

Beinta í Jákupsstovu og Turid Aarseth,
Høgskolen i Molde

NORSK HELSESTASJONSVIRKSOMHET

Nasjonal politikk og lokal policy-utforming av
forebyggende arbeid for barn

Rapport nr. 9603

MØREFORSKING MOLDE
Desember, 1996

Rapport nr. 9603

Sats: Møreforskning Molde

Kopiering: Høgskolen i Molde
Forside: Spektrum Grafiske AS

ISBN: 82-7830-011-9

ISSN: 0806-0789

FORORD

Høsten 1991 ble vi kontaktet av helsesøster Solveig Brevik og lege Frode Heian. De utgjorde ledelsen i et treårig forsøksprosjekt, **Barn - Helse - Miljø**, med nedslagsfelt i kommunene Tingvoll, Frei og Molde. I dette forsøksprosjektet ble det fokusert på ulike sider ved barns oppvekstmiljø (se vedlegg 1), og prosjektlederne ønsket forskerbistand til en kartlegging av kommunenes status i det forebyggende helsearbeidet for barn.

Vi tok oppdraget, men på noe spesielle premisser i disse oppdragstider: Lederne av forsøksprosjektet skulle ikke være oppdragsgivere, men diskusjonspartnere! I nært "samråd" gjennomførte vi en brukerundersøkelse ved helsestasjonene i forsøkskommunene våren 1992. Deretter tok vi fatt på arbeidet med å studere helsestasjonsvirksomheten i en lokal kontekst; et arbeid som både ble mer omfattende og mer interessant enn vi hadde forestilt oss på forhånd.

Denne rapporten ble trykket opp som "kommentarutgave" våren 1995 og distribuert til alle våre informanter. Vi har ikke fått kommentarer som tilsier at rapporten bør unndras offentligheten eller av annen grunn ikke bør få en utvidet lesekrete. Derfor velger vi nå å la den inngå i Møreforskings ordinære publikasjonsserie. Sett i forhold til "kommentarutgaven" er det gjort noen endringer: Kap.7 er omarbeidet og det har kommet et nytt kap.8.

Vi vil takke for all velvilje og engasjement som forskningen vår har blitt møtt med. Solveig og Frode har vært døråpnere til praksisfeltet, og har vært rause med å gi oss del i sine erfaringer og kunnskaper om forebyggende barnehelsearbeid. Videre vil vi takke våre informanter for tid og velvilje. Gode kollegaer ved Høgskolen i Molde/Møreforskning skal også ha takk for nyttige innspill og

kommentarer. Særlig har Ove Bjarnar vært en viktig inspirator. Anne Karin Hustad fortjener også takk for flott innsats i forbindelse med datainnsamlingen.

Barn-Helse-Miljø-prosjektet har dekket lønnskostnader for et halvt månedsverk til dataanalysen. Møreforsking har støttet prosjektet ved å dekke kostnader forbundet med datainnsamlingen. Andre kostnader er dekket av Høgskolen i Molde.

Rapporten er resultat av et nært samarbeid mellom forfatterne. Turid har hatt hovedansvar for kap. 5 og kap.8, Beinta for resten.

Molde, desember 1996

Beinta í Jákupsstovu

Turid Aarseth

SAMMENDRAG

Rapporten omhandler utformingen av helsestasjonsvirksomheten i tre norske kommuner på 90-tallet, og belyser spenningsforholdet mellom nasjonale faglige standarder og kommunal tjenesteutforming i det helseforebyggende arbeidet for småbarn.

Fire idealtypiske modeller er utviklet og danner utgangspunkt for analysen: Servicestasjonen, overvåkingsstasjonen, den medisinske kontrollstasjon og samordningssentralen. Forskningsdesignet kjennetegnes av på den ene siden historisk sosiologi og på den andre siden en fenomenologisk inspirert strategi, med vekt på åpne intervjuer blant helsestasjonsansatte, samarbeidspartnere og representanter fra det politisk-administrative systemet i kommunene. Funnene kan sammenfattes i 3 punkt:

1. *Helsestasjonsvirksomheten lar seg best karakterisere ved hjelp av overvåkingsmodellen*

Analysene viser at ulike tradisjoner brytes mot hverandre i dagens helsestasjonsvirksomhet, men det er helsesøstrene som utgjør tyngdepunktet i virksomheten, og deres identifikasjoner og praksisutøvelse bærer i alle tre kommunene sterkt preg av det vi kan kalle Nightingale-tradisjonen. Helsesøster blir her den offentlige overvåker, og en uforbeholden tillit fra foreldrene blir en betingelse for å oppnå kontakt med alle.

2. *Helsesøstrene har kontroll over arbeidet på helsestasjonen*

Det er et klart funn i undersøkelsen at 90-åras helsesøstre er selvstendige i sitt arbeid. Helsestasjonslegene karakteriseres som perifere deltidsdeltakere, og de framstår med beskjedne ambisjoner på egne vegne. I rapporten drøftes ulike sider ved helsesøstrenes, legenes og assistentenes rolleutforming.

3. *Helsestasjonen har løse koblinger til omgivelsene*

Undersøkelsen avdekker generell velvilje i de lokale omgivelsene, men både kunnskap om og interessen for tjenesten er begrenset i den politisk-administrative ledelsen i kommunene. Relasjonene mellom helsesøstrene og andre yrkesgrupper som arbeider overfor samme målgruppe, varierer noe i form og omfang kommunene i mellom. Noen samordning av innsatsen for barnas oppvekstmiljø kan ikke påvises i noen av de tre kommunene. Det kan synes som om helsesøstrene idetifiserer seg mer med helsestasjonen enn med lokalsamfunnet.

INNHold

1. INNLEDNING	s. 7
2. METODISK TILNÆRMING	9
2.1 Forskningsprosessens forløp	9
2.2 Idealtypiske modeller som analyseverktøy	11
2.3 Avgrensning av forskningsfelt og valg av informanter	13
DEL I HELSESTASJONEN - "EN HJØRNESTEN I DET FOREBYGGENDE ARBEID FOR BARN"	
3. STYRING OG SAMORDNING AV FOREBYGGENDE TILTAK FOR BARN, MED SPESIELL VEKT PÅ HELSESTASJONS-VIRKSOMHETEN	21
3.1 Forebygging - et begrep som rommer mange slags virksomhet	21
3.2 Ulike tradisjoner i det forebyggende barnehelsearbeidet	24
3.3 Idealtypiske framstillinger av helsestasjonsvirksomheten fram til kommunehelsereformen 1984	35
3.4 Kommunehelsereformen i 1984 - nye rammer for det forebyggende barnehelsearbeidet	38
3.5 En idealtypisk framstilling av helsestasjonsvirksomheten etter kommunehelsereformen	53
3.6 Nye trender	54
3.7 Samordningsbegrepet - forsøk på en analytisk avklaring	56
DEL II FOREBYGGENDE ARBEID FOR BARN I TRE KOMMUNER PÅ VESTLANDET	
4. PRESENTASJON AV DE TRE KOMMUNENE	65
4.1 Sosioøkonomiske rammebetingelser	65
4.2 Ulik organisering av helsestasjonsvirksomheten	72
5. FOREBYGGENDE BARNE-HELSEARBEID PÅ BYDELSNIVÅ I MOLDE KOMMUNE - "STORE" ROLLER OG LØSE KOBLINGER	81
5.1 Innledning	81
5.2 Helsestasjonsansattes oppfatning av egen arbeidssituasjon	82
5.3 Samarbeidspartneres oppfatninger av helsestasjonsvirksomheten	102

5.4	Politisk og administrativ ledelses oppfatninger av helsestasjons- arbeidet	106
5.5	Analyse av samarbeids- og samordningsmønsteret	108
5.6	Avslutning	117
6.	FOREBYGGENDE HELSEARBEID I FREI - INSTITUSJONALI- SERING AV HENSYN TIL OPPVEKSTMILJØET I EN PRESSKOMMUNE?	119
6.1	Utfordringer for helsestasjonen i en presskommune	119
6.2	Avdeling for forebyggende helsearbeid	125
6.3	Helsestasjonens hverdag	129
6.4	Forebyggende tiltak rettet mot risikogrupper	136
6.5	Forebyggende arbeid for barn - vurdert av aktører utenfor helsestasjonen	143
6.6	Helsestasjonen - en alarmsentral?	157
7.	HELSESTASJONSVIRKSOMHETEN I TINGVOLL: FOREBYGGENDE BARNEHELSEARBEID - EN DEL AV LOKALSAMUNNET?	161
7.1	Innledning	161
7.2	Tingvoll kommune - et miljø for utprøving av gode idéer	162
7.3	Tilrettelegging av arbeidet i helsestasjonen	164
7.4	Helsestasjonens samarbeidspartnere	178
7.5	Helsestasjonens rolle i kommunal planlegging	183
7.6	Helsestasjonen - del av lokalsamfunnet?	191
8.	DEN KOMMUNALE HELSESØSTER I NASJONENS TJENESTE	197
8.1	Innledning	197
8.2	Profesjonalisering, kunnskapsutvikling og tilknytningsformer til styringsverket	198
8.3	Den evangske helsesøster - en operasjonalisering av et utvidet helsebegrep	202
8.4	Helsesøstre på 90-tallet - kjennetegn ved identitet og praksis	206
8.5	Avslutning	213
	LITTERATUR	215
	VEDLEGG	223

Kapittel 1

INNLEDNING

"Betaler dere foreldrene for å bringe barna sine til helsestasjonen 10 - 12 ganger før de er fylt 2 år?"

Dette spørsmålet fikk en ansatt i barne- og ungdomspsykiatrien da hun orienterte utenlandske kollegaer om forebyggende helsearbeid for barn i Norge. Det er grunn til å dele denne undringen: Hvordan kan det ha seg at et opprinnelig privat tiltak for vanskeligstilte, drevet fram av frivillige organisasjoner, nå framstår som en av de offentlige tjenestene som når flest mennesker? Hva er det som kjennetegner en institusjon som framstår som selve paradeeksempelet på et universelt tilbud? Er det de nasjonale standarder eller de lokale behov som preger tjenesteutformingen og som kan forklare dekningsprosenten på nær 100?

Dersom vi vurderer helsestasjonsvirksomheten i forskningssammenheng, er det ikke mindre grunn til undring: På tross av institusjonenes åttiårige historie, flere endringer i ansvarsforhold og ikke minst, den breie kontaktflaten, så er det forbausende lite forskning om helsestasjonsvirksomheten. Noen av de få empiriske undersøkelsene som fantes da vi startet vårt arbeide, var en brukerundersøkelse (Bomann-Larsen, 1987), en tidsbruksundersøkelse (Paulsen, 1990), samt en hovedfagsoppgave som belyste samhandlingen mellom helsestasjon og foreldre til barn med spesielle behov (Haug, 1990). De to første undersøkelsene tegnet et bilde av helsestasjonstjenesten som tilgjengelig og ufarlig, mens den siste undersøkelsen identifiserte problemer knyttet til håndteringen av brukere som ikke passet inn i virksomhetens standard handlingsprogram. Ingen av de nevnte undersøkelsene gjorde forsøk på å studere helsestasjonsvirksomheten i en politisk og administrativ kontekst.

Skal man oppnå en økt forståelse av fundamentet for dagens helsestasjonsvirksomhet, krever det etter vår oppfatning en forskningsstrategi som kombinerer forskningsinnsats på flere nivå.

For det første må dagens forhold forstås i et historisk perspektiv. Vår analyse har skjedd i et vekselspill av nåtidig og historisk fokusering: Hvordan har ansvarsforholdene, defineringen av oppgaver og brukere, og personellsituasjonen ved helsestasjonene endret seg? Hvilke "grensedragninger" har vært viktige når det gjelder å forme helsestasjonene slik vi kjenner de fra tidlig på 90-tallet? Den historisk orienterte del av analysen har resultert i utvikling av idealtypiske framstillinger av helsestasjonsvirksomheten. Denne delen av analysen presenteres i rapportens Del I.

For det andre har vi sett det som nødvendig å gjøre detaljerte studier av dagens helsestasjonsvirksomhet i noen utvalgte kommuner. Her har vi tatt utgangspunkt i de tre kommunene som danner nedslagsfelt for Barn-Helse-Miljø prosjektet (se vedlegg 1). Forebyggende helsearbeid er et vidt og tvetydig begrep. Det er derfor grunn til å anta at aktørenes forståelse av hva forebygging er, vil prege deres arbeid. Vi har derfor lagt opp til en fenomenologisk inspirert forskningsstrategi, der vi ser det som viktig å få fram hvordan ansatte på helsestasjonen, samarbeidspartnere og representanter fra det politisk administrative systemet definerer det forebyggende barnehelsearbeidet og sine egne roller i tilknytning til dette.

Den breie tilnærmingen til feltet har gjort det påkrevet å ta i bruk ulike metodiske tilnæringsmåter. En nærmere diskusjon av data og metode følger i kap.2.

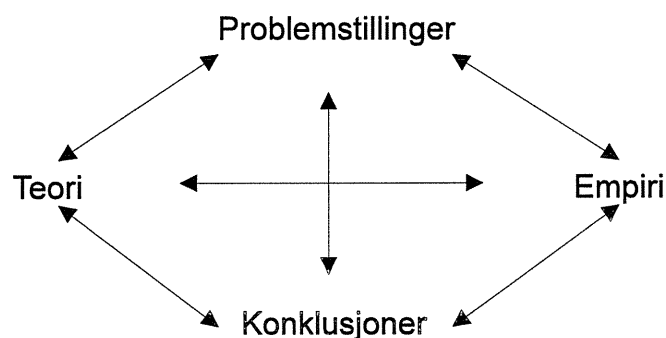
Rapportens Del II formidler resultatene fra case-studiene. Den innledes av en beskrivelse av de sosioøkonomiske rammebetingelsene og den formelle organiseringen av det forebyggende barnehelsearbeidet (kap 4). Deretter følger en analyse med utgangspunkt i de idealtypiske framstillingene, av helsestasjonsvirksomheten i de tre kommunene (kap. 5, 6 og 7).

Kapittel 2

METODISK TILNÆRMING

2.1 FORSKNINGSPROSESSENS FORLØP

Vår forskningsprosess avviker betydelig fra tradisjonelle beskrivelser i lærebøker i samfunnsvitenskapelig metode, der utforming av problemstilling inngår som første fase i et forskningsprosjekt, og hvor en deretter står overfor et valg mellom ulike metodiske tilnæringsmåter (f.eks. Hellevik 1977:27). I dette prosjektet har forskningsprosessen framstått mer som en "ping-pong prosess" enn som et pent lineært forløp (Enderud 1986). Vi har "loopet" fram og tilbake mellom ulike arbeidsoperasjoner. Empirien har stadig dannet utgangspunkt for nye interessante spørsmål, som igjen har gitt anledning til kritikk og revisjon av teoriene. Forskningsprosessen har for vårt vedkommende langt på veg framstått uten begynnelse og ende, noe som er skjematisk illustrert i følgende figur:



Figur 2.1: Forskningsprosessens hovedelementer (etter Andersen og Enderud, 1990: 23)

Her er analysen ikke avgrenset til en bestemt fase i forskningsprosessen, men vil betegne enhver kobling mellom to eller flere grunnelementer.

Etter å ha foretatt litteratursøk som viste at feltet var lite utforsket, gjorde vi brukerundersøkelser i de tre kommunene våren 1992. Disse undersøkelsene var basert på strukturerte skjema blant et representativt utvalg småbarnsforeldre (Hustad og Gravseth 1992). Vi delte selv ut skjema til alle brukere som var innom helsestasjonen, og bidro til at brukerne kunne fylle ut skjema på venterommet, bl.a. ved å passe barna imens¹. Oppholdene på tre forskjellige helsestasjoner bidro sterkt til å øke vår interesse for feltet. Vi observerte forskjeller i rutiner og kultur, og vi syntes å merke at koblingene til omgivelsene, f.eks. til resten av helseetaten, var forskjellig i de tre kommunene. Det var duket for ny runde med litteratursøk om helsesøsterprofesjonen og forebygging, om nasjonale mål og velferds-kommunenes styringsmuligheter på feltet. Britiske beskrivelser av "health visitors" ga teoretiske perspektiver på ideelle mål med helsesøstervirksomheten², og vi fikk mer innsikt i målsettinger og flaskehalser i norsk helsepolicy-utforming gjennom analyse av lover og offentlige utredninger, gjennom beskrivelser av forsøksvirksomhet i helsestasjoner³, og generelle organisasjonsteoretiske beskrivelser av forholdet stat - kommune⁴. Neste steg måtte bli intervju med aktører som hadde ansvar for det forebyggende barnehelsearbeidet i kommunene.

De første intervjuene som ble analysert, var materialet fra Tingvoll kommune. I denne prosessen ble det klart for oss at vårt analyseredskap var for svakt i forhold til våre ambisjoner. Vårt ønske var å gi en så komplett beskrivelse som mulig av lokale helsestasjoners policy-utforming og samspill med andre aktører. Helsestasjonenes skal drive forebyggende barnehelsearbeidet, men oppgavefeltet er mangefasettert, og brukergrupper og strategier kan variere. De typologiseringer

¹ Senere har vi gjort flere brukerundersøkelser uten direkte kontakt med brukerne (Jákupsstovu 1994, Ravatsås og Kvalshaug 1994). Undersøkelsesoppleggene synes å ha liten betydning for svarmønstrene.

² ETHV (The Council for the Education and Training of Health Vistors): An Investigation into the Principles og Health Visiting. London 1977; og C.Robertson: Health Visiting in Practice. Churchill Livingstone, Edinburgh 1991.

³ Se f.eks. Bogen: Helsestasjonen i støpeskjeen. Oslo 1972.

⁴ Se f.eks. Nagel, A-H: Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten, med aktuelle artikler av bl.a. Per Selle og Tore Hansen; Sharpe: "Theories and Values of Local Government", Political Studies, Vol. XCIII, no 2; Kjellberg, F: "Kommunalt selvstyre og nasjonal styring"; NST 1/91, s 45.

av forebyggende virksomhet som vi hadde møtt i litteraturen,⁵ ga ikke inntak til å forstå ulik vektlegging i ulike helsestasjoner.

Vi valgte enda en gang å gjøre litteraturstudier, og denne gang ble det en historisk tilnærming til feltet: Hva har ulike aktører som har satt spor i helsestasjonens historie, forstått som viktig i helsestasjonsvirksomheten? Resultatet ble de idealtypiske modellene som presenteres i Del I.

2.2 IDEALTYPISKE MODELLER SOM ANALYSEVERKTØY

Den historiske gjennomgangen endte opp med fire ulike idealtypiske framstillinger av helsestasjonen. Hver idealtipe kjennetegnes av en egenartet forståelse av hva som skal utføres på helsestasjon (arbeidsfelt og målgruppe, fokus og problemforståelse, tiltak og strategi) og av ulike oppfatninger om behov og muligheter for styring og samordning av virksomheten. Vi har servicestasjonen som brukerne oppsøker for å få veiledning i barnestell; overvåkingsstasjonen der helsesøstrene driver ikke-stigmatiserende offentlig oppsyn med barns oppvekst; den medisinske kontrollstasjonen der helsekontrollen er viktigst; og den lokale samordningsentralen der problemenes kompleksitet krever tverretatlig/tverrfaglig koordinering av tiltak. Disse idealtypene vil vi bruke som metodisk redskap til å tolke våre funn.

Denne analysemetoden som M. Weber har introdusert, innebærer at man konstruerer modeller av virkeligheten som det empiriske materialet kan sammenlignes med. De idealtypiske modellene skal ikke forstås som en framstilling av vanlige eller ideelle forståelsesformer. Idealtypene bør oppleves som adekvate; men det er rendyrkede "outrerte" modeller av virkeligheten. Det finnes neppe en helsestasjon som fullt og helt kan sies å være en idealtypisk servicestasjon, overvåkingsstasjon, medisinsk kontrollstasjon eller lokal samordningsentral.

⁵ En vanlig inndeling av helseforebyggende virksomhet er å skille mellom primærforebygging (målgruppe: alle; strategi: opplysningsvirksomhet, statistikkproduksjon), sekundærforebygging (målgruppe: grupper som er i faresonen; strategi: overvåking) og tertiærforebygging (målgruppe: grupper som er funksjonshemmet; strategi: støtte). I nyere utredninger finner vi ofte en to-deling av helseforebyggende virksomhet: forebyggende og helsefremmende arbeid.

Formålet med idealtypene er å ha en målestokk når vi skal beskrive tjenesteutformingen ved de aktuelle helsestasjonene:

"Idealtypen er ingen fremstilling av virkeligheten, men vil skaffe fremstillingen entydige uttrykksmidler." (Weber 1971:199).

Som Weber påpeker, er det ikke mulig å vite på forhånd om de konstruerte idealtypene vil gi økt innsikt i materialet:

"Om det dreier seg om en ren tankelek eller om en vitenskapelig fruktbar begrepsdannelse, kan aldri avgjøres a priori; også her finnes det bare en målestokk, nemlig hvilke innsikter som oppnås i konkrete kulturelle fenomeners sammenheng, kausale betingethet og betydning. Ikke som mål, men som middel kommer det på tale å danne abstrakte idealtyper. (Weber 1971:201).

Gode idealtyper fungerer heuristisk. Når empirien blir holdt opp mot modellene, skal det være mulig å si "Ja, slik er det", eller "Nei, det stemmer ikke". Modellenes verdi som målestokk finner vi først når de konfronteres med empirien:

"synspunktene gis en idealtypisk formulering, hvorpå det empirisk gitte konfronteres med idealtypene." (Weber 1971:218)

Hvis de idealtypiske modellene ikke rommer den type situasjonsforståing som vi møter, kan det være aktuelt å forsøke med reviderte eller nye idealtypiske modeller som gir større forståing av den observerte virkeligheten. Idealtypene må oppleves som adekvate for å ha en heuristisk verdi. Konstruksjon av idealtyper krever m.a.o. nærhet til materialet⁶:

"Idealtypene kommer ikke forut for forskningen. De konstrueres i forskningsarbeidet, på et tidspunkt i forskningen hvor forskere har god kunnskap om det felt de skal anvendes på, og de er spesifikt utviklet for å kunne brukes på dette feltet." (J.O.Jacobsen 1992:215)

⁶ Jfr Bård Paulsens idealtypiske konstruksjon av helsesøstervirksomheten: "overvåkeren", "huslegen" og "den som bekymrer seg" (Paulsen 1990:102).

Weberske idealtyper gir altså ikke et bilde av det vanlige, og de gir heller ikke en framstilling av det mest ideelle. Iflg Weber er det

"den vitenskapelige selvkontroll's elementære plikt og det eneste som kan forhindre tilsnikelser å skille skarpt mellom på den ene side den logisk sammenlignende relasjon mellom virkeligheten og idealtypene i logisk forstand, og på den annen side den vurderende bedømmelse av virkeligheten ut fra idealer... Det finnes idealtyper for bordeller så vel som for religioner" (Weber 1971:207).

De idealtypiske modellene som vi har konstruert, har ikke noen positiv eller negativ valør.⁷ De er metodiske redskap, tenkt brukt til logisk forståelse av helsestasjonsvirksomheten i den enkelte kommune, og, ikke minst, som målestokk når vi skal sammenligne utformingen av helsestasjonsvirksomheten i ulike kommuner.

De idealtypiske modellene er et sentralt analyseverktøy i våre analyser av helsestasjonsvirksomheten; men vi trekker også veksler på andre typer modeller og begrep/begrepspar (se f.eks. avsn. 3.7).

2.3 AVGRENSNING AV FORSKNINGSFELT OG VALG AV INFORMANTER

Vi bygger på grunnleggende antakelser i organisasjonsteorien, og antar at strukturelle faktorer har betydning for organisasjonsatferden. Formell organisasjonsstruktur og nedskrevne retningslinjer for virksomheten gir imidlertid bare begrenset innsikt i feltet. Vi ser det også som viktig, slik Skjervheim formulerer det, å få tak i aktørenes situasjonsforståing:

"Vi kan berre identifisera handlingar gjennom dei intensjonane som ligg til grunn hjå dei handlande. Den handlande må sjølv ha ei situasjonsforståing,

⁷ Eksempel på skillet mellom ideelt og idealtipe: Datainnsamlingen ble gjort, før idealtypene var konstruert. Blant spørsmålene i intervjuguidene, er spørsmålet: "Tenk helt fritt - hvordan ser din idealhelsestasjon ut? Hvilke oppgaver mener du at helsestasjonen ideelt sett burde konsentrere seg om." Her brukes begrepet idealhelsestasjon i betydningen det "forbilledlige".

og den må vi få tak i dersom vi skal forstå hans handlingar, eller produktet av hans handlingar, slik som t.d. ein tekst er." (Skjervheim 1992:204).

En interesse for aktørenes situasjonsforståelse reiser en rekke metodiske spørsmål. For det første: Hvilke aktørers situasjonsforståelse skal kartlegges? Gitt at forebygging som virksomhet er vanskelig å avgrense, er det også klart at utvelgning av relevante informanter er komplisert. Videre vil det heller ikke være gitt hvilke deler av disse aktørenes situasjonsforståelse som skal utforskes. Helsestasjonens arbeid er ikke begrenset til primærforebyggende arbeid, selv om dette har vært helsestasjonens særlige ansvar. I oppfølgingen av barn med særlige behov må helsestasjonen samhandle med andre deler av hjelpeapparatet. Andre aktuelle aktører er den lokale politisk-administrative ledelsen som vil ha mulighet til å prege rammebetingelsene for helsestasjonens arbeid, og aktører innen f.eks. skolesektoren og teknisk sektor som også har primærforebyggende oppgaver. For å få tak i samspillet mellom helsestasjonen og andre lokale aktører, velger vi å fokusere på flere ulike nivå for utformingen av forebyggende tjenester. Målet er økt forståelse av den sosiale organiseringen av forebyggende barnehelsearbeid på lokalnivå. Vi er spesielt interessert i den lokale organiseringen av forebyggende arbeidet for små barn: universelle tjenester til aldersgruppen 0 - ca 2 år, og mer selektive tiltak overfor førskolebarn. Helsestasjonen er studieobjektet, men analysen innbefatter eksterne aktørers vurdering av det lokale oppvekstmiljø og helsestasjonenes forebyggende innsats, ut ifra ønsket om å "see organisations through environment" (Davies 1982).

Vi har intervjuet 34 personer i kommunene Molde, Frei og Tingvoll. Utgangspunkt ble tatt i tre ulike intervjuguider. Guidene representerer, grovt sett, tre ulike analysenivå (se vedlegg 2, 3 og 4).

Det første nivået gjelder arbeidet i helsestasjonen. De som er intervjuet, er:

5 helsesøstre,
3 helsestasjonsleger
og 1 helsestasjonsassistent.

Dette er bakkemannskapet som gjennom "barnekontrollene" på helsestasjonen har den direkte kontakten med barnefamiliene.

Det andre nivået gjelder samhandlingen med andre deler av hjelpeapparatet, primært samarbeid om "obs"-barn, men også samarbeid av primærforebyggende art. De som er intervjuet, er:

- fra helsesektoren: 1 jordmor og 1 fysioterapeut
- fra sosialkontoret/barnevernet: 3 saksbehandlere
- fra skolekontoret: 1 skolesjef og 1 saksbehandler
- fra pp-kontoret: 2 psykologer og 1 klinisk pedagog
- og - 1 saksbehandler ved teknisk etat og 1 miljøvernleder

Det tredje nivået gjelder kommunal politisk og administrativ styring av forebyggende arbeidet for barn generelt og helsestasjonen spesielt. De som er intervjuet, er:

- 1 sjefshelsesøster og 2 ledende helsesøstre
- 3 ordførere
- 3 ledere av helse- og sosialutvalget
- 3 rådmenn
- 1 helse- og sosialsjef

Intervjuguidene finnes i vedlegg. Som man vil se, gjelder spørsmålene aktørenes problemoppfatning, deres oppfatning av egen rolle i utførelsen av disse oppgavene, og hvilke samarbeidspartnere de finner når ulike oppgaver skal løses. Hvert intervju tok i gjennomsnitt ca 1 1/2 t. Ettersom vi ikke benyttet båndspiller, har hver informant fått det nedskrevne notatet etter intervjuet til gjennomsyn for eventuell oppretting.

Flere av disse aktørene vil i sine yrkesroller operere på flere nivå, f.eks. deltar de ledende helsesøstre i det ordinære helsestasjonsarbeidet, to helsestasjonsleger deltar i kommunal styring som fungerende kommunelege I, og enkelte politikere er faglig og yrkesmessig forankret i barnehelsearbeid. Semistrukturerte intervjuguider har gjort det mulig med "individuell" tilpasning av oppleggene, ut ifra en målsetting om å nytte anledningen til få mest mulig innsikt i policyområdet.

Utgangspunktet er en bred tilnærming til feltet, og spørsmålet melder seg, hvorfor ikke flere i lokalmiljøet ble intervjuet. Avgrensningen er gjort ut ifra rent kapasitetsmessige hensyn: reiser, intervju og, ikke minst, den kvalitative

tolkningen av materialet er tidkrevende. Ideelt sett kunne det vært ønskelig med en utvidelse i to retninger:

- 1) at vi intervjuet representanter fra alle utvalgte aktørgrupper i alle tre kommuner,
- og
- 2) at vi også hadde intervjuet representanter fra andre aktuelle aktørgrupper.

Når det gjelder representasjon for ulike aktørgrupper, er det en svakhet at det bare er intervjuet en representant for hhv. helsestasjonsassistenter, fysioterapeuter, jordmødre og helse- og sosialsjefer. Disse yrkesgruppene har også en representant i en eller begge de andre kommunene. Skolekontoret kunne også vært bedre representert. - Derimot, når det gjelder representanter fra teknisk sektor og miljøvern, var inntrykket etter et par intervju at berøringspunktene til helsestasjonsvirksomheten var svært få. Vi fant det ikke verdt å gjøre flere intervju med representanter fra sektorer som har arealplanlegging til hovedoppgave.

På den andre side er det aktører som nok burde vært intervjuet. Barnehagepersonalet peker seg ut, både fordi de har mulighet til å avdekke at barnehagebarn trenger en helsesjekk eller ekstern kontroll av oppvekstforholdene i hjemmet, og fordi de arbeider med barn som har fått barnehageplass p.g.a særlige behov. Våre data er begrenset til noen informanters oppfatninger om barnehagetilbudet; barnehagepersonalets oppfatninger om helsestasjonsvirksomheten gjenstår. Andre svært aktuelle instanser innen feltet er de allmennpraktiserende legene, og ansatte som arbeider på institusjoner for barn med særlige behov, f.eks. på asylmottak. Innen primærforebyggende virksomhet opererer også kultursektoren og frivillige organisasjoner. En organisasjon vi i ettertid ser vi kanskje burde ha hørt, er Norske Kvinners Sanitetsforening.

Vi har gått bredt ut, men ser argumenter for å favne enda breiere. Dette belyser for det første trekk ved virksomheten: for å få fram det særegne ved forebygging, kan en ikke foreta for snevre avgrensninger. For det andre reflekterer det kapasitetsproblemen knyttet til bruk av kvalitative metoder: det finnes en grense for hvor mange åpne intervju som kan foretas og nyttiggjøres (Repstad 1992:70).

Bearbeidningen av et kvalitativt materiale byr på flere utfordringer. Denne analyseformen innebærer selvfølgelig ikke at alle inntrykk rapporteres. Det må skje en filtrering av hva som regnes for relevant og interessant:

"Det er ikke bare praktisk umulig å gi en uttømmende beskrivelse av årsakskjeden til et hvilket som helst fenomen i dets fulle virkelighet - men det er helt enkelt meningsløst." (Weber s 188).

Vårt mål med analysen er å komme fram til mønstre i intervjumaterialet som kan gi økt innsikt i et lite beskrevet og kanskje mytebefengt felt. Detaljerte analytiske beskrivelser av feltet kan øke våre muligheter til å finne sammenhenger som kan utfordre aksepterte sannheter.

Vårt datamateriale har imidlertid sine klare begrensninger: Det er relativt få informanter, og personlige egenskaper ved informantene kan prege tjenesteutformingen - og vår tolkning av materialet. De fleste av våre informanter kjenner vi bare gjennom det ene møtet da intervjuet fant sted. I analysen vil de framstå som rolle innehavere som påvirkes av og selv er med på å påvirke de strukturelle og relasjonelle trekkene ved tjenesteutformingen i kommunen. En slik framgangsmåte kan være etisk betenkelig, fordi vi kan komme til å gi en stereotyp framstilling av rolle innehaveren. Det vil være særlig beklagelig i de tilfellene der vi ikke makter å anonymisere informantene.

Et annet problem i forhold til tolkning av kvalitative intervju, ligger i faren for å behandle aktørenes synspunkter som forklaringer (Silverman 1993:199). Som forskere må vi bestrebe oss på å sette intervjudataene inn i en teoretisk kontekst; og for oss har denne konteksten tatt form av idealtyper. Som Mintzberg påpeker, er det ikke data som genererer teori, og teorier blir heller ikke bevist v.hj.a. data. Modeller er forenklinger av virkeligheten. Hvorvidt vårt arbeid får noen verdi for leseren, beror på om beskrivelsen kommer til å kaste nytt lys på systemet.

"The data do not generate the theory - only researchers do that - any more than the theory can be proved true in terms of the data. All theories are false, because all abstract from data and simplify the world they purport to describe. Our choice, then, is not between true and false theories as much as between more and less useful theories." (Mintzberg 1979:584).

DEL I

HELSESTASJONEN -

"en hjørnestein i det forebyggende arbeid for barn"

Kapittel 3

STYRING OG SAMORDNING AV FOREBYGGENDE TILTAK FOR BARN, MED SPESEIELL VEKT PÅ HELSESTASJONS-VIRKSOMHETEN

3.1 FOREBYGGING - ET BEGREP SOM ROMMER MANGE SLAGS VIRKSOMHET

I velferdsstaten forutsettes det at det er et offentlig sosialt sikkerhetsnett som kan sikre barn gode oppvekstmuligheter. Det innebærer bl.a. at det er offentlige institusjoner som har til oppgave å forebygge at barn får sykdommer, psykiske lidelser eller utsettes for ulykker.

Helsestasjonen fikk tidlig en nøkkelrolle i det forebyggende arbeidet for barn. Helsestasjonenes første oppgaver gjaldt forebygging mot feilernæring og smittsomme sykdommer. Viktige strategier var å oppmuntre mødrene til å amme sine barn, og til bedre hygiene. Da det ble mulig å vaksinere mot ulike epidemiske sykdommer, ble også denne oppgaven lagt til helsestasjonene. Historisk statistikk over nedgang i barnedødeligheten har synliggjort effekten av denne formen for helseforebyggende arbeid. Fortsatt er det vaksinasjonsstatistikk som blir brukt til å illustrere helsestasjonens arbeid og dekningsgrad. Men oppgavefeltet er utvidet i takt med nye utfordringer i det forebyggende arbeidet for barn. Det reiser en rekke spørsmål: Hvilke oppgaver står lokalsamfunnene i dag overfor når det gjelder forebyggende arbeid for barn? Hva er det man vil forebygge? Hvilken plass skal helsestasjonene fylle i framtiden?

St.Meld. nr 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid nevner tre områder som peker seg ut når det gjelder befolkningen som helhet:

1. Mentale lidelser og psykososiale problemer
2. Belastningslidelser
3. Ulykker og skader.

Disse er valgt til hovedinnsatsområder fordi "mye er ugjort, og forebyggingspotensialet kan være stort" (op.cit. s 22).

Hovedinnsatsområdene er også aktuelle satsingsfelt for barn. I tillegg kommer oppgaver som bl.a. er framhevet i NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier. Spesielt allergi og astma er en utbredt lidelse blant barn. Men de fleste barn og unge har i dag god kroppslig helse. "Det er de psykososiale problemene, helseproblemer som ikke så lett synes utenpå, som er de største truslene mot barn og unge" (St.meld.nr 37, 1992-93:28).

For å hindre slike helseproblemer, kreves det at ulike parter i lokalsamfunna samarbeider om miljøforbedrende tiltak. Det synes å være bred politisk enighet om at barn som gruppe har særskilte behov som krever tverrsektorielt samarbeid. Staten har satt inn ulike virkemiddel for å få gode oppvekstmiljø, og dette har kanskje medvirket til en sterkere - og bredere - bevissthet på kommunalt nivå om å ivareta barns behov. Eksempel på slike virkemiddel er ekstrabevilgninger til barnevernet for bl.a. å styrke det forebyggende arbeidet for barn, barnehageutbygging og iverksetting av skolefritidsordninger.

Fortsatt blir helsestasjonen omtalt som "hjørnesteinen i det forebyggende arbeid"¹, men når staten har gått inn med ekstrabevilgninger for å styrke den forebyggende virksomheten i lokalsamfunna, synes helsestasjonene å ha blitt oversett. Kan dette være tegn på at det pågår en domeneforskyvning i det forebyggende arbeidet på lokalnivå? Eller skyldes dette bare at forebygging er et samlebegrep som rommer ganske ulike tiltak, som krever en innsats av ulike aktørgrupper i ulike arenaer? Kanskje myndighetene har satset på andre oppgaver innen forebygging enn det som drives i helsestasjonsvirksomheten?

I dag blir det stadig sterkere fremhevet at helseforebyggende arbeid ikke bør forbeholdes helse- og sosialsektoren. I forordet til NOU 1991:10 sies det at

¹ St.meld.(1974-75) nr 9; NOU 1979:28; NOU 1991:10, s 29; St.meld. (1992-93) nr 37 s 58

"vi (mener) å ha vist nødvendigheten av å sette i system at en stor del av den forebyggende innsatsen må skje utenfor helse- og sosialsektoren dersom vi skal kunne bekjempe og redusere disse problemene slik vi møter dem i behandlings- og omsorgsapparatet, f.eks. belastningsslidelser, ulykkesskader, rusproblemer, atferdsproblemer, selvmord eller omsorgssvikt. Vi er klar over de begrensninger som ligger i vår egen sektor, og legger vekt på mulighetene som ligger i andre sektorer." (NOU 1991:10:3).

Helsestasjonen er eneste kommunale institusjon med forebyggende arbeid for barn som hovedoppgave. Helsesøstrene driver forebygging på heltid. Det er eneste instans som har kontakt med nær 100 % av alle småbarnsfamilier; hvert barn er 15-20 ganger på helsestasjonen. Men det offentlige sikkerhetsnett som skal sikre barna gode oppvekstmiljø, består også av en rekke andre aktører som rår over ulike virkemiddel. Det vil være naturlig at de ulike kommunale sektorene legger vekt på ulike sider ved det forebyggende arbeidet. Eksempelvis har teknisk sektor hovedansvaret for at bygnings- og brannforskrifter blir overholdt, og næringsmiddelkontrollen skal sikre oss mot matinfeksjoner. Også de frivillige organisasjonene i kommunen kan sies å drive forebyggende helsearbeid, bl.a. gjør idrettslagene en stor innsats med sin helsefremmende og nettverkskapende virksomhet i lokalsamfunna.

Med behovet for samarbeid følger behov for sterkere ansvarsdeling i barnehelsearbeidet:

"det (må) drøftes mer inngående hvilke oppgaver helsesøstrene skal ha i framtiden, hvilke oppgaver som må overlates til andre grupper helse- og sosialarbeidere, f.eks. psykologer, teknisk hygienisk personell, fysioterapeuter og sosionomer, og hvorvidt det er nødvendig å endre utdanningen til helsesøstrene." (NOU 1991:10:98).

Behovet for å endre helsesøsterutdanningen har oppstått fordi

"Arbeidet har endret karakter, slik at utdanningen ikke lenger er i takt med problemene som skal løses." (NOU 1991:10:98)

Styresmaktene mener altså at det er nødvendig med en tredelt strategi for å styrke det forebyggende arbeidet for barn i kommunene:

- Tverretatlig samarbeid
- Klarere ansvarsfordeling
- Skolering av helsesøstrene.

Vi skal se nærmere på tjenesteutformingene i helsestasjonene.

3.2 ULIKE TRADISJONER I DET FOREBYGGENDE HELSEARBEIDET

Ulike oppgaver innen forebyggende og helsefremmende arbeid stiller ulike krav til tjenesteutøveren. Noen ganger kreves evne til massemobilisering, andre ganger kreves diskresjon. Noen typer forebyggende tiltak for barn, f.eks. trafikksikring og barnehageutbygging, kan gjerne gjennomføres i full offentlighet; ofte kommer tiltaka som resultat av høylydt mobilisering. Massemedia tas i bruk ved holdningskampanjer.²

Andre typer forebyggende tiltak gjøres i stillhet ut fra forventninger om at det vil gi størst effekt. Det kan være nødvendig å vise diskresjon når tjenesteutøveren utfordrer privatsfæren. Forebyggende innsats mot mentale lidelser og miljøskapte sykdommer krever gjerne egeninnsats og endret atferd. Man står overfor "den vanskelige balansen mellom respekten for den enkeltes selvråderett over eget liv og fristelsen til å bruke fagkunnskap til å dirigere etter folks "egentlige" interesser slik ekspertene ser dem." (T.Ø.Jensen, 1994:42). -

Når det gjelder barns helse, vil det ofte være enklere å legitimere inngrep i privatsfæren (L.F.Hansson, 1993) Men fortsatt er det spørsmål om å påvirke voksne. Tiltakene må gå gjennom, og aksepteres av, de voksne som har omsorg for barnet³.

² TV-programmene til Åse Gruda Skard og Magne Raundalen på 1960-tallet kan kanskje tjene som eksempel på en effektiv kampanje mot bruk av fysisk straff i barneoppdragelsen.

³ I de senere år har vi kunnet spore sterkere oppmerksomhet mot barnas individuelle rettigheter og behov. I Stortingsmelding nr 36 (1989-90) s 112 påpekes viktigheten av å markere barns rett til helsehjelp, også i form av rett til helsekontroll. F.o.m. 1.1.94 er denne rettigheten - og dermed også foreldrenes plikt til å følge opp, bl.a. ved helsestasjonsbesøk - lovfestet.

Hva er da helsesøstrenes rolle? Skal hun være folkeopplyseren som mobiliserer for sunne oppvekstmiljø, - eller skal hun være den usynlige hjelperen som trår til når barna trenger omsorg fra noen utenfor familien? Ideelt sett skal vel helsesøstre ivareta begge deler - og litt til. Men signalene om å endre helsesøsterutdanningen viser at det rår usikkerhet om helsesøstrenes rolle.

Før vi retter blikket på vårt empiriske materiale, skal vi se på helsestasjonenes historie fram til 1984, og de rammer som kommunehelsereformen fra da av kom til å sette for virksomheten.

Ulike profesjoner og interessegrupper har satt sitt preg på utformingen av virksomheten. Vi har ikke grunnlag for å gi noen kronologisk beskrivelse, der en kultur avløser den neste; det synes snarere å ha vært en parallell utvikling, der ulike aktører har vært bærere av ulike ideologier. De tre aktørgruppene vi setter fokus på, er Norske Kvinners Sanitetsforening, helsesøstre, og helsedirektoratet under K.Evangs ledelse.

3.2.1 Kvinneorganisasjonens helsetjenestetilbud til mødre og barn

Fram til 1974 ble langt de fleste helsestasjonene drevet av frivillige organisasjoner. Norske Kvinners Sanitetsforening var spesielt aktive med å få i gang og drive helsestasjonstilbud.⁴ Deres innsats og innflytelse synes å ha vært større enn man vanligvis får inntrykk når det forebyggende arbeid i helsestasjonens regi har blitt beskrevet.

Sanitetskvinnene finansierte en stor del av utbyggingen av et desentralisert helsetjenestetilbud for barnefamilier. Deres innsats hadde stor betydning så lenge levekårene til kvinner og barn var å betrakte som ikke-tema på den politiske dagsorden. De medvirket til å styrke lokalsamfunnene, også i den epoken da

⁴ Også Norsk Folkehjelp opprettet helsestasjoner. Om hvordan de to organisasjonene delte distriktene mellom seg, se O.Bjarnar 1994.

Den type frivillige organisasjoner som disse to organisasjonene representerer, tar vare på fellesskapets interesser på en grunnleggende annerledes måte enn tilfellet er med nyere interesseorganisasjoner som er opprettet for å ivareta spesifikke egeninteresser.

sterke politiske krefter arbeidet for økt sentralisering.⁵ Sanitetskvinnene satte rammer for virksomheten i helsestasjonene. Målet var å gi barnefamiliene mulighet til å få undersøkt barnas helse, og å drive folkeopplysning for å gi familiene økt egenkompetanse. Norske Kvinners Sanitetsforening sto for en brukernær tradisjon:

".. det er neppe tvil om at N.K.S. som kvinneorganisasjon gjennom utformingen av helsestasjonstjenesten var mer oppmerksom på brukernes behov, enn det som kanskje ellers ville kommet fram i offentlig regi. ... Det var N.K.S., til tider i samarbeid med kommunale myndigheter, og ikke det statlige nivået, som på en omfattende måte bygde opp desentraliserte institusjoner med spesialistkompetanse i et samspill med helsesøstrene i denne delen av barnehelsetjenesten." (Bjarnar 1994).

Helsestasjonene var brukernes lokaler, og kunne fungere på deres premisser. Et eksempel på brukerstyring, kombinert med folkeopplysningsidealer, er følgende beskrivelse av hvordan den første helsestasjonen kom i gang:

"I 1914 starta Oslo Sanitetsforening landets første kontrollstasjon for barn. Men ingen kom til stasjonen. Sanitetskvinnene visste råd. Rundt om i Oslo ble småbarnsmødrene invitert til sammenkomster som var en blanding av fester og foredrag om nytten av spebarnskontroll. Det fikk mødre til å komme til helsestasjonene, som snart vokste i antall" (Bjarnar 1994:9).

Sanitetskvinnene var arbeidsgivere, og kunne stille krav til de profesjonelles tenesteutforming. Hovedstyrets instruks av 23.11.48 for veilednings- og kontrollstasjonene inneholder eksempelvis krav til legen om å være punktlig med frammøtet:

"At mødrene skal bli sittende og vente med avkledde barn lengere enn nødvendig bringer arbeidet i miskreditt." (Bjarnar 1995:101)

⁵ I gjenreisningstida var det et mål for styresmaktene å få til en mer sentralisert bosetning, særlig i de nordligste fylkene. Men den opprinnelige bosetningen ble gjenopprettet. De som vendte hjem, bygde hus på brente tomter og trosset alle generalplaner. Historikeren Ove Bjarnar gir en levende beskrivelse av sanitetskvinnenes støtte til lokalbefolkningen under gjenreisningen, bl.a. gjennom bygging av offentlige bad. Se O. Bjarnar 1995.

Historien til Norske Kvinners Sanitetsforening gir oss et bilde av kvinners egenorganisering i en tid da det var nødvendig med et supplement til offentlige tjenestetilbud. Det var tale om massemobilisering: i 1962 var medlemstallet vel 246.000! Man får inntrykk av at medlemmene, og kanskje særlig de lokale styremedlemmene, som bl.a. var arbeidsgivere for helsesøstrene, hadde et eierforhold til helsestasjonen. Medlemmer av NKS tok del i den praktiske gjennomføringen av helsekontrollene; det var gjerne en sanitetskvinne i venterommet som tok imot mødrene, viste dem til rette og hjalp til med å gjøre barna klar til undersøkelse hos helsesøster og lege.

Sanitetskvinnene drev også opplysningsvirksomhet i lokalsamfunnene, de arrangerte foredragskvelder med tema om helse og sykdomsforebygging. Foredragsvirksomheten hadde trolig betydning utover det at medlemmene møttes til sosialt samvær. Etterhvert tok andre institusjoner, skolene og kanskje spesielt massemedia, over funksjonen som folkets helseopplysningsorgan.

Helseopplysningsvirksomheten flyttet inn i privatsfæren, og helsekontrollene ble en offentlig oppgave. Det offentlige tok over ansvaret for helsestasjonene med lov fra 1972, med virkning fra 1974. Spesielt Helsedirektoratet, med Evang som leder, arbeidet for å få en offentlig styring, også med denne delen av barnehelse-tjenesten. Det kan tenkes at man fra Helsedirektoratets side har ønsket å sikre et universelt tjenestetilbud, noe en "bottom-up"styrt frivillig organisering ikke er en garanti for. Nok en tilskyndelse til en offentlig overtaking av de privatdrevne helsestasjonene kan ha vært et økt behov for samordning av tilbud innen barnehelsetjenesten. Sammenligner vi med dagens samfunn, har det på den tiden da de første helsestasjonene ble opprettet, vært mange problem som måtte oversees fordi det ikke fantes institusjoner som kunne tilby løsninger på problemene. Behovet for samordning var lite, så lenge andre tjenester nesten ikke eksisterte. Etterkrigstidens utbygging av velferdsstaten har gitt et bedre hjelpeapparat. Også innen barnehelsetjenestene fikk man flere og bedre hjelpetilbud, først innen 2.linjetjenesta, og særlig på de somatiske sjukehusa. Etterhvert har det også kommet tilvekster i primærhelsetjenesten, av institusjoner med sekundær- og tertiærforebyggende oppgaver (fysioterapi, PP-tjenester, forebyggende barnevern), og samordningsproblematikken har blitt aktualisert.

De frivillige organisasjonene har ikke lenger noen sterk innflytelse på virksomheten på helsestasjonen.⁶ Vi tror at innflytelsen til de frivillige organisasjonene på virksomheten i helsestasjonene svant hen etter at helsestasjonsvirksomhet ble en offentlig oppgave, og folkeopplysning ble en oppgave for massemedia. Men helsestasjonene kom til å bli institusjoner i lokalsamfunnene. Det er bemerkelsesverdig at forebyggende arbeid for spe- og småbarn i så stor grad er lagt opp til at barna blir brakt til helsestasjonen, mens helsesøstervirksomheten i andre land, f.eks. på Færøyene og Island, i mye større grad er basert på en tradisjonen med oppsøkende omsorg. (Jákupsstovu 1993).

Det er mulig at tradisjonen fra NKS kan være en forklaring på at brukerne fortsatt føler et sterkere eierforhold til helsestasjonen og virksomheten der, enn tilfellet er f.eks. ved et besøk på legekantoret. B. Paulsen fant at knapt 30 % av avtalene om helsestasjonsbesøk var brukerinitiert, og største delen av henvendelsene gjelder dagligdagse somatiske problemer som forkjølelser og såre stumper. Virksomheten bærer her preg av å være en slags huslegetjeneste:

"Til helsesøster kan man komme med "alt" - men legen skal man først bry når man er kvalifisert pasient." (Paulsen 1990:91).

En annen forklaring til den åpne døren inn til helsesøster kan være helsesøstrenes tjenesteutforming. Helsesøstrene kan ha en profesjonell interesse i å skape en lav terskel for brukerne, for i neste omgang å kunne drive forebyggende virksomhet. Vi nærmer oss da en annen tradisjon i helsestasjonsvirksomheten, preget av arven etter F.Nightingale, der helsesøster innehar profesjonell ekspertise som overvåker av helseforholda i kommunen.

3.2.2 Helsesøster - den profesjonelle overvåkeren

I velferdsstaten har det offentlige et ansvar for å finne fram til barn som trenger hjelp, enten de har dårlig helse eller hjemmet ikke gir gode oppvekstvilkår. Her har personalet ved helsestasjonen en unik posisjon, for de har kontakt med alle familier med spedbarn. Helsesøstervirksomheten er et sentralt felt i skjærings-

⁶ Det er ellers et spennende - utforsket - spørsmål hvilken brukerinnflytelse kvinneorganisasjonene hadde på helsestasjonsvirksomheten. La sanitetskvinnene premisser for helsesøstrenes tjenesteutforming, eller var deres oppgave begrenset til å legge fysisk tilrette for helsekontroller?

punktet mellom helsepolitikk og sosialpolitikk (Erichsen 1987). Evangs beskrivelse av helsestasjonens universelle karakter og helsesøstrenes rolle er nok fortsatt reell:

".. it is exceptional if a mother does not of her own accord turn up with her baby for control. If that were to happen the mother would most probably be visited by a public health nurse representing the health center, who in a friendly way would offer her services." (Evang 1976:136)

Innblanding fra utenforstående som stiller spørsmål om barnet får nødvendig omsorg, kan være en påkjenning for de voksne i hjemmet. Dette er et problem som har blitt drøftet helt siden det ble aktuelt med offentlig ansvar for helsetilstanden i hjemmene. En som tidlig talte for offentlig overvåking, var F.Nightingale. I sin oppfordring om å få offentlig "health visiting", tar hun opp den faglige utfordringen ved inntrengen i privatsfæren:

"It is hardly necessary to contrast sick nursing with this (health visiting). The needs of home health bringing, require different, but not lower qualifications and are more varied: they require tact and judgement unlimited to prevent the work being regarded as interference and becoming unpopular. She must create a new work and a new profession for women." (F.Nightingale 1891; her: ETHV 1977).

Helsesøstrene synes etter hvert å ha opparbeidet seg en tillit i lokalmiljøet som gjør det mulig å nå fram på en måte som ikke virker stigmatiserende.(Lerfald 1985, Paulsen 1990). Deres posisjon innen helseetaten er unik, fordi de gjennom helsestasjonen og hjembesøk har kontakt med alle - også de som har bra helse. Helsesøstre som har på følelsen at et barn kanskje trenger deres hjelp, kan ta kontakt og evt. et ekstra hjembesøk, uten at det virker påfallende og krisebetont.

Ulike funn bygger opp om bildet av et samspill mellom helsesøster og bruker prega av tillit, nærhet og harmoni. Vår brukerundersøkelse fra 1992 viste at svært få oppfatter helsesøstrene som kontrollorgan, ingen oppfattet hjembesøket som ubehagelig og påtrengende. Bård Paulsen gir i sin analyse av bruk av helsesøstertjenesten eksempler på to helsesøstres arbeid med svært problem-belastede familier, og skriver følgende:

"Det ser ut til at brukerne ... oppfatter helsesøster som en som lytter, gir råd og støtte. Og det ser ut til at det å kontakte helsesøster oppfattes som trygt og ufarlig - også i tilfeller der kontakt med andre deler av hjelpeapparatet med rette eller urette oppleves som truende sett fra brukernes synspunkt." (Paulsen 1990:99).

Men hva skjer om helsesøster ser seg nødt til å intervensere? I noen tilfeller kan helsesøster komme opp i en situasjon der hensynet til barnet tilsier at hun bør kontakte andre deler av hjelpeapparatet. Kan hun gjøre det uten å bryte tillitsforholdet til familien? B.Paulsen ser det ikke som utenkelig at helsesøster kan få en følelse av avmakt, når hun ikke selv rår over sterke virkemidler, og derfor er nødt til å trekke inn andre, samtidig som hun da risikerer å bryte tillitsforholdet med foreldrene. Han påpeker at

"vi vet lite om i hvilken grad brukernes oppfatninger og varierende grad av tillit har konsekvenser for måten tjenesteyterne definerer sin oppgave på, for virkemiddelbruk og for samspillet mellom de ulike tjenestene." (Paulsen 1990:100).

"Den profesjonelle overvåkeren" kan også risikere å havne i motsatt grøft: at hun finner problem der det ikke er grunnlag for intervensjon. Grunnlaget for vurdering av forholdet i hjemmet kan være for preget av eget normsett, tjenesteyteren kan ha en for snever oppfatning av hva som er rett og galt, og kan komme i skade for å være for snar til å melde fra om mistanke om omsorgssvikt. Dette er f.eks. en problemstilling som vi konfronteres med daglig i medias kritikk av barnevernet. Men også den mer generelle formidlingen av helsesøsterprofesjonens idealer om barneomsorg kan gi unødvendige bekymringer og problem for familier med spedbarn. Ekspertisens autorative påbud kan gi trygghet; men rådene har trolig til tider gjort hverdagen komplisert for nybakte mødre:

"Kvinner har fulgt de ulike rådene som er gitt i ulike perioder. De har tømt brystene regelmessig eller etter behov, og de har "herdet" barna eller tatt dem opp hver gang de har grått. En undersøkelse av kostholdet til barn på ett år, viser at foreldrene fulgte rådene nesten til punkt og prikke." (Elvbakken og Kjærnes, 1994:88).

Målet til "den profesjonelle overvåkeren" har vært å påvirke atferden til mødre, til beste for barnet. Strategien har vært å oppnå tillit, for siden å bruke sin

autoritet og ekspertise til å øke mødrenes innsikt i barnas behov. Vi har tidligere nevnt hvordan "huslege"-funksjonen har gitt kontakt med barnefamiliene. Ikke mindre viktig har det vært at helsesøstrene fikk hånd om vaksinasjonsprogrammene. Barna må bringes minst 8 ganger til helsestasjonen for å bli vaksinert. Denne kanalen til regelmessig kontakt med barnefamiliene fikk helsesøstrene trolig for å avlaste den medisinske ekspertisen i lokalsamfunnet: distriktslegene.⁷ Vi skal nå se på trekk ved helsestasjonsvirksomheten som kan tilskrives påvirkning fra legehøld.

3.2.3 Helsesøster - legens assistent

Historien til helsestasjonene kan fortelles med utgangspunkt i innsatsen til ulike entreprenører til ulike tider. Helsesøstrenes arbeid i helsestasjonene bygger på en tradisjon innen sykepleien med oppsøkende omsorg. Norske Kvinners Sanitetsforenings innsats i helsestasjonene bygger på en kvinnepolitisk tradisjon om tilrettelegging av velferdstilbud i lokalsamfunnet.

Historien om den lovhjemlede helsestasjonsvirksomheten er nyere og knyttet til andre entreprenører. Her er tale om et ledd i det reformarbeidet som tok til da den faglig-medisinske ekspertisen overtok den politiske styringen av norsk helse-tjeneste. Karl Evang ble helsedirektør i 1938. Etter krigen kom han i en posisjon som ga både faglig og politisk myndighet til å utforme helsevesenet.⁸ Det har blitt hevda at "i Karl Evangs tenkning var legenes makt uproblematisk; et uttrykk for den vitenskapelige basis for den moderne helsepolitikken." (Jensen 1994:45). Helsestasjonsloven av 16.juni 1972 som la grunnlag for at vi fikk en offentlig landsdekkende barnehelsekontroll på kommunenivå, var den siste store reformen i Evang-epoken; Torbjørn Mork tok over som helsedirektør fem måneder senere.

⁷ I Danmark og på Færøyene er det kommunelegene, og ikke helsesøstrene, som vaksinerer sped- og småbarn. Også på Island er hovedregelen at legene gir vaksiner.

⁸ Helsedirektøren var avdelingsleder i sosialdepartementet. I motsetning til de andre avdelingslederne som var underlagt departementsrådets koordineringsfunksjon, sorterte helsedirektøren direkte under sosialministeren, som ansvarlig for alle sider ved helsestellet, økonomiske, juridiske, administrative og faglig-medisinske spørsmål som hadde et politisk innhold. I "rene" medisinsk-faglige spørsmål hadde han sjølstendig beslutningsmyndighet. (Hole 1982).

Evangs beskrivelse av helsestasjonsvirksomheten to år etter at den nye helsestasjonsloven trådte i kraft, kan tyde på en tilbøyelighet til å framheve legens maktposisjon:

"Regardless of size, however, all clinics for mothers and children have it in common that they are under the leadership of a doctor." ...Expert advice is given on all aspects of infant hygiene and care" (Evang 1976:138)

Det spørres om ikke Evangs framstilling av legens rolle i helsestasjonen var mer preget av ønsketenkning enn faktiske realiteter. Helsestasjonslovens § 6 hadde ikke en ordlyd som ga et så entydig bilde av legedominans. Ifølge helsestasjonsloven fra 1972 skulle fortsatt den administrative ledelsen av helsestasjonen ligge hos en helsesøster, slik den hadde gjort ved lov om helsesøstertjeneste fra 1957⁹. Men en lege skulle ha den medisinske ledelsen ved helsestasjonen.

Evang formidler et bilde av legen som eneansvarlig for alle medisinske og hygieniske problem som oppstår i kommunen. Når Evang forteller om helsesøsteren, er hennes rolle redusert til å være assistenten til den overbelastede distriktslegen.:

"As present-day society has grown constantly more complex, regulations on health manners have multiplied bewilderingly, until now many boards of health and especially their chairman (:distriktslegen) have more things to do than they can physically manage with the technical help at hand. To provide them with assistance the national school of public health nurses was founded in 1947" (Evang 1976, s 184).

Forebygging av helsenedbrytende tilstander kan sies å være den mest ambisiøse utfordringen i helsetjenesten (Berg, 1982). Helsedirektoratets sosialmedisinske ekspertise hadde ambisjoner om å få en sunn oppvoksende slekt, ved å få inn medisinsk ekspertise i styringen av helsestasjonsvirksomheten.

⁹ Loven ga rom for at også leger og jordmødre kan tillegges den administrative ledelsen. En oversikt over helsestasjoner pr 31.12.1977 viste at det tilsammen var opprettet 1.357 helsestasjoner i landet. Av disse var 1.203 administrativt ledet av helsesøstre, 56 av leger og 84 av jordmødre eller offentlig godkjent sykepleier. (NOU 1979:28, s 41). Den viktigste årsaken til at helsestasjonene har blitt ledet av andre enn helsesøstre er trolig vakans. Om ubesatte stillingshjemler og beskjedent vekst i antall helsesøsterstillinger, se f.eks. St.meld. nr 37 (1992-93):59.

Den offentlige overtakelsen av helsestasjonene begynte med Steen-utvalgets arbeid i 1968, som førte til Lov om helsestasjoner og helsetiltak for barn m.v. av 16.juni 1972, og munnet ut i Helsedirektoratets presentasjon av virksomheten i Håndbok for helsestasjoner fra 1977. Håndboken gir en samlet oversikt over fagmedisinens ønsker og ambisjoner om å styre virksomheten i helsestasjonene tidlig på 1970- tallet. Jens Steen redigerte Håndboken, og fikk på den måte også mulighet til å prege iverksettingen av den reformen han hadde vært med på å planlegge. I Håndboken fant helsestasjonspersonalet lover og forskrifter om helsestasjoner, og fagartikler som kunne støtte opp om personalets helsekontroller og veiledningsoppgaver. Det er bidrag fra en rekke forfattere, men ingen av dem har helsesøsterbakgrunn. En er logoped og en lekotekleder, en er tannlege, 12 er leger, enten med tittel dr.med, spesiallege eller professor. Helsestasjonens oppgaver er nå gått over fra å være definert av NKS og lokale kvinnegrupperinger i samråd med sitt ansatte fagpersonell, til å bli definert av medisinsk ekspertise tilknyttet Helsedirektoratet.

I Håndboken finner vi også Helsedirektoratets "Faglige retningslinjer for helsestasjonsvirksomheten" av 15. mai 1974, med detaljerte føringer på hvordan arbeidet skal legges opp lokalt. Samtidig innførte Helsedirektoratet bruk av helsekort, som et ytterligere virkemiddel fra sentralt hold til å standardisere virksomheten på lokalt nivå.

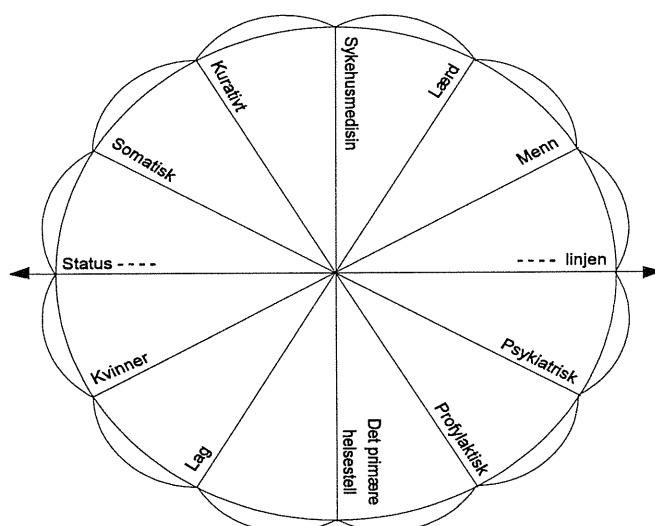
Helsedirektoratets direktiver og detaljstyring av helsestasjonsvirksomheten har trolig blitt møtt med blandede følelser i lokalmiljø som allerede hadde bygd opp et tjenestetilbud i helsestasjonene. Men vi vet lite om reaksjonene. På det normative plan har i alle fall Helsedirektoratets retningslinjer i seg elementer av sterk styring, og sett på historisk bakgrunn nærmest overstyring, jf. følgende passus i helsestasjonslovens § 12:

"Hvis en helsestasjon drives på en måte som må anta å ha skadelige følger for de som søker den eller deres omgivelser - eller på annen uforsvarlig måte - kan helsedirektøren gi påbud om å rette manglene eller om nødvendig forby fortsatt drift av stasjonen"

Kom denne regelen fordi Helsedirektoratet kjente til "helsefarlige" helsestasjoner? Eller var dette uttrykk for en maktdemonstrasjon overfor kvinneorganisasjonenes egenorganisering?

Men helsesøstrene, hvordan så de på den økte interessen fra sentralt medisinsk hold på å styre virksomheten i helsestasjonene? Det er vel et spørsmål om fortsatt tjeneste hos de frivillige organisasjonene var et attraktivt alternativ? Trang økonomi satte ikke bare grenser for helsesøstrenes lønnsutvikling i forhold til offentlig tilsatte sjukepleiere. Det var også begrenset med muligheter for faglig utvikling. Et sentralt virkemiddel i den legemedisinske fagekspertisens satsing på helsestasjonene, var å styrke helsesøstrenes faglige kvalifikasjoner. Helsesøstrene stilte seg positivt til faglig nyorientering. De helsesøstrene som vi har talt med, husker med glede tilbake til denne tiden, som har fått betegnelsen Bogenperioden¹⁰. Det var raust med kurstilbud, og etterhvert kom spennende faglitteratur der det særlig ble lagt vekt på helsestasjonens muligheter til å drive mentalt forebyggende arbeid. Den økte vektleggingen på mentalhygieniske oppgaver betydde at det nå ble satset på felt innen legemedisinen som tradisjonelt har stått lavere i statushierarkiet enn den tradisjonelle medisin. En av tidens entreprenører, H.S.Sundby uttrykte seg slik:

"Det er imidlertid ikke bare i forskerrollen at vi kommer svakt ut. De fleste sider ved vår virksomhet har samme lave status. Vi har moret oss med å illustrere dette ved å lage et hjul som er delt på midten av en statuslinje. Alle begreper som ligger over linjen, gis i vårt samfunn høyere rang enn de som langs diagonalen - ligger under, parvis sett." (Bogen 1976:291).



¹⁰ B.Bogen, H.Sommerschild Sundby m.fl. ga ut en serie med bøker om nyorienteringer i det forebyggende arbeid for barn i helsestasjonen; "Helsestasjonen i støpeskjeen" fra 1972 var den første.

Figuren viser et skille mellom de som velger å ta utfordringene som ligger i forebyggende virksomhet, mentalt arbeid og primært helsestell, og de som er mer interessert i somatisk og kurativ medisin.¹¹ Et lignende skille gjør O. Berg når han beskriver behandlerkulturen som særlig gjør seg gjeldende innen sjukehusmedisinen:

"Ved behandling av den allmennpraktiserende nærlege, eller helsesøster, er ikke behandlingssammenhengen så stor, så fjern, så preget av fagfolk."
(O.Berg 1982:21).

Sommerschild gir et bra tidssbilde av hva som ga status innen helseetaten i 1970-åra. Helsesektoren bar preg av spesialisering og utvikling av faglige hierarkier. Dette var tiden for de første hjertetransplantasjonene, de faglige utfordringene innen medisinsk vitenskap syntes å ligge innenfor sjukehusveggene. Det lå ikke samme appell i K. Evangs faglige hjertebarn, sosialmedisinen. Helsestasjonene forble helsesøstrenes domene, etter at de hadde fått Håndboken til veiviser.

Helsesøstrene beholdt som nevnt den administrative ledelsen av helsestasjonene. Hvorvidt det skyldtes at legene var lite interessert i helsestasjonsvirksomheten, eller det var utfallet av en maktkamp mellom profesjonene, skal stå ubesvart her. Fortsatt dukker spørsmålet opp om hvem som skal ha ledelsen av det forebyggende arbeidet for barn - legen eller helsesøster - i diskusjoner om organisering av de kommunale helsetjenestene.

3.3 IDEALTYPISKE FRAMSTILLINGER AV HELSESTASJONSVIRKSOMHETEN FRAM TIL KOMMUNEHELSEREFORMEN 1984

Vi har beskrevet tre ulike kulturer som har preget helsestasjonsvirksomheten. Det vil neppe finnes en helsestasjon som er en rendyrket eksponent for en enkelt kultur; men for vårt formål er det nyttig å operere med idealtyper.

¹¹ Figuren peker også på kjønnsforskjeller: menn satser på en sjukehuskarriere, mens kvinner er å finne i primærhelsetjenesten. Figuren antyder flere mulige årsaksforhold: det kan være en gender-forskjell i interessefelt, eller det kan skyldes ulik utdanningsbakgrunn som gir ulike muligheter for yrkesvalg. Spørsmål vedrørende kjønn og helsetjenestens profesjonalisering blir bl.a. tatt opp av K.Wærness (1982) og K.Martinsen (1989).

Den første kulturen vi beskrev, var Norske Kvinners Sanitetsforening som bærer av en filantropisk tradisjon innen helsestasjonsvirksomheten. NKS la til rette for enkel tilgang til helsekontroller og veiledning om stell av barna. Opplegget ble formet etter behovene til hjemmeværende husmødre som på helsestasjonen fant et faglig sosialt samlingssted. Virksomheten synes å ha vært brukerstyrt. Det synes i liten grad å ha vært lagt opp til samordning av virksomheten på helsestasjonen med andre deler av hjelpeapparatet. Det kan bl.a. forklares ved at da de første helsestasjonene ble opprettet, var det få andre institusjoner som det kunne være aktuelt å samarbeide med.

Vi kan kalle denne idealtypiske modellen for servicemodellen:

1. Helsestasjonen som servicestasjon

<i>arbeidsfelt</i>	<i>nærmiljøet</i>
<i>målgruppe</i>	<i>mødre med småbarn</i>
<i>fokus og problemforståelse, tiltak og strategi</i>	<i>service, enkel tilgang til barnehelsekontroller, "huslege"; folkeopplysning, helsestasjonen faglig-sosialt samlingssted</i>
<i>styring</i>	<i>brukerstyring v/kvinneorganisasjon</i>
<i>samordning</i>	<i>lite aktuell</i>

Når det gjelder kulturen som helsesøstrene bringer inn i helsestasjonen, har vi valgt å fokusere på arven etter F. Nightingale. Her innehar helsesøsterprofesjonens særlig ekspertise som offentlig overvåker av helsetilstanden i hjemmene. Det er svært viktig å oppnå tillit hos mødrene, for på den måte kan det være mulig å påvirke dem til å gi barna sine rett pleie. Den sterke fokuseringa på at kontakt med helsesøster skal være konfidensiell for ikke å virke stigmatiserende, slik tilfellet har vært med f.eks. oppsøk fra barnevernet, har gjort spørsmål om samordning med andre deler av hjelpeapparatet lite aktuelt.

Vi velger å kalle denne idealtypiske modellen for overvåkingsmodellen:

2. Helsestasjonen som overvåkingsstasjon

<i>arbeidsfelt</i>	<i>kommunen</i>
<i>målgruppe</i>	<i>klienter</i>
<i>fokus og problemforståelse, tiltak og strategi</i>	<i>overvåking og omsorg, oppsøke alle for å finne barn og mødre med ekstra behov; endre atferden til mødrene, veilede til videre hjelp</i>
<i>styring</i>	<i>ekspertstyring v/helsesøstre</i>
<i>samordning</i>	<i>lite aktuell</i>

En tredje kultur som har satt preg på helsestasjonsvirksomheten, er legermedisinen representert ved helsedirektoratet under Evangs ledelse. Også her er det profesjonell ekspertise som skal bære virksomheten. Men nå er det medisinsk vitenskap som skal styre det offentlige sikkerhetsnett, for å sikre folkehelsen. Det legges spesielt vekt på å få stilt medisinske diagnoser i spebarnskontrollen. Kvaliteten i helsestasjonstjenestene skal sikres ved å innpasse virksomheten i helseetatens hierarki, under legemedisinsk kontroll. Lik kvalitet i tjenesten over hele landet forventes oppnådd ved å fastsette standard krav til hvordan helsekontrollene utføres. Vi kan kalle denne idealtypiske modellen for medisinsk kontrollstasjon:

3. Helsestasjon som medisinsk kontrollstasjon:

<i>arbeidsfelt</i>	<i>velferdsstaten</i>
<i>målgruppe</i>	<i>nye borgere</i>
<i>fokus og problemforståelse, tiltak og strategi</i>	<i>vaksinasjonsprogram; medisinsk kontroll av alle sped-/småbarn for å stille tidlige diagnoser; screening; standardisering av helsekontroller</i>
<i>styring</i>	<i>eksperter v/leger og helsedirektoratet</i>
<i>samordning</i>	<i>hierarki innen helsetjenestene</i>

Den medisinske kontrollmodellen innebar lokal aksept av vedtak som ble fattet på sentralt hold. Nasjonale velferds mål ble definert, og velferdstilbud ble universelle. Den faglige ekspertisen på sentralt hold hadde mulighet til både å påvirke statlig politikkkutforming og til å detaljstyre kommunal virksomhet. (Hole 1982, Grønlie 1987, Seip 1991:38) Men i 1970-årene svinger pendelen. A-L.Seip beskriver det som skjer som et paradigmeskifte: Sentraliseringsparadigmaet blir avløst av et nytt styringsparadigma: desentralisering:

"Innenfor dette paradigmaet ble likhet forstått som likhet mellom individer til full integrering i et alminnelig fellesskap. Denne form for likhet skulle være en rett. Velferdsstaten skulle være en rettighetsstat ... Full integrering av enkeltindivider krevde nye løsninger: desentralisering, lokale løsninger, tilbakeføring til kommunal velferd." (A-L.Seip 1991:40)

Bare etter et tiår med ambisjoner om et standard opplegg for helsestasjonsvirksomheten, kom kommunehelseloven som la opp til lokalpolitisk styring av primærhelsetjenesten. Vi skal i neste avsnitt se på de mål som nå ble satt for virksomheten på helsestasjonene. Beskrivelsen vil danne grunnlag for vår fjerde idealtypiske modell: helsestasjonen som lokal samordningssentral.

3.4 KOMMUNEHELSEREFORMEN I 1984 - NYE RAMMER FOR DET FOREBYGGENDE BARNEHELSEARBEIDET

3.4.1 Nye utfordringer

1970-åra var en politisk brytningstid.¹² Generelt var samfunnet preget av materiell velstand; men velferdsstatens goder var ikke blitt likt fordelt. De geografiske variasjonene kom i fokus. Mulighetene for å utnytte lokal ekspertise, bl.a. til å samordne offentlige tiltak på lokalnivå, mente man var blitt oversett av de sentrale myndigheter. Nå skulle grasrota delta i politikkkutforming, det lokale selvstyret skulle styrkes. Hovedkomitéen for reformer i lokalforvaltningen kom til å bli en viktig premissleverandør for det meste av policy-utforming dette tiåret.

¹² "Debatten om kommunane og samfunnsborgarane galdt i 1970-åra særleg *inntakssida* i politikken, dvs. korleis borgarane betre kunne medvirke i og påvirke dei kommunalpolitiske prosessane. I 1980-åra er verksemda blitt meir retta mot *uttakssida*, dvs mot tenestene - kvalitet, fordeling, brukartilpassing, fleksibilitet, osv. I 1970-åra kom spørsmål om medvirkning og grasrotsdemokrati i framgrunnen." (Baldersheim 1987:300).

Legevitenskapen opplevde nye prestasjoner innen medisinsk teknologi. Samtidig ble helsevesenet kritisert for ensidig satsing på kurativ medisin, for medikalisering og klientifisering. Forebyggende og helsefremmende arbeid kom på dagsorden. I internasjonale fora ble det lagt fram en rekke dokumenter om betydningen av en desentralisert helsetjeneste hvor lokalbefolkningen ble involvert i en strategi med å skape bedre helse for alle (NOU 1991:10:31; Aarø, 1993). The World Health Assembly gikk inn for WHO's "Helse for alle"-strategi i 1979, det regionale dokumentet for Europaregionen ble vedtatt i 1980, og i 1987 fikk Norge sitt nasjonale dokument Helse for alle i Norge?

Det offentliges ansvar for barnas oppvekstmiljø kom på den politiske dagsorden. Sosiale skjevfordelinger ble dokumentert gjennom levekårsundersøkelser, og det ble også synlig hvordan de raske samfunnsendringene på ulike måter rammet barna. Det var barnefamiliene som hadde den vanskeligste økonomien, mange foreldre hadde et stort arbeidspress og liten tid til barna. Barna fikk nå jevnt over et snevrere sosialt nettverk i lokalmiljøet enn foreldregenerasjonen hadde hatt; mødrene arbeidet uten for hjemmet, de hadde færre søsken, og ofte var det få andre familiemedlemmer i nærheten fordi foreldrene hadde etablert seg langt fra hjemmeplassen. Det fysiske miljøet ble også forringet, bl.a. med økt biltrafikk.

I perioden 1977-83 kom det ikke færre enn 8 offentlige utredninger og stortingsmeldinger om barn og ungdom.¹³ Alle understreket det offentliges ansvar for generelt å gi barna tryggere oppvekstkår, og å sette inn selektive tiltak til barn og unge som har problemer. Alle ser manglende samordning av tiltak, særlig på lokalt nivå, som et av de alvorligste problemene man står overfor (T.Aarseth 1984).

En av disse meldingene, Stortingsmelding nr 17 (1977-78) Barns oppvekstkår, viser til helsestasjonens muligheter til på et tidlig tidspunkt å oppdage funksjonsforstyrrelser og kunne formidle kontakt med pp-tjeneste, familievernkontor, sosialkontor og barnepsykiatriske poliklinikker (s 93). Men ellers synes ikke helsestasjonen å være en institusjon som opptar utrederne. Det siktes mot større politisk-administrative nyskapninger. I NOU 1978:1 Om lov om oppvekstmiljøet blir det foreslått å pålegge kommunene å opprette oppvekstmiljø-

¹³ Regjeringens problemfokusering kan bl.a. ses i lys av at FN erklærte 1979 som internasjonalt barneår, og at det i nabolandene var arbeidet med viktige utredninger om barns oppvekstkår (St.meld. nr 17 (1977-78):5).

utvalg for å sikre bedre samarbeid mellom etatene, og samordning av sektorfordelte ressurser. Men høringsuttalelsene viste stor motstand mot forslaget; man mente at den enkelte kommunen burde stå fritt til selv å finne en hensiktsmessig organisasjonsform. (T. Aarseth 1984).¹⁴ Det nye styringsparadigmaet, desentralisering, begynner å få fotfeste.

Året etter la Nyhus-utvalget fram NOU 1979:28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Utredningen banet vei mot en forvaltningsreform der ansvaret for all helsetjeneste utenfor institusjon ble lagt til kommunene. Man ønsket nå å gjøre de kommunalt folkevalgte ansvarlige for utformingen av helsetilbuda på lokalnivå. Det var ikke lenger bare spørsmål om desentralisering av tilbud, men også om desentralisering av politiske avgjørelser i helsesektoren. Også helsetjenesten skal underlegges de grunnleggende prinsippene for reformer i lokalforvaltninga som kom i gang i 1970-åra: Desentralisering blir satt inn som middel for å oppnå demokratisering i offentlig virksomhet, og for å få til praktiske og effektive administrasjonsordninger.¹⁵ De politisk-administrative organene på kommunenivå forventes å ha bedre muligheter til å skjønne og finne løsninger på lokale behov. Demokratiske verdier forventes å bli bedre ivaretatt; det vil være lettere å få innflytelse på den lokale politikktutformingen i mindre samfunn der det er mindre avstand mellom styrende og styrte. I planarbeider for reorganiseringen av helsesektoren på 1970-tallet tales om LEON-prinsippet: Laveste Effektive OmsorgsNivå.¹⁶ Når ansvaret for primærhelsetjenesten blir overført til lokalsamfunna, bør det være muligheter for å komme fram til effektive løsninger som gir samfunnsøkonomisk gevinst, og der det attpåtil er samsvar mellom befolkningspreferanser og tjenestetilbud.

Kommunehelsereformen skulle sikre en bedre samordning av helse- og sosialtjenesten, gi muligheter for mer helhetlig planlegging, og føre til klarere ansvarsfordeling mellom primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten.

¹⁴ I 1990-årene har man fått en egen oppvekstetat i flere kommuner. Forslaget fra 1970-årene som ikke kunne iverksettes som statlig pålegg, blir nå realisert gjennom frivillige forsøksordninger.

¹⁵ I velger å se desentralisering som middel, til forskjell fra hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen som så desentralisering som et av måla, se St.meld.nr 36 (1989-90) s 7.

¹⁶ Se St.meld. nr 36 (1989-90) s 12, som viser til St.meld. nr 9 (1974-75). Se også Grinde 1989, s 122.

Nyhus-utvalget så også behov for sterkere samordning av lege- og helsesøster-tjenestene:

"Samordningen av denne tjenesten med den øvrige helsetjeneste bør kunne bedres. Det må antas f.eks. at mange helsesøstre neppe får den støtte av den offentlige lege som er forutsatt i loven" (NOU 1979:28, s 41),

og

"Ved vurdering av helsestasjonstjenesten er det nødvendig først og fremst å peke på at samordningen med andre deler av primærhelsetjenesten foreløpig ikke er god nok. Særlig har samordningen med almenlegetjenesten ikke blitt slik den må være, dersom lovens intensjoner skal oppfylles." (op.cit, s 42).

Man kunne kanskje forvente at utvalget ville trekke den konklusjon at koordinering bør skje i et helsehierarki, med lege som leder av helsestasjonsvirksomheten (jfr vår idealtypiske modell om medisinsk kontrollstasjon). Det er ikke tilfellet:

"Helsesøster som administrativ leder av helsestasjonsvirksomheten har vært en hensiktsmessig ordning." (op.cit. s 42).

Påstanden blir ikke begrunnet, og når det gjelder Nyhus-utvalgets vurdering av helsestasjonenes oppgaver framover, er også den påfallende knapp.¹⁷ I utredningen nevnes at forebyggende helsearbeid ofte ikke blir noen prioritert oppgave, spesielt i kommuner med dårlig økonomi, og at man derfor i 1957 valgte å gjøre helsesøstertjenesten til en fylkeskommunal oppgave for å få et ensartet tilbud (s 40). Det blir også nevnt at 25 % av helsesøstertillingene står vakante pr 1.1.77. Men utvalgets konklusjon er at "det mest naturlige" vil være at kommunene får ansvar for helsesøstertjenesten og helsestasjonsvirksomheten (s 68, s 73), og dette synet blir fulgt opp i lovproposisjonen:

¹⁷ Følgende uavkortede sitat illustrerer hvor liten spalteplass helsestasjonsvirksomheten får i omtalen av framtidig organisering av primærhelsetjenesten:

"4.3.6 Helsestasjonsvirksomheten.

Helsestasjonene er i Stortingsmedling nr 9 for 1974-75 karakterisert som hjørnesteinen i arbeidet med å forebygge fysiske,mentale og sosiale helseskader hos barn, og må derfor sees som viktige ledd i distriktshelsetjenesten."

"Helsesøstrenes virke er i alle henseender en selvfølgelig del av den helsetjeneste som bygges ut i samsvar med lokalsamfunnets behov. Det er derfor naturlig at helsesøstertjenesten må komme med i distriktshelsetjenesten, og således bli et kommunalt ansvar" (Ot.prp.nr.36(1980-81), s 80).

Hensynet til samordning av de ulike helsetjenestene ville etter departementets syn bli bedre ivaretatt ved at ansvaret for helsesøstrene ble plassert i kommunene (op.cit.s 81).

Nyhus-utvalgets fokus er forvaltningsform, ikke spesielle utfordringer som helsetjenesten står over for, eksempelvis innen forebyggende virksomhet. Forebygging, helsestasjonsvirksomhet og helsesøstertjenester fikk imidlertid en sentral plass i lovframleggene Ot.prp. nr 36 (1980-81) og Ot.prp. nr 66 (1981-82). Målsettingene samsvarer med WHO's "Helse for alle"-strategi; det argumenteres bl.a. for en helse- og sosialtjeneste som kan påvirke og ta imot impulser fra andre sektorer i lokalsamfunnet, og som er

"bygget opp slik at det kan legges økt vekt på forebyggende arbeid, ut fra en erkjennelse av at god helse og gode sosiale miljøer ikke alene avhenger av en godt utbygget helse- og sosialtjeneste, men også av at forholdene på andre felter i lokalsamfunnet er innrettet mot de samme mål."(Ot.prp.nr 36, s 8)

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.82 markerte at fra 1.1.84 får kommunene ansvar for planlegging og drift av primærhelsetjenestene. Vi skal nå se nærmere hvilken idealtypisk helsestasjon som avtegner seg i kjølvannet av kommunehelsereformen. Hva skal helsestasjonens målgrupper og oppgaver være, hvordan skal virksomheten styres og samordnes med andre tjenester?

3.4.2 Helsestasjonens målgrupper

I offentlige utredninger framstår helsestasjonen ofte som en institusjon hvor man kan legge nær sagt alle oppgaver som ellers ikke blir ivaretatt:

I 1972¹⁸: forebygge og tidligdiagnostisere bestemte sykdommer hos voksne, og å forebygge plager hos eldre.

¹⁸ Lov nr. 64 av 16. juni 1972 om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v.

I 1983¹⁹: sette inn tiltak over for yrkesgrupper som i dag faller utenfor bedriftshelsetjenesten etter arbeidsmiljøloven, f.eks. skogsarbeidere, bønder og fiskere, og husmødre.

I 1990²⁰: nå grupper for å forebygge spesielle helseproblemer, f.eks. hjerte- og karsykdommer og psykososiale problemer.

Men hovedmålgruppen har hele tiden vært sped- og småbarn og de som har omsorg for barn. I kommentarene til Forskrift om helsestasjonsvirksomhet fra 1983 heter det at

"Helsestasjonsvirksomheten skal i første rekke arbeide for å forebygge fysiske, psykiske og sosiale helseskader hos sped- og småbarn og for å fremme deres totale helse. Dette innebærer at arbeidet også må omfatte tilbud om forebyggende helsetiltak til barnets omgivelser, dvs foreldre, eventuelt søsken og annen familie. Oppsøkende virksomhet og hjemmebesøk hører inn under tiltakene."

Ifølge kommentarene til forskriftens § 1 bør helsestasjonsvirksomheten også omfatte tilbud til vordende foreldre: helsekontroll av gravide og etterkontroll av kvinner som har født, fødselsforberedende kurs og familieplanlegging.

I praksis har hovedtyngden av brukerne vært barn som har blitt brakt til helsestasjonskontroll fra de er 6 uker til de er 18 mnd, og igjen til 2 og 4 års kontroll. Sett på bakgrunn av det gode frammøtet, skulle man tro at kontrollene var obligatoriske. Det er ikke tilfellet. Spørsmål om hvordan man kan sikre seg mot at risikobarn faller ut, blir bl.a. tatt opp i St.meld. nr 72 (1984-85) Om barne- og ungdomsvernet. En undersøkelse hadde vist at barn som ikke møter på helsekontroll, har større risiko for mange lidelser og utviklingsproblemer enn andre. Man vurderte da å gjøre frammøte til helsekontroll obligatorisk; men departementet valgte å gå inn for at helsesøster skulle få pålegg om å gå aktivt ut for å få kontakt med foreldre som ikke møter på helsestasjonene på selvstendig og

¹⁹ Forskrift om helsestasjonsvirksomhet, gitt av Sosialdepartementet 23. november 1983

²⁰ Helsedirektoratets rundskriv nr IK-19/90 av 10.11.90: "Retningslinjer til utfylling og gjennomføring av forskrift om helsestasjonsvirksomhet - planlegging, innhold og organisering."

frivillig grunnlag.²¹ Denne linja følger Helsedirektoratet opp i sine retningslinjer fra 1990:

"Selv om det er frivillig for befolkningen om den skal gjøre bruk av helsestasjonstjenesten, bør virksomheten organiseres på en slik måte at den enkelte bruker ser seg interessert i å ta imot en slik tjeneste." (s 3)

Helsedirektoratet respekterer det kommunale sjølstyret, og holder seg helst til "bør"-formen i retningslinjene. I pkt. 2.2 sies det f.eks. at helsestasjonen bør ha oversikt over alle barn som sokner til helsestasjonen, og føre register over alle som mottar tjenester fra helsestasjonen.

Helsestasjonens primære målgruppe er altså barn under skolealder, og spesielt de helt små barna. Ideelt sett bør helsestasjonen være en forebyggingsbastion for alle barnefamilier i velferdskommunen.

3.4.3 Helsestasjonens oppgaver

Primærhelsetjenestens oppgaver innen forebyggende og helsefremmende virksomhet blir sterkt fremhevet i kommunehelselovens formål, § 1-2:

"Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelsen og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for alt den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen."

Kommunehelselovens § 1-3-1 presiserer at kommunen skal sørge for at tiltak blir satt inn for å løse oppgaver innen forebyggende virksomhet:

- "1. Fremme helse og forebyggelse av sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som

²¹ St.meld. nr 36(1989-90) s 58. - I denne stortingsmeldingen påpekes viktigheten av å markere barns rett til helsehjelp, også i form av rett til helsekontroll (s 112). F.o.m. 1.1.94 er denne rettigheten - og dermed også foreldrenes plikt til å følge opp, bl.a. ved helsestasjonsbesøk - lovfestet.

- a) Miljørettet helsevern
- b) Helsestasjonsvirksomhet
- c) Helsetjenester i skoler
- d) Opplysningsvirksomhet

Helsefremmende og forebyggende virksomhet skal altså omfatte både oppsyn (surveillance) med helsetilstanden både på individnivå og i lokalsamfunnet som helhet, og opplysningsvirksomhet. Vi skal se nærmere på hvilke oppgaver som påhviler helsestasjonen innen hvert av disse områdene.

- a) Individrettet sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid

Forskrift om helsestasjonsvirksomhet er gitt av Sosialdepartementet 23.11.83 til utfylling av kommunehelselovens § 1-3, og lov om kommunehelseplanlegging av 19.11.82. Iflg forskriftens § 1 er helsestasjonsvirksomhetens formål:

- "- å forebygge medfødte og erhvervede sykdommer, også tannsykdommer og skader blant barn og
 - å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse.
- Helsestasjonsvirksomheten kan utvides til å omfatte også helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak for andre grupper."

Rutineundersøkelser og vaksinasjon er så klare basisoppgaver at de ikke opptar mye spalteplass i regelverket. I kommentarene til forskriftens § 1 gis følgende pålegg:

"Helsestasjonen skal omfatte systematiske medisinske sped- og småbarnsundersøkelser, herunder henvisning til spesialundersøkelse, eventuelt behandling, dersom det anses nødvendig, samt gjennomføring av de vanlige vaksinasjonsrutiner."

- b) Opplysningsvirksomhet

Kommunehelselovens formålsparagraf stiller krav til helsetjenesten om å "spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen".

Opplysningsoppgavene til helsestasjonen synest iflg forskriften, mest å gjelde kunnskapsformidling til barnefamiliene; helsestasjonsvirksomheten skal omfatte "opplysningsarbeid vedrørende barns helse og utvikling, bl.a. når det gjelder ernæring, hygiene, ulykkesforebyggende arbeid m.m."

Sammenliknet med helsedirektoratets retningslinjer fra 1990 for det individrettete arbeidet, er retningslinjene for generell opplysningsvirksomhet kortfattede. Pkt. 1.2.10 sier at "Helsemessig opplysningsarbeid, herunder ulykkesforebyggende arbeid inngår som en del av virksomheten for de aktuelle personer/grupper/familier." Og iflg. retningslinjenes pkt 2.14 bør det ved helsestasjonen "finnes litteratur, brosjyrer og audiovisuelt opplysningsmaterieil for såvel befolkningen som for helsepersonellet".

- c) Oversikt over helseprofilen og mulige helseskadelige faktorer i lokalsamfunnet.

Kravet om at kommunen har oversikt over av den lokale helseprofilen i lokalsamfunnet blir nærmere presisert i kommunehelselovens § 1-4, 3.ledd:

"Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på den. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen."

Planlegging var ansett som et viktig grunnlag for desentralisert styring. Kommunale helse- og sosialplaner skulle dels gi kommunene et styringsgrunnlag, dels gi sentrale myndigheter muligheter til å føre kontroll med utviklingen (Kjøde og Aarseth 1989). Kartlegging av helsetilstanden ville styrke beslutningsgrunnlaget for kommunale prioriteringer. Helsestasjonsforskriftene fra 1983 er derfor gitt til utfylling av både kommunehelseloven og lov om helse- og sosialplanlegging,²² og § 5 gir pålegg om planlegging av helsestasjonsvirksomheten som ledd i utarbeidingen av kommunal helse- og sosialplan.

²² Lov av 19. november 1982 nr 68 om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.

Helsedirektoratets retningslinjer fra 1990 viser til helsestasjonens kartleggings- og informasjonsoppgaver iht kommunehelse-loven, barnevernloven og plan- og bygningsloven:

"I virksomheten inngår arbeid for å bedre oppvekstforholdene for alle barn, bl.a. ved å kartlegge helsemessige uheldige forhold i det fysiske, psykiske og sosiale miljøet og ved å gjøre slike forhold kjent for de kommunale myndigheter som har spesielt ansvar for gjennomføringen av miljøtiltak."

Vi ser at det legges opp til allsidig virksomhet i helsestasjonen. Den skal sette inn generelle tiltak over for småbarn og -foreldre, den skal være en koordineringsinstans for barn med problemer, og en katalysator for lokale behov som krever tverrfaglig og evt. politisk innsats.

3.4.4 Styring av helsestasjonsvirksomheten

Lokal planlegging og samordning av tjenestene på lokalnivå skal nå være nøkkelen til bedre helse for alle; men hvordan skal dette organiseres? Her virker det som om kommunehelse-reformen skal ivareta alle gode ideer og hensyn på samme tid: Politiske prioriteringer skal gjøres av de folkevalgte, helse- og sosialtjenestene i kommunen skal samordnes gjennom nytt sektorstyre, og et lokalt helsehierarki skal sikre den faglige kvaliteten i helsetjenestene.

Allerede under Stortingets behandling av St.meld. nr 9 (1975-76), ble prinsippet om et felles helse- og sosialstyre og sosialstyre slått fast²³. I 1987 kommer Lov om kommunalt helse- og sosialstyre som krever at det skal være ett folkevalgt organ som har det overordna ansvaret for helse- og sosialtjenesten under ett. Et obligatorisk helse- og sosialstyre skal sikre samordning av tjenestene og helhetlig tenkning blant de folkevalgte.²⁴ Kommunene stilles ikke fritt til å velge organisasjonsform, f.eks. til fortsatt å ha et eget sosialstyre, og evt. legge ansvaret for helsetjenester direkte til kommunestyret.²⁵

²³ St.meld. nr 36 (1989-90):33-34

²⁴ Helse- og sosialstyrets ansvar og oppgaver innen forebyggende virksomhet går fram av kommunehelse-lovens § 4a-2 Miljørettet helsevern.

²⁵ Se diskusjon i Ot.prp.59 (1992-93):97

Hvordan reagerte lokalpolitikerne på å få økt myndighet for utformingen av primærhelsetjenesten? Følgende sitat fra Romøren (1987) der han oppfordrer de administrativt ansvarlige å "lære opp" politikerne, tyder på at ikke alle møtte et sterkt politiske engasjement. Romøren mente at reformen først og fremst ga lokale aktører innen helsesektoren større muligheter til å prege tjenesteutformingen:

"Kommunehelsetjenesten er en ny og uvant oppgave for de lokale politikerne. De trenger derfor å lære om den, og slik læring skjer først og fremst gjennom behandling av saker som angår helsetjenesten. Er de få, vil denne læringsprosessen gå sent. Helse- og sosialstyrene fortsetter som "sosialstyrer". Politikerne tar ikke inn over seg sitt nye ansvar.

Hva slags saker et helse- og sosialstyre får til behandling, er dels bestemt av reglement og instruks, dels av skjønn, dels av hva som faktisk presser seg på. Det kan være klokt å tenke på "læringseffekten" ved saksframlegg, når en skal vurdere hvilke saker som skal med av de mer skjønnspregede delene. Det betyr at en kanskje legger fram mer enn formelt sett nødvendig, nettopp for å fortelle politikerne mer om hva helsetjenesten steller med og står for. Dette er også et argument for å drive systematisk planarbeid med årlige planrevisjoner, og for å huske på de pedagogiske sidene ved framstillingen av års- og langtidsbudsjett." (Romøren 1987:214)

Også St.meld. nr 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane, tar opp problemet med manglende lokalpolitisk engasjement. Reformen skulle føre til styrking av det lokale demokratiet. Men den folkevalde styringen synes å være liten; studier har vist at initiativ og framlegg kommer fra faglig hold. Selv i budsjettbehandlingen synes kommunehelsetjenesten å være et lite engasjerende emne:

"Ein får inntrykk av at vekst og utviklingsimpulsane i kommunehelsetenesta først og fremst er avhengig av initiativ frå fagfolka, og det synet som fagfolka har."(St.meld. nr 36 (1989-90) s 45).

Lav aktivitet kan ha andre forklaringer enn manglende engasjement. Det kan hende at den politiske og administrative ledelsen har funnet det vanskelig å komme inn på arenaen og overprøve helsefaglige vurderinger. Lovteksten er tvetydig når det gjelder grenseoppgangen for politisk, administrativ og faglig

styring av primærhelsetjenesten. Legenes formelle ansvar for policy-påvirkning er nevnt i kommunehelseslovens § 3-4:

"En lege ansatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten."

Iflg. St.meld. nr 36 har bestemmelsen skapt usikkerhet, strid og frustrasjoner ute i de enkelte kommunene. Det har vært problem mellom helse- og sosialstyre og medisinsk-faglig ansvarlig lege, mellom administrasjon og medisinsk-faglig ansvarlig lege, og mellom medisinsk-faglig ansvarlig lege og helsepersonell ellers. (op.cit s 38)²⁶.

Hvilken betydning fikk det for helsesøstre at det politisk-administrative ansvaret for helsestasjonsvirksomheten legges til kommunene? Fylkeskommunen hadde siden 1962 hatt arbeidsgiveransvar for helsesøstre; fylkeshelsesøster og fylkeslege var da nærmeste overordna. I denne tida, og spesielt etter at helsestasjonsloven ble vedtatt i 1972, var det skapt forventninger om hva helsestasjonene kunne yte, ikke minst innen mentalhygienisk arbeid. Helsesøstre som yrkesgruppe hadde i "Bogen"-perioden fått styrket det faglige fellesskap og økt status.

Fra og med 1984 ble helsesøstre kommunalt ansatte, og stillingen som fylkes-helsesøster inndratt. Kommunene hadde fra før arbeidsgiveransvar for hjemmesykepleien. Sykepleierforbundet ønsket en organisatorisk sammenslåing av hjemmesykepleien og helsesøstre; men dette var helsesøstre selv skeptiske til (se Ot.prp. nr 36 (1980-81):s 80 ff), og bare et fåtal kommuner valgte en slik

²⁶ Myndigheten til medisinsk-faglig ansvarlig lege (kommunelege I) har blitt utfordra fra politisk og administrativt hold. Helse- og sosialstyret har blitt et mer prestisjefult utvalg enn det gamle helserådet var; flere politikere med bred kommunalpolitisk erfaring har kommet inn i styringen av helsesektoren. (St.meld. nr 36 (1989-90) s 34). Administrasjonen er styrket, de fleste kommuner har valgt å tilsette en helse- og sosialsjef uten helsefaglig bakgrunn som administrativ leder for helse- og sosialsektoren. Før kommunehelsereformen hadde bare 5 % av landets kommuner en felles administrativ leder for helse- og sosialtjenesten. I 1988 hadde nærmere 75 % av landets kommuner en slik felles administrasjon. (Romøren: "Kommunehelsetjenestens fem første år", s 188, i St.meld.nr 36 [1989-90]). Organiseringen av særlig eldreomsorgen tyder på at reformen har gitt andre helsefaglige profesjoner økte muligheter til å prege tjenesteutforming i helsesektoren. Mange kommuner har valgt å samle tjenestene i helse- og sosialsektoren i tre avdelinger: en for helsetjenester (allmenleger, helsesøstre og fysioterapi) en for pleie- og omsorgstjenester (hjemmesykepleie, hjemmehjelp, syke- og aldershjem m.m.), og en for sosiale tjenester (økonomisk sosialhjelp, barnevern m.m.); andre kommuner har valgt å ha flere avdelinger, for eksempel å organisere helsesøstertjenestene i egen avdeling.

løsning (Romøren 1989:185). En årsak kan være at helsesøstrene ønsket å verne om verdier som ligger i vår idealtypiske modell av helsestasjonen som overvåkingssentral, der fortrolighetshensyn overfor brukerne setter begrensninger for samkjøring med andre tjenester.

Helsesøstrene ble den minste yrkesgruppen blant fagpersonellet i kommunehelsetjenesten; 1/3 av dem hadde ingen kolleger i egen kommune. Skifte av arbeidsgiver og spørsmål om organisatorisk plassering skapte mye tvil og usikkerhet (Romøren 1989:185). Ledende helsesøstre opplevde det som vanskelig å nå fram over for et kommunalt forvaltningsapparat og politikere som hverken syntes å ha interesse for eller kunnskap om hva helsesøstrene drev med (Romøren 1988). Selv var de ikke skolert i å drive aktiv policy-påvirkning i kommunale fordelingsprosesser; for dem ville det være en fordel at det kom konkrete pålegg fra sentralt hold om hvilke oppgaver helsestasjonene skulle skjøtte. Men sosialdepartementets Forskrift om helsestasjonsvirksomhet av 23.11.83 var kortfattet og generell, og la opp til lokal utforming av virksomheten.²⁷ Kommunene har i dag ulike løsninger for den organisatoriske plasseringa av helsesøstervirksomheten i de ulike kommunene.

Når det gjelder den formelle styringa av kommunehelsesektoren f.o.m. 1984, kom altså to aktører til å stå spesielt sentralt: den medisinsk-faglig ansvarlig legen (kommunelege I) hvis stilling var lovfesta ut ifra kommunehelseslovens § 4,1, og administrativ leder av sektoren hvor man i de fleste kommunene har valgt å ansette en helse- og sosialsjef. Helsesøstrene har fortsatt den administrative ledelsen av helsestasjonene.

Ulike kommuners organisering av det forebyggende arbeidet for barn, og ulike aktørgruppers mulighet til å forme virksomheten på helsestasjonene i ulike lokalsamfunn, er blant de spørsmål som vil bli tatt opp i senere avsnitt.

²⁷ Et håp om sterkere statlig styring ble tent med forskriftens §6 som ga utsikter til at det kunne komme nærmere retningslinjer fra sosialdepartementet. Men først i 1990 kommer Rundskriv nr IK-19/90 med helsedirektoratets retningslinjer for utfylling og gjennomføring av helsestasjonsvirksomhet. Retningslinjene har svært runde formuleringer for helsestasjonsvirksomheten. De inneholder mange generelle råd for planlegging av helsestasjonstilbud ("bør"-tjenester), og få pålegg ("skal"-oppdrag), i samsvar med de politiske intensjonene om å overføre politisk myndighet fra statlig til kommunalt nivå.

På den andre side er det interessant at man i 1990 igjen prøver fra sentralt hold å påvirke utformingen av helsestasjonsvirksomheten utover landet. Er dette signal om at det på nytt vil bli gjort forsøk på å bruke institusjonen i en nasjonal offensiv strategi?

3.4.5 Samordning

Mangelen på samordning av tiltak for barn har blitt sett som et hovedproblem, samtidig som innholdet i disse problemene ble lite presist framstilt (Aarseth, 1984). Vi skal her se nærmere på den plass som helsestasjonen er tiltenkt etter kommunehelsereformen. I avsn. 3.7 skal vi gå nærmere inn på en analytisk avklaring med bakgrunn i organisasjonsteori.

Samordning av tjenester har blitt betraktet som en naturlig oppgave for helsestasjonene, ettersom de har kontakt med omtrent alle familier med små barn. Denne funksjonen har blitt sterkere framhevet med årene (St.meld. nr 72 (1984-85), St.meld. nr 41 (1987-88), St.meld. nr 36 (1989-90)). Det offentlige må sette inn tiltak mot barnemishandling og omsorgssvikt, og det er ønskelig med en sterkere innsats for å forebygge mentale lidelser²⁸. Helsestasjonen har som førstelinjetjeneste mulighet for å fange opp problemer før de blir for store (St.meld. nr 37 (1992-93):60).

I kommentarene til Forskrift om helsestasjonsvirksomhet fra 1983 pekes det på nødvendigheten av et nært samarbeid med andre instanser på kommunenivå og med 2.linje-tjenesta. Helsedirektoratets retningslinjer fra 1990 er et forsøk på å konkretisere samordningsbehovene. I noen tilfeller er det klare pålegg: Iflg pkt. 1.2.5 skal helsestasjonen koordinere og iverksette tiltak for vanskeligstilte familier for å forebygge kriser, og den skal medvirke til at familiene får hjelp av helsetjenesten for øvrig ved akutt eller kronisk sykdom.²⁹ Når det gjelder hvem helsestasjonen skal samarbeide med, og om hva, er man mer forsiktig. Pkt. 2.6-2.13 i retningslinjene viser hvilke samordningsoppgaver helsedirektoratet mener at helsestasjonen bør ta på seg for å sikre at alle barn får nødvendig hjelp:

²⁸ Det følger av barnevernslovens § 6-4 at alle som arbeider i det offentlige, også personer og institusjoner med yrkesmessig taushetsplikt, har plikt til å gi opplysninger til barnevernet, når det er grunn til å tro at et barn er utsatt for mishandling, omsorgssvikt eller har atferdsvansker.

²⁹ I St.meld. nr 41 (1987-88) tok departementet opp helsestasjonens muligheter for å koordinere tiltak for barn. Det ble foreslått at helsestasjonen gjennom forskrifter ble pålagt å ha det samordnende og kontinuerlige ansvar for tilbud til alle barn, og dette kan være en forløper for Helsedirektoratets relativt klare retningslinjer om helsestasjonens rolle ved samordning av tiltak.

- holde oversikt over hvilke tilbud hver enkelt barnefamilie har fått, også evt. spesialundersøkelser fra annen instans, - og ha oversikt over barn som "faller ut" av tjenesten
- ha ansvar for å følge med barnets tilstand og familiens behov for tjenester, også når annen instans har overtatt hovedansvaret for helseomsorgen
- bistå familiene med å skaffe nødvendig helsehjelp ved sykdom hos barna, søke å holde seg orientert og eventuelt koordinere tjenestene
- legge til rette for at foreldrene har skriftlig informasjon om barnets helse og utvikling
- ha nært faglig samarbeid med fylkeskommunens spesialisttjenester, så som føde- og barneavdeling m.fl.
- utvikle klare samarbeidsrutiner med pedagogisk/psykologisk tjeneste, sosialtjenesten, barnevernet, barnehagene, skolen og andre aktuelle kommunale tjenester.

Vi ser at ambisjonsnivået m.h.t. hvilke forhold helsestasjonene skal ha oversikt over, er meget høyt; men hvordan disse rådene blir operasjonalisert, blir etter kommunehelseloven et kommunalt ansvar.³⁰

I de siste offentlige utredninger og meldinger som angår det forebyggende helsearbeidet, finner vi imidlertid forsøk på å avklare rammene rundt samordning (NOU 1991:10, St.meld.nr 37 (1992-93). I St.meld.nr 37 Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid heter det bl.a.:

"Forebygging i forhold til innsatsområdene, psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker, vil ha mest å hente i forbindelse med utviklingen av tverrsektorielle arbeidsformer, men samtidig er dette den vanskeligste og mest krevende delen" (s. 55).

³⁰ I utredningen av helsestasjonsvirksomheten (avsn. 6.2.3) i St.meld. nr 37 (1992-93) blir det spurt om vi trenger en ny "oppskrift" på hvordan arbeidet bør organiseres. En arbeidsgruppe med representanter fra Barne- og familiedepartementet, Helsedirektoratet og Sosialdepartementet fikk til oppgave å legge fram forslag til alternativ organisering av kommunalt arbeid for barn.

"De helseproblemene som dominerer i dag krever samarbeid som de tradisjonelle sektorgrensene synes å skape hindringer for. ... Det fins flere måter å skape et felles arbeidsområde som utgangspunkt for samarbeid, ikke bare mellom helseprofesjonene, men også i forhold til samarbeidspartnere innenfor barnehagen / skolen og f.eks. barnevernet. Departementet vil peke på to; arenaer og geografisk område" (s. 61).

I arenamodellen legges det vekt på at den tverrsektorielle innsatsen settes inn på de stedene barna er, dvs. barnehage og skole. Områdemodellen tar utgangspunkt i planlegging av de ulike sektorerers virksomhet innenfor et geografisk definert område. Departementet synes å ha preferanse for områdemodellen, og framhever den som "grunnleggende for samarbeid mellom profesjonene, i og utenfor helse- og sosialsektoren" (s 61). Videre legges det vekt på at det forebyggende arbeidet ved hjelp av denne modellen, vil bli en integrert del av virksomheten i f.eks. barnehage og skole. Mulighetene til å vurdere resultatene av en slik samordnet innsats innenfor et geografisk område, blir understreket. Her vises det til at:

"For å synliggjøre utviklingen og nytten av denne type virksomhet må resultatene fremkomme som en del av et internkontrollsystem. Vi viser også til at det i framtida vil bli lagt vekt på mål- og resultatstyring." (s. 61)

Vurdert utfra vårt studiefelt, kommunene Molde, Frei og Tingvoll, så er det klart at en områdemodell vil ha forskjellig betydning alt etter kommunestørrelse og variasjoner i lokale forhold. Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 4, der vi gir en presentasjon av de tre kommunene.

3.5 EN IDEALTYPISK FRAMSTILLING AV HELSESTASJONSVIRKSOMHETEN ETTER KOMMUNEHELSEREFORMEN

Kommunehelsereformen fra 1984 er grunnlaget for lokalpolitisk styring av primærhelsetjenesten. Helse- og sosialstyrene har fått ansvar for forebyggende arbeid på lokalnivå. Helsestasjonsvirksomheten skal utformes ut ifra lokale behov. Iflg forskrift om helsestasjonsvirksomhet har helsestasjonen ansvar for vaksinasjon, at det blir utført systematiske medisinske undersøkelser av sped- og småbarn, og om nødvendig sørget for videre henvisning for undersøkelse og behandling. Ellers er departementets og helsedirektoratets forskrifter og retnings-

linjer begrenset til anbefalinger om hva helsestasjonen bør utføre. Det legges opp til en allsidig virksomhet, rettet mot brede grupper i lokalmiljøet.

For å sikre samordning av primærhelsetjenestene på kommunenivå er det lov- pålagt å opprette et felles helse- og sosialstyre, og å gi en kommunalt ansatt lege det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenestene i kommunen.

Forvaltningsreformen skulle medvirke til å sikre samordning og effektiv utnyttelse av lokale ressurser. Som idealtypisk modell for helsestasjons- virksomheten velger vi å kalle den for samordningsmodellen:

4. Helsestasjonen som lokal samordningsentral

<i>arbeidsfelt</i>	<i>velferdskommunen</i>
<i>målgruppe</i>	<i>alle barnefamilier</i>
<i>fokus og problemforståelse, tiltak og strategier</i>	<i>problemenes kompleksitet; behov for samordning i sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid; lokal tilpasning av tiltak; desentralisert utforming av h.s.virksomheten</i>
<i>styring</i>	<i>lokalpolitisk og medisinsk-faglig</i>
<i>samordning</i>	<i>tverretattlig/tverrfaglig koordinering på lokalnivå</i>

3.6 NYE TRENDER

Vi har presentert fire idealtypiske modeller for helsestasjonsvirksomheten. Hver representerer ulike normer for hvordan det forebyggende arbeidet for barna bør utformes på lokalnivå. Den fjerde modellen gir en rendyrket karakteristikk av intensjonene for helsestasjonsarbeidet slik det kan leses ut av kommunehelse- reformen i 1984.

Siden har det kommet nye signaler om hvordan den kommunale helse- og sosialpolitikken kan og bør utformes. Når det gjelder forebyggende arbeid for barn, er budskapene tvetydige; dels ytres ønsker om en sterkere nasjonal satsing og

styring på dette feltet, dels vil man gi kommunene større frihet til å velge lokale løsninger.

Det ser ut til at vi på nytt kan få en omorganisering i helseadministrasjonen i kommunene. Ot.prp. nr 59 (1992-93) Om tilpasning av særlovgivningen til ny kommunelov tar bl.a. opp behov for endringer i kommunehelselova. Ett resultat har blitt at helse- og sosialstyra f.o.m. 1.1.94 ikke lenger er obligatorisk særlovsnemnd. Det lokale sjølstyret skal tas på alvor, kommunene skal stå fritt å finne organisasjonsform. Perioden 1984-94 kan komme til å stå som en episode med sektorstyring av helse- og sosialpolitikken i kommunene. Stillingen som medisinsk-faglig ansvarlig lege vil ikke lenger være obligatorisk, men bli erstattet med en kommunelege som skal være kommunens medisinsk-faglige rådgiver, og helse- og sosialsjefenes rolle kan bli utspilt i de kommunene som ønsker en annen organisering av sektoren. (op.cit.: 13).

En vanlig forklaring for slike desentraliseringsreformer har vært lokal-demokratiske hensyn. Baldersheim (1987) har vist til mulige andre motiver som staten kan ha hatt for å forlate standardiseringsstrategien. Det at staten overfører stadig mer ansvar for det offentlige tjenestetilbudet til kommunene, kan sees som ledd i en økonomisk innstrammingspolitikk:

“-Forsøk" er ein meir og meir brukt framgangsmåte ved reformar i forvaltninga og innføring av nye tiltak. Mens standardisering prega statens haldning til ut i 1970-åra, er forsøk den stegvise og prøvande måten som breier seg i 1980-åra. Dei to begrepa, fristilling og forsøk, reduserer trykket på staten ved at kommunane gjennom større økonomisk fristilling tvingast til å revurdere eigne prioriteringar og servicestandarder, og gjennom forsøksstrategien får utpeikt ein framgangsmåte for sjølv å effektivisere forvaltningsapparatet.” (Baldersheim 1987, s 300).

Forebyggende arbeid for barn er et sentralt policy-område i en velferdsstat. Resultater av offentlig satsing kan være lite synlige, og det vil trolig være behov for nasjonale standarder for bl.a. helsestasjonsvirksomheten, hvis dette feltet ikke skal bli nedprioritert på kommunenivå til fordel for områder som gir mer synlige resultat på kort sikt.³¹

³¹ Staten kan påvirke ressursbruken i kommunene gjennom spesielle tiltak. Utviklingen i overføringene til kommunene viser at staten gjør bruk av dette styringspotensialet; veksten i

Ennå er det vanskelig å se om vi går mot sterkere standardisering av helsestasjonens basisvirksomhet, eller mot større forskjeller i tjenesteutformingen i de kommunale helsestasjonene. Det er tegn på statlig nyfikenhet for arbeidet som gjøres i helsestasjonene; men det gjenstår å se hvilke idealtypiske utforminger som har størst interesse; og kanskje det er helt andre og nye typer aktiviteter som anses interessante.

Et utviklingstrekk vi ser i forebyggende barnehelsetjeneste, er bruk av nye virkemidler. Noen helsestasjoner har f.eks. valgt å gå over til gruppekonsultasjoner, bl.a. for å styrke de sosiale nettverkene mellom småbarnsfamiliene. Noen har tatt i bruk videoutstyr for å effektivisere samhandlingen med barnefamilier med spesielle behov. De nye arbeidsmetodene kan tyde på en mer offensiv holdning i helsestasjonene for å forebygge mentale lidelser hos barn - også om det krever inntrengen i den private familiesfæren. På den andre side kan nye teknikker og større vektlegging på selektive tiltak føre til lavere prioritering av de universelle tjenestene. Forholdet mellom å kartlegge - oppdage - behandle kan bli forskjøvet i retning av behandlingssida.

I Del II skal vi beskrive helsestasjonsvirksomheten i Molde, Frei og Tingvoll. Vår hypotese er at skiftende trender i det normative grunnlaget for helsestasjonstjenestene kan ha satt ulikt preg på den praktiske utformingen av virksomheten på den enkelte helsestasjon.

3.7 SAMORDNINGSBEGREPET - FORSØK PÅ EN ANALYTISK AVKLARING

Vi har sett at de politiske formuleringene fra kommunehelsereformen og fram til begynnelsen av 90-tallet, med tiltakende styrke har tegnet et bilde av helsestasjonen som samordningsentral. Våre spørsmål i denne sammenheng er knyttet til hva som vil kjennetegne en tverretatlig og tverrfaglig samordning på lokalnivå? Hvordan vil relasjonene mellom f.eks. helsestasjon, PPT, fysioterapitjenesten m.m. være dersom områdemodellen som St.meld.37(1992-93) legger opp til, skal realiseres? Vil vi få ulike "typer" samordningsentraler utfra lokale forhold og politiske

øremerkede tilskudd er mye større enn i de ordinære overføringene gjennom inntekts-systemet (Fevolden, Hagen og Sørensen 1992:91).

vurderinger? Hvordan vil i så fall en "lokal tilpasset samordning" utfordre de tradisjonelle helsehierarkiene, slik vi bl.a. kjenner dem fra "Den medisinske kontrollstasjonen"?

For å kunne belyse disse spørsmålene trenger vi en nærmere presisering av samordningsbegrepet. Gjennomgangen av den politisk-administrative bruken av samordningsbegrepet viste at slike presiseringer langt på vei er fraværende i offentlige utredninger. Dette kan ha sammenheng med at begrepet har en symbolsk funksjon (Weiss,1981). Samordningsbegrepet framstår som et honnørord. Det vekker positive assosiasjoner og signaliserer at en vil gjøre noe med problemene. Bruken av slike honnørord kan derfor på den ene siden være knyttet til å rette oppmerksomheten mot problemer som en ikke har oversikt over og heller ikke føler seg sikker på hvor en skal ta fatt for å løse. På den andre siden kan konflikter og interessenmotsetninger bli hindret i å tre tydelig fram når slike begreper legges til grunn. Vage målsettinger kan virke samlende, og det vil være vanskelig å stå opp i en forsamling og si at man er mot samarbeid og samordning (Repstad, 1993).

Utfra vår faglige forankring har vi valgt å gå til organisasjonsteorien for en nærmere avklaring. Samordningsbegrepet viser til noe av den analytiske kjernen i organisasjonstenkingen. Vi finner eksempler på at begrepene "samordning" og "organisering" brukes om hverandre; f.eks. skriver Agersnap om

"...variationer i graden av organisation eller samordning inden for en virksomhed"(Agersnap, 1976:21).

Mintzberg (1979) er opptatt av samordning som et fundamentalt krav i forbindelse med enhver form for organisering. I følge ham fører all organisering til to motstridende krav: Arbeidsdeling og samordning. Utfra en slik tilnærming kan organisasjonsstrukturen defineres som

"...the sum total of the ways in which it divides its labour into distinct tasks and then achieves coordination among them"(Mintzberg, 1979:2).

Innenfor et slikt organisasjonsteoretisk perspektiv blir mangelen på samordning å forstå som et misforhold mellom deling og sammenbinding av aktiviteter.

Vi har hittil befattet oss med intraorganisatorisk samordning. Vårt studiefelt er imidlertid knyttet til relasjoner mellom organisasjoner og muligheter for tverretatlig samordning av det forebyggende helsearbeidet for barn. Et viktig spørsmål bli derfor om det kreves andre analytiske tilnæringsmåter for å studere interorganisatorisk samordning?

Det synes som om de fleste forfattere som har befattet seg med interorganisatoriske analyser, stiller seg åpne til dette spørsmålet (f.eks. Agersnap, 1976, Aiken et al, 1975, Beck Jørgensen, 1977, Mulford og Rogers, 1982). Guetzkow (1966) innleder sitt essay om "Relations Among Organizations" med ordene:

"One does not know a priori whether a theory of relations among organizations will consists of little more than the social theory of processes occurring within organizations until both have been developed" (s 13, gjengitt i Beck Jørgensen, 1977:28).

Den samme åpenheten finner vi i behandlingen av samordningsproblematikken. Mulford og Rogers (1982) antar at

"...the emerging concern of interorganizational coordination is motivated by some of the same kind of forces....We recognize of course that there are major differences between intra- and interorganizational coordination, but it is useful to examine the similarities as well" (s. 10).

I den sammenheng blir det vist til den tilnærmingen Thompson (1967) har, med vekt på at samordningsstrukturen må reflektere de avhengigheter som skapes av teknologi og forholdet til omgivelser, synes fruktbar som et inntak til analyser av interorganisatorisk samordning (Agersnap, 1976, Aiken et al, 1975, Mulford and Rogers, 1982).

Vi vil slutte oss til en slik åpen innstilling til å prøve ut det teoretiske fundamentet som er bygget opp på basis av analyser av intraorganisatorisk samordning, på studiet av samordning mellom organisasjoner. En slik åpenhet gir flere fordeler. Det kan i enkelte tilfeller være vanskelig å trekke grensen mellom tilfeller der vi snakker om relasjoner mellom organisasjoner, og tilfeller der flere organisasjoner har utviklet en felles overordnet struktur, også kalt "metaorganisasjon" (Agersnap, 1976). På den bakgrunn kan det være hensiktsmessig å

velge en organisasjonsdefinisjon som spenner både over interne og eksterne prosesser. Et eksempel i så måte er Agersnap's definisjon:

"En organisation er en flerhed av personer, mellom hvilke det gjennom en tid er utviklet en samordnet, regelbunden atfærd vedrørende nogle av deres aktiviteter" (1976:18).

Et viktig trekk ved en slik definisjon er at den utelater kriteriet "bevisst konstruksjon". Det medfører at vi kan identifisere en organisasjon uten å se på dens utspring og historie, og at relasjonene mellom organisasjoner kan sies å oppfylle den nevnte definisjonen uten at noen på forhånd har hatt et bevisst forhold til å danne en ny organisasjon. En annen fordel ved denne definisjonen er at den skaper en nær forbindelse mellom aktiviteten: å organisere, og resultatet: en organisasjon. Fordelen med å få fram denne forbindelsen vil komme klarere fram når vi seinere skal se på ulike samordningsformer.

En siste fordel ved en organisasjonsdefinisjon av denne type, er knyttet til kjennetegn ved vårt studiefelt. Det vil i flere sammenhenger være uklart om de tjenestene som inngår i samme avdeling, skal betraktes som en eller flere organisasjoner. Er f.eks. fysioterapitjenesten en egen organisasjon? Videre er det et spørsmål om de politiske styringsorganene bør studeres som en del av en organisasjon (f.eks. sette grensene rundt helse- og sosialsektoren), eller som separate organisasjoner? Slike "grenseproblemer" slipper vi å ta stilling til ved den tilnæringsmåte som her er valgt. Vårt hovedfokus er hele tiden på helsestasjonsvirksomheten, og vi er opptatt av å få tak i om det er utviklet en "samordnet, regelbunden atfærd vedrørende nogle av deres aktiviteter" til andre deler av hjelpeapparatet og til den politiske og administrative ledelsen i kommunen.

Vi skal nå gå over til å se på forskning og teoriutvikling innen feltet interorganisatorisk samordning. Vi skal forsøke å nærme oss samordningsbegrepet på en mer direkte måte, i det vi spør om det er mulig å gi det et innhold slik at det kan fungere som et analytisk redskap i studiet av hvorvidt "Den lokale samordningsentralen" er realisert i nedslagsfeltet for vår undersøkelse av det forebyggende helsearbeid for barn.

Til dette formålet har vi funnet at Mulford og Rogers (1982) typologi over ulike interorganisatoriske samordningsformer, representerer et interessant inntak. Mulford og Rogers legger vekt på at samordning innebærer felles beslutninger

overfor et felles handlingsmiljø. Fellesskapet av organisasjoner utgjør referanserammen, ikke den individuelle organisasjon.

Mulford og Rogers presenterer 3 ulike strategier for hvordan felles beslutninger og handlinger kan komme i stand: Samordning ved gjensidig tilpasning, samordning gjennom allianser og samordning gjennom innlemmelse/integrering. Vi skal kort gjengi hva som kjennetegner de tre samordningstrategiene (basert på Aarseth (1984)):

Samordningsstrategier:

<i>Dimensjoner</i>	<i>Gjensidig tilpasning</i>	<i>Allianser</i>	<i>Innlemmelse</i>
<i>Fokus</i>	<i>Enkeltorganisasjoner eller klienter</i>	<i>Enkeltorganisasjoner og det interorganisatoriske system</i>	<i>Det inter-organisatoriske system</i>
<i>Aktører</i>	<i>Profesjonelle</i>	<i>Politikere, administratorer eller profesjonelle</i>	<i>Politikere/ administratorer</i>
<i>Formaliseringsgrad</i>	<i>Få regler</i>	<i>Regler framkommer gjennom forhandlinger</i>	<i>Stor vekt på regelstyring</i>
<i>Ressurser</i>	<i>Lite ressurser involvert</i>	<i>Varierende</i>	<i>Ressurser forpliktes i stor grad</i>
<i>Makt</i>	<i>Makten er desentralisert</i>	<i>Bruk av sentralisert makt varierer</i>	<i>Makten er sentralisert</i>
<i>Kontroll</i>	<i>Uformelle normer og belønninger</i>	<i>Kontrollbasis både hos enkeltorg. og i interorg.system</i>	<i>Kontrollbasis i det interorg. system - legitimitet for kollektive beslutn.</i>
<i>Mål</i>	<i>Fokus på enkeltorg.'s mål</i>	<i>Både enkeltorg.'s og kollektive mål</i>	<i>Vekt på kollektive mål</i>

Det sentrale med Mulford og Rogers typologi er at den åpner for at samordning mellom organisasjoner kan anta ulik form og styrke. Den idealmodellen som vi har omtalt som "Den lokale samordningssentral", vil ha ulik karakter alt etter hvilken samordningsform som er rådende: Er det f.eks. snakk om desentraliserte eller sentraliserte kontaktformer?

St.meld.nr. 37 (1992-93) er den offentlige utredningen som går lengst i å konkretisere av tverrsektorielle arbeidsformer innebærer. Her presenteres to alternative modeller, arena- og områdemodellen. Dersom vi ser disse to modellene i lys av Mulford og Rogers typologi, så ser vi at de innebærer ulike samordningsformer. Arenamodellen legger opp til at innsatsen settes inn der barna er (skole, barnehage etc). Det betyr at primærfokus er barna, og den tverretatlige innsatsen vil være knyttet til løsning av konkrete saker, heller enn oppbygging av interorganisatorisk system. Modellen blir ikke presentert i så stor detalj at det er mulig med en systematisk vurdering i forhold til Mulford og Rogers typologi, men inntrykket er at det her er de "mykere" saksorienterte samordningsformene en har i tankene, m.a.o. samordning ved gjensidig tilpasning.

Når det gjelder områdemodellen (som departementet synes å ha preferanse for) legges det mer vekt på planleggingen av de ulike sektorenes virksomhet innenfor et geografisk bestemt område. Det tyder på et skille mellom beslutningene om å samordne og de beslutningene som blir samordnet. Dette er i følge Lindblom(1965) kjennetegn ved de mer sentraliserte samordningsformene (som "innlemmelse" er et eksempel på). Dette bildet blir forsterket ved at stortingsmeldingen legger vekt på at det blir utviklet evalueringsstandarder med tanke på å måle den tverrsektorielle innsatsen (s. 61). Slike evalueringsstandarder vil kreve, som Mulford og Rogers ville ha sagt det, utvikling av kollektive mål.

Etter denne gjennomgangen kan det synes som en operasjonalisering av "Den lokale samordningssentralen" med utgangspunkt i departementets områdemodell, bringer oss i retning av samordning ved innlemmelse. Hvordan dette stemmer med analysene av det forebyggende helsearbeidet i våre tre kommuner, vil de følgende kapitler forhåpentligvis gi innsikt i.

DEL II

FOREBYGGENDE ARBEID FOR BARN I TRE KOMMUNER PÅ NORDVESTLANDET

Kapittel 4

PRESENTASJON AV DE TRE KOMMUNENE

4.1 SOSIOØKONOMISKE RAMMEBETINGELSER

Siktemålet med desentralisering av helse- og sosialpolitikken har vært å få tjenestene bedre tilpasset lokale forhold. Dette er i tråd med WHO's målsetninger om at "Det viktigste er å gi det enkelte lokalsamfunn den nødvendige makt og kontroll over egen framtid."¹ Dette innebærer muligheter for variasjoner i utformingen av tjenestetilbudet.

Undersøkelsen skal vise tre kommuners utforming av det helseforebyggende arbeidet for barn. Vi ønsker spesielt å se på om, og i så fall hvordan helsestasjonen fungerer ulikt i ulike lokalsamfunn. Ifølge kommunehelseslovens § 1.3 skal det være helsestasjonsvirksomhet i alle kommuner. Tjenesten er universell, alle skal ha et likeverdig tilbud. Men den konkrete utformingen skjer på lokalnivå, og det er mulig å forme tjenesten ut ifra hvordan virkeligheten defineres lokalt. Vi vil forsøke å få fram hvilke aktører på lokalt nivå som synes å ha mulighet til å påvirke den konkrete utformingen av tjenesten, - hvilke problemstrukturer som får gjennomslag.

Noen forskjeller på helsestasjonens utforming og betydning i ulike kommuner kan ha sine enkle forklaringer i faktiske sosio-økonomiske særtrekk ved kommunene.² Selve kommunestørrelsen vil trolig virke inn, f.eks. på mulighetene for å få til mer fleksible samarbeidsformer mellom helsestasjonen og andre deler av helse- og

¹ Helsedirektoratet: "Ottawa-charteret", 1987.- Se også WHO's Alma Ata deklarasjon, 1978, og "Helse for alle", 1979.

² Det kan være andre faktorer enn faktiske sosio-økonomiske forhold som påvirker kommunale prioriteringer, se f.eks. Aarseth og Kjødde, (upubl. materiale fra 1984) som fant at eldreomsorg ble prioritert høyest i kommunale helseplaner uansett faktiske demografiske forhold, og Finnvold og Viksand(1992)som også fant et misforhold mellom utbyggingen av enkelte deltjenester og aldersfordelingen i kommunene i andre halvdel av 80-tallet; f.eks. blir ikke normering av helsesøsterstillinger nedjustert i kommuner preget av fraflytting og forgubbing.

sosialsektoren. Men ressursbruken til ulike sosiale formål vil også avhenge av hvor mange det faktisk er i kommunen som trenger offentlig omsorg. Kanskje det er store grupper som har krav på sosiale tjenester, og som dermed belaster kommunebudsjettet forholdsvis mye. Helse- og sosialsektoren vil f.eks. stå overfor ulike utfordringer i en liten kommune med mange barn, og i en liten kommune med mange eldre. Sosialdepartementet har framskaffet sammenligningstall for kommunene, nettopp med det formål å gi faktagrunnlag for politikktutforming på kommunalt nivå. Vi skal innledningsvis se på noen av nøkkeltalla i Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene fra 1992, og gi en kort presentasjon av de tre lokalsamfunna: Landkommunen Tingvoll, forstadskommunen Frei og bykommunen Molde.

Befolkningssammensetning og bosettingsmønster

Kommune	1980	1992	2000
Molde (Enen helsest.)	20904	22378 (7800)	23253
Frei	4032	4953	5995
Tingvoll	3559	3431	3366

Tabell 1: Befolkningstall i kommunene Molde, Frei og Tingvoll i 1980, 1992 og fremskrevet for 2000.

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet - sammenlignende tall for kommunene, 1992, s 52 ff

Som vi ser er folketallet i Frei og Tingvoll bare en femtedel av folketallet i Molde kommune. Dette har betydning for analyseopplegget videre. Vi vil også her sette søkelys på hvilken rolle helsesøstertjenesten spiller. Men mens vi har kunnet se på all helsestasjonsvirksomhet i de to små kommunene, har vi bare forholdt oss til én helsestasjon i Molde.

Det er 6 helsestasjoner i Molde kommune. Den delen av byen som Enen helsestasjon skal betjene, er prega av befolkningsøkning og mange barn. Den nye bydelen Nordbyen fikk sitt første hus i 1982. I dag bor 2.400 her, og av dem er 420, eller over 17 %, under skolealder. Den andre bydelen, Fuglset-Kviltorp, som ble utbygd i tida 1965-75, teller i dag 4.400 innbyggere, og har nesten 400 førskolebarn. Endelig har vi den mer spredte bosetningen langs fjorden fra Årø til Strande, med knapt 1.000 innbyggere, rundt 100 av dem under skolealder.

Frei er forstadskommune til Kristiansund. Kristiansund kommune har lite tomteareal, byggefelt finnes i Frei kommune. Forslag om kommunesammenslåing blir avvist av Frei kommune, man ønsker at kommunen skal beholde sitt tradisjonelle preg og sin kommunalpolitiske selvstendighet. En sammenslåing ville klart virke inn på problemdefinerings og prioriteringsdiskusjoner i helse- og sosialsektoren. Mens Kristiansund er byen med størst andel eldre, er Frei den kommunen i fylket med størst andel førskolebarn. Den store andelen småbarn skyldes ikke minst tilflytning av unge som har bosatt seg i de nye kommunale byggefelta. Her, som i andre lignende vekstkommuner, kan det synes som folket i Frei føler ulik tilhørighet til kommunen: enten er de bygdefolk, eller så er de en del av byggefeltssamfunna. Tabell 1 viser befolkningsveksten fra 1980-1992. Prognosene tyder på fortsatt sterk befolkningsvekst i Frei. Kommunen har i dag knapt 5.000 innbyggere, 550 av dem, eller 11 % er under skolealder.

Tettstedet Tingvoll var et av knutepunkta i Nordmøre så lenge trafikken langs fjorden hadde betydning. I dag er Tingvoll prega av fraflytting. Befolkningstallet har gått smått og jevnt nedover, og ligger nå på omkr. 3.400. 20 % av befolkningen er over 67 år. Tallet på førskolebarn er lavt i forhold til Molde og Frei: omkr 270 eller 8 % av befolkningen. Bosetningen er spredt. Fortsatt er så mange som 16 % sysselsette i landbruket. Ellers er det spredte byggefelt, med fra 6-7 til 50 hus.

	0-6 år	7-15 år	67 år og oppover
Hele landet	9,3 %	11,0%	14,4 %
Møre og Romsdal	9,4 %	12,2 %	15,1 %
Molde	9,9 %	11,7 %	14,0 %
Frei	11,1 %	15,1 %	7,9 %
Tingvoll	8,0 %	10,6 %	19,9 %

Tabell 2: Befolkningstall i kommunene Molde, Frei og Tingvoll i 1992 fordelt på ulike aldersgrupper i %
Kilde: Styrings- og informasjonshjulet - sammenlignende tall for kommunene, 1992, s. 54 ff

Den faktiske alderssammensetningen i kommunene kan ha betydning for hvilke aldersgrupper som er i fokus i de lokalpolitiske fora. Den relativ store - og økende - andelen eldre kan være en forklaring på at Molde og Tingvoll lenge har prioritert å styrke eldreomsorgen framfor å ta større offentlig ansvar for oppvekstmiljøet. I Frei kommune, hvor en fjerdedel av befolkningen er under konfirmasjonsalder, har kommunestyret gjort et konkret vedtak om at barn og ungdom skal være viktigste satsningsområde.

Sosiale problem i de tre kommunene

Andel barn og gamle gir grove mål for hvilke utfordringer helse- og sosialsektoren i de tre kommunene står overfor. Styrings- og informasjonshjulet gir også noen nøkkeltall for mer spesifikke problem blant kommunens befolkning. Omfanget av vanskeligstilte vil påvirke behov for tjenester, og kan si noe om hvor det vil være viktig å sette inn tiltak. Et konkret mål er andel personer med psykisk utviklingshemming. Andelen utgjør bare 0,18 % i Molde, mot 0,37 % i Tingvoll og 0,46 % i Frei. Også andre mål som vi har valgt å se på: arbeidsledighet, barneverns- og sosialhjelpstiltak, er høyere i Frei enn i de to andre kommunene (se tabell 3, 4 og 5)

	1991
<i>Hele landet</i>	3,6
<i>Møre og Romsdal</i>	3,6
<i>Frei</i>	4,5
<i>Tingvoll</i>	3,1
<i>Molde</i>	2,9

Tabell 3: Arbeidsledige 16-66 år pr. 100 innbyggere 16-66 år

Kilde: *Styrings- og informasjonshjulet - sammenlignende tall for kommunene, 1992, s 60*

Arbeidsledighet får følger for familiens økonomi. Et annet problem som gjerne følger med arbeidsledighet, er at de voksne ikke lenger har innpass til en arena hvor det skapes sosiale nettverk. Gode sosiale nettverk har betydning for helse, trivsel og utvikling. BHM-prosjektets nettverksundersøkelse i Frei fra 1992 viser at storparten av de barnefamiliene som inngår i undersøkelsen, får dekket sine behov for sosial kontakt. Men i alle tre kommuner er det en liten gruppe som har liten eller ingen kontakt med andre; det gjelder særlig de som har bodd i sitt nærmiljø i kort tid. Spesielt vil arbeidsløse enslige mødre være utsatt for sosial isolasjon.³

³ Solveig Brevik: Nettverksundersøkelse. Foreløpig rapport 1992, konkluderer med at: "I vårt materiale har 71 % av de enslige ikke arbeide. Ved fravær av ektefelle/partner vil disse ha redusert de fleste viktig kontaktfaktorer og arenaer hvor nettverk knyttes."

	1990
<i>Hele landet</i>	13,4
<i>Møre og Romsdal</i>	9,5
<i>Frei</i>	12,5
<i>Tingvoll</i>	7,0
<i>Molde</i>	9,3

Tabell 4: Problemer blant barn og unge. Barnevern, barn 0-19 år under vernetiltak pr. 1000 barn 0-19 år

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet - sammenlignende tall for kommunene, 1992, s 61

Som tabell 4 viser, ligger Frei kommune høyere enn de to andre kommunene, og nær landsgjennomsnittet når det gjelder problemer blant barn og unge, målt i barn 0 - 19 år under vernetiltak. Ifølge tabell 5 ligger Frei også på topp i fylket når det gjelder sosialhjelpstilfelle i aldersgruppen 18-24 år.

	1990
<i>Hele landet</i>	9,8
<i>Møre og Romsdal</i>	7,9
<i>Frei</i>	14,1
<i>Tingvoll</i>	11,9
<i>Molde</i>	9,1

Tabell 5: Sosialhjelpstilfelle* 18-24 år i % av befolkningen

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet - sammenlignende tall for kommunene, 1992, s. 61

* Sosialhjelpstilfeller er brukt framfor klienter for at personer som mottar sosialhjelp i mer enn en kommune skal bli telt som mottaker i alle disse kommunene (se s. 7 i op.cit.)

Vi vil komme tilbake til spørsmålet om hvorfor tallene for vanskeligstilte barn og unge er så høye i Frei. Er det spesielt mange som har problem i denne kommunen, eller kan det skyldes at flere problem blir registrert her enn i andre kommuner?

Økonomiske rammebetingelser i de tre kommunene

Budsjettrammene setter grenser for offentlig engasjement. Tidligere undersøkelser tyder på at det alminnelige økonomiske nivået i kommunen har større betydning for omfanget og størrelsen av de sosiale ytelsene, enn politiske faktorer som f.eks. hva for et parti som er dominerende. (Nordby 1968).

Både Tingvoll og Frei er relativt fattige kommuner: Skatteinntektene pr innbygger var i 1990 på ca kr 6.000, mot gjennomsnittlig kr 8.000 i Møre og Romsdal, kr 9.000 i Molde og vel kr 10.000 i Norge som helhet.⁴ Men de statlige rammeoverføringene styrker spesielt landkommunenes økonomi: I 1990 var de statlige overføringene pr innbygger på kr 3.000 i Molde, nesten kr 8.000 i Frei og knapt kr 9.000 i Tingvoll.⁵ Høsten 1992 fant vi at det hersket en generell kriseforståelse i alle tre kommuner; de kommunale utgiftene måtte ikke øke. Tingvoll begynte å få betydelig reduksjon i de statlige rammeoverføringene, og sto overfor vanskelige prioriteringsdiskusjoner. Molde kommune satset på å redusere kommunal virksomhet for å nedbetale gjeld, for senere å få økt handlingsfrihet.

Men den kommunen som syntes å ha de vanskeligste økonomiske rammebetingelsene for å drive en offensiv helse- og sosialpolitikk, er Frei. Frei er den kommunen i fylket med størst lånegjeld. I Frei har det blitt satset stort, kommunen har opprettet tomteselskap, og bygd bl.a. rådhus og idrettshall.

Sammenhengen mellom økonomisk rammebetingelser og sosiale ytelsener kan være en forklaring på variasjon i driftsutgifter i helse- og sosialtjenesten i de tre kommunene, se tabell 6:

	<i>Kr pr. innbygg. 1990</i>	<i>Endr. fra 1988-90</i>
<i>Hele landet</i>	<i>kr 9.125</i>	<i>kr 371</i>
<i>Tingvoll</i>	<i>kr 8.265</i>	<i>kr 839</i>
<i>Molde</i>	<i>kr 6.757</i>	<i>kr 412</i>
<i>Frei</i>	<i>kr 5.822</i>	<i>kr 367</i>

Tabell 6: *Brutto driftsutgifter for helse-, sosial- og pleie og omsorgstjenesten samlet*

Kilde: *Styrings- og informasjonshjulet - sammenlignende tall for kommunene, 1992*

⁴ Fylkesstatistikk 1992. Møre og Romsdal Fylkeskommune. Fig 7.3

⁵ op.cit. fig. 7.4

Vi finner stor variasjon i utgiftsnivået i de tre kommunene, og Frei ligger lavest. Ovenfor viste vi at Frei ser ut til å ha spesielt mange vanskeligstilte barn og unge. Til sammenligning ligger Tingvoll som har relativt store utgifter til helse- og sosialformål, under landsgjennomsnittet når det gjaldt tallet på sosialhjelpstilfeller og arbeidsledige.

En vesentlig forklaring på forskjellen i utgiftsnivået til helse- og sosialtjenestenes drift finner vi i andelen eldre og pleietrengende i de ulike kommunene. Tabell 2 viste at andelen eldre var vesentlig høyere i Tingvoll enn i Frei og Molde. Dette gjenspeiles også i behovet for personell i pleie- og omsorgstjenesten og helse-tjenesten. Antall årsverk pr. 1000 innbygger lå i 1991 på 25 årsverk i Møre og Romsdal, 30 i Tingvoll og 21 i Molde. Frei ligger nederst med 17 årsverk pr. 1000 innbygger. Ulikt kostnadsnivå i drift av helse-, sosial- og pleie- og omsorgstjenesten gjenspeiler m.a.o. både kommunenes økonomiske situasjon, og i hva grad kommunen må sette av midler til eldreomsorg.

Sammenfatning

Vi har sett på noen strukturelle trekk ved de tre kommunene. Helsestasjonsvirksomheten blir formet i ulik kontekst:

Størrelse: Bykommunen Molde som har 5-6 ganger så mange førskolebarn som Frei og Tingvoll. Dette har betydning for organiseringen av helsesøstervirksomheten. Flere personer må inn for å ivareta de ulike oppgavene, og virksomheten er delt på seks ulike helsestasjoner. Arbeidsdelingen mellom helsesøstrene er trolig mer markert i Molde enn i landkommunene.

Alderssammensetning: I landkommunen Tingvoll er 20 % av befolkningen over pensjonsalder, og 9 % er førskolebarn - i forstadskommunen Frei er bare 8 % av befolkningen over 67 år, mens vel 11 % er førskolebarn. Selv om politiske prioriteringer ikke alltid synes å samsvare med faktiske sosio-økonomiske forhold som andel barn og eldre (se fotnote 2), vil vi anta at en så markert forskjell vil slå ut i ulik problemdefinering i de to kommunene, i hva grad man er opptatt av barnas oppvekstmiljø.

Kommunal økonomi: Vi fant at etter de statlige rammeoverføringene var det ikke stor forskjell på kommunenes inntekter pr innbygger. De små kommunene kom noe bedre ut enn bykommunen Molde. Det var forskjeller på utgiftssiden: Frei har en spesielt høg lånegjeld, mens Tingvoll har spesielt høye utgifter til eldreomsorg. I alle tre kommuner var det et politisk ønske å redusere de kommunale utgiftene. Vi vil tro at aktørene vil ha ganske nøkterne forventninger mht mulighetene for å få økt ressurs-tilgangen til forebyggende virksomhet.

Sosiale problem: Vi fant at relativ andel vanskeligstilte barn og unge syntes å være høyest i Frei, og stilte spørsmål om det kunne skyldes en mer effektiv registrering av sosiale problem i denne kommunen.

Med dette antydte vi også at lokale aktører har muligheter for å påvirke virkelighetsforståelsen og lokalpolitiske utfall. En viktig faktor blir da de formelle mulighetene til å få satt problemer på den helse- og sosialpolitiske dagsorden.

4.2 ULIK ORGANISERING AV HELSESTASJONSVIRKSOMHETEN

Vi har sett på aldersfordeling, sosiale forhold og kommunal økonomi i de tre kommunene. Vi mener å finne at andel eldre i kommunen påvirker stillingsnormering og det totale utgiftsnivå i helse- og sosialomsorgen. Hvordan er det da med normering av stillinger i helsestasjonene i.f.t. antall barn i området?

Vi finner at forholdet mellom helsestasjonsansatte og antall barn som sokner til helsestasjonene er ganske likt i de tre kommunene, hvis vi regner med støttepersonell i de tre helsestasjonene; men bemanningen i bykommunen er lavere enn i landkommunen.

Alle har kvalifiserte helsesøstre, det er ikke vakante stillinger i de tre kommunene.⁶ Forskjeller i normeringer jevner seg noe ut når vi tar i betraktning

⁶ Ellers er vansker med rekruttering av helsesøstre et utbredt problem som bl.a. blir tatt opp i NOU 1991:10 og St.meld. nr 37 (1992-93) s59 ff. En undersøkelse som Norsk Sykepleierforbund gjennomførte i 1990-91 om sykepleierstillinger i kommunene, viste at ialt 21,8 % av helsesøster- stillingene enten var helt ubesatt eller besatt med sykepleiere (Økland 1991).

ulikheter i oppgavespektret til helsesøstrene i bykommunen og landkommunene; det synes som bredden i er størst i de to landkommunene.

	<i>Barn 0-6 år</i>	<i>Helsesøstre</i>	<i>Ledende helses. deltar ved sped- og småbarns- kontrollen?</i>	<i>Helsestasjonsansatte</i>
<i>Enen</i>	<i>ca 920</i>	<i>2 stillinger</i>	<i>nei</i>	<i>Helsesøstre: 2 x 100%, (også skolehelsetj.) Helsest.medhj.: 2/5 stilling Lege: 5,5 t pr uke</i>
<i>Frei</i>	<i>ca 550</i>	<i>1 stilling</i>	<i>deltar i 4- års ktrl. vikar ved sykdom</i>	<i>Helsesøstre: 2x50% (har også andre oppg.) Helsest.medhj.: 2/5-stilling Lege: ca 4 t pr uke Jordmor: 1/6 stilling</i>
<i>Tingvoll/ Straumsnes</i>	<i>ca 270</i>	<i>0,5 stilling</i>	<i>ja</i>	<i>Helsesøstre: 2 x 50% (har også andre oppg., inkl. oppg. som ledende helsesøster.) Lege: ca 4 t pr uke Jordmor: 50% (ikke aktiv i helsest.høsten 1992)</i>

Ansatte i helsestasjonene med forebyggende arbeid for førskolebarn barn (spes. 0-4 år) som hovedoppgave, høsten 1992

Forskjell i grad av oppgavespesialisering er spesielt slående når det gjelder stillingsinnholdet til ledende helsesøster/sjefshelsesøster i de tre kommunene. Vi skal se nærmere på forskjellene.

MOLDE

I Molde er sjefshelsesøster leder for kommunens helsesøstervirksomhet. I en bykommune av denne størrelse blir det en relativt omfattende sektor: 6 helsestasjoner, skolehelsetjenesta, miljøhygienisk arbeid m.v. Sjefshelsesøster har svært begrenset med klientrettet arbeid. Organisatorisk er virksomheten plassert i helseavdelingen, og ledende helsesøster har kommuneoverlegen som nærmeste overordna.



Fig. 1: Ledende helsesøsters organisatoriske plassering i Molde kommune høsten 1992

Helsestasjonsvirksomheten inngår i en samlepost i helse- og sosialbudsjettet, innunder helseforebyggende arbeid. Hvor mye som konkret går til helsestasjonsvirksomheten, er vanskelig å skille ut.

Helse- og sosialstyret utgjør den politiske ledelse av helse- og sosialsektoren, med kommunestyret som øverste instans. Kommunen har, i likhet med Frei og Tingvoll og de fleste andre kommuner, gått over til en politisk organisering med hovedutvalg. Det har betydd en styrking av myndigheten til de politiske og administrative lederne for de enkelte etatene. I forhold til kommunestyret er rådmannens rolle begrenset til merknader til framlegg fra f.eks. helse- og sosialstyret.

FREI

I Frei er ledende helsesøster leder for avdeling for forebyggende helsearbeid. Hun regner med at 60 % av arbeidstida går til administrative oppgaver. Disse oppgavene har tildels annen karakter enn oppgavene til sjefshelsesøster i Molde. I tillegg til å lede helsesøstervirksomheten har ledende helsesøster i Frei faglig-administrativt ansvar for det forebyggende arbeidet som er knyttet til helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og helseopplysning. Hennes nærmeste overordna er helse- og sosialsjefen.

Etter at den nye kommunehelseloven fra 1984, fikk Frei også en administrativ omorganisering av tjenestene. Sosialsjefen ble helse- og sosialsjef i 1987. Underlagt helse- og sosialsjefen er det 4 avdelinger: allmennlegetjeneste, forebyggende helsearbeid, pleie- og omsorgsavdeling og sosialavdeling. I tillegg kommer administrasjon av Frei Sjukeheim og Frei aldersboliger. Helse- og sosialsjefen er etatsleder for en virksomhet som ved utgangen av 1991 totalt telte 116 stillinger og ca. 80 årsverk i helse- og sosialetaten.

Det meste av virksomheten som er rettet mot forebyggende arbeid for barn, er organisert i avdeling for forebyggende helsearbeid. Ved denne avdelingen er det i følge årsmeldingen for 1991 knyttet 3,5 årsverk og 6 stillinger: Ledende helsesøster, 2 helsesøstre, helsestasjonsmedhjelper, helsestasjonslege og jordmor. Regnet i antall årsverk er denne avdelingen den minste innenfor helse- og sosialetaten.

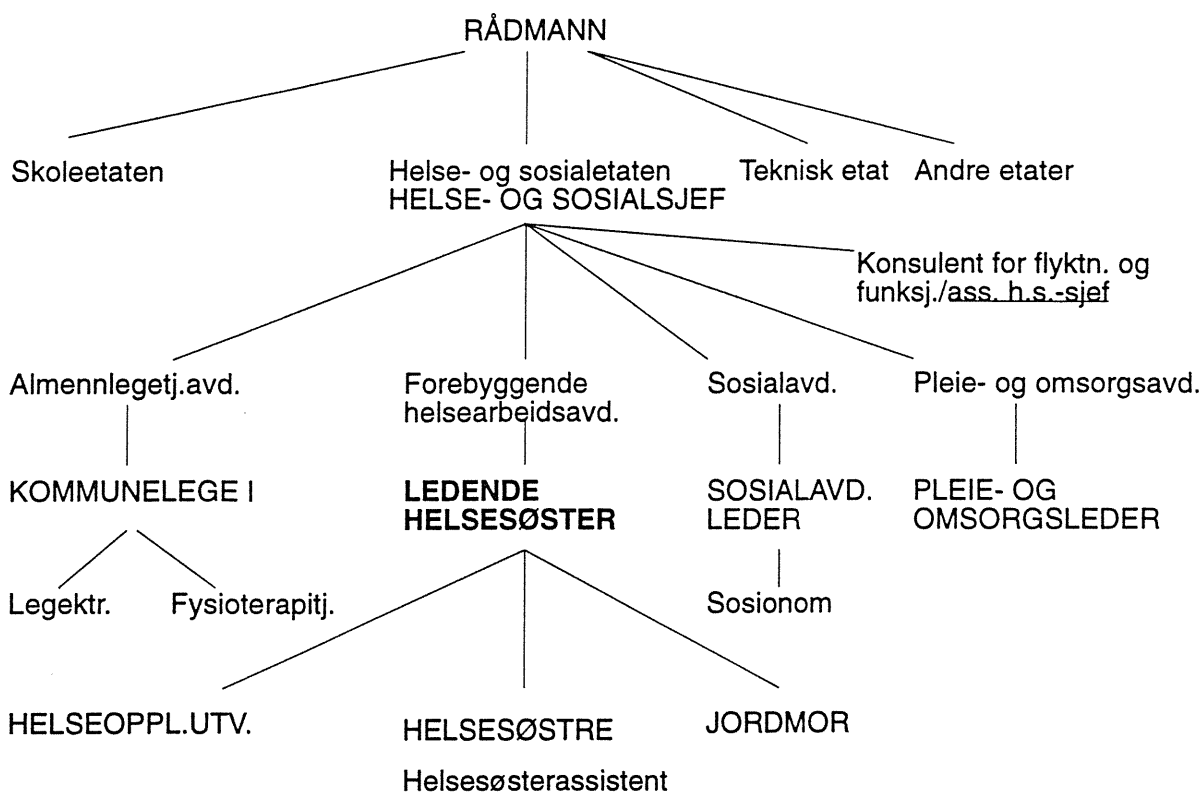


Fig. 2: Ledende helsesøsters organisatoriske plassering i Frei kommune høsten 1992

Avdeling for forebyggende helsearbeid ivaretar tre funksjoner, helsestasjonsarbeidet, skolehelsetjenesten og helseopplysning. Som avdelingsleder for forebyggende helsearbeid, er ledende helsesøster bindeleddet mellom helsestasjonsansatte og administrasjon og politikere i kommunen.

Vi ser at ledende helsesøster har en helt annen rolle i det kommunale styringsverket i Frei, enn tilfellet er i Molde. I Frei er ledende helsesøster og kommunelege I administrativt sidestilt. Kommunelege I har et medisinsk-faglig overordnet ansvar for virksomhet som utøves gjennom kommunehelsetjenesteloven. Ønske fra kommunelege I om at ledende helsesøster også administrativt blir underlagt sin ledelