gjøre noe som han eller hun ellers ikke ville ha gjort (Dahl i Engelstad 2005). A og B kan være alle slags aktører, enkeltpersoner, grupper eller organisasjoner. Et eksempel på makt kan derfor være denne asymmetriske maktrelasjonen. I denne definisjonen er B isolert i den forstand at den den ikke har noe annet valg

enn å bli utøvet makt mot, mens A er definert til å besitte makten. De involverte kan på denne måten sies å ha definerte roller som er gjensidig utelukkende (Ibid). Hvis jeg hadde benyttet meg av denne maktforståelsen for å analysere beskrivelsen av samhandlingen mellom helsesøstre og familiene, ville familiene konstant blitt sett på som en undergruppe. Med tanke på hvordan helsesøstrene aktivt bruker brukermedvirkning og streber etter en felles forståelse og samarbeid, blir ikke dette fruktbart for å analysere relasjonen.

Jeg vil derfor benytte meg av en maktforståelse som tar høyde for dette. Haavind og Rønning i Engelstad (2003), argumenterer for at makt først blir forståelig når den ses i sammenheng med grunntrekk ved sosial handling, og sier videre at makt ikke kan betraktes som en «ting», men som en egenskap ved sosiale handling. Flyvbjerg (1998) legger vekt på at utøvelsen av makt er kompleks og i bevegelse, og flytter fokuset i makten fra kontroll, suverenitet og kamp, til utførelse, strategi og kamp. Det som blir vesentlig da, er hvor makten utøves. Han hevder videre at den som har makt også kan definere hvilken kunnskap som legges til grunn. Han bruker begrepet rasjonalitet og vil ved det ha oppmerksomhet rundt hva som skjer, ikke hva som burde skje. Flyvbjerg (1998) mener at rasjonalitet er avhengig av kontekst og deltakere. Hans studie viser at makt er avhengig av konteksten og at makt er diskursivt betinget. Flyvbjers arbeidet var rundt «demokratiske» planprosesser, der han mente det var meningsløst av planleggere, administrasjon og politikere å behandle rasjonalitet uavhengig av maktperspektiver. Jeg synes det er interessant å ta dette, med da hans arbeider forsøker å belyse hvordan makt påvirker rasjonalitet og argumenterer for at effekten av kommunikasjon påvirkes av deltakerne i dialogen. Helsesøstrene legger hovedpremissene for hva en konsultasjon skal inneholde, flere formelle rammer og institusjonelle krav som de skal gå igjennom osv. De forsøker også å inkludere familiene i dette arbeidet. Dette skal jeg gå inn å drøfte senere, men understreker dette nå for å vise til at fokus på samspillet mellom helsesøstrene og familiene er vesentlig for å forstå de prosessene som skjer.

For Foucault (2001) er makten noe produktivt og produserende, og er subjektet diskursivt skapt. I følge Foucault blir et individ skapt som subjekt, når individet inntar en *subjektposisjon* innenfor en diskurs. Gjennom å innta en *subjektposisjon* formes også individets identitet. Denne prosessen foregår i kraft av den produktive makten som sirkulerer i samfunnet (Ibid). I følge Foucault er makt noe som utøves mellom mennesker, ikke noe den enkelte har. Makten er allestedsværende

og dynamisk. Foucault (Foucault & Schaanning 1999) definerer altså makt som både det som skaper vår sosiale omverden og det som gjør at omverden ser ut og kan snakkes om på bestemte måter, mens andre muligheter utelukkes. I lys av dette ser vi da makt som både produktiv og begrensende. Den kunnskapen og viten vi har, identitet og relasjoner vi har er skapt av makt. Det er for eksempel makt i det medisinske blikket som er med på å forme familiens væremåter, problemer de videreformidler og hvordan de selv ser på fedme og overvekt problematikk.

5.4 MAKT I KONSULTASJONEN

Måseide (1991) viser hvordan ekspertrollen ble avløst av samarbeidsmodellen som ideal for legekonsultasjonen. Samarbeidsmodellen tar imidlertid ikke hensyn til at medisinsk behandling forutsetter kunnskaps og maktforskjeller i følge Måseide. Legekonsultasjonene er ikke et møte mellom jevnbyrdige parter med like muligheter til å få sin definisjon av virkeligheten gjennom. Legen kan ikke velge å bryte med rammene for det profesjonelle spillet uten at det får alvorlige konsekvenser. Måseide argumenterer for at legekonsultasjonen må analyseres ut i fra et makt- og kontroll perspektiv, som inkluderer forestillingen om makt som en nødvendig for en god praksis til tross for faren for krenkelser.

I den medisinske sosiologiens litteratur blir relasjonen lege – pasient, evt helsearbeider – bruker, ofte omtalt som en asymmetrisk relasjon, preget av kognitive konflikter og profesjonsdominans. Dette bygger på Webers klassiske maktbegrep, der A kontrollerer B. Måseide (1991) argumenterer for at selv om de belyser tema som innflytelse, kontroll og dominans, gir de ikke et fullverdig bilde av forholdet mellom kunnskap, kompetanse og makt i den medisinske praksis, som i følge Måseide er svært komplekst. Foucault inspirerte perspektiver referer til makt som noe grunnleggende i den institusjonaliserende medisinske kunnskapen, praksis og diskurs. Makt blir her da behandlet som noe fundamentalt i produksjonen og reproduksjonen av medisinsk orden (Ibid).

Parsons (1964) beskriver leger som agenter for sosial kontroll, fundamentalt for denne funksjonen var et kollektiv som både legen og pasienten tilhører. I dette kollektivet er de begge mål for makten i det sosiale systemet. Parsons (Ibid) beskriver ikke makten som noe legen har over pasienten, men som en generell kapasitet og medium som sikrer opprettholdelsen i den bindene forpliktelsen i det sosiale systemet (Måseide 1991:546). Freidson (1970) sto i opposisjon til Parsons og i hans teorier står autoritet og dominans sentralt. I følge Parsons kom legens makt

av legens eksklusive og legitimerende rett til å definere den medisinske virkeligheten. Helsesøstre kan sees i relevans for Parsons perspektiv, helsesøstre kan også ses på som agenter for sosial kontroll, de representerer helsevesenet i konsultasjonen og er selv et mål for makten i medisinen. I lys av Freidson blir denne linjen vanskeligere å trekke. Derfor er også Freidson brukt mye for å vise til en deprofesjonalisering. For sammenliknet med andre profesjoner, har ikke helsesøstre den eksklusive og dominerende rett til å definere den medisinske virkeligheten. Helsesøstre jobber ikke med sykdom, men med mot et helseperspektiv med forbygning av sykdom. De er representanter for det sosiale systemet slik Parsons referer til, derfor velger jeg å lene meg mot denne beskrivelsen også når det gjelder helsesøstre, da de også kan ses på som en medisinsk profesjon.

I lys av dette perspektivet ser vi da hvordan helsesøstrenes viktige oppgave ligger i kommunikasjonen med at de skal være åpne lyttende og snakke med familiene på en måte som helst ikke skal påvirkes for mye av institusjonaliserende. Denne modellen ønsker de profesjonelles dominans til livs, og fremmer en modell der det i konsultasjonen heller er to likeverdige som møtes, og det er her det kommunikative kommer sterkt inn (Måseide 1991). Modellen impliserer at konsultasjonen ideelt sett er en samarbeidssituasjon, og at dette er mulig når den profesjonelle formen har endret seg og deltakerne har nådd en felles forståelse og en tilstrekkelig innsikt og kompetanse (Ibid)

Når man analyserer ut i fra dette perspektivet, understreker Måseide viktigheten av å ta hensyn til de kognitive strukturene, kulturelle disponenter, interaksjons dynamikk og at situasjons og institusjonsmessige begrensninger spiller en rolle for gjennomføringen av det medisinske arbeidet (Måseide 1991). Måseide mener at makt alltid er nødvendig i en medisinsk konsultasjon, og at det er der respekten ofte begynner. Den lar legen (helsesøsteren i dette tilfelle) handle situasjons og institusjonsmessig kompetent. Å vise denne kompetansen er ofte viktig for den andre deltakeren.

Helsesøsteren har en utdanning og er profesjonell og kompetent i sitt arbeid, og det i seg selv gir henne en makt. Medisinsk makt er pålagt gjennom helsesøsters inkludering i et system, som distribuerer kunnskap og kompetanse. Hun er derfor selv også et subjekt for den makten som utgjør formene for kompetent medisinsk praksis. I lys av hennes egenskaper og autorisasjon som helsesøster, må hun kontrollere forholdet med pasienten, derfor mener Måseide (1991) også at

sosial kontroll er et viktig aspekt i relasjonen. Kraften av makten er effektiv i den forstand at helsesøstrene og familiene deler et system av kunnskap og antakelser som forenkler en relativ konflikt fri konsultasjon og samsvarer med familiene. I denne forstand blir medisinsk makt et kognitivt fenomen. Makten i dette forholdet avhenger av familiens aksept for dominasjon og kontroll. Som regel oppfattes det ikke som dominans og kontroll, snarere mer som noe nødvendig og rasjonelt fra deltakernes side (Ibid).

I det direkte møtet med familiene kan helsesøstrene møte problemer relatert til den unngårlige oppgaven om å integrere struktur og prosess. Strukturen er den institusjonaliserte kunnskapen og kompetansen, og prosessen er transformasjonen fra kunnskap og kompetanse hos helsesøster til familien. De må på sin bakgrunn av kunnskap og erfaring høre etter hva familiene sier og tilpasse sin kommunikasjon etter dette. De må forholde seg til en profesjonell diskurs, moralsk diskurs og andre diskurser fra livsverdenen. Disse diskursene kan av og til komme i konflikter og det er viktig at helsesøster hele tiden jobber ut i fra den situasjonen de er i. Dette kommer jeg tilbake til senere i analysen.

Jeg har nå vist til hvordan helsesøstrenes yrke kan forstås som en profesjon og vist til de ulike sosiologiske maktperspektivene jeg vil benytte meg av i analysen av helsesøstrenes forvaltning av brukerorientering og deres beskrivelse av samspillet med familien. Maktperspektivene har det til felles at de plasserer makten i posisjonene, ikke individet og at makt er i alle menneskelige samhandlinger. I analysen benytter jeg meg av *governmentality* rundt brukerorienteringen på et mer overordnet nivå, mens Måseides perspektiv blir relevant for å se på deres beskrivelse av samhandlingen med familien, og hva som ligger i den asymmetriske relasjonen. Jeg skal nå gå videre på den helsepolitiske ideologien og bakgrunnen for hvordan helsesøstrene forvalter sitt arbeid på grunnlag av.

5.5 EMPOWERMENT OG BRUKERORIENTERING.

For å møte dagens helseutfordringer har helsedepartementet uttrykt at helsefremmende arbeid basert på *empowerment- ideologien* bør styrkes (NOU1998:18 1997; Sørensen et al. 2002). Vi finner den i samhandlingsreformen bak ord som brukerorientering, resursfokusering og egenmestring, som jeg har vist til innledningsvis under *aktualitet*, 2 *Aktivitetsskolen* og 3.2 *Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag*. *Empowerment- ideologien* har gjennom flere år blitt kritisert fra flere hold, blant annet fordi den i liten grad konkretiserer hvordan *empowerment*

skal omsettes som ideologi, og prinsipp, til praktiske retningslinjer og forming av eksempelvis helsestasjonsvirksomheten i den norske moderne samfunn. Ett viktig bidrag i denne debatten er i Therese Andrews doktoravhandling: *Tvetydige ideologier og motstridende krav: En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten (2002b)*. I denne avhandlingen tar Andrews for seg de forskjellige ideologiske endringene i kommunehelsetjenesten. Fra den tradisjonelle der helsesøstrene hadde som mål og «lære opp» foreldrene i god barneomsorg, til dagens ideologi der foreldrene blir ansett som eksperter på egne barn. Helsesøstrene har da en mer veiledende rolle ovenfor foreldrene og skal legge opp til at foreldre kan lære av hverandre og ikke fagfolk. Avhandlingen til Andrews tar også opp det hun betegner som dilemmaer underveis. Det ene er motstridende forventinger, der helsesøsteren i sin rolle som «ikke eksperter» bryter med forventinger til flere foreldre (Andrews 2002b). Den «nye» måten å utføre yrket på, kommer tillegg til den «gamle». Dette begrunner hun med at myndighetene fortsatt har et ønske om å lede foreldrene i retningen av det de «profesjonelle» mener er god barneomsorg (Ibid). Dette er en tråd jeg kommer tilbake til i oppgaven, og er en måte å forstå helsesøstrenes forvaltning av brukerorienteringsperspektivet. Først vil jeg nå vise til hva som ligger bak *empowerment - ideologien* og hvordan den preger det helsepolitiske Norge i dag.

Utfordringene for det helsefremmende arbeidet endres i takt med samfunnsendringer og produksjon av ny kunnskap, det er også vanskelig å forholde seg til en direkte årsak- virkning – tekning, da en del av sykdommene vi har i dag er preget av mange faktorer som spiller sammen og kreves sammensatte tiltak og samarbeid på tvers av profesjoner (Sørensen et al. 2002). Fedme og overvektproblematikk blant barn og unge som helsesøstrene jobber med i Aktivitetsskolen, er et godt eksempel på helsefremmende utfordring i dag og i fremtiden. Helsevesenet ønsker å stimulere folks egen evne til å finne løsninger på sine egne problemer, fremfor å løse problemene for dem (Helsedirektoratet). En strategi for å oppnå dette har internasjonalt fått betegnelsen *empowerment*.

Empowerment, eller myndiggjøring som det ofte oversettes med til norsk, ble som begrep presentert i Ottawa chartret i 1986, og ble definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse, ved å definere egne problemer ut i fra egen situasjon og finne løsninger i felleskap med andre.

I NOU 1988:18 beskriver de *empowerment* som følgende:

"Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring" . (NOU 1998:18 1997; Hauge 1999).

Begrepet springer ut av et humanistisk menneskesyn. Det innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesket under rimelige betingelser, vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for individet og felleskapet (Ibid). En forutsetning for dette blir da en opplevelse av å selv ha en kontroll over faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling. Selve begrepet betyr tilføring av makt og utgangspunktet for *empowerment* er at alle mennesker er eksperter på eget liv, men begrepet *empowerment* brukes både på mikro og makronivå. På makro går *empowerment* ut på å øke grupperes kollektive makt, mens det på mikronivå handler om å utvikle enkeltindividers kontroll og tro på seg selv.

Maktdimensjonen i *empowerment* står sentralt i definisjonen. I definisjonen ligger et syn på mennesket som et subjekt med evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder ens eget liv. I samhandlingsreformen finner vi *empowerment-ideologien* bak begreper som brukerperspektiv, brukerrettigheter, brukervedvirkning og liknende, som vist til under innledningen. I samhandlingsreformen legger de også vekt på forebyggende arbeid som skal skje nært hjemmet, og i forebyggingsarbeid generelt står *empowerment* sterkt. I *Aktivitetsskolen* finner vi også *empowerment* ideologien bak de samme begrepene. Blant annet er studiens mål å hjelpe familiene i gang å gi dem verktøy til å klare seg selv videre også etter prosjektets slutt. For at enkeltindividene skal komme i denne posisjonen der de utvikler kontroll og tro på seg selv, kreves det at de blir gjort oppmerksomme på sin egen situasjon. Og videre må de aktivt selv definere egne mål, definere egne behov og delta i beslutninger. Og dette er mye av det helsesøstrene selv beskriver i sitt møte med familiene. De tar utgangspunkt i familienes egne ressurser og mål. Ei helsesøster beskriver hvordan hun aktivt bruker denne måten å jobbe på:

«Ja både å. man ser det at der er all mulig slags familier som kan slite med det å.. men også møte med dem, hvordan møtene er , kommunisere med familier som sliter med ting som kanskje er litt

tabubelagt og som man ikke er så veldig stolt av. Det med å ikke dure frem og tro at man skal redde verden, og har alle svarene og de beste rådene. At det ikke er alt som funker på.. jeg har lært veldig mye av den her måten å stille spørsmål på. Det å få dem selv til å komme med svarene, hjelpe dem, veilede dem videre på at dem selv skal komme på de gode tingene å. ja at man ikke bare skal sitte der å messe at sånn og sånn burde dere gjøre, og ja. Men at dem er mer delaktig i det vi "bestemmer"»

Her ser vi konkret hvordan de bruker brukerorienteringen i sitt arbeid. Hun legger opplegget på foreldrenes premisser så godt det lar seg gjøre, og styrker dem med veiledning ved å støtte de rette valgene å få dem til å reflektere selv. Prosessen krever en deltakelse, og før endringer og kosthold kan legges om må den enkelte erkjenne sitt utgangspunkt. Familiene i Aktivitetsskolen definerer, med hjelp av helsesøster, sine mål, behov og i hvilket tempo de vil ta det hele i.

Tanken bak ideologien er å motvirke en følelse av maktesløshet og gi en følelse av makt til de man jobber med. Ved dette brukerorienteringsperspektivet legges det til grunn at brukerne har innsikt og kunnskap som forutsetninger for å styre. Dette kommer til å bli tema videre i analysen. En kritikk av helsefremmende arbeid har i lengere tid vært at den individualiserer samfunn skapte problemer (Andrews 2002a, 2002b). Dette kommer også til å følge med som tema senere i drøftingen og der jeg vil sette det opp mot ulike sosiologiske maktperspektiver.

I *empowerment-ideologien* er brukerorienteringsperspektivet sterkt. I oppgaven er det brukerorienteringen som interesserer meg, og det er derfor viktig å vise til ideologien bak og hva slags maktperspektiv man kan få øye på her. Jeg har i kapittelet forsøkt å plassere helsesøster som profesjon, vist til ulike maktperspektiver innenfor sosiologien som jeg benytter meg av i drøftingen og jeg vil nå i neste kapittel starte på denne ved å vise til de fem ulike posisjonene jeg har fått øye på gjennom helsesøstrenes beskrivelser av sitt arbeide i *Aktivitetsskolen*.

6. ULIKE STRATEGIER I BRUKERORIENTERINGSPEKSPEKTIVET

I oppgaven er jeg interessert i hvordan helsesøstrene beskriver sin forvaltning av brukerorientering, samtidig som de skal ivareta den overordnede målsetningen i prosjektet om å redusere fedme og overvektproblematikken til barna i studien. Til nå har jeg vist til brukerorienteringen sin ideologiske forankring, hvordan den kommer til syne i helsesøstrenes retningslinjer fra Helsedirektoratet og hvordan *Aktivitetsskolen* legger vekt på bruken av brukerorientering i samtalen med familien. På bakgrunn av at helsesøstrene jobber med en gruppe

som krever denne type tilnærming, i følge retningslinjene, er det derfor interessant å se på deres beskrivelser av brukerorientering i deres arbeid med *Aktivitetsskolen*, slik jeg har fått det beskrevet gjennom intervjuer og feltarbeid.

Når jeg startet med prosjektet var jeg nysgjerrig på helsesøstrenes erfaringer med å jobbe med et komplekst helseproblem, på den bakgrunn av at deres rolle som helsesøstre. Helsesøstrenes arbeid strekker seg langt inn i det personlige hos brukerne av tjenesten, og skiller seg ut fra andre medisinske profesjoner ved at det forventes at de i sitt arbeid skal oppnå en personlig relasjon. Samtidig som de representerer det offentlige, men ikke innehar en formell makt i form av diagnostisering. Helsesøstrene er heller ikke behandlere, står det klart i retningslinjene fra Helsedirektoratet. Det står eksplisitt at deres arbeidsplass, helsestasjonen skiller seg fra kurative tjenester/spesialisthelsetjenesten ved å være et tilbud om veiledning, rådgivning - og ikke behandling (Sosial & Helsedirektoratet 2004). Brukerne skal ta i mot en tjeneste som er ment for å være til beste for dem, samtidig som helsesøstrene jobber etter en grunntanke om at foreldrene selv er eksperter på sine barn. Hvordan de forvalter brukerorientering, samtidig som de utøver en faglig tyngde er selve objektet for studien. Dette ønsker jeg å få innsikt i ved å analysere samhandlingen mellom helsesøstrene og familien, slik det har blitt beskrevet til meg gjennom intervju, og har blitt drøftet på nettverkssamling og diverse evalueringsmøter. Det helsesøstrene beskriver forsøker jeg å sette i sammenheng med retningslinjer fra *Aktivitetsskolen* og Helsedirektoratet, og annen litteratur på feltet, for å forstå det hele på et mer overordnet nivå.

6.1 FEM POSISJONER

Etter å ha gjennomgått mitt materiale av intervjuer og observasjoner, forsøkte jeg få tak i en helhet i hva de formidlet til meg. Hva slags historier de beskrev, og hva som sammenfallet og hva som skilte helsesøstrene. Jeg forsøkte finne noen knagger som fanget opp de ulike tendensene jeg fikk beskrevet, og samlet de gjennomgående trekkene som skilte seg ut hos dem. Jeg har valgt å trekke ut noen linjer fra hva de formidler til meg, og sitter igjen med fem posisjoner som representerer ulike aspekter ved deres arbeid med brukerorientering i *Aktivitetsskolen*.

- 1) **Kunnskapsformidler:** Faglig formidler av kunnskapen vedrørende fedme til deltakerne
- 2) **Kontroll:** Kontrollere barnets vekt og utvikling, og familiære forhold.

- 3) **Samarbeidspartner:** Være foreldrenes samarbeidspartner vedrørende barnets fedme og overvektproblematikk
- 4) **Støtte:** Være foreldrenes støtte vedrørende hverdagen i familien
- 5) **Ressurs og garanti i en mellomposisjon:** Være en ressurs og garanti for at de får de tilbudet aktivitetsskolen innebærer og at det blir gjennomført på best mulig måte.

Kategoriene jeg nå skal presentere nærmere, er ikke gjensidig utelukkende og har flytende linjer seg i mellom. De er et forsøk på å vise til helsesøstrenes ulike posisjoner ovenfor familiene, og hvordan de forvalter brukerorientering i samhandlingen med familien. Jeg vil gjennom disse forsøke å vise til de ulike særegne aspektene helsesøstrene selv forklarer de har i studien. Viktig for alle disse posisjonene som helhet er tillitten i relasjonen, som reflekteres i balansen mellom det personlige og det profesjonelle som ligger i det å være helsesøster. Rekkefølgen de fem posisjonene presenteres i er ikke tilfeldig. *Kunnskapsformidlingen* er på mange måter steg en, da det er her arbeidet starter, og hvis det svikter i dette leddet blir det vanskelig å fortsette arbeidet. *Kontrollposisjonen* er den som er litt i bakhånd. I denne posisjonen befinner de seg mer eller mindre alltid i, og under denne vil jeg vise hvordan helsesøstrene jobber aktivt med relasjonen ved at kontrollen nedtones. *Samarbeid* viser til hvordan relasjonen bygges opp og opprettholdes. *Støtteposisjonen* inntreffer når de andre tre posisjonene er velfungerende. Den femte posisjonen, *ressurs og garanti i en mellomposisjon*, understreker deres posisjon totalt i prosjektet. Som de selv, slik jeg tolker det, plasserer mellom familiene og prosjektet.

6.2 KONSULTASJONEN

Alle konsultasjonene hos helsesøster gjennomføres på helsestasjon, en av eller begge foreldrene er tilstede sammen med barnet. Selve konsultasjonen har en varighet mellom 30 – 60 min. Først er det måling av høyde og vekt, dette plottes så inn i en vekstkurve helsesøsteren har på pc'n. Helsesøster forteller at allerede fra første konsultasjon er alle på fornavn, og har en hyggelig uformell tone og samtalen går først ut på litt løst og fast. I første konsultasjon de møter opp på i prosjektet, går det meste av denne samtalen ut på hva familiene selv ønsker å få ut av deltakelsen i studien og hvorfor de meldte seg på. Hva er det de sliter de mest med, og hva ønsker de å få hjelp til. Videre setter de mål. Disse målene kan gjerne være de livsstilsendringene de selv ønsker, men det viktigste er delmålene, hva skal de jobbe med til neste konsultasjon. Her

presenteres det viktigste med livsstilsendringer; at små skritt av gangen hjelper i det lange løp og at dette er noe hele familien må stå samlet om. I den første fasen er det gjerne kostveiledning som står i sentrum, samt aktiviteter og endringer en kan gjøre i hverdagen. De påfølgende konsultasjonene starter også med veiing og måling, og de ser om det har vært noe utvikling i vekstkurven. Deretter går samtalen ut på hva som har skjedd siden sist. Hva har vært vanskelig, og ikke minst, hva har fungert. Deretter er det en gjennomgang av de målene de har satt seg og hva som har blitt gjennomført. Før de igjen setter seg nye mål, eventuelt hvis noe har vært vanskelig, modifisere de målene som ble satt sist, og forsøker å tilrettelegge dem slik at de er mer gjennomførbare for familien. Avslutningsvis forteller helsesøstrene at de forsøker de å bygge opp selvtilliten hos familiene ved å vise til de endringene som har blitt gjort og trygge dem på det de gjør rett, for at de skal dra derfra med en god følelse.

Helsesøstrene forteller at de i konsultasjonen forsøker å ha fokus på barnet, samt ha en åpen og lyttende dialog med foreldrene. Samtidig som hun holder et øye med samspeillet mellom barnet og foreldrene. Konsultasjonene forgår på helsesøsterkontor der familien sitter på en side av rommet, som oftest i en sofa gruppe mens helsesøster er vendt mot dem. Det som her er beskrevet er en standard prosedyre for en konsultasjon i aktivitetsskolen, slik helsesøstrene beskriver den. Fra aktivitetsskolen er det også sendt ut en liste med temaer som kan være aktuelt, eks vanskeligheter med mat og aktivitet rundt høytider, helger og ferier. Det er også enkle maler fra ernæringsfysiologen på sykehuset med henvisning til hva som er sunn mat, eks info rund nøkkelhulls merking. Også hva familiene er opptatt av, er en gjenganger i alle konsultasjonene jeg har fått beskrevet, det starter med masse spørsmål om kost, aktivitet, dalende motivasjon, mobbing, klær som ikke passer, henge med i gymmen osv.

6.3 KUNNSKAPSFORMIDLER

Helsesøstrene i mitt materiale understreker at dette ikke er et slankeprosjekt. De skal veilede og motivere familiene til og selv ta de riktige valgene, og at familiene som helhet må jobbe sammen for å nå målene. Som profesjonelle må helsesøstrene være bevisste i sin rolle ovenfor familiene og ikke ta over problemene. Dette er en viktig ramme for hva helsesøstrene jobber ut i fra og helsesøstrene skal medvirke i denne prosessen. Målet er at familiene selv skal utvikle en helsemessig handlekompetanse og å klare jobbe mot overvektproblematikken. For å kunne hjelpe dem på veien, forteller helsesøstrene at de må ta utgangspunkt i familienes egne ressurser. Hva

helsesøstrene formidler og hvordan de gjør det er noe jeg nå kommer til å gå nærmere inn på. Helsesøstrene er opptatt av deres relasjon til familiene, da familien på mange måter er deres objekt i arbeidet. Deres arbeid går ut på å være profesjonell i det personlige og, som jeg kommer tilbake til, er det flere måter å være dette på. Helsesøstrene jobber, som beskrevet tidligere, ut i fra et brukerorienterings perspektiv og i det direkte møte med familiene i *Aktivitetsskolen* blir dette med samtale og kommunikasjon viktig. Helsesøstrene skal skape rammer for læring- og personlig utvikling i en sunn retning. I disse rammene skal det tilbys muligheter for å forme deltakernes viten og normer rundt fedme og overvektproblematikk. Viktig her blir det at helsesøstrene ovenfor seg selv har et klart forhold til hva de skal formidle og at de er bevisst på sin rolle ovenfor deltakerne.

I kunnskapsformidlingen er helsesøstrene opptatt av å flytte fokuset fra feil- og mangler. De understreker i intervjuene, at det å ha en pekefinger og ekspertrolle bringer dem ingen steder. De ser det som at den kunnskapen de forsøker å formidle er viktig for at familiene skal klare seg selv. De sier selv at de utrunder deltakerne med et verktøy, som familiene selv må ta i bruk. De er selv klare på at de ikke er behandlere. De uttrykker at de vet hvor rollen deres er i prosjektet og ovenfor deltakerne, og har en grunnleggende tro at kunnskap ikke bare kan overføres, men at man må formidle det på en god måte i situasjonen – med fokus på mestring og familiens egne ressurser. Dette er i tråd med det som var skissert under *3.2 Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag*.

Som jeg viste til under *2 Aktivitetsskolen*, jobber helsesøstrene i prosjektet etter internasjonale standarder for fedme for barn. Målet med prosjektet er ikke å slanke barn da de fortsatt er i vekst, men å hjelpe dem til å holde seg innenfor hva som er ansett som normalvekts innenfor vektkurven som står beskrevet i veilederen for veining og måling i kommunene sendt ut av Helsedirektoratet (2010). For å oppnå dette målet, har helsesøster en avgjørende rolle innenfor veiledning rundt aktivitet- og kost. I prosjektet er det fysioterapeuter og andre kvalifiserte personer som har ansvaret for aktivitetsbiten. Helsesøsters rolle i dette sier de, er å oppfordre til å følge aktiviteter, vise til effekten av trening og oppfordre til å igangsette hverdagstiltak som f.eks. å gå til skolen og være mindre inaktiv på fritiden. På sekundærnivå forteller helsesøstrene at de jobber med å tilrettelegger for at ungene skal få mulighet til å være aktive minst 60 min hver dag, som er statens anbefaling. Dette med å eksempelvis sitte i utvalg i kommunene der de jobber med

bedre skolevei osv. Dette er ikke interessant i forhold til min analyse, men er et viktig å ha med seg for å se på helsesøstrenes funksjon. Jeg skal nå se nærmere på hvordan helsesøstrene sier de veileder i forhold til deltakerne, og hvordan de forholder seg til den kunnskapen de skal formidle slik jeg tolker det.

I og med at helsesøstrene arbeider i en RCT-studie, med gitte rammer er det flere ting som spiller inn enn akkurat hva slags råd de skal formidle. De jobber selvsagt etter statens anbefalinger etter hva som bør inngå i et sunt kosthold, der hoved essensen er variert kosthold. Som går ut på å redusere sukker og salt inntak, bruke grove kornprodukter, mer fisk osv. Det gis også enkle følgeregler som 5 om dagen og følge nøkkelhulls merking. Dette er en del av den kunnskapen de må forholde seg til i møtet med familien. Andre ting som er sentralt å poengtere under dette punktet, er at dette er et frivillig prosjekt. Av familiene som har meldt seg på, kan flere av dem mer motivert enn andre familier med fedme og overvektproblematikk, som de ellers møter i arbeidshverdagen. Selve prosjektprosessen, den gitte tidsrammen studien har og at de har en tettere oppfølging enn det som vanligvis tilbyes, dette har jeg tidligere beskrevet under 2 *Aktivitetsskolen*.

Som jeg viste til under beskrivelsen av 6.2 *Konsultasjonen*, og under 2 *Aktivitetsskolen* dreier det første møtet seg om kartlegging av deltakerens behov. Før de kan gå inn å veilede må de, i følge mine informanter, først kartlegge deltakerens behov. De viktigste punktene er; 1) Hva er deres fremste utfordringer? 2) Hvor ligger problemet? 3) Hva er kunnskapsbehovet? Helsesøstrene forteller hvordan de stiller seg selv spørsmålet; Hva trenger de som akkurat nå sitter foran meg? Hva ønsker de hjelp til? Det er her de først beveger seg inn i det personlige hos familien. Ei helsesøster beskriver hvordan hun tilpasset sin rolle ovenfor familien, etter hvordan hun så behovet etter første møte:

Det varierer veldig. Det handler vel kanskje litt om foreldrenes egne ressurser. Fordi at, det er spesielt en familie som jeg traff var veldig sånn ; « ja men nu er vi jo med på et prosjekt. Nå må jo Du gjøre noe for at mitt barn skal få det bedre». Hvor foreldrene var veldig lite interessert i, i å endre kosthold og livsstil generelt. Men sant nå er vi med i et prosjekt, nå har vi gjort det vi kan. Det å bidra til å endre noe, det var de veldig lite villige til. Det er klart at der må du gå inn med masse undervisning og motivasjon. Altså rett og slett kunnskap om hva er som gjør at barnet ditt er sånn som det er. Mens andre foreldre har jo masse masse kunnskap om kosthold, fysisk aktivitet. Men det er bare det å få gjort noen endringer i hverdagen sånn at det her får konsekvenser for hele familien. Og der har jeg bare vært mer en veileder.

Her ser vi hvordan hun går inn og gjør en vurdering. Dette viser til en av helsesøstrenes viktigste arbeidsoppgave når det kommer til forvaltning av brukerorientering, slik jeg tolker det. Å tilpasse kunnskapen og formidle den på en måte som gjør at deltakerne er motiverte til å gjøre en forandring, gjøre dem til motstandsdyktige, kompetente handlingsdyktige aktører. Det ligger også i helsesøstrenes beskrivelser, dette med å lese situasjonen og menneskene de forholder seg til. De rådene og kunnskapen som skal være med å skape en forandring, må skje på bakgrunn av deltakernes egne handlinger og mål med å være med på prosjektet. Som vi så under deres beskrivelse av konsultasjonen, er det viktig i første konsultasjon å stille spørsmål om hvorfor de meldte seg på, hva som er målet med å være med og hva de ønsker å forandre. I begynnelsen av studien er dette med kunnskap om hva som er sunt vært mest aktuelt. Behovet for hva slags kunnskap som skal formidles avhenger av hvor i prosessen man er, og hvem i familien man snakker med. Her ser vi hvordan helsesøstrene sier at de styrer kommunikasjonen i dialogen, ved sin kunnskap og rolle som helsesøster. Dette vil jeg gå nærmere inn på senere i drøftingen.

De må skape rom for handling og deltakelse, men viktig for helsesøstrene i dette arbeidet er også og ovenfor seg selv definere hva som er god helse og sunnhet. I en jungel av kostholdsråd må helsesøstrene være trygge på at det de formidler og veileder i er riktig i forhold til den medisinske praksisen de representerer. Gjennom studien har helsesøstrene ervervet seg kunnskap om fedme og overvektproblematikk, hva slags tiltak som skal til for å redusere dette, og hva slags endringer i hverdagen som må til. Samtlige av helsesøstrene har gitt uttrykk for at de føler seg tryggere i den jobben de gjør i konsultasjonen nå, kontra før de startet i prosjektet, ei beskriver det slik:

(...) Ja, men det er klart at jeg kjenner jo at jeg har.. nå i løpet av prosjektet fått lov å fordype meg i kostråd og hva jeg vet er bra. Den samme faglige tyngden følte jeg nok ikke at jeg hadde før, før prosjektet. For det at det er klart at det har gitt oss mulighet for å fordype oss i emne.

Der er ikke bare kunnskapen de har blitt tryggere på, også prosessen ved at det er familiene som må gjøre jobben selv:

Altså jeg opplever jo at, for meg er det letter nå å jobbe med de her problemstillingene og jeg er mye mer tydelig ovenfor foreldrene på at her, bør det gjøres noe og hvem sitt ansvar det er. Og jeg opplever jo at jeg har vokst, og at jeg som helsesøster er mye mer trygg selv om det er veldig vanskelig. Å det synes jeg er bra.

Det disse helsesøstrene beskriver til meg, er slik jeg tolker det, er en opplevelse av å være trygg i kunnskapen de formidler, samt måten de formidler den på. Helsesøstrene er per definisjon, som

de selv påpeker og retningslinjene tilskriver, ikke behandlere, og er opptatt av at de skal veilede og formidle kunnskap om hva som er bra. De jobber med å bevisstgjøre familier på bakgrunn av familiens ressurser. Ei helsesøster beskriver hvordan det er når hun føler hun har nådd frem og jobben gir hun noe:

Vi ser jo skeivutviklinga da hvis den har starta. (..). Det er jo bare å legge inn, plote inn, snu kurven mot foreldrene og si ; Sånn ser det ut. De. Har det skjedd noe siden sist og hva er det som kan ha endret dette .. hvorfor har vi fått en sånn kurve? Det er utgangspunktet for samtalen. Hva er det som gjør det her? Er det noe som bekymrer deg? Er det noen ting du ønsker vi skal gjøre noe med? Og da er opp til foreldrene, å ta i mot tilbudet eller ikke.

Hun forteller videre om en familie hun fulgte over en periode, der barnet eksploderte i vekst. Da helsesøster påpekte dette, forsto hun at dette var et sårt tema i familien. Hun snudde fokuset til å spørre om hva de hadde forsøkt å gjøre med det og hva de kunne gjøre med det. Hun kartla familiens behov ved å spørre direkte spørsmål om når og hvor mye mat barnet fikk, når barnet la seg osv. Og forklarte med hjelp av kurvene hva som var akseptabel vektøkning og reduksjon. Når familien kom tilbake ved en senere kontroll hadde de sagt:

(...)vet du, vi har tatt tak, vi har lagt om kostholdet i hele familien. Vi spiser fisk tre ganger i uka, vi lager oss ukens meny, vi spiser grønnsaker hver dag. Og jeg har tenkt på det, hva slags kosthold vil vi at ungen skal ha. Og det var som å høre mine egne ord. Flott tenkte jeg, flott. Da sier det inn, det sier inn. Og fikk så hun mye kred og så mye ros; gå hjem og fortsett og gjør det samme. Det her er fantastisk. Så ja, da vender man jo en, og det tenker jeg at det er supert. Og jeg er,.. så lenge man er lydhør ovenfor foreldrene, så lenge man er i dialog med dem, lar dem... ikke moraliser, ikke opp med pekefingeren. Stille dem spørsmål, la dem få lov til å styre det. Så kan man se resultatet (..)

Videre forteller helsesøsteren om, at hvis familien ikke ønsker hjelp, er det lite hun kan gjøre. Som hun sier «*Det er deres liv, de som må bestemme. Jeg er her når de blir klar for det*»

Denne beskrivelsen helsesøsteren gir er veldig treffende for det helsesøstrene beskriver som sitt arbeid, og er relevant for alle mine kategorier av posisjoner. De ser utviklinga, setter inn alt de kan med kunnskap og dialog, viser til kurvene, og lykkes med å bevisstgjøre. Måten de forklarer at de har gjort en god jobb med kunnskapsformidlingen, er når de fra familiene igjen hører sine egne ord. Det helsesøstrene har sittet og sagt, kommer nå ut av foreldrenes munn, det er som om de har innsett og kommet frem til det selv, snarere enn nå har vi gjort alt du har sagt. Kunnskapen er gitt på grunnlag av det familiene har kommunisert til dem, prosessert og familiene utaler det med en selvsikkerhet. Helsesøstrene har lest situasjonen og familiene, tilpasset kunnskapen og skapt rom for handling og deltakelse, og uttrykker en glede over å ha snudd en familie. Denne

posisjonen representerer noe formelt, det er dette familiene kommer for. De får kunnskap og veiledning som kan hjelpe dem. Retningslinjene er her relativt klare med råd som skal gis. Måten de formidler kunnskapen og tolker situasjonen, gjør det personavhengig og gir rom for fortolkning av rollen. De ser familiene foran seg, kartlegger familiens ressurser og gjør derfra en personlig vurdering. Det er heller ingen tilfeldighet at kunnskapsformidling kommer først av posisjonene, dette er som tidligere sagt, på mange måte steg en i prosjektet. Hvis helsesøstre ikke strekker til her, og ikke får utført sitt arbeid her, må de enten henvises videre eller så faller de ut av prosjektet i den kommunale oppfølgingen.¹⁴

6.4 KONTROLL

Ett aspekt i debatten rundt helsesøsterprofesjonen har vært at helsesøstre går mot en deprofesjonalisering, og da har dette med kontrollposisjon vært satt i søkelyset. Andrews og Wærness (2004) har på bakgrunn av endringer rundt helsesøstrenes arbeidsoppgaver, samarbeids og ansvarsområder stilt spørsmålsteget nettopp dette. Det begrunner de med at virksomheten deres har endret seg vesentlig, og at andre tjenester og yrkesgrupper har tatt over flere av arbeidsoppgavene. De snakker her da om eksempelvis ved at omgivelseshygiene og de teknisk – hygieniske kontrolloppgavene ble skilt ut i fra helsesøstrenes funksjonsområde (Ibid). Da helserådsvirksomheten ble avviklet, opphørte også funksjonen som sekretær og distriktslegens høyrehånd som helsesøstre tidligere hadde hatt. I nyere tid har for eksempel jordmødre tatt over flere av arbeidsoppgavene rundt gravide, og tjenestens tilbud om oppfølging, kan også gjennomføres av fastlegen (Andrews 2002a; Andrews & Wærness 2004). Ut i fra min problemstilling og ramme for oppgaven, skal jeg ikke å gå direkte inn i denne debatten, men jeg kan se at helsesøstre selv mener at de distanserer seg noe fra kontrollfunksjonen i deres samtaler med deltakerne. På grunnlag av deres begrunnelse rundt dette med at deler av deres funksjonsområder ble tatt bort, vil jeg vise til at det fortsatt består noen viktige elementer igjen. Dette påvirker konsultasjonen i noen grad. Likevel ser jeg tendensen at helsesøstre selv trekker seg noe vekk fra denne funksjonen, skaper en distanse til den. Ett eksempel på dette er når en mor spør fornærmet om helsesøsteren synes hennes unge er for tykk. Da helsesøsteren sier hun svarte: *«Nei, jeg synes jo ikke det! Men kurven taler sitt tydelige språk»*. Enkelte av helsesøstre gir også uttrykk for at de synes det er ekkelt å gå videre med saker der de selv føler at det er noe galt

¹⁴ *Aktivitetsskolen er organisert i ett sykehusteam og et kommunalteam slik jeg viste til under Aktivitetsskolen.*

innad i familien. Ikke fordi de ikke vil barnets beste, men de sier de beveger seg på et området de ikke har helt mulighet til å omtale seg om. Jeg vil understreke at dette ikke gjelder alle mine informanter, men at enkelte av dem har uttrykt dette under intervju.

Jeg vil dele kontrollfunksjonen helsesøstre innehar i prosjektet, i to deler; de skal holde kontroll og samle data på vekt og høyde, samt vurdere om familiene kan gjennomføre prosjektet. Her holder de et øye med samspillet mellom barn og foreldre – hvis noe er urovekkende eller viker fra normen skal dette rapporteres videre, eksempelvis til BUP. Når det kommer til kontroll over vekt og høyde, er det viktig at kurven ikke skal over det som betegnes som overvektig. Barna skal ikke slankes, men de skal vokse og holdes innenfor normalkurven. Dette kontrolleres på helsestasjonen, allerede fra fødsel av. I prosjektet skjer dette ved hver konsultasjon, og dataene lagres på helsestasjonen og kan hentes ut ved behov.

Når helsesøstre synes det er vanskelig å påpeke at vekta viker, og distanserer de seg noe fra kontrollen, og snur det heller til en problemløsende faktor:

Klart, jeg har jo fått spørsmål ;Synes du ungen min er tykk??? Var det ei mor som sa, jeg visste jo ikke hvordan jeg skulle ro. Nei, det synes jeg vel egentlig ikke når jeg ser på ho, så ser jeg jo at proposjonsmessig så ser ho ikke tykk ut men kurven taler sitt tidlige språk. Og da har ho en BMI som er sånn og sånn. Ja, det er jo et dokument man ikke se bort i fra. Den er der og den viser jo ganske tidlig hvordan utviklinga er, og at den er uheldig. Så er det opp til foreldrene da å gjøre noe med det. Og det er klart at er det kjempe, hvis man følger dem over år og ser at det er bare..så må man koble inn lege. (...) vi må jo be dem å ta kontakt med lege hvis det.. vi kan ikke frakte dem til lege, det er jo ikke tvang i det her(..). ja, skal man melde til barnevernet, det er jo det som står i på en måte, tredje instans sant. At man skal gjøre det da..men... vi får se hvordan det blir. Jeg tror jo ikke det er så mange med den syklige overvekten som skal dit, for jeg tror jo at dem..ja, vi får se..

Ofte er det mange ulike ting som oppdages ved konsultasjonene i prosjektet – flere av helsesøstre beskriver møtet som problematisk:

En sak har jeg drøftet med barnevernet, med BUP. Men enkelte har vært kjent i systemet og har vært under oppfølging og, systemet har prøvd å hjulpet men ikke kommet igjennom sant, og da blir det vanskelig. Jeg kunne ikke veilede dem videre i prosjektet, der var det for mye annen problematikk som lå under overflaten og de var ikke mottakelige for hjelpen herfra. Det har for meg i slike tilfeller vært vanskelig å vite når jeg skal bryte inn i familien på denne måten.. nei, det er et vondt å vanskelig aspekt ved jobben.

Her har hun gått inn og kalt inn BUP. Deres rolle i prosjektet er å følge opp familiene rundt fedme og overvektproblematikken, derfor kan det henvises raskt videre. Det er ikke spesifikt for

prosjektet, selv om dette setter det på spissen. Helsesøstrenes rammer og retningslinjer er klare på at vanskelige tilfeller som faller utenfor deres arbeidsbeskrivelser, skal henvises videre. Forskning viser at her utøves det forskjellige praksiser, det er opp til helsesøsteren å vurdere situasjonen og de må selv kjenne på når de ikke strekker til. Sollesnes og Tønjum(2008) tematiserer dette i artikkelen «*Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken*». De har gjennomført en kvalitativ undersøkelse og intervjuet pensjonerte helsesøstre for å få en innsikt i deres praksis og erfaringer. Deres forskning viser at tidligere var det vanligere å involvere seg mer. Men viser at det i helsesøsterkollegiet er uenighet om hvilke arbeidsoppgaver som hørte til under yrkesutøvelsen(Ibid). Dette har jeg også sett tendensen til i mitt materiale, der noen involverer seg mer enn andre, i familienes relasjoner innad, dette kommer jeg tilbake til. Helsestasjonen skal nå alle og danner et grunnlag for å kontrollere og overvåke befolkningen. Tjenesten har også et lovpålagt ansvar for å overvåke helsetilstanden i småbarnsfamilier i hver kommune, det er en viktig del av dens funksjon i samfunnet (Andrews 2002b). I mitt materiale er helsesøstre spesifikt knyttet til *Aktivitetsskolen*, og forholder seg først og fremst til overvektproblematikk. Det legges da opp til en kontroll av høyde og vekt, og en kontroll av samspeillet innad i familien, med fokus på om familien er i stand til å fullføre prosjektet og om det evt kan være en vanskelig familiær situasjon som kan være årsaken til overvektproblematikken. I andre forskningsarbeider er det beskrevet en annen praksis, der helsesøstre har uttrykt at de ikke helt vet hvor grensene går i forhold til hvor langt man kan trenge inn i familiesfæren. Deres arbeid er å jobbe med helseproblematikken i den aktuelle familien, men det finnes likevel grenser for hvor langt en vil og kan gå, og dette viser seg å være mye avhengig av helsesøsterens egen terskel for dette. Andrews (2002a) argumenterer for at fordi det har blitt innført en brukerorientering og at ansvarsområdet til helsestasjonen har blitt snevret inn, er flere av disse arbeidsoppgavene overtatt av BUP, barnevernet osv. Andrews viser videre til at helsesøstre selv kjenner til begrensningene som ligger innenfor rammen av virksomheten til helsestasjonen. Og har dermed redusert på de høye forventningene hun hadde til sitt eget arbeid og hvor langt hun ønsker å strekke seg (Andrews 2002:13) I prosjektet skal de sørge for at barna har gode vilkår og rammer for å klare gjennomføre prosjektet. Kontrollfunksjonen knyttes i sterk grad opp mot dette og det virker som om mestring og problemfokusering er mer sentralt. Kontrollaspektet er flyttet mer over til en vurdering om familien er i stand til å gjennomføre prosjektet og at de holder øye med utviklingen i konsultasjonen. Dette kommer jeg tilbake til senere i drøftingen.

De som ikke gjennomfører studien eller ikke er i stand til å gjennomføre studien etter helsesøstrenes vurdering, (en vurdering de tar ut i fra sin ekspertise og rammeverk), blir henvist til videre til andre spesialiserte tjenester forklarer helsesøstrene. Dette kan peke i en tendens på den spesialiserte helsesøster rollen. Øyvind Kvello (2005) tar for seg endringene i brukerbehovet og utfordringer profesjonen helsesøstre står ovenfor. Han argumenterer for at brukerorienteringen, som råder i helsevesenet i dag, innebærer en økt likhet mellom rollene som tjenestemottaker og tjenesteyter. Det samme sier Ørstavik (2002), hun stiller spørsmål med om dette fører til en statusstripping hos profesjonene. Et av poengene hun bruker for å underbygge denne påstanden, er nettopp kontrollaspektet. Hvis helsesøstrene kun henviser risikoutsatte og vanskeligstilte familier videre, kan de lett bli oppfattet som et byråkratisk ledd. Kvello (2005) mener at helsesøstrene ikke holder tritt med samfunnsutviklingen, endring i brukerbehov og deres forventninger. Kvello henviser til Abbot, som belyser profesjoner ut i fra en juridiksjonsteori (Abbott 1988). Teorien tar utgangspunkt i forholdet mellom profesjoner, og ses i et sosiologisk – historisk perspektiv, som en sammenheng mellom yrkenes myndighets- og ansvarsområde innenfor et arbeidsfelt. Det går ut på i hvilken grad en profesjon makter å dokumentere sin praksis og derved oppnå en høy juridiksjonsgrad. Kvello viser til at helsesøstrenes erfaringer og yrkespraksis tar lang tid å erverve seg. Han argumenterer for å oppgradere helsesøstrenes utdanning til en mastergrad og at helsesøstrene må sterkere frem i den offentlige debatt og tverrfaglige samarbeider (Kvello 2005). Han påpeker også dette ved at helsestasjonens føringer er komplekse og åpne for fortolkninger. Dette kombinert med det faktum at det ofte er få stillinger, blir tjenesten i sterk grad personavhengig.

Helsesøstrene uttrykker at det er nødvendig for dem å tone ned kontrollaspektet for å skape en tillitt, og for å tillate seg å være mer personlig. Helsesøstrene beskriver kontrollen av vekt og høyde til meg, som et viktig måleinstrument for familiene. Der man kan se resultater i KMI fra gang til gang, mer enn at vekt og høyde kontrolleres for å måles opp mot en normalkurve og et verktøy for kontroll. I tillegg til dette, vurderes det opp mot om familiene kan gjennomføre prosjektet og om deres ekspertise strekker til for å hjelpe dem med det. I prosjektet er det klare retningslinjer og mål, som går ut på at deres ansvarsområde innenfor prosjektet er å hjelpe familiene med motivering og mestring. Deres tette bånd opp mot sykehusteamet gjør det også enklere for dem å fortsatt ha en oversikt over familien selv om de ikke lenger møter til

konsultasjon på helsestasjonen. Som beskrevet under 2 *Aktivitetsskolen*, er det flere av de som henvises videre fra helsestasjonen fortsatt møter opp til de fastsatte kontrollene ved sykehuset.

6.5 SAMARBEIDSPARTNER

Helsesøstrenes oppgave er å opprettholde tillitt og god dialog med familiene, det er avgjørende for at de skal få utført sitt arbeid og er sentralt i forvaltningen av brukerorientering. Samtlige av mine informanter uttrykker at den viktigste samarbeidspartneren de har i prosjektet, er foreldrene. De legger vekt på viktigheten av godt samarbeid med foreldrene, og at dette er helt avgjørende for at de skal lykkes i prosjektet. Det samme uttrykkes også i artikkelen av Sollesnes og Tønjum (2008). Helsesøstrene der beskrev samarbeidet med foreldrene som avgjørende for at de kunne gjøre noe for barna. Dette er altså ikke noe nytt, men i *Aktivitetsskolen* blir dette en helt avgjørende faktor. For å få et i gang et samarbeid med foreldrene er det viktig å få foreldrene til å føle at dette er deres prosjekt også. Første utfordring er å få dem med, i studien er de fleste motivert, men som vi så under avsnittet om kunnskapsformidling, beskrev ei helsesøster hvordan det kan være en utfordring å få foreldrene til å forstå at de må gjøre jobben selv.

Ei helsesøster beskriver viktigheten ved å oppnå samarbeid med familien slik:

Det er dem som står i det til daglig, det er dem som skal lage mat til ungene(..) ansvarlig for det som er i kjøleskapet og det å på en måte ansvarlig gjøre foreldrene der. Bevisstgjøre foreldrene, det gjelder ikke bare de i prosjektet, det gjelder generelt. (...) Jeg har stilt det spørsmålet til mange foreldre på helsestasjonen. Hva slags kosthold vil dere at barnet skal ha? Hva vil dere at ungene skal drikke?(...) Drikke vann svarer de. Men hvem skal lære ungene det hvis de får saft nå? Der prøver jeg å få foreldrene til å ta mer ansvar og følge litt mer med. Jeg tror det smitter mye i forhold til hva foreldrene mener. Hvis de synes det er slitsomt, synes barna det er slitsomt. (..)Ungene kan ikke gjøre det her alene. Foreldrene er de som står med innkjøp, kjøring, de som får dem på aktiviteter, eller ringe å ta noen telefoner for å sjekke og få dem med på noe, i helgene, at familien ikke bare sitter i sofaen og ser på tv men dem kan røre seg litt. Eller grensesetting(...) Det er jo foreldrene som må gjøre dette. Men ungene vil ha hjelp til det, opplever jeg. De ønsker det.

Men hvordan gjør de de? Hvordan oppnår de et samarbeid med foreldrene? Som beskrevet under 3.2 *Helsestasjon og helsesøstrenes oppgaver i dag*, jobber helsesøstrene etter en brukerorientering, der åpne dialoger og spørsmål blir viktige redskaper. Fokusering på mestring og ressurser som jeg har vist til tidligere, er også viktig. Her ser vi hvordan en av informantene beskriver bruken av det i praksis:

(...) at man skal være veldig åpen i måten man stiller spørsmål på. Det er ikke alltid like lett. Jeg vet det skal være sånn og man prøver å tilstrebe en god måte å få kontakt på. Og at det er dem på en måte som svarer.(...) Jeg fokuserer på mestring, og hva dem klarer og hva dem kan strekke seg etter. (...) Og jeg tror også det er veldig viktig at man ikke lar barnet sitte igjen med en følelse at det er dem som har ansvaret. For det er foreldrene som har ansvaret.

Hvis dem ikke møter, har det hendt at vi har ringt. På noen som vi vet synes det er vanskelig det her, og vanskelig å motivere ungene.. eller at ungene er litt motløse. Så da har vi tatt noen telefoner ja. Og prøvd å tilrettelegge litt bedre. (...)ellers så er det jo et frivillig prosjekt. Så hvis folk velger å ikke komme så purrer vi ikke eller noe. Vi maser ikke på dem, men vi gir dem et nytt tilbud neste gang de skal komme inn. så noen kommer regelmessig, noen kommer av og til.(...) Selv om dem ikke møter alltid så sender vi et nytt brev. Å du er velkommen neste gang å.(...) Også har vi ikke så mye fokus på det at dem ikke kom, eller vi har ingenting fokus på at de ikke kom sist gang. (...)Få foreldrene til å forstå sin rolle i det, at de skal være med å gå veien med de, men de må gå veien selv

Utfordringa, som er skissert i sitatet, ligger i å få dem til å forstå at det er et samarbeid, og utøve respekt for å få det. Og de beskriver at de strekker seg langt for å møte dem på halvveien, ingenting skal føles som tvang. Dette virker det for meg som om helsesøstrene opptatt av. Vil familiene ikke selv gjøre noe med problemet, nei da er det heller lite helsesøstrene kan gjøre i forebyggingsarbeidet forteller de.

Ei helsesøster uttrykker på en evaluering av prosjektet i hennes kommune, at hun gjennom prosjektet har fått jobbet en del med fordommene sine rundt fedme, og griper det an på en ny måte. Hun hadde tidligere sett på fedme som et foreldreskylt problem, der foreldrene hadde sviktet i oppdragelsen og at latskap var en av årsakene. Denne fordommen ble som hun sa « *knust i møte med foreldrene*». Og at den kunnskapen hun hadde ervervet seg, samt respekten hun hadde for foreldrene, og respekten for deres kamp ikke minst, gjorde at hun enklere kan gå inn og være trygg i sin rolle. Ved å vise denne tillitten og respekten kan man få resultater og innlede et godt samarbeid med foreldrene. For å supplere vil jeg vise til et sitat helsesøsteren hadde under ett av intervjuene:

Jeg mer opptatt av å finne ressurser. Familiens egne ressurser. Jeg skal ikke finne løsningene på problemene deres. Det er jeg kanskje mer bevisst på. Men jeg har visst om det hele tiden så er liksom bare med måten man stiller spørsmål på. Få familien til å reflektere å.. å få dem til å forstå at dem må gjøre jobben selv. Så er det opp til foreldrene da å gjøre noe med det. Men vi skal være der å hjelpe til. Og det er klart at vi må kjempe av og til..

Også her er brukerorientering, sentralt som under kunnskap formidling. Det er en del av det å jobbe sammen, å få dem mot samme mål. Det hele bygger på en tosidig kommunikasjon der

helsesøstere også må være mottakelig for hva foreldrene vil ha ut av det og de valgene de velger å ta. Dette kommer jeg mer tilbake til under neste punkt. De poengterer at det er «oss» mot overvektproblematikken, og legger vekt på at man står sterkere sammen. Helsesøstrene presiserer at de også jobber hele tiden med seg selv for å gå veien med dem, og at det til tider kan være tøft når en møter mye motstand, for de sitter på kunnskapen, men de føler også at de må jobbe ut i fra foreldrenes premisser.

Hvis man følger dem over år og ser at det er bare går gale veien... så må man koble inn lege. Men vi kan jo ikke.. vi må jo be dem å ta kontakt med lege hvis det.. vi kan ikke frakte dem til lege, det er jo ikke tvang i det her. Men så blir det jo.. ja, skal man melde til barnevernet, det er jo det som står i på en måte, tredje instans sant. At man skal gjøre det da..men...

Det er veldig veldig viktig at de selv er motivert. For jeg tror ikke vi kan hjelpe ordentlig før dem selv vil. For først så må man på en måte finne ut. Hvor... hva er det de egentlig vil ha hjelp til. Også må man begynne hjelpe derfra og først nå tror jeg at han ene som jeg har snakket en del om, er selv motivert for hjelp. Og det har tatt mange år. For jeg kjenner jo dette barnet fra det var lite og foreldrene også. Dem har heller ikke vært motivert tidligere.. selv om vi har vært bekymret og tatt dem inn til nye vektkontroller og henvist dem til spesialist ikke sant.. så har ikke foreldrene vært der. Dem synes det går bra og dem har et annet bilde av barnet enn det vi har. Vi ser et helseproblem.. men nå ser dem det. Og nå ber dem om hjelp og nå..mhmm

Kari Martinsen (2005) argumenterer for at tilliten allerede ligger i relasjonen og ser omsorgsbegrepet ut i fra en filosofisk og historisk sammenheng. Hun begrepslig gjør omsorgsverdier i den praktiske sykepleien med tre dimensjoner; 1) den relasjonelle – inngå relasjoner, ta vare på og være avhengig av hverandre, 2) praktiske – situasjonsforståelse og praktisk handling 3) etikk/moral – avhengighet mellom mennesker og etisk forankring om å ta vare på hverandre, spontane livsytringer som uttrykker grunnleggende verdiforutsetninger. (Martinsen 1990;1994). Nordtorp og Wistoft (2004) mener at disse filosofiske betraktningene ikke skal ses på som handlingsanvisende, men at de skal benyttes for å se de grunnleggende problemene for sykepleiere og helsesøstre Det gir dermed det profesjonelle et vitenskapsgrunnlag og en profesjons forståelse i forhold til faglige problemstillinger. Omsorgsfilosofisk kan man si at mennesker er bundet til hverandre i situasjonen (Ibid). Avhengighet mellom mennesker gjør at vi lever i maktrelasjoner, der tillitt er en del av relasjonen. Dette er også sterkt gjeldene for helsesøstrenes relasjon med deltakerne. Martinsen hevder at denne tilliten er et grunnvillkår, noe som allerede er i relasjonen, men skal tas vare på og vedlikeholdes. Kvaliteten av tillitt kan utvikles eller bli værende, hvis ikke maktforholdet brukes med omhu (Martinsen 2003;2001). For helsesøstrene vil dette si at man må se omsorgen som verdi

Nei, det er klart at det disse trenger er noen som tar vare på dem. Tar grep og forteller dem hva dem skal gjøre. Dem må jo gjøre det selv, men noen som er med dem og går veien sammen med dem og følger dem. Det er det dem trenger. Noen som pusher, noen som...ja. Er der og hjelper dem. Legger til rette, det er jo det dem trenger.

Under denne posisjonen viser helsesøstre til sine viktigste samarbeidsparter, foreldrene. Til meg forklarer helsesøstre at for å få familiene til å nå målet, er det viktig at familien må forstå at de er på samme parti. Ut i fra dette uttrykker helsesøstre at de må pleie relasjonen og jobbe mot et godt samarbeid. Posisjonen ligger i det, jeg på bakgrunn av mitt materiale, plassere på den mer brukernære siden av deres arbeid. Og i en mellomposisjon jeg kommer til å gå nærmere inn på om litt. Jeg har forsøkt å vise til hvordan relasjonen bygges opp, og viktigheten med at begge parter innser at det må et samarbeid til, at ikke helsesøstre kan gjøre jobben for dem. Hvis helsesøstre ikke klarer dette, eller at familiene ikke er i stand til å arbeide på denne måten. Må helsesøstre vurdere om familien trenger andre tiltak, og henviser videre til spesialist helsetjenesten. Denne samarbeidsposisjonen må derfor bygge på at kunnskapsformidlingen har ført dem til et likt nivå der familien innser denne nødvendigheten selv. Det er også forskjeller på hvordan helsesøstre ser på dette samarbeidet. Mitt generelle inntrykk er at de alle er opptatt av det, men i varierende grad og benytter seg av forskjellige innfallsvinkler for å komme dit. Denne forskjellen blir mer tydelig under neste posisjon.

6.6 STØTTE

Samarbeidet med foreldrene er opprettet, de jobber mot målet, hva er viktig nå? Jo, støtte foreldrene i de gode valgene de tar og støtte i relasjonene innad i familien forteller helsesøstre. Under denne posisjonen, kommer forskjellene mellom helsesøstre mer til syne, slik jeg ser det. Enkelte av helsesøstre strekker seg lenger inn i familiesfæren enn andre, for å jobbe mer direkte med relasjonene, og begrunner dette med at de anser det som viktig for å lykkes.

For å opprettholde den relasjonen de har med foreldrene, forsøker de å gi så mye støtte som de kan ved ros, samt gi en bekreftelse når det de gjør er riktig. Noen av helsesøstre uttrykker samtidig at det er viktig for dem å kunne støtte i relasjonen innad i familien når det kommer til overvektproblematikk. De begrunner det med at de vil være en trygghetsperson barna kan gå til når det er vanskelig å snakke med foreldrene. Dette gjelder spesielt ungdom. De vil også være en støtte for foreldrene, når de vil snakke om noe foreldrene ikke vil at barna skal høre. Dette kan for eksempel være å snakke om at fedme kan gi sykdommer i voksen alder, at de ikke vil at barna

skal føle seg stigmatisert eller at de er redd for at barna skal utvikle en spiseforstyrrelse. Disse helsesøstrene forteller da hvordan de griper inn og tilbyr støtte til deler av familien, og forsøker åpne slik at det kan være enklere å snakke om i felleskap. Som sagt er det ikke alle av mine informanter som forteller dette til meg. Det generelle ved de som snakket om det, var at de anså støtte som viktig. Ved å gi gode tilbakemeldinger når de hadde gjort noe riktig, og rose når det gikk bra. Utover dette ønsket de ikke å gå for langt inn i familiens «indre», og begrunnet dette med prosjektets beskrivelse av deres arbeid, som gikk ut på mestring, veileder og motivator.

Ei helsesøster i denne kategorien beskriver viktigheten med å gi støtte og hvordan hun gjør det:

Det jeg har gjort, er å støtte dem i de valga dem har gjort. Som går på de gode valgene dem har tatt. Og det å klare å holde fokus på de gode valgene. Jeg har spurt dem hvordan går det med de tingene som fungerer. Og noen foreldre har jo valgt å prøve forskjellige ting(..) hvordan klarer dere selv å selv finne ut av hva som fungerer og ikke fungerer. Og det å støtte dem da når de, har tatt gode valg. Det har vært mye fokus. Også det ungene(...) veldig mange ønsker å gjøre flere aktiviteter med sine foreldrene (...)bare det å være litt mer sammen med dem , å støtte ungene. Og lære både unger og foreldre å se at en liten kursendring kan på sikt gi store konsekvenser (...) For det er masse dem ikke får til..Det vil det alltid være. Så de tingene de har fått til prøver vi å løfte veldig. Har du fått til det? Nei gud så bra, bare tre dager i uka.. så flott!! Vi føler at det hjelper dem litt. Ja. En familie kom å fortalte meg at de brukte grønnsaker til hvert måltid og var aktive en time hver dag, for det hadde de merket selv at hjalp. Det fikk de masse ros og skryt for at de hadde kommet frem til og gjennomført –jeg ba dem bare fortsette og gav uttrykk for hvor fantastisk denne endringen de hadde gjort var.

Et begrep vi bruker konsekvent. Er at man er tunge i kroppen. Så... den sårheten tenker jeg ligger der. (...) Men....vi prater vel kanskje ikke så fryktelig mye om det.. vi går ikke så fryktelig inn i de følelsene på en måte.. føler nå jeg. Men at vi prøver heller å løfte frem de tingene som er bra.

Det som skiller mellom helsesøstrene, slik jeg ser det, er grensene de har satt for seg selv i hvor langt inn i det personlige de ønsker å bevege seg, og anser som deres ansvarsområdet. Helsesøstrene som så det som nødvendig å bevege seg mer inn i familiens «indre». De går også inn og snakker med barn alene, slik at de kan få ut frustrasjonen på dem, istedenfor foreldrene. Eller med foreldrene alene så de skal få utslipp på sine frustrasjoner og skåne ungene. Dette valget begrunner helsesøstrene med at de ikke vil belaste familierelasjonene mer enn nødvendig, og ser det som legitimt å gå inn for å forsøke avlaste familien.

«...Og jeg opplevde jo også at noen av de her ungene eller familiene som sliter mye, trengte tettere oppfølging. Ønsket seg tettere oppfølging enn det prosjektet beskriver da. Men det var heller ingen problem i forhold til prosjektet, jeg tok kontakt med dem å sa at det her, jeg synes

det nesten er litt for lite å bare gi dem en gang i måneden., fordi dem trenger så tett oppfølging og dem ønsker det for å komme i gang. Og det var helt greit å treffes noen, noen traff jeg jo annenhver uke (...)foreldrene trengte tettere oppfølging og ungene selv trengte tettere oppfølging i forhold til kostveiledning og fysiskaktivitet og... og litt det at ungene fikk ut litt frustrasjon på meg istedenfor å ta det på foreldrene, om det vi var blitt enige om fra gang til gang som de skulle jobbe med»

Helsesøsteren beskriver en vurdering hun har gjort, etter å ha vært lydhør ovenfor hva foreldrene har kommunisert gjennom dialogen. Hun ser at familien vil ha hjelp, men at de bare trenger litt ekstra støtte og tilrettelegging, og påtar seg dermed jobben med å gå dypere inn i familiens indre liv. Selv om hun beveger seg i den retning mener hun at hun likevel er innenfor de profesjonelle rammene. Dette viser til forskjellen innad i profesjonen, og et er godt eksempel på hvor mye frihet rammen gir til fortolkning.

Her ser vi en forskjell fra det som har blitt beskrevet tidligere, der familier med større problematikk ble henvist videre. Til forskjell fra tidligere når det kom til å henvise videre, var dette på et tidligere stadium. I det tidlige stadiet er de fortsatt under en kartleggingsprosess, og vurderes, slik helsesøstrene forteller det, raskere videre hvis de oppdager vanskeligheter innad i familien. I støtteposisjonen har familien kommet lengere, og min tolkning er at dette kan ha en sammenheng med at familiene som har kommet hit er mer motiverte for endring og mottakelige for den jobben helsesøstrene gjør. Noen helsesøstre tolker da situasjonen ut i fra sin ekspertise, og mener hun selv vil gjøre mer enn å gi støtte i valg oppmuntre og bakke opp med positive ord, og anser det som en nødvendighet.

6.7 RESSURS OG GARANTI I EN MELLOMPOSISJON

Helsesøstrene har det administrative ansvaret for prosjektet i det kommunale teamet. På noen helsestasjoner var dette offisielt enhetslederen sitt ansvar, selv om de ikke utførte konsultasjonene selv. I disse kommunene var det likevel helsesøstrene som jobbet aktivt i prosjektet, som hadde mest kontakt med det kommunale teamet og var linken til sykehusteamet og prosjektledelsen. Det var disse helsesøstrene som fikk tilbudt kursing og jevnlig telefonkontakt og møter med sykehusteamet. Helsesøstrene gav uttrykk for at de var de som jobbet aktivt i prosjektet, som hadde det meste av oversikten over familiene. De visste hva familiene har krav på og tilgang til, via prosjektet og helsevesenet generelt i andre tilfeller. De skal på denne måten være en ressurs og garanti for at familiene mottar tilbudet på en tilstrekkelig god nok måte.

Som jeg viste til under 2 *Aktivitetsskolen*, var det i de fleste kommunene, ei helsesøster som var frikjøpt en stillingsprosent til å kun jobbe med aktivitetsskolen, i andre kommuner var de to. De som til enhver tid jobbet i prosjektet, deltok på diverse kursing og konferanser i regi av prosjektet, dette deltok de på med en selvfølgelighet. De beskrev at de anså det som viktig for å få mest mulig ut av prosjektet, ikke bare for seg selv og sin jobb, de dro også frem familiene som motivasjon for å være med.

Jeg hadde stort utbytte av å delta på disse samlingene. Både profesjonelt, fordi det ligger i en arbeidsbeskrivelse og viktig del av prosjektet. Men også fordi det er viktig for meg å tilby best mulig tilbud til mine familier. Jeg vil jo at de skal få noe ut av å være med på prosjektet som de kanskje ellers ikke ville fått. Og for arbeidet med dette i fremtiden. Det er en problematikk vi har sett komme lenge, og det er avgjørende for oss å få mer kunnskap, lære oss teknikker og være godt utrustet til å møte dette.

Helsesøstrene i min undersøkelse er alle samstemte om at de er glade for og endelig kunne gi et behandlingstilbud til en utsatt gruppe som de tidligere hadde lite og tilby. De har sett problematikken komme og vært frustrert over at de ikke har noe mer håndfast og tilfredsstillende behandlingstilbud å tilby, enn samtaler og innkalle til hyppigere konsultasjoner for å se utviklingen¹⁵. Dette er en av grunnene til at prosjektet startet. Som vist til under 2 *Aktivitetsskolen* og en stor del av det helsesøstrene mener er det mest tilfredsstillende ved å arbeide i prosjektet. Samtidig kommer dette opp som en vanskelighet når jeg under intervju har spurt om hva som har vært utfordrende med å arbeide i prosjektet. Det begrunner de med at de har måttet dele opp sin sine familier i en kontroll og en intervensjonsgruppe. Det er i denne delen av datamateriale, at oppdelingen av deltakerne blir et tema for helsesøstrene i intervjuene. Det er da frustrasjonen med å ikke kunne tilby alle familiene likt tilbud som har kommet opp. De vil gjerne hjelpe alle med i og med at det er et medisinsk prosjekt, og dens rammer har det vært vanskelig.

I enkelte kommuner var det vanskelig å få startet opp intervensjonsgruppen. Prosjektet samlet alle navnene på barna i hele prosjektet i en pott, og trakk ut dem randomisert. I noen kommuner ble resultatet da at kun en familie ble trukket ut til gruppe, og måtte vente til flere meldte seg på for å komme i gang. Helsesøstrene uttrykker da en fortvilelse over å ikke kunne tilby det tilbudet de hadde krav på.

¹⁵ Her kommer ordet behandling opp igjen, selv om de understreker at de ikke er behandlere, og understreker dette med behandling som jeg har vanskelig med å forstå

Vi satt jo her.. og familien satt der.. og neida, ingen flere i gruppe denne gangen. Og vi tenkte. Hva skal vi gjøre? Prosjektet var jo klar over dette og var like frustrerte selv. Men det er jo klart. Det er forskning og det er bare slik det er. Men å ha så motiverte familier og ikke kunne tilby det tilbudet de skulle få... nei, det var veldig vanskelig. Vi gjorde så godt vi kunne for å tilrettelegge.

Likhetsidealet som helsesøstrene har i bunn, blir synliggjort i denne beskrivelsen. Det er også gjeldene når de snakker om det å skille på familier, og ikke gi likt tilbud.

Det er klart at de i kontrollgruppa har fått mye av det samme tilbudet som i intervensjonsgruppa. Vi bruker jo det vi har lært på dem også. Og jeg tenker at sånn må det være. De har ikke fått tilbud om aktivitet som den andre gruppa og ikke hatt disse gruppesamtalene som foreldrene i den andre gruppen har heller. Men det er klart, konsultasjonen blir den samme. Vi kan jo ikke gjøre forskjell der, vi vil jo hjelpe alle, de har jo meldt seg opp til et prosjekt og er klare for å ta tak i det de sliter med.

I det med likhetsidealet og tilbud til alle, ligger det også et økonomisk aspekt. Enkelte av helsesøstre har strekt seg lang når det kommer til at alle skal ha mulighet til å delta på aktiviteter blant dem som har vært trukket ut i intervensjonsgruppa. De har søkt om støtte og midler når prosjektets økonomi ikke har stukket til, blant annet for å kunne tilby basseng trening, treningsutstyr osv. Og legger vekt på at ved lavterskeltilbud mener de også at det heller ikke burde koste noe å være med på prosjektet, alle skal ha mulighet til å delta.

Under det første sitatet i dette avsnittet, omtaler helsesøsteren familiene som mine familier, dette er et gjennomgående trekk i alle intervjuene. De beskriver et ansvar og en nærhet overfor familien. Dette satt sammen med at de anså foreldrene som deres viktigste samarbeidsparter, gir et inntrykk til meg at de plasserer seg selv i en mellomposisjon. De virker å plassere seg selv mellom familiene og prosjektet, ikke bare for å opprettholde relasjonen og tillitten, men at de anser det viktig del av det å være helsesøster også i deres vanlige arbeidshverdag. Det er familiene og de som kommer til dem de skal hjelpe. I intervjuene verken kommenterer de, eller gir uttrykk for at reflekterer over at de er myndighetenes utstrakte hånd, som innehar en funksjon av oppsyn og kontroll. Dette kan selvfølgelig ha sammenheng med intervjuets ramme. De legger vekt på at de skal gi best mulig tilbud og hjelpe så godt de kan, men legger også vekt på sitt ansvar ovenfor foreldrene, og gir ikke uttrykk for det samme overfor prosjektet eller arbeidsgiver. Dette kommer også frem ved flere aspekter. Helsesøstrene er opptatt av at deres arbeidsplass er et lavterskel tilbud til alle. Ei helsesøster uttrykte før et intervju sinne over at hennes kontor var blitt flyttet til en bygning der man måtte ringe på for å komme inn og at hun satt kronglete til, da dette strider mot alle grunnprinsipper for det tilbudet hun skulle tilby å representere

Det som vi ser under denne posisjonen, kombinert med *samarbeidsposisjonen*, er denne plasseringen av seg selv mellomposisjonen. De føler ansvaret sterkest ovenfor familiene, og er opptatt av å strekke til og være et lavterskeltilbud. De er aktive i dette arbeidet og det kommer her frem at dette er mer en posisjon ovenfor familiene i prosjektet, enn arbeidsgiveren og prosjektet. I denne posisjonen har jeg fått inntrykk av at de tar med seg det profesjonelle til det personlige nivået hos familien, og legger sin ansvarsfølelse mot dem, mer enn mot deres institusjon, eller *Aktivitetsskolen* i dette tilfellet. Dette tar jeg med meg videre i drøftingen, og kommer til å være et sentralt tema.

6.8 TENDENSENE HITTIL

Kategoriene jeg har delt inn i er ikke utelukkende, de sammenfaller alle på et vis og viser til helsesøstrenes ulike posisjoner ovenfor familien og *Aktivitetsskolen*. De er ment som en presentasjon av ulike aspekter som er særegent ved helsesøsterens arbeid i aktivitetsskolen, og som reflekterer helsesøsterprofesjonens trekk og særegenheter generelt. Disse viser hvordan helsesøstrene beskriver sin forvaltning brukerorienteringen i samhandlingen med familiene, og viser hvordan de forsøker å ivareta det overordnende målet til studien om å redusere fedme og overvektproblematikk blant barn. Dette skal jeg drøfte nærmere. Rekkefølgen av posisjoner jeg skissert har heller ikke vært tilfeldig, som jeg har nevnt før, *kunnskapsformidlingen* er på mange måter steg en, det er her relasjonen starter, og avsluttes hvis man ikke lykkes med å videreformidle kunnskapen. Basert på en personlig vurdering helsesøsteren gjør. *Kontrollposisjonen* blir viktig å sette inn i sammenhengen, for å vise hvordan de aktivt jobber med relasjonen, og hvordan de nedtoner den for å skape tillitt. *Samarbeidsposisjonen* viser til hvordan relasjonen bygges opp, og viktigheten ved at begge parter innser at det er et samarbeid, mens *støtteposisjonen* inntreffer når de andre tre posisjonene er velfungerende. Det er et steg videre i arbeidet, de er et mer likeverdignivå der foreldrene har innsett problemet, tatt tak og samarbeider med helsesøstrene og helsesøstrenes viktige rolle har gått fra å gi kunnskap til å støtte dem i de rette valgene. *Resurs og garanti* i en mellomposisjon understreker deres posisjon mellom familiene og prosjektet, samt helsevesenet generelt der de forsøker å være på parti med familiene slik jeg tolker det. Disse posisjonene viser aspekter i deres arbeid i å være profesjonell i det personlige, som ligger som et sterkt fundament i deres helsesøster profesjon. *Kunnskapsformidler, kontroll og resurs og garanti i en mellomposisjon* kan ses på som noen av de mer formelle oppgavene. Måten de skisserer for meg hvordan de jobber i disse posisjonene,

viser hvordan de formelle også kan ha en personligkarakter. Det er forskjellige måter å utføre sin rolle som helsesøster, og det er personavhengig hvordan man tolker den formelle rammen.

Under *kunnskapsformidling* beskrev helsesøstrene hvordan de selv hadde blitt styrket via prosjektet og det var to ting de dro frem som viktige, det ene var kunnskap om kosthold og fedmeproblematikken, og i hvordan man skal jobbe med dette. I det første sitatet under *kunnskapsformidling*, viser helsesøsteren hvordan hun leser situasjonen og veksler mellom å gå inn med masse kunnskap og veiledning. Dette etter en vurdering hun har tatt ut i fra familien hun møter. Kunnskapen kan ses på som en del av de rammene de forholder seg til. De stiller ikke spørsmålstegn ved det de formidler og virker å ta for gitt at det de formidler av kunnskap og veiledning, er til det beste for familien som sitter ovenfor dem. Måten de tolker situasjonen og tilnærmer seg familien, utgjør den personlige vurderingen hos helsesøsteren. I måten de jobber på virker det for meg som det er avgjørende for dem å tone ned kontroll aspektet. For å formidle kunnskap, samarbeide med foreldre og være en støtte, legger de vekt på at det hele må bygge på en toveis kommunikasjon bygget på respekt, der en av og til må møtes på halvveien. De plasserer seg selv i en mellomposisjon, der de viser at de er der for familien, mer enn de er der for å kontrollere og formane dem om hva som er rett og galt. De er på parti med familiene og vil ikke gi uttrykk for at de er der for å kontrollere dem. Dette eksemplifiseres godt ved sitatet der en mor fornærmet spør om helsesøsteren synes ungen hennes er tykk, det hun svarer med at hun personlig ikke synes det men at kurven taler selv sitt tydelige språk og snur tonen raskt om til mer problemløsende og spør om hva *de* kan gjøre med dette.

Gjennom kategoriene ser vi hvordan de selv beskriver at de forvalter brukerorientering i konsultasjonen. Jeg har til nå forsøkt å vise, ikke til hva begrepet innebærer, men hvordan de bruker det. Ut i fra mitt materiale og det de har beskrevet til meg tolker jeg det dithen, at for helsesøstrene er det viktig å se det personlige hos familiene i utøvelsen av sin profesjon. For å ivareta den overordnede målsetningen i prosjektet om å redusere overvekten til deltakerne, bruker helsesøstrene ulike strategier, disse har jeg skissert i de fem ulike posisjonene, for å nå dette. Dette med å gi og ta, møtes på halvveien, fokus på familiens egne ressurser og viktigheten med og ikke ha pekefingeren oppe. I *kunnskapsformidling* tok de utgangspunkt i familiens egne ressurser, i *samarbeidsposisjonen* forsøkte de å sammen definere et felles mål, og få dem til å forstå at det er familiene som er i sentrum og at de skal hjelpe til. I *støtteposisjonen* oppfordret de

familiene til å ta «de rette» valga ved å støtte og oppmuntre når de gjorde gode valg, mens i *ressurs og garanti i en mellomposisjon* sørget de for at familien viste de var viktige ved å jobbe for at de skulle få det de hadde krav på. *Kontrollposisjonen* skiller seg noe ut ved at den nedtones for å ikke motvirke brukerorienteringen. De skal være der å hjelpe dem, ikke kontrollere dem. De gir uttrykk for at det av og til, kan være vanskelig å stille åpne spørsmål, men samtidig er det en viktig del av den relasjonen de hele tiden steber etter. De gir ikke uttrykk for at de reflekterer ikke mye over om det er en annen måte å gjøre det på, eller frustrasjon over og ikke nå alle, eller om kunnskapen de formidler, er til det beste for familien de møter. Jeg skal nå analysere dette nærmere ved hjelp av sosiologisk teori, for å belyse hvilke konsekvenser denne brukerorienteringen kan ha.

7 PARADOKSET

Gjennom kategoriseringen og gjennomgangen av mitt materiale, så jeg hvordan de beskrev sitt forhold til det personlige i samhandlingen med hver familie, og hvordan de brukte brukerorientering i praksis. Jeg ble i analyseprosessen nysgjerrig på selve relasjonen mellom helsesøstrene og familien, og det som for meg virket som et paradoks. De sitter på kunnskapen, foreldrene søker deres hjelp, samtidig jobber de etter likeverdsprinsippet og er opptatt av at det er foreldrene som er eksperter, ikke de. Jeg la merke til hvordan de beskrev en følelse av en ansvarlighet i en rolle som ved første øyekast ikke virker autoritær, men likevel inneholder spor av dette, da relasjonen ikke bygger på et møte mellom likestilte. Helsesøstrene skal ivareta den overordnede målsetningen, med å redusere overvekten blant barna, og må utøve en form for sosial kontroll for å forsøke gjennomføre det. Dette skal jeg nå drøfte videre.

Helsesøstrene formidler en kunnskap om hvordan man kan gjennomføre en livsendring, og veien til en bedre helse. For å formidle kunnskapen de besitter er balansen mellom det profesjonelle og personlige viktig. Ved det profesjonelle mener jeg det som ligger i den faglige tyngden de besitter i sin profesjon, og det personlige knytter jeg til familiens indre liv. Ved å studere dette forholdet vil jeg forsøke avdekke hvordan en makt relasjon som er asymmetrisk, likevel kan oppfattes som likeverdig, da det er dette helsesøstrene formidler til meg. Det helsesøstrene har beskrevet til meg, og det jeg har observert på mitt feltarbeid, har jeg til nå forsøkt å beskrive i kapittel 6 av

oppgaven. Jeg finner det fruktbart å benytte meg av ulike maktperspektiver i sosiologien for å analysere dette forholdet nærmere.

Det er to hoveddeler i drøftingen. Den første delen av drøftingen tar for seg eventuelle konsekvenser av brukerorientering på et makronivå, der det er fokus på de styringsmekanismene som kan ligge bak og retter et blikk mot hvordan helsesøstrene forvalter brukerorienteringen i det direkte møte med familien og det personlige hos dem. Den andre delen tar for seg paradokset og konsekvensen av brukerorienteringen på et mer tilnærmet likt mikronivå, men utgangspunkt at man skal fremstå som profesjonell i det personlige for brukeren og vil belyse den asymmetriske maktrelasjonene som tilsynelatende virker likeverdige.

7.1 MAKTPERSPEKTIVER

Mye av teoriene innenfor maktperspektiver i medisinsk sosiologi bygger på lege – pasient forholdet, men jeg ser relevansen av det i helsesøstrenes arbeid i konsultasjonen også. Helsesøstrene jobber i det medisinske feltet, men uten å ha en formell makt i form av diagnostisering eller en form for tvang etc. De heller ikke definert som behandlere i følge deres retningslinjer. Helsesøstrene er på en måte da enda mer avhengige av den «gode relasjonen» for å få utført sitt arbeid, enn for eksempel leger som innehar den formelle makten som er skissert. Som vist til under teorikapittelet, støtter jeg meg til Foucault, der han mener at makt finnes i alle typer for menneskelig samhandling, og kunnskapen de besitter har sammenheng med makten i relasjonen (Foucault & Gordon 1980). Kunnskapen de besitter er ikke bare kunnskap om fedme, relasjoner og teknikker for den gode samtale. Den bygger også på erfaringer, skjønnsvurderinger og verdivurderinger, i empirien har jeg forsøkt og vist til hvordan dette kommer til syne i form av personlig vurdering.

Foucault kan være fruktbar for å ta tak i relasjonen mellom helsesøster og familiene, og identifisere de styringsteknikker som preger forholdet. Som jeg har vært inne på tidligere, ligger det i helsesektoren og den medisinske profesjonen en utøvelse av makt, myndighet og sosial kontroll. Dette ved at de som helsesøstre er representanter fra myndighetene, de er satt til å forvalte samfunnets helsepolitikk. Eksempel på dette er hvordan de formelt sett har en rapporterings og dokumenteringsplikt, bla annet skal de føre statistikk på barnets utvikling i vekt og høyde. De er med i utvalg som forvalter enkeltindividers goder, og er på mange måter portvakter for velferdssamfunnets goder, som poengtert tidligere (Dreyfus & Rabinow 1982).

Etter deres retningslinjer skal de også ta avgjørelser på et faglig grunnlag, med en personlig vurdering som tar utgangspunkt i brukeren av tjenestens og han/hennes bestemmelsesrett. Dette er en viktig del av brukerorienteringen de jobber etter. Brukerorienteringens kunnskapsgrunnlag kan i praksis ses på som om den er blitt blandet med velferdsstatens overordnede perspektiv, nemlig behov for sosial kontroll (Øverlid 2007). Jeg vil påstå at slik de selv seg omtaler seg, som jeg har plassert under *6.7 Ressurs og garanti i en mellomposisjon*, er ikke noe de er alene om. Jeg vil påpeke at et det er et flertall av profesjoner som jobber innenfor offentlig sektor som innehar lignende posisjoner, jeg vil dra frem sosial arbeidere som et spesielt eksempel på dette. Bjarne Øverlid har skrevet en artikkel om sosial arbeidere, da særskilt sosionomer, sett i lys av samfunnets økende grad av frihetsideal. Han har satt et spørsmålstegn ved om økende grad av den frie og individuelle bruker er et godt utgangspunkt for sosialt arbeid (Øverlid 2007). I denne artikkelen fant jeg flere sterke likhetstrekk med det arbeidet helsesøstrene beskriver til meg i intervju, og de posisjonene jeg har skissert ut i fra dette. Askeland (2006) er høyskolelektor i pedagogikk, og har skrevet en bok om å være personlig i det profesjonelle. Denne boken tar for seg flere problemstillinger man møter innenfor helsefaglig, sosiale og pedagogiske profesjonsutdanninger. I denne boken fant jeg igjen mye av de samme problemstillingene helsesøstrene har formidlet til meg gjennom intervjuene. Dette er med å vise at helsesøstrenes utfordringer og arbeidsoppgaver ikke er enestående for dem som profesjon, men innenfor rammen av denne oppgaven er det dem jeg tar utgangspunkt i.

7.2 GODHETSDISKURS

Gjennom sitt engasjement, og måten de snakker om jobben sin viser helsesøstrene en integritet, de er stolte av jobben sin. De gir ikke uttrykk for at de er opptatt av å ha autoritet, de vil i hvert fall ikke fremstå slik, da dette kan ødelegge for den jobben de gjør i konsultasjonen. De uttrykker med selvfølgelighet at «*Vi ikke ha en relasjon til familien bygd på at vi vet best*». Samtidig er det det de videreformidler, en kunnskap som står høyt i samfunnet, noe som skal gjøre familienes liv og helse bedre. Det virker på meg som de utelukkende ser på sin profesjon og deres handlinger, ut i fra det de de beskriver i intervju, som gode. Jeg trekker linjer til det Jill Loga (2003) omtaler som en godhetsdiskurs. Loga har gjort en analyse av Verdikommisjonen, hun påpeker at verdikommisjonens debatter i stor grad ble redusert til en godhetsdiskurs, der det norske verdifelleskapet, ble forskjøvet til å handle om godhet (Loga 2004). Hun hevder at dette var fordi begrepet verdi, ble fortolket som ensbetydende med det gode og at verdikommisjonen ble fanget

av makten i godhetsdiskursen (Ibid). Jeg plasserer helsesøstrene i denne godhetsdiskursen ved at denne diskursen handler om å være et godt menneske og legger vekt på dette med å bry seg. Godhetsdiskursen har en omtanke for de svake i samfunnet (Loga 2003). Helsesøstrene sier nødvendigvis ikke at familiene er svake, men jeg knytter dette til hva diskursen står for. Diskursens sosiale funksjon, der det vektlegges et ønske om å bygge eller styrke nære relasjoner som motvekt for samfunnets negative utvikling (Ibid). Ei av helsesøstrene fortalte meg på en nettverkssamling i forbindelse med *Aktivitetsskolen*, at for mange familier kan helsevesenet som helhet, være vanskelig å forholde seg til. Hun så på seg selv som en som skulle være en ressurs for familien, slik at de fikk det beste tilbudet som mulig, denne helsesøsteren la vekt på at hun brydde seg om «familiene sine». Lignende viste jeg også til under *ressurs og garanti i en mellomposisjon* (S. 63). Uten å si det til meg direkte, tolket jeg det slik at hun indirekte så på seg selv som den gode hjelper. Under intervjuene viser helsesøstrene til det gode i sine handlinger, hvordan de ønsker familiens beste og vil hjelpe alle som ønsker det. Og det ser ut til at de anser disse positive verdiene til å være universelle i god barneomsorg. Med Loga beveger jeg meg inn i en diskurs som jeg i utgangspunktet har påpekt at jeg ikke skal inn og det skal jeg heller ikke. Likevel har jeg valgt å ta med meg hennes begrep *godhetsdiskurs*, da dette fanger opp det gode ved helsesøstrene, som jeg opplevde ble formidlet til meg, og belyser dette på en god måte som gir en nyanse i det bildet jeg forsøker å tegne av helsesøstrene.

8 DET PERSONLIGE I DET PROFESJONELLE

I ett av mine første intervjuer spurte ei helsesøster om hva som var bakgrunnen for min interesse for helsesøstrenes rolle i prosjektet. Jeg hadde da lenge sittet å lest meg opp på helsesøstrenes historie og artikler som gikk ut på helsesøstrenes endrede rolle som distriktslegens høyre hånd og ekspert funksjon til den mer veiledende rollen og var preget av dette da jeg svarte; *Det er interessant å se på den endrede rollen helsesøsteren har hatt oppigjennom, der dere veileder og styrker individene, fremfor å bruke pekefingeren og formane hva som er rett og galt.* Helsesøsteren ser på meg å smiler; *Det er da virkelig ikke noe nytt, jeg har jobbet i helsetjeneste og som helsesøster siden 80 tallet, og jeg har aldri vært en ekspert!* Dette ble et avgjørende øyeblikk for mitt videre feltarbeid, det jeg observerte videre var nettopp dette. Mine informanter uttrykte alle at det å fremstå som en ekspert med alle svar og løsninger, fungerte ikke i deres

arbeid. Det var da jeg begynte å interessere meg for helsesøstrenes beskrivelse av samhandlingen mellom dem og familiene, og paradokset jeg begynte se antydning til. Helsesøstrene jobber etter et brukerorienterings perspektiv, og det er foreldrene som er eksperter, mens staten, og institusjonen helsesøstrene representerer, står for sosial kontroll. Helsestasjonens ønske og institusjonserklæring er fortsatt å oppdra foreldre argumenterer Andrews (2002b). Noe av det som har fanget min oppmerksomhet rundt relasjonen og samhandlingen, slik jeg har fått det beskrevet, mellom helsesøstre og familiene, er dette tilsynelatende paradokset. På den ene siden, slik jeg ser det, er familiene plassert som suverene sammen med at helsesøstrene knytter sin lojalitet til foreldre som eksperter på egne barn. På den andre siden er familienes manglende evne til å ta tak selv og ha myndighet over eget helseproblem¹⁶, og helsesøstrenes funksjon som velferdsstatens lange arm. For å analysere dette nærmere ser jeg det som fruktbart å benytte meg av Foucaults maktbegrep og hans begrep om *governmentality* for å få tak i samhandlingen mellom helsesøster og familiene, og identifisere de styringsteknikker som preger forholdet og se på hvordan de bruker det personlige hos familien i forvaltningen av brukerorienterings perspektivet.

8.1 IDENTIFISERING AV GOVERNMENTALITY

Helsesøstrene, som poengtert ved flere anledninger, jobber etter *empowerment* modellen i brukerorienteringsperspektivet, og ordet *empowerment* betyr nettopp tilføring av makt (NOU1998:18 1997). Som jeg har vist, er det avgjørende for helsesøstrene å opprette samarbeid, og få familien til å innse at det er deres felles prosjekt. For at familiene i prosjektet skal komme i posisjon til å styre prosjektet selv, og komme dit at de jobber med fedmen på egenhånd. Kreves det at de blir gjort oppmerksomme på sin egen situasjon og hvordan de kan påvirke sine omgivelser og styre sitt eget liv uten helsesøstrenes hjelp. Som profesjonelle står de en posisjon til hensikt for familiens beste, handlinger, måten de posisjonerer seg på og deres samhandling med familien er knyttet til å gi omsorg og fremme utvikling hos dem.

Det profesjonelle møtet går ut på at det hele en gang skal ta slutt, og at de må overflødig gjøre seg selv i den grad de går an. Men før de kan gå inn å gjennomføre arbeidet, må de ha en forståelse av sin posisjon og hva som forventes av dem, argumenterer Askeland (2006s.39-58). Det vil jeg

¹⁶ Jeg vil understreke at når jeg omtaler fedme og overvekt blant barn som helseproblem lener jeg meg til Helsedirektoratets definisjon av dette, og er klar over at det er et omstridt tema.

nå gå nærmere inn på. Tidligere har jeg vist til hvordan helsesøstrene beskriver at de selv ønsker at familiene selv skal definere sine mål, behov og delta i beslutninger som vedrører fedmeproblematikken og hvordan de skal komme til det punktet at de selv jobber med fedmeproblematikken fritt og selvstendig, uten hjelp fra myndighetene.

SOSIALKONTROLL

Øverlid (2007) ser for seg hvordan det etiske, brukerorienterte kunnskapsgrunnlaget er blandet med et overordnet velferdsperspektiv, nemlig behovet for sosial kontroll. Mens hans utgangspunkt er sosial arbeideren, fortrinnsvis sosionomen, anser jeg det som fruktbart å bruke dette perspektivet for å analysere helsesøstrenes arbeid. Jeg anser begge disse profesjonene for å være innenfor en lignende mellomposisjon, da sosionomen også forvalter et velferdsgode og innehar en kontrollfunksjon med rapporteringer og ved å samle inn opplysninger om brukeren. Samtidig har de et direkte møte med brukerne og blir involvert i det personlige hos hver bruker ved det brukerne selv beskriver. Sosionomen må som profesjonell forholde seg til det brukeren selv beskriver og ta personlige vurderinger ut i fra dette.

I den første konsultasjonen, så vi hvordan helsesøstrene forklarte viktigheten av å ha fokus på en åpen dialog og på familiens egne ressurser. Ei helsesøster beskrev hvordan hun til enhver tid tenkte, *hva trenger familien som sitter foran meg nå? Hva kan jeg gjøre?* For å kunne svare på dette spørsmålet, måtte hun kartlegge familiens behov i detalj og få klart hva som var familiens mål med å være med i prosjektet. For at familiene skal blir et intervensjonsobjekt for helsesøstrene, og det verdipolitiske behov for sosial kontroll, blir kartlegging et nødvendig verktøy. Videre må helsesøstrene da bruke det de har kartlagt og sette i gang relevante tiltak på bakgrunn av hva familiene uttrykker. De er da med å skape et rom for handling for familiene, på bakgrunn av familiens ressurser, slik Øverlid (2007) beskrev sosialarbeiderne i sin artikkel.

Det viktige og avgjørende for utøvelsen av helsesøstrenes arbeid i prosjektet på dette punkt, er at familiene selv bidrar aktivt til å realisere ønskede forandringer med barnets/familiens helse. Her så vi under kunnskapsformidling at det kunne svikte, hvis familiene ikke ønsker det selv eller ikke er åpne for å gjøre det arbeidet som kreves. Da er det heller ikke noe helsesøstrene kan gjøre. Hvis vi knytter dette til den sosiale kontrollen helsesøstrene representerer, kan vi si at sosial kontroll kun fungerer når familiene selv aktivt bidrar til å realisere endringene på egen hånd. Helsesøstrene kan ikke gjennomføre endringene for familien, deres subjektposisjon blir

derfor viktige for helsesøstrene å ta vare på. For at den sosiale kontrollen skal kunne fungere i forhold til de rammene helsesøstrene arbeider i. Hvis jeg tolker helsesøstrenes arbeid på denne måten, slik Øverlid (2007) tolker sosiale arbeidere i hans artikkel, ser jeg det som fruktbart å benytte meg av Foucaults begrep, *governmentality* til å identifisere styringsformen. *Governmentality* er en teknikk som hos Foucault legger til rette for styring gjennom selvstyre, innenfor de bestemte rammene helsesøstrene befinner seg i sitt møte med foreldrene (Dean 2010)

8.2 FORTOLKNING AV RAMMEN – EN PERSONLIG VURDERING

Helsesøstrenes arbeid i prosjektet, som vi så som et gjennomgående trekk ved de fem posisjonene, vektlegges også i sterk grad en personlig vurdering på bakgrunn av erfaring, utdanning og skjønnsmessige vurderinger. Selve essensen ved å være helsesøster, vil jeg påstå, er det å være profesjonell i det personlige hos brukeren. Vi kan se endringene fra arbeidet til helsesøstrene tidlig i dens opprinnelse, som var mye mer bundet til bestemte former og klarerer skille på hva som var rett og galt i det de formidlet, til at helsesøstrene nå er mer friere i sin tolkning av rollen innenfor de rammene de må forholde seg til. Deres «arbeidsplass» er fortsatt i brukerens liv, men brukeren er mer sentral for det de formidler. Ett eksempel for å belyse dette på er hvordan de omtaler overvektproblematikken i selve konsultasjonen. Som jeg viste til under de fem kategoriene av posisjoner, er de opptatt av å formidle kunnskapen på en god måte, og på en måte har distansert seg fra kontroll aspektet, fordi de mener det er nødvendig for å skape tillitt. Når jeg vil vise til hvordan de gjør personlige vurderinger ut i fra deres rolle som profesjonelle i det direkte møte med familiene og hvordan de forvalter brukerorientering, vil jeg sette det opp mot den problematikken de jobber med i prosjektet. Jeg har tidligere vist til flere likheter, og jeg vil nå gå nærmere inn på de forskjellene jeg har observert i måten de forholder seg til fedmeproblematikken. Når det kom til å omtale overvektproblematikken, var de enige om at det var noe som de syntes var vanskelig. De løste det gjennom å innta tre tilnærmelser til dette; direkte, indirekte og implisitt.

Direkte:

Noen foreldre er veldig sår på det. Og vil ikke at noen skal bruke....det ordet, overvekt eller fedme i det hele tatt. Men jeg har vært ganske, ganske ærlig på det det. Og det mener jeg at det er viktig og at noen tør å si at barnet ditt er overvektig. Og det kan få alvorlige konsekvenser for barnet ditt. Og snakka en del om livsstilsykdommer og det som er relatert til fedme og overvekt. Og har vist kurvene som viser, altså hva er normale kurver for et barn på den alderen og det er

klart det at da. Det er noen foreldre som gråter, noen synes det er veldig vanskelig, men jeg har ikke opplevd at noen sier at ; mitt barn er ikke overvektig. Men noen synes det.. at det er ganske tøft å høre det. De livsstilssykdommene som man står i fare for å få da, og.....det som en mor sa til meg, at ho trodde det bare var voksne som kunne få det. Det var ikke snakk om det, for det her er bare et barn. Det er bare voksne som kan få de sykdommene. Men jeg tror jeg har vært ærlig, selv om jeg synes det har vært vanskelig så har jeg vært ærlig. Jeg har brukt ordet kraftig overvekt, overvektig og fedme. Da veldig ofte når jeg har vist kurver, til foreldrene.

Indirekte:

Det er akkurat det med ordlegging...noen.. Det er jo en god aldersspredning i de barna her i byen. Og jo eldre dem er, jo mer bevisst er dem selv på at dem er store, og at de er store i forhold til andre og at de skjemmes over det å ha bad på skolen og gå i sommerklær.. Og det har dem selv sagt her på kontoret, og det har også kommet tilbake til ved seinere anledninger der de har gått ned i vekt, og da synes det er mindre problematisk. Hva slags andre måter har det kommet frem... Etter sommerferien er det vanlig at de har gått opp en del i vekt og at klærne har blitt trange, og da har man snakket om det rundt hvorfor klærne har blitt trange. Og.. noen har hatt som mål at neste gang vi møtes så skal klærne passe bedre, de klærne som var trange etter sommerferien. Vi har jo prata om det i den forstand. Og det her med, har også touchet det her med om forbrenning. Og mange synes jo det er urettferdig at venninnen eller vennen kan spise hva som helst og fortsatt er tynn, og da kommer man jo inn på det. Det med at ting er ikke så rettferdig, og at noen tåler mer enn andre før man legger på seg. Jeg synes vi har kommet inn på det ved mange anledninger sånn sett.

Implisitt:

Den sårheten tenker jeg ligger der. Og noen kan kanskje si litt om det. Ja. Men....vi prater vel kanskje ikke så fryktelig mye om det.. vi går ikke så fryktelig inn i de følelsene på en måte.. føler nå jeg. Men at vi prøver heller å løfte frem de tingene som er bra. Det har jo meldt seg på dette prosjektet, de er jo selv klar over at fedmen er et problem.

Her ser vi tre ulike innfallsvinkler på hvordan de sier at de forholder seg til problematikken i konsultasjonene. Det er overvektproblematikk og familien de skal forholde seg profesjonelle til i *Aktivitetsskolen*, og har som mål og redusere. Det er mange måter og forholde seg profesjonell på, rammene de forholder seg til er relativt åpne og kan fortolkes. Det er personavhengig hvordan de forholder seg til dette, og er basert på personlige vurderinger ut i fra deres posisjon som helsesøster. Det er avgjørende at familien selv oppnår en kontroll over situasjonen, og veien for å komme dit kan ha flere retninger slik vi ser det her. Disse tre typer for tilnærmelser kan også ses på som uttrykk for å styre kommunikasjonen.

Et annet eksempel som belyser helsesøstrene frihet i brukerorienteringen, viste jeg til i *støtteposisjonen*. Her beskrev ei helsesøster hvordan hun strakk seg langt inn i familiesfæren,

hvis hun mener dette er nødvendig, basert på en personlig vurdering. Andre helsesøstre i mitt utvalg beskrev en lavere terskel for å sende videre når de mente de selv ikke strakk til. Selv om dette kom til syne på ulike perioder av prosjektprosessen, viste det til klare forskjeller. Det kan selvfølgelig ha sammenheng med *Aktivitetsskolens* retningslinjer, men det er likevel opp til helsesøstrene å ta vurderingen om at hennes kompetanse ikke er tilstrekkelig nok. Og sende familiene videre til en spesialist. Dette er med på å vise til de forskjellene jeg fikk beskrevet gjennom intervju, ut i fra dette kan vi se en tendens i at de personlige skjønnsutøvelsene blir synonymt med subjektive og tilfeldige vurderinger, som avhenger mye av helsesøsteren som person. Kvello (2005) påpekte også dette når han argumenterte for at tjenesten i stor grad var personavhengig fra sted til sted. Helsesøstrenes vekt på den personlige vurderingen kan være problematisk i forhold til deres posisjon som profesjon. Jeg understrekte under

*4 Metodologisk tilnærming – Fra problemstilling til **konklusjon***, at jeg på ingen måte kan overprøve deres faglige vurdering. Dette er heller ikke noe jeg ønsker å gjøre. Det jeg ønsker er å vise til at det er tydelige forskjeller innad i profesjonen, og de igjen kan gi utslag for hva slags tilbud og hjelp familiene får.

I deres retningslinjer står det klart at de ikke skal være noen behandler (Helsedirektoratet) og prosjektet og helsesøstrene selv understreker at dette ikke er noe slankeprosjekt. Som sagt under *2 Aktivitetsskolen*, er det noe jeg har hatt vanskeligheter med å forstå. Jeg ble forklart at helsesøstrene ikke driver med noen som helst for medisinsk behandling, men kun veileder og rådgiver foreldrene, og var der som en støtte og kunnskapskilde. De slanket ikke fordi barn ikke slankes, de vokser. Barna skal kun oppmuntres til å holde en stabil vekt, og vokse inn i normal kurven. De driver forebyggende i den forstand at de vil forebygge at barna tar med seg de dårlige vanene videre i livet og ender opp med et overvektproblematikk senere i livet. Fordi barna er så unge, er foreldrene og hele familien blitt ett objekt for studien og helsesøstrene forsøker motivere til en livsstilsendring i hele familien.

Helsesøstrene skal som profesjonelle vurdere å sette en standard, samtidig som de skal understøtte og anerkjenne foreldrenes ekspertise, og styrke deres kompetanse. Som jeg viser til ved de tre tilnærmelsene, har helsesøstrene ulike innfallsvinkler til overvektproblematikken. Den

direkte skiller seg mest ut, de andre to har en mye mer direkte fokus på å fremme det positive og ikke det negative. Makten er i følge Foucault og Loga knyttet til posisjoner, ikke enkelt individer. Loga (2003) argumenterer for at makten i godhetsdiskursen ikke nødvendigvis er aktiv på et handlingsnivå, men dens formål er å fremvise godhet mer enn å utøve den. I lys av dette kan dette, vil jeg si at den godheten de forsøker å fremvise, kommer til syne i deres fokus på det positive, ved måten de beskriver at de ordlegger seg på og de ulike innfallsvinklene de benytter seg av. Er dette tilfellet kan familien handle ut i fra dette, og ta til seg det helsesøstrene formidler til dem. Jeg føler det er naturlig å stille spørsmål ved hvilke av disse tilnærmingene som er mest brukerorientert og setter familien i stand til å ta egne beslutninger. En konsekvens av det overdrevne positive, kan være at man glemmer at barna er i en reel fare for å bli alvorlige syke senere i livet. Innenfor rammene av mitt prosjekt kan jeg ikke belyse dette nærmere, men vil altså stille spørsmålsteget ved det, og er undrene hvorfor dette ikke er mer i fokus under samtalene hos enkelte av helsesøstrene. En mulig forklaring er at helsesøstrene i sitt arbeid representerer en godhetsdiskurs som kommer til uttrykk ved deres fokusering på de positive verdiene, og verdsetter det positive så høyt, slik at det vonde og vanskelige ikke kommer nok frem. Loga argumenterer i sin artikkel for at godhetsdiskursen mangler opponenter. I Godhetsdiskursens blir verdien satt til det gode, opponenter blir da lett oppfattet som onde, kynisk eller negativ. Loga hevder at diskursen mangler et opponerende ståsted. Hensikten med en dialog er for å skape en diskusjon. Opponenten til den ensidige positive fokuseringen til helsesøstrene vil da bli å fokusere også på det negative, hva som kan gå galt hvis barnet får alvorlig overvekt i voksen alder. Prosjektet selv anbefaler helsesøstrene å ha et positivt fokus gjennom sine møter med familiene. Helsesøstrene som representerer det *implisitte* og *indirekte*, uttrykker at det hadde vært demotiverende og direkte skadelig for deres jobb om det hadde fokusert på det negative. Den *direkte* er den som skiller seg ut, hun setter ord på det negative og kaller en spade for en spade, og mener dette fungerer. Hun tåler litt gråting og tøffe tak, for det er det som etter hennes personlige vurdering fungerer. På nytt vil jeg understreke at jeg ikke kan vurdere andres evne til å vurdere, men jeg vil vise til at det er forskjellige måter å formidle at de utøver sin rolle som helsesøster på. Den ene er ikke mindre profesjonell enn den andre i forhold til rammene de forholder seg til. Tendensen i mitt materiale, og annen forskning på feltet peker i en tendens til at tilbudet og tilnærmelsen helsesøstrene har til familiene/brukerne er personavhengig. Dette kan vise til en svakhet ved brukerorienteringen i deres arbeid, slik den står i dag, og jeg etterlyser mer

forskning rundt de familiene som mottar et slikt tilbud likt de gjør i dette prosjektet, der brukerorienteringen står sentralt i et komplekst helseproblem.

8.3 MAKTEN I RELASJONEN

Helsesøstre skal i brukerorienteringsperspektivet se familiene som helhet, og ha fokus på den familien som sitter foran dem, og ut i fra dette ivareta familienes behov. Som vi så gjennom de ulike posisjonene, ser vi tendensen til at helsesøstre plasserer seg i en mellomposisjon. I deres arbeidsbeskrivelse stilles det krav til at de skal ha en god relasjon med familiene. For å oppnå dette beskriver helsesøstre i prosjektet hvordan de toner ned kontroll aspektet, da dette er nødvendig for å skape og vedlikeholde tilliten til familiene. Selv om det de beskriver kan tolkes i rettingen av at de plasserer seg selv i en mellomposisjon, kommer vi ikke utenom det faktumet at de er profesjonelle aktører. Det er kunnskapen, metoden og posisjonen de besitter, som de har ervervet seg gjennom utdanning som gjør dem profesjonelle (Erichsen 2003). Helsesøstre har tilgang på ressurser, kunnskap, metoder og instrumenter som familiene de skal hjelpe, ikke har en naturlig tilgang til. I tillegg har den profesjonelle definisjonsmakt (Sandmo 2005). Det vil si at helsesøstre mer eller mindre bestemmer hva som er viktig eller et interessant fokus for relasjonen (Ibid). De kan høre, men også overhøre, reagere eller la være å reagere. Flyvbjerg poengterer maktens kompleksitet, og har fokuset på utførelse og kamp, og i likhet med Foucault mener han at makten består av en strategi, og at den er diskursivt betinget. Han påpeker viktigheten av å se at rasjonalitet avhengig av kontekst og deltakere i kommunikasjon (Flyvbjerg 1998). I lys av dette kan det argumenteres for at helsesøstre handler på den måten de gjør, ut fra at det er rasjonelt for dem som profesjonelle. Informasjonen de besitter om familiens ressurser og den faglige tyngden, brukes for å oppnå den overordnede målsetningen, som er å få foreldrene i posisjon til å endre livsstil og redusere overvekten. Deres handling er altså da ut i fra hva de synes er best for familien, tatt ut i fra en personlig, faglig vurdering. I kommunikasjonen legger institusjonen og helsesøstre premissene for hva man kan snakke om og hva man ikke kan snakke om i situasjonen. Det er den profesjonelle som oftest avgjør hvordan atmosfæren i møtet med den andre skal være, om det skal være rom for tilfeldigheter, avslappet snakk, gå inn i større familiære problemer, snakke direkte om fedmeproblematikken, sette inn ekstra tiltak osv. Helsesøsteren setter opp grenser for hvor nær relasjonen skal være eller hvilken distanse som skal finnes i relasjonen, og i hvilken grad den som skal hjelpes blir respektert og hørt i sin opplevelse av situasjonen. Helsesøsteren går inn i sin praksis dels som kunnskapsformidler og fokus på

overvekt problematikken, dels som «medmenneske», der hun forsøker å se hele familien og deres ressurser. Dette så vi skissert under posisjonene også.

KUNNSKAP

På bakgrunn av det som Foucault omtaler som en individualisering av samfunnet (Dean 2010), vil jeg knytte profesjonalisering av det personlige som et resultat av individualiseringen slik Foucault omtaler det. Det er et økende krav til helsesøstre om at det personlige og profesjonelle skal integreres. I dagens helsepolitikk, som jeg viste til innledningsvis, er det fokus på et helhet og brukerorienteringsperspektiv, der oppmerksomheten rettes innover i hvert enkelt individ, og individets helhetsoppfatning blir tatt med i den profesjonelles betraktning, ved at det personlige kartlegges. Foucault (Dean 2010; Foucault et al. 2010) knytter dette videre opp mot koblingen mellom institusjonens krav og den enkeltes personlige utvikling blir intensivert, dette igjen har sammenheng med hans begrep om kunnskapsmakt. Kunnskap er ikke ensbetydende med makt i følge Foucault (Foucault & Gordon 1980). Kunnskap er heller aldri en verdinøytral beskrivelse av virkeligheten, men en strategi som konstituerer og understøtter maktrelasjoner (Ibid). Forholdet makt og kunnskap har en binding i at forutsetningen for utøvelsen av makt, er ulike former for kunnskap og motsatt, enhver kunnskapsdannelse forutsetter maktstrategier (ibid).

Måseide (1991) fremhever at kunnskap ikke bare er teoretisk, men også kan bunne ut i egne og andres erfaringer, skjønnsvurderinger og verdivurderinger. Kunnskapen og viten vi har, den identiteten vi føler og relasjonene våre er i følge Foucault skapt av makt (Foucault et al. 2010; Foucault & Gordon 1980). Denne makten i møtet mellom helsesøstre og familiene, er med på å forme familiens væremåter, problemer de uttrykker og hvordan de griper tak i fedmeproblemet. Familiene blir et objekt for helsevesenet ved at helsesøsteren oppmuntrer til det som er «rett» å gjøre for å ta tak i fedme og overvekts problematikken. Dette gjøres på en slik måte at det kan se ut til å være et uttrykk for familienes eget valg. Dette så vi eksemplifisert når ei helsesøster så seg fornøyd med jobben hun hadde gjort og følte kunnskapen hadde kommet igjennom, når familiene gjentok hennes argumentasjon som om de selv hadde kommet frem til den. Som helsesøsteren uttrykte «*det var som å høre mine egne ord*» (S.49). Foucaults begrep om *pastoral makt* kan brukes for å belyse dette (Dreyfus & Rabinow 1982). Med begrepet *pastoral makt* ønsker han å vise hvordan man i det moderne samfunn ikke forsøker å bruke tvangsmakt for å overtale innbyggerne til det «rette», men at man heller forsøker føre innbyggerne som en flokk. Der

individets særinteresse stemmer overens med hva som regnes som samfunnets gode (Foucault 2002).

8.4 EMPOWERMENT SOM VERKTØY

I lys av Foucault kan vi også argumentere for at helsesøstre selv er et subjekt for makten, så vel som en utøver. Helsesøstre går gjennom en utdanning og læringsprosess, praksis og erfaring. Deres kunnskap, viten og identitet som helsesøstre blir i lys av Foucaults teorier, også et produkt av makt, i så måte er også deres erfaringer også det. Under kunnskapsposisjonen viste jeg til hvordan helsesøstre selv beskrev en læringsprosess de hadde vært igjennom. Ikke bare via den kunnskapen de har ervervet seg gjennom å delta på prosjektet, men også i den prosessen det er å jobbe aktivt brukerorienteringsperspektivet. Brukerorienteringsperspektivet helsesøstre jobber etter har, som vist til, en kobling med *empowerment-ideologien*. Helsevesenet ønsker å stimulere befolkningen til å finne løsninger på egne helseproblemer og at de selv skal ta tak i det, fremfor at det er helsevesenets oppgave å ta tak i det for dem. I lys av Foucault kan vi se hvordan helsesøstre forvalter brukerorienteringen til å oppnå en fortrolig og personlig relasjon, ved å stille spørsmål og holde en intensiv dialektikk med familiens privatliv (Foucault 2002; Foucault et al. 2010). Dette kommer til syne ved den fortroligheten helsesøstre forsøker å oppnå med måten de stiller åpne spørsmål og beveger seg inn i det personlige hos familien ved å ha fokus på deres ressurser og beskrivelser. Det ser vi også i måten de distanserer seg fra kontroll posisjonen. Deres rolle som myndighetens utstrakte arm blir ikke vektlagt i samhandlingen slik helsesøstre beskriver det, det viktige er å oppnå en relasjon og åpne for at familien selv kan styre sine liv mot egne mål og behov utaler de. Helsesøstre skal skape rom for at familiene skal komme i en tilstand og posisjon som gjør dem handlingsdyktige nok til å gjennomføre det, og de tar utgangspunkt i det personlige hos familiene og deres ressurser for å komme dit. Med dette mener jeg ikke å betegne helsesøstre som kyniske i sin bruk av brukerorienteringen, men de er også et subjekt for makten og det ligger i deres rammebetingelser å arbeide på denne måten. Dette gjør seg også gjeldene i kunnskapen de formidler, og ved Flyvbjergets perspektiv om at man kan se det som om de handler rasjonelt ut i fra situasjonen og familien som helsesøstre kommuniserer med.

Til bakgrunn for denne tankegangen som brukerorientering og *empowerment* bygger på, ligger det en tro på at individer selv har en innsikt og kunnskap til å ta tak i dette, når satt i stand til det.

Likevel er det innsikt og kunnskap gitt av myndighetene som regnes som det «rette». I mitt materiale og rammen i mitt prosjekt, har jeg ikke grunnlag for å gå inn i denne debatten. Grunnen til at jeg tar dette med er for å vise at i prosjektet jobber de innenfor bestemte rammer. Det foreligger en kunnskap som skal «overføres», det er definert hva som er sunt og hva som regnes som overvektig og det er disse referanse rammene familiene skal ta til seg som egne. Myndighetenes kunnskaper om hva som er best for familiene, eller generelt for individer som sliter med fedme problematikk, virker ikke på meg som et forhandlingstema. Helsesøstre forteller ikke om at de har møtt noe motstand i det de har formidlet hos familiene. Det virker ut i fra dette som om det sunne, gode og det de formidler har en universell positiv verdi, slik de beskriver det. Gjennom mine intervjuer med helsesøstre var det ingen av dem som gav uttrykk for refleksjon rundt om det de formidlet av kunnskap til familiene, egentlig var det beste for dem. Det var en kunnskap som ble tatt for gitt. Dette kom spesielt til uttrykk når de snakket om de mange spørsmålene rundt lavkarbodietten, der de trygt lente seg til myndighetene og frarådet dem å la barna starte på dette. De mente det de formidlet var til beste for familiene. Kunnskapen helsesøstre sitter inne med, kan i lys av Foucault ses på som et produkt av dagens gjeldene kunnskapsregime (Dreyfus & Rabinow 1982; Foucault & Gordon 1980). Som vist til tidligere er nå brukerorienteringen de jobber etter og kunnskapen de besitter dag, et produkt av det nåværende kunnskapsregime. Ett annet aspekt ved makt knyttet til helsesøstre, er at det er de som styrer kommunikasjonen i kraft av deres erfaring, praksis og kunnskap. Makt hos Foucault er ikke noe helsesøstre besitter, det er noe som utøves i relasjonen de har med familiene. Kunnskapen inneholder maktstrategier og de ulike posisjonene subjektene inntar, er selv et produkt av et rådende makt og kunnskaps regime.

I NOU 1988, står det følgende i beskrivelsen av empowerment:

«(...)Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring»

Hvis vi setter dette sammen med Foucaults forståelse av subjektkonstituering, kan individuell frihet bety: *Det enkelte individ skaper aldri identiteter i det tomme rom, men realiserer allerede eksisterende identiteter (Øverlid 2007:177)*. I dette tilfelle blir da identiteten til både familien og helsesøstre tilrettelagt av prosjektet, helsestasjonen og velferdsstatens ordninger. I

brukerorienteringen skaper helsesøstrene rom for handling og valg for familiene, ved å tilrettelegge for at de tar til seg deres råd og veiledning, på en måte som ikke oppfattes som en sosial kontroll eller på tvungen kunnskap. De formidler det på en slik måte at familien til slutt uttrykker det som noe eget. Helsesøstrene forvalter brukerorienteringen på en slik måte da det er rasjonelt for dem å handle ut i fra den som profesjonell.

8.5 OPPSUMMERING:

Jeg har nå vist til en identifisering av en styringsform med bruk av Foucaults begrep om *governmentality*. To viktige punkt som var med å identifisere dette var; de gjør familiene til et intervensjonsobjekt og setter i gang tiltak på bakgrunn av kartlegging av det personlige hos hver familie og bruker dette til å skape rom for handling. Det andre er viktigheten av at foreldrene selv må ville gjennomføre dette, da det er kun da sosial kontroll kan fungere. Subjektposisjonen til familiene blir da viktig for helsesøstrene å ta vare på i de rammene de forholder seg til. Det kan se ut til at helsesøstrene velger å tone ned kontrollaspektet for å skape og opprettholde tilliten. Helsesøstrenes posisjon og rolle i rammebetingelsene, kan påstås å være relativt fri til å fortolkes, det finnes vanskelig en fasit for hvordan arbeidet skal utføres. Jeg har vist til ulike måter å styre relasjonen ved forskjellige tilnærmelser til fedmeproblematikken i hvordan helsesøstrene beskriver det direkte møte, og hvordan dette kan problematiseres opp mot det gode de forsøker å representere og hva de faktisk klarer å utføre. Det ligger en profesjonell vurdering bak hvor langt inn i det personlige hos familien de strekker seg. Noen velger å gå lengere enn andre. Dette er også et sentralt poeng senere i drøftingen. De går inn i samhandlingen, dels med fokus på det overordnede målet med å redusere overvekt, dels med fokus på familiens ressurser og vissheten om at det kan bli vanskelig. Dette kan forklares med at det er rasjonelt for dem som profesjonelle å utføre arbeidet på denne måten. Hvis de kun går inn med det overordnede målet, kan de risikere å feile, da en også må ta hensyn til familiens ressurser og hva de er i stand til å gjennomføre. Går helsesøstrene inn uten det overordnede målet, kan konsekvensen naturlig nok være at dette ikke blir nådd. Det er altså avgjørende for helsesøstrene og kombinere disse to.

Helsesøstrene er selv et subjekt for makten og et produkt av kunnskapsregime, og måten de bruker brukerorienteringen kan ses på som et resultat av dette. Helhetstankegangen kan i lys av Foucault tolkes som et uttrykk for individualiseringen generelt i samfunnet, der det er et krav til helsesøstrene og integrere det personlige og det profesjonelle. *Empowerment* i dette perspektivet,

åpner for dialektikken mellom helsesøstrene og det personlige hos familiene, og brukerorientering kan av dette tolkes som et verktøy for å bruke det personlige hos familiene. Dette for å oppnå den overordnede målsetningen om å redusere fedme og overvektproblematikken hos barna. I mitt mål med oppgaven er å se nærmere på forvaltningen av brukerorienteringen. Slik jeg tolker det åpner ikke nødvendigvis brukerorienteringen for å være mer personlig i relasjonen og i samhandlingen med familien. Jeg tolker det dithen at det personlige blir et verktøy de er avhengige av i utførelsen av sitt arbeid. Det personlige og det private hos familiene blir i lys av *Governmentality*, gjort om til et objekt for helsesøsteren. Som helsesøsteren må vurdere å skape handlingsrom ut i fra, tilpasse kunnskapen til og forsøke påvirke.

Rammene de jobber ut i fra er kanskje ikke mer frie enn de var, men gir likevel rom for en profesjonell vurdering ut i fra helsesøsterens egne tolkninger av situasjonen. En konsekvens kan da være, som vist til, at tilbudet i hver tjeneste og i de forskjellige kommunene blir personavhengig og kan være med å peke til en svakhet ved brukerorienteringen i praksis. Helsesøstrene skal gi likt tilbud til alle, og ett av grunnprinsippene i *empowerment- ideologien*, som deres retningslinjer er formet etter, går ut på nettopp dette. I *empowerment- ideologien*, fremmes det en modell der konsultasjonene skal bære preg av at det er to likeverdige som møtes, som vist til under 5.5 *Empowerment og brukerorientering.*, isteden kan denne potensielt skjule en asymmetrisk maktrelasjon. *Governmentality* har belyst paradokset på makronivå, og hvordan det kan være et uttrykk og produkt av styringsformene vi har i dag, og konsekvenser brukerorienteringen kan ha her. Jeg vil nå analysere dette nærmere på mikronivå. Jeg lener meg fortsatt mot definisjonen av makt som Foucault står for. Fokuset videre vil være sterkere på de vurderingene helsesøstrene til en hver tid gjør, slik jeg har fått det beskrevet gjennom intervjuene og den asymmetriske relasjonen som tilsynelatende oppleves som symmetrisk.

9 DET PROFESJONELLE I DET PERSONLIGE

Som jeg har vært inne på tidligere, argumenterer jeg for helsesøstre som en medisinsk profesjon, og representant for den medisinske diskursen, der de forvalter en oppgave og et ansvar. Helsesøstrene har noe som deltakerne trenger, behovet hos den andre er grunnen til at relasjonen mellom den eksisterer. Relasjonen «*hjelper blir hjulpet*» ser jeg på som elementær for å analysere

relasjonen mellom helsesøster og familiene. Paradokset som jeg har diskutert ovenfor, er fortsatt med meg her. Helsesøstrene jeg har intervjuet, gir ikke uttrykk for at de selv er opptatt av å være ekspert, autoritær eller vil ha en form for makt. Det kan virke som helsesøstrene anser sine handlinger som grunnleggende gode og at det er naturlig i profesjonsutøvelsen. De jobber etter en brukerorientering som setter likhet og utjevning på agendaen. Likevel er det ikke et møte mellom jevnbyrdige de befinner seg i, de sitter på kunnskapen og representerer myndighetene i relasjonen. Jeg har også satt spørsmålsteget ved om måten de forvalter brukerorienteringen på, fører med seg en likhet og utjevning, i et helhetsperspektiv. Jeg har til nå vist hvordan dette kan være et uttrykk for styringsformer og individualisering av samfunnet, dette er en analyse mer på makronivå av paradokset. Jeg vil nå se nærmere på relasjonen i et mikroperspektiv, og ta for meg påstanden som jeg skisserte i drøftinga over, der *empowerment* var med på å skjule en asymmetrisk maktrelasjon, ikke utjevne den. For å gjøre dette anser jeg det som viktig å tydeliggjøre maktrelasjonen mellom helsesøstrene og familiene.

9.1 KOGNITIVT BETINGET

Helsesøsteren har en utdanning og er profesjonell og kompetent i sitt arbeid, og det i seg selv gir hennes posisjon en form for makt, som vi så i diskusjonen ovenfor, og viser en asymmetrisk relasjon mellom helsesøster og familiene. Helsesøster er også selv et subjekt for den makten som utgjør formene for kompetent medisinsk praksis, som vi så under 8.4. I lys av hennes egenskaper og autorisasjon som helsesøster, kan hun kontrollere samhandlingen med familien. Måseide (1991) hevder at også sosial kontroll er et viktig aspekt i samhandlingen. Kraften av makten er effektiv i den forstand at helsesøstrene og familiene deler et system av kunnskap og antakelser som forenkler en relativ konflikt fri konsultasjon og samsvarer med familienes forventninger (Ibid). Måseide (1991) mener at i denne forstand blir medisinsk makt et kognitivt fenomen¹⁷. Helsesøstrene har ikke makt i den grad at de kan tvinge noen til å gjøre noe de ikke vil, som i den mer maktklassiske forstand. Jeg vil likevel argumentere for at de er avhengige av makt i deres arbeid. Dette fordi de sitter på kunnskapen, de ser et behov for hjelp hos noen som, i prosjektets tilfelle har sett det selv. De møter fortsatt på problemer, de som ikke er motiverte nok

¹⁷Måseide (1991) baserer dette på Barnes (1988) som omtaler sosial orden som kognitiv orden. Dette på bakgrunn av at symbolsk makt og sosial orden forutsetter kunnskap og kompetanse. Leger tenker ikke på makt og dominans forholdet, da dette er en innforstått del av det å være lege. Og at de fleste pasienter også forholder seg uproblematisk til dette.

eller har en felles forståelse av det medisinske problemet eller helsesøstrenes posisjon, kan de heller ikke hjelpe der og da. Resultatet, som jeg viste til at de beskrev under *kunnskapsposisjonen*, er at enkelte helsesøstre går hardt inn med kunnskap. Dette begrunnet med at det er nødvendig for å få familiene til å innse at de må ta tak selv og at de har et helseproblem. Helsesøstre beskriver hvordan de da viser sterkere til sin kunnskap, og skiller enklere på hva som er sunt og bra, og peker på hva som ikke oppfattes som dette. Helsesøstre gir ikke uttrykk for at dette oppfattes som ubehagelig for foreldrene, så lenge det formidles på en «*god måte*». For å se nærmere på dette, vil jeg da bruke det Måseide snakker om som *kognitivt betinget*. De som faktisk får hjelp må anerkjenne helsesøstre og dele deres forståelse av hva som er sunt og bra, og lage felles mål som også helsesøstre kan være enig i. Helsesøstre beskriver selv hvordan de har senket egne forventinger. De har gått med på flere ting som de kanskje ikke hadde ment i utgangspunktet, f eks slår de seg fornøyd med at de spiser godteri 2 ganger i uka, fordi det er bedre enn 7. Som helsesøstre selv beskriver, vet de ikke om det familiene formidler er hele sannheten, men at de må bare ta det for gitt at de snakker sant og at de sammen jobber for et felles mål. Det er det brukerorienteringen går ut på.

9.2 ASYMMETRI I RELASJONEN

Makt, autoritet og ansvarlighet blir i dette perspektivet, viktig for å fremstå som profesjonell. Ansvarlige kan de kun være hvis familien de er ansvarlige for, har tillitt til dem som fagperson. Helsesøstre må handle med en trygghet, sikkerhet og faglig autoritet. Det motsatte kan skape mistillit, og kan da risikere at foreldrene ender opp med å stille spørsmålstegn ved om helsesøstre kan jobben sin (Askeland 2006). Skal man holde en tillitt, må de som helsesøstre vise til at de har innsikt både i de rammene systemet setter dem i, og dermed også den myndighet og autorisasjon de har ervervet seg ved kunnskap og erfaringer (Ibid). For det første må helsesøstre vise ansvar for familiene de skal hjelpe, og familiene må oppleve at helsesøstre ønsker familiens beste. Viktig for relasjonen er det da også at helsesøster ses på som et medmenneske, som bryr seg. Hvis helsesøsteren går inn i relasjonen uten følelser og empati, kan man fort bli oppfattet som kald, mekanisk, instrumentell og likegyldig yrkesutøver (Askeland 2006). Dette ligger ikke i helsesøstrenes natur. I deres arbeidsbeskrivelse vektlegges nettopp det personlige hos brukerne i stor grad, de er på parti med det personlige. I diskusjonen ovenfor viste jeg, ved Foucaults begrep *om governmentality*, hvordan dette kan ses på som et verktøy i deres arbeid med brukerorientering. Relasjonen brukerorientering og det personlige blir i lys av

Foucault, en måte for helsesøstrene å oppnå fortrolighet på. Det personlige blir på en måte en innfallsport for helsesøstrene til å stimulere foreldrene til å finne løsningen på det de anser som et helseproblem.

I intervjuer har de beskrevet til meg hvordan de jobber i prosjektet. Holdning de har mot den gruppen de tilnærmer seg, er preget av likeverd, bygger på respekt og med fokus på en ansvarliggjøring. Familiene er selv en ressurs for egen læring, og helsesøstrene skal være der for å hente dette frem, slik brukerorienteringen indikerer. Helsesøstrene som jeg har intervjuet gir ikke et direkte uttrykk for at de selv anser seg som eksperter, men legger vekt på at det er foreldrene som er eksperter på egne barn. Likevel er det viktig å ha fokus på at det er helsesøstrene som er de profesjonelle i relasjonen, det er de som besitter kunnskapen og legger til rette for at foreldrene skal få ta del i den. Når helsesøstrene kaller foreldrene for eksperter, kan det skjule hva som faktisk ligger i relasjonen, og muliggjør en fortsatt asymmetrisk relasjon (Andrews 2002b). Jeg vil argumentere for at en konsekvens av brukerorienteringen er nettopp dette som Andrews påpeker. I brukerorienteringen ser de mer innover i hvert individ, og jobber med å se hele familien, ikke bare barnet, eller evt en fremtidig diagnose og sykdom. Selv om relasjonen asymmetri er mer utydelig i denne sammenhengen, tør jeg påstå at den ikke blir mer symmetrisk av den grunn.

9.3 LIKEVERD I RELASJONEN

Ansvarliggjøringen av de som er den profesjonelles subjekt, er en balansegang. Loga(2003) tar for seg godhetens asymmetri. Hun peker på at utsagnet «*Jeg bryr meg (om deg)*» kan vise til en asymmetrisk relasjon ved den virkning at den andre føler seg svak, hjelpeløs eller stakkarslig. Den som utaler seg kan virke sterkere enn den man utaler seg om, det er noe ved uttalelsen som signaliserer at den som utaler det finner noe ved den andre som gjør den svak. Oppfordring å bry seg, hevder Loga videre, innehar en makt som er tosidig. Makten kan virke hyggelig og positiv ved at den gir noen en følelse av verdi og trygghet (Loga 2004). I forhold til mitt prosjekt, kan det bety at helsesøstrenes ord former familiene produktivt. Oppfordringen kan også inneholde et nedbrytende aspekt ved at den kan frata en persons autonomi (Ibid) Helsesøstrenes utsagn kan derfor også tolkes nedvurderende for familienes verdi, fordi deres relasjon er asymmetrisk. Dette kan være problematisk

Helsesøstrene jeg har intervjuet har alle som en, uttrykt noe som førte interessen min inn på dette med en asymmetrisk relasjon, som regel var det deres tilsynelatende fraværende av interesse av asymmetrien som fanget meg. De forteller at gjennom prosjektet har de fått en dypere respekt for familier som sliter med fedme og har måttet jobbe med flere av de fordommene de satt inne med ved prosjektets start. Det er som helsesøstrene uttrykker det, *ikke bare å skjerpe seg, spise mindre og være mer aktiv*. De beskriver hvordan de har fått innsikt i et komplekst helseproblem, som ikke har en enkel løsning og som krever tiltak på flere nivåer. Askeland (2006) har skrevet ti tekster om å være personlig i det profesjonelle. I *teksten personlig i det profesjonelle* beskriver han hvordan relasjonen kan avspeile en likeverd, selv om den er asymmetrisk, når den profesjonelle tar den andre på alvor (Askeland 2006:39-58). Dette kan skje i en samforståelse av og tillitt til at avgjørelsene som tas, er til beste for de som trenger det, og at de som trenger det på et tidspunkt skal bli selvstendige og fri for behovet for hjelp av den profesjonelle. Dette er jo også en del av de premissene helsesøstrene jobber etter. Ulikheten i relasjonen har som ideelt mål å skape likhet og jevnbyrdighet (Ibid).

Hvis vi skal tolke relasjonen ut i fra dette perspektivet, blir det viktig at helsesøsteren har et klart og reflektert forhold til hvordan andres avhengighet berører og skaper mening i ens egen livssituasjon. Hvis helsesøstrenes selvforståelse er knyttet til et behov for andres avhengighet av seg selv, er ikke beslutningene i relasjonen preget av det ideelle målet om å fremme den andres selvstendighet – men blir en usunn binding. Som helsesøster må man da kunne glede seg over at den de klarer seg på egenhånd, hevder Askeland (2006), og igjen blir det det personlige ved helsesøstrene satt i fokus. Det er ikke gitt at alle helsesøstre reflekterer over avhengighet på denne måten. Helsesøstrene i mitt utvalg gir uttrykk for at de har et genuint ønske om at familiene skal klare seg selv, og forsøker, etter min mening, å formidle en godhet. De er opptatt av at de skal være med i aktiviteter som fortsetter også etter prosjektets slutt, og i intervjuer drar de mer enn gjerne frem solskinnshistorier der de følte de lyktes. Familiene i disse historiene har sjelden gått ned i vekt, men holdt seg stabile, lagt om livsstilen og tar de gode valgene på egenhånd. Dette kan også selvsagt henge sammen med prosjektets fokus rundt at det ikke er et «slankeprosjekt», og at de jobber først og fremst med forebygging, og deres ønske om å fremstå som profesjonelle i intervjusituasjonen. Det kan også peke i den retning at i en «hjelper – blir hjulpet» relasjon, er den ulike og asymmetriske relasjonen forstått og akseptert, og kan oppfattes som likeverdige av deltakerne i samhandlingen.

9.4 ANSVARLIGHET ER EN DYD

Når jeg viste til at ansvarliggjøringen av de som er den profesjonelles subjekt er en balansegang, sier dette implisitt at det er de profesjonelle som er ansvarlige i relasjonen. Dette vil jeg nå gå nærmere inn på. Ansvarlighet er en dyd, de ansvarlige handlingene handler ikke alltid om noe som den andre forstår kan være til ens beste (Foucault 2002). Den profesjonelle har kunnskap og et fremtidsperspektiv med sine handlinger som ikke alltid er like åpenbare for den andre (Måseide 1991). Ansvarlig er et uttrykk som impliserer at den ansvarlige handler med tanke på de andres beste (Askeland 2006).

En person som har den relevante utdanningen og en tilsvarende stilling, gir vi legitimitet inntil det motsatte er bevist. Martinsen (2005), som jeg har vist til tidligere, hevdet at tillitten allerede i relasjonen og den må vedlikeholdes eventuelt oppgradertes, og man er da avhengige av en hvis legitimitet og autoritet. Autoriteten er betinget av en gjensidig forståelse av seg og den andre, at det de kommer frem til sammen, er til det beste for den andre. Å komme til den forståelsen er viktig, men det viser seg i prosjektet at dette ikke er enkelt i alle tilfeller. Det kan hende at familien absolutt ikke deler helsesøstrenes forståelse av hva som er det beste for dem. Intensjonen i relasjonen er ikke nødvendigvis synlig for begge parter. Dette har jeg ikke belegg for å gå nærmere inn på i denne oppgaven, og jeg kan ikke si noe om familienes forventninger. Likevel, ut i fra dette perspektivet, må helsesøstrene i sin utøvelse av sitt ansvar akseptere at de kan komme til kort. Det er en del av kompleksiteten når det kommer til helsesøstrenes arbeide (Måseide 1991).

Måseide (1991) tar for seg flere problemer som kan oppstå i en lege – pasient konsultasjon, jeg vil trekke noen linjer for hvordan dette også kan være fruktbart for å få en forståelse for den asymmetriske relasjonen mellom helsesøster og familier også. Det første er *ikke korresponderende kompetanse*¹⁸. Medisinske profesjoner er ansett som essensielle for å legitimere og i møte komme et behov for helse i de moderne vestlige kulturene. Rådene de gir er på bakgrunn av hva familien formidler og hvordan de tolker behovet ut i fra dette, de snakker om ressurs fokusering. Et potensielt problem er her da at det fore ligger et kompetansegap. Det er vanskelig å oppnå en fullstendig brukerorientering og et møte mellom jevnbyrdige i praksis, da det er på bakgrunn av helsesøstrenes kunnskap om dem og kunnskap fra myndighetene, de styrer

¹⁸ Egen oversettelse. Måseide (1991:554): *The incongruence of competence*

kommunikasjonen. I dette arbeidet kraves det at en er profesjonell, og kunnskapsgapet er uunngåelig. Hos helsesøstrene er nødvendigvis ikke kompetansegapet så stort, dette avhenger av familien, men hvorvidt helsesøsteren klarer kombinerer kontrollen og dominansen som preger den asymmetriske relasjonen, er viktig for å om relasjonen velfungerende. Dette kan være person avhengig.

Et annet problem potensielt problem Måseide (1991) tar opp som kan være relevant for helsesøstrene, er *ikke korresponderende forventinger*¹⁹. Flere av helsesøstrene fortalte i intervjuene hvordan de møtte familier som hadde problemer med brukerorienteringen. De har ventet i mange år for å få hjelp, noen å dele problemet med. Når de meldte seg på prosjektet og kom til helsesøstrene, ønsket de å motta et behandlingstilbud. De ønsket å delegere bort sin makt og la helsesøstrene kan være ansvarlig for barnets helse. I tråd med helsesøstrenes retningslinjer i et brukerorienteringsperspektiv må de heller stille spørsmål om hva familiene synes er problemet, hva de synes er vanskelig og legger ansvaret og makten tilbake til familiene. Dette tar også Andrews (2002b) opp som et av dilemmaene ved brukerorientering i praksis, der helsesøstrene går inn i en «ikke ekspert» rolle ovenfor foreldrene, mens foreldrene på sin side ønsker at de hadde en mer «ekspertrolle» ovenfor dem. I lys av Måseide kan vi se det på som om helsesøstrene på denne måten å arbeide på, tvinger de vegrende foreldre til å samarbeide. I denne forstand kan man da argumentere for at makten i form av deres posisjon, blir brukt for å oppnå samarbeid, og legitimert i at helsesøsteren handler ut i fra familiens beste. Familien blir da stående uten en ferdig utstaket vei videre og helsesøstrene må få dem til å se at de skal gå veien med dem, ikke for dem. Det handler om å gi den andre informasjon og hjelp til å forstå at veien til å legge om livstilen ikke skjer ved å velge snarveier. Når helsesøsteren ser at det er et behov for kunnskap, informasjon eller spesiell motivering, må hun ta på seg dette ansvaret, det er rammen for hennes arbeid, få foreldrene i en posisjon, først for å kunne delta i prosjektet, deretter for fritt og selvstendig klarer seg videre, etter prosjektets slutt.

9.5 OPPSUMMERING

Ansvar, kontroll og makt er sammensatte faktorer i en enda mer sammensatt yrkesvirkelighet. Dette viser til nødvendigheten av å ha disse perspektivene i bevisstheten når en forvalter brukerorientering i helsesøsterprofesjonen og til kompleksiteten som ligger i det å samtidig

¹⁹ Egen oversettelse. Måseide (1991:555): *The incongruence of expectation*

ivareta det overordnede målet om å redusere fedme og overvekt. Spesielt når en står ovenfor dilemmaer underveis, og det tillegges stor vekt på en profesjonell vurdering av helsesøsteren. Viktige poenger fra denne drøftingen er Måseides teori om at makten er kognitivt betinget, familiene må selv være i stand til å ta i mot tilbudet og helsesøstrene må vurdere situasjonen slik at hun strekker til og at det er mulig for henne å skape rom for handling. Slik jeg tolker det er det også viktig for helsesøsteren å vise en faglig tyngde, ved at hun har god innsikt i det hun skal veilede i, samt en respekt for dem hun sitter ovenfor. Alle partene i samhandlingen må ha en forståelse for at de avgjørelsene som tas, er til beste for familien og at det bygger på at de en dag skal klare seg selv, uten noen som helst form for innblanding. Helsesøsteren må i tillegg innse at hun kan komme til kort. En relasjon som er asymmetrisk forsøker jeg her å vise, kan oppfattes som likeverdig hvis gjort på «rett måte» innen for brukerorientering perspektivet. Dette er noe som vanskelig kan gis en fasit på hvordan man skal klare dette og mye bygger på den personlige vurderingen helsesøsteren gjør. Med dette ønsker jeg å vise til hvordan makten i relasjonen er basert på et skjørt grunnlag, og vil argumentere for at dette er særskilt gjeldende i helsesøstrenes arbeid, kanskje i sterkere grad enn i hos andre medisinske profesjoner. Eksempelvis har leger en mer formell makt i form av diagnostisering og en klarere behandlerrolle, helsesøstrene er kanskje mer avhengige av en god relasjon og samhandling med familiene de jobber med for å få utført sitt arbeid, da hun ikke har denne formen for formell makt slik legen har. Denne gode relasjonen tolker jeg som avhengig av helsesøsterens evne til å integrere det personlige og det profesjonelle. Hennes evne til å gjøre vurderinger i de rammebetingelsene hun må forholde seg til og fremstå som profesjonell i det personlige for familien hun møter. Jeg velger å lene meg på Andrews(2002b) når hun argumenterer for at helsesøsterens fokus på foreldrene som eksperter, kan skjule en asymmetrisk maktrelasjon. Jeg mener det er viktig å få den asymmetriske maktrelasjonen frem i lyset for å vise til konsekvensen av brukerorienteringen. Å omtale foreldre som eksperter og ha fokus på det personlige i hver familie er en direkte sammenheng, slik jeg ser det, av *empowerment -ideologien* og brukerorienteringen. Og som jeg tidligere har påpekt, betyr ikke dette at maktrelasjonen blir mer symmetrisk, slik *empowerment- ideologien* sikter til. Relasjonen kan som vist til, oppleves som likeverdig hvis helsesøstrene tar familiene på alvor og utviser respekt, og avgjørelser tas på grunnlag av hva som er det beste for familien. En grunn til at helsesøstrene ikke virker å være opptatt av den asymmetriske relasjonen, men snakker om likeverd kan være nettopp dette. I prosjektet har de ervervet seg en dypere respekt for

problematikken, familien og måten å jobbe mot problematikken på og har et sterkt fokus på brukerorientering. Familiene de jobber med har meldt seg opp i et prosjekt og er nok generelt mer motivert enn andre familier de møter i samme situasjon, helsesøstrene viste også et brennende engasjement for å få tak i problematikken, og uttrykte et ønske om at de ville se familiene klare seg selv. Dette er ikke gitt i alle tilfeller, men ut i fra prosjektets rammer kan jeg kun ta et klart utgangspunkt i egne informanter. Målene de jobbet for var også i en grad satt av prosjektet, og var en av grunnene til at familiene meldte seg på, da dette var klart i beskrivelsen. Det var kanskje i dette tilfellet, klarere hva som var det felles målet og hva som var det beste for familiene.

Oppsummering av oppgaven og avsluttende kommentarer

Fedme og overvektproblematikk blant barn er et økende helseproblem i Norge i følge Helsedirektoratet. I retningslinjene til helsesøstrene, både i fra Aktivitetsskolen og fra helsedirektoratet. Legges det vekt på brukerorientering for å møte det de betegner som et komplekst helseproblem. Dette på bakgrunn av kompleksiteten rundt årsaksforholdene som fører til vektavvik blant barn. Flere av barna som sliter med overvektproblematikk er fysisk friske, men kan slite med flere psykososiale plager, og risikoen er høy for fysiske plager i fremtiden. I helsesøstrenes beskrivelse av deres forvaltning av brukerorienteringen og hvordan de ivaretok den overordnende målsetningen om å redusere fedme og overvekt problematikk blant barn, oppfattet jeg et paradoks. Dette kommer også til syne, etter min mening, i deres retningslinjer. De skal anse foreldrene som eksperter på egne barn, ta utgangspunkt i familiens ressurser og ha en spørrende tilnærming. Samtidig sitter helsesøstrene på en faglig tyngde, som skal anvendes for å ivareta det overordnende målet om å redusere barnets overvektproblematikk, og forhindre det de betegner et helseproblem, skal følge dem i voksenalderen.

Min problemstilling var følgende: Hvordan forvalter helsesøstrene brukerorientering samtidig som de skal ivareta den overordnende målsetningen i studien om å redusere fedme og overvektproblematikk blant barn? Jeg benyttet meg av følgende underspørsmål;

- Hvordan beskriver helsesøstrene sin forvaltning av brukerorientering?

- Hvordan beskriver helsesøstrene samhandlingen med familien i det direkte møtet?

Helsesøstrene er opptatt av hvordan de ordlegger seg og hva slags tilnærming de har til familien, og beskriver en samhandling som bærer preg av dette. For å kartlegge mitt materiale delte jeg ulike posisjoner, stadier og tilnærmelser jeg så, i fem ulike posisjoner. Jeg anser disse fem posisjonene til å være en form for strategier de bruker for å redusere paradokset i deres direkte møte med familiene.

For at familien skal bli et objekt for de helsepolitiske målsetningene og prosjektets overordnende mål, må de kartlegges av helsesøsteren. Her stiller hun åpne spørsmål og går inn i det familiens indre. Ut i fra dette settes det i gang tiltak, og gir tilpassede råd og målsetninger ut i fra dette. Helsesøstrene må skape rom ut i fra familienes ressurser og forsøke påvirke dem til å ta de «rette» valgene. Dette gjør hun ved å samarbeide med foreldrene, og støtte dem i de «gode valgene» de tar. For at familien skal bli et intervensjonsobjekt for helsesøstrene og det verdipolitiske behov for sosial kontroll, må familien selv ville gjennomføre de overordnende målene. Derfor blir familien og deres «indre liv» viktig å ta vare på for helsesøsteren. For å gjennomføre dette virker det som om helsesøstrene toner ned kontroll aspektet og plasserer seg selv i det jeg har betegnet som en «mellomposisjon». De formidler et inntrykk av at de er på parti med familiene, mer enn at de er der for å kontrollere samspillet innad og utøve sosial kontroll. De gir ikke uttrykk for at de ønsker å kontrollere familien på noen måte, og når de omtaler vektkontrollen er dette i sammenheng med å måle resultater fra konsultasjon til konsultasjon. I lys av Foucault hevdet jeg, at på bakgrunn av individualiseringen av samfunnet, er det blitt et krav i dagens helsepolitikk at det personlige og det profesjonelle integreres. Dette kommer til syne i helsesøstrenes forvaltning av brukerorientering, slik jeg ser det. Der helsesøstrene bruker det personlige hos familiene til å nå de overordnende målene om å redusere overvekt blant barn. Det vil si at de jobber på en slik måte at de overbeviser foreldrene til selv å innse at å hindre at barnet øker i vekt, er god barneomsorg. Deres jobb blir da å forvalte brukerorienteringen og deres faglige tyngde i samhandlingen med familien, for å familien til å innse at det er de som må ha ansvaret for å ivareta det overordnende målet. Helsesøstrenes jobb ligger i å få dem til å komme dit, og benytter seg, som vi så, av forskjellige innfallsvinkler til å komme dit. Helsesøstrene benytter seg altså av den faglige tyngden og familiens ressurser i sin jobb, da det er rasjonelt for dem å handle slik ut i fra sin profesjon. Brukerorienteringen, slik jeg ser den. Åpner

ikke nødvendigvis for å være mer personlig i samhandlingen, men at det personlige blir mer et verktøy for å nå de overordnede målene om å redusere overvekt, og plassere ansvaret over på familiene. Dette er i tråd med *empowerment-ideologien* som er rådende i det helsepolitiske Norge i dag, som vi ser gjennom samhandlingsreformen. Og jeg anser governmentality som fruktbart til å analysere de styringsteknikkene som ligger bak brukerorienteringsperspektivet, som er spesielt gjeldene i arbeidet med å redusere fedme og overvektproblematikk blant barn.

Jeg har forsøkt å sette mine funn opp mot annen litteratur og forskning på feltet som har kommet frem til lignende konklusjoner for å styrke mine data, men mine data kan kun ses på som en tendens og et forsiktig bidrag, sett i forhold til annen forskning rundt brukerorienterings praksis hos helsesøstre.

En siste ting jeg vil avslutte oppgaven med er noe som har opptatt meg gjennom hele prosessen, som ut i fra rammene for denne oppgaven ikke kom med. Innenfor rammen av mitt prosjekt føler jeg at jeg har fått belyst min problemstilling på en gjennomført måte. Det er likevel ting jeg kunne ha gjort annerledes, og det er flere ting jeg har sett underveis som jeg ikke har hatt mulighet til å følge opp underveis og som ikke passet inn med oppgavens rammer, spesielt knyttet til samhandlingsreformens intensjoner.

Under en nettverkssamling i regi av *Aktivitetsskolen*, der det var fokus på å dele erfaringer og rette fokuset på arbeidet videre og aktivitetstips. Diskuterte noen av helsesøstrene et tema som hadde opptatt dem, de hadde før prosjektet vært opptatt av om de kom til å oppdage noen sosioøkonomiske forskjeller hos deltakerne i prosjektet, og snakket om hvordan de på forhånd hadde en hypotese om at de fleste som slet med fedmeproblematikk, hadde en lav sosioøkonomisk status. De diskuterte videre om hvordan prosjektet hadde vært med å endre holdningene og fordommer de hadde hatt til denne gruppen, da deltakerne befant seg langs hele skalaen, og den viktige kunnskapen de hadde ervervet seg. En av helsesøstrene avbryter diskusjonen og utaler at hun tror den varierende sosioøkonomiske statusen er varierende på bakgrunn av at dette var et medisinsk prosjekt. Hun etter lyser mer forskning på hvem som faktisk klarer å gjennomføre.

Jeg hadde ikke belegg for å gå inn i dette, da jeg ikke snakket med noen familier, og da familiene som gikk ut av systemet kom utenfor mine informanters ansvarsområde. Nå som

samhandlingsreformen er på full fart inn, og det rettes fokus på et helhetlig pasientforløp. Primærhelsetjenesten skal fortsatt ha oppfølging av eksempelvis barn med overvektsproblematikk, selv om de er inne i spesialisthelsetjenesten. Det hadde vært interessant å forsket mer på de som faller utenfor, som ikke vil/ kan godta å selv ha ansvaret, og der *empoverment-ideologien* i mange tilfeller ikke strekker til. Hva skjer med dem som faller utenfor er et spørsmål jeg har stilt meg mange ganger i løpet av forskningsprosessen. Likevel hadde jeg altså ikke data nok på å forfølge dette. Også dette med personavhengig tjeneste som Kvello (2005) omtaler. Jeg så slike tendenser i mitt materiale, men hadde ikke belegg for å gå nok inn på dette. Det er også et interessant perspektiv, siden samhandlingsreformen er på full fart på vei inn, og kravet om samarbeid på tvers av profesjoner er sterkere enn noen gang.

LITTERATURLISTE

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [Lund]: Studentlitteratur.
- Andrews, T. (2002a). Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten - Dilemmaer og mestringsstrategier. *Sosiologisk tidsskrift* 04(04), 28 - 47.
- Andrews, T. (2002b). *Tvetydige ideologier og motstridende krav: en studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. HEMIL-senteret / Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen, [Bergen].
- Andrews, T. & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk tidsskrift* 04/2004(04).
- Askeland, L. (2006). *Det personlige i det profesjonelle - ti tekster til tanke*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Axelsen, I. (1995). *Sundhedspleje: teorier, metoder og praktikker*. [København]: Akademisk forlag.
- Barnes, B. (1988). *The nature of power*. Cambridge: Polity Press.
- Dean, M. (2010). *Governmentality: power and rule in modern society* (2 utg.). London: Sage.
- Dean, M. & Villadsen, K. (2006). *Governmentality: magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.
- Dreyfus, H. L. & Rabinow, P. (1982). *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Engelstad, F. (2003). *Makt og demokrati i arbeidslivet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erichsen, V. (2003). *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. [Oslo]: Pensumtjeneste.
- Flyvbjerg, B. (1998). *Rationality and power: democracy in practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (2001). About the concept of the "Dangerous individual" in Nineteenth century legal psychiatry. I J. D. Faubion (red.), *The essential works of Michel Foucault, 1954-1984* (bind. Vol. 3, s. XLIII, 484 s.). London: Allen Lane.
- Foucault, M. (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst; oversatt, introdusert og annotert av Iver B. Neumann*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Foucault, M., Davidson, A. I. & Burchell, G. (2010). *The government of self and others*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. & Gordon, C. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. & Schaanning, E. (1999). *Seksualitetens historie*. [Oslo]: EXIL.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York, N.Y.: Atherton Press.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Glavin, K. & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten: fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.

- Heian, F. & Misvær, N. (1994). *Helsestasjonsboka: håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet*. [Oslo]: Kommuneforl.
- Helsedirektoratet. Helsefremmende og forebyggende arbeid Hentet 13.03, 2012, fra <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/forebyggende-tiltak/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. Veiling og måling Hentet 13.03, 2012, fra <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/veiling-og-maling/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiling og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten.
- Järvinen, M. (2005). Interview i en interaksjonistisk begrepsramme. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter* (s. 303 s.). København: Reitzel.
- Kokkvoll, A. (2008). *Aktivitetsskolen i Finnmark*. Forskningsprotokoll. Helse Finnmark.
- Kvello, Ø. (2005). Krav til helsesøstere i det kommunalistiske samfunnet. *Helsesøstre*, 3.
- Loga, J. M. (2003). Godhetsdiskursen. I K. L. Berge, S. Meyer & T. A. Trippestad (red.), *Maktens tekster* (s. 236 s.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Loga, J. M. (2004). *Godhetsmakt: Verdikommisjonen - mellom politikk og moral*. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier - en introduksjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), 545-561. doi:10.1111/1467-9566.ep10843655
- Nordtorp, U. & Wistoft, K. (red.). (2004). *Sundhedsplejens inderside og yderside - en professionsanalyse*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- NOU1998:18. (1997). *Det er bruk for alle*
- Syrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18.html?id=141324&showdetailedtableofcontents=true>.
- Parsons, T. (1964). *The Social system*. New York: The Free press.
- Sandmo, E. (2005). Michel Foucault som maktteoretikker. I F. Engelstad (red.), *Hva er makt?* (s. 158 s.). Oslo: Universitetsforl.
- Sollesnes, R. & Tønjum, L. (2008). Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(4), 1-16.
- Sosial & Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Veileder til forskrift 3.April 2003. nr 450*.
- St.meld.nr47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-2.html?id=567203>.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(24).
- Torgersen, U. (1972). *Profesjonssosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO. (2011). Childhood overweight and obesity Hentet 03.03, 2012, fra <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

Zola, I. K. & Croog, S. H. (1968). Work perceptions and their implications for professional identity: an exploratory analysis of public health nurses. *Soc Sci Med*, 2(1), 15-28.

Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*

(s. 302 s.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Øverlid, B. (2007). Etikk og brukerreting: - Frihet og styringsteknikk? *Nordisk sosialt arbeid*, 3, 171 -181.

VEDLEGG : INTERVJUGUIDEN

Dette er intervjuguiden jeg startet med, den har endret seg noe underveis i intervjuprosessen.

Intervjuguide

Del 1 :

- Fortell kort om deg selv
 - Alder
 - Kjønn
 - Ansiennitet
 - Hvordan ble du engasjert i prosjektet?
 - Hva er din rolle i prosjektet?
 - Har du både kontroll og intervensjon gruppen?
 - Beskriv arbeidet ditt i prosjektet –hvordan ser en 14 dagers periode ut
- Hva konkret gjør du?
- Forberedende
 - Registrering
 - I konsultasjon
 - Gruppe
 - Etterarbeid

Del 2:

- Hva slags opplæring i regi av prosjektet har du vært igjennom?
- Før, under (veiledning?) og i etterkant (Oppfølging)
- Tar du med deg dette inn i arbeidet ditt? Eksemplifiser, ikke nødvendigvis kun i dette prosjektet men arbeidet generelt også.

- Tenker du på en annen måte?
- Tilpasser du kunnskapen?

Del 3:

- Hvordan har kommunen tilrettelagt for prosjektet i din arbeidshverdag?

Jeg vet for eksempel at helsesøstrene i Tromsø er frikjøpt en dag i uka til å kun jobbe med aktivitetsskolen. Evt . kommer det på toppen av dine andre arbeidsoppgaver?

- Hvem består det kommunale teamet av?

- Hvordan organiseres det?

- Møtes teamet? Hvor møtes dere i så fall. Og hvor ofte, for eksempel over en tidsperiode over 6 måneder

- Er det lagt til rette fra kommunen, prosjekt ledelsen eller organiserer dere møter selv innad i teamet?

Hva er din opplevelse rundt det å arbeide i team

- Opplever du at det er enighet på tvers av profesjoner? Altså da med lege, fysioterapeut, evt ernæringsfysiolog (kommunaleteam og sykehusteam)

Beskriv samarbeidet ditt – internt, lokalt med det kommunale teamet og med sykehusteamet

- Beskriv forskjellen på måten du jobbet på tidligere – arbeid. Ikke barn

- Tar du andre beslutninger

- Gir du andre råd?

- Tør du være konkret?

- Når ringer du?

- Gjør du noe annet enn før?

- Hva er terskelen for å ringe Hammerfest?

- Hva slags erfaringer har du gjort deg? Gjør du noe annerledes? -

Organisatorisk

- Hvordan har samarbeidet med prosjektledelsen i Hammerfest?

- Hvor mye har dere brukt videokonferanser?

- Erfaring rundt samarbeidet

Del 4.

- Hva er din opplevelse av å jobbe på denne måten?
- Hvilke erfaringer har du gjort deg?
- Hvordan når du barna? Hva motiverer?
- Hva fungerte før prosjektet?
- Hva slags tanker har du gjort deg rundt å arbeide på denne måten?
- Hva har vært vanskelig
- Hva er bra med å jobbe på denne måten?
- Føler du at gruppebehandlingen (intervensjonen) har fungert bedre enn den tradisjonelle individuelle.
- Hvordan går du frem for å motivere barna og foreldrene?
- Hvordan omtaler du fedmeproblematikken?
- Hva legger du vekt på under samtalen
- Hva er du opptatt av å holde fokus på under samtalen?
- Hvordan løser du problemer underveis?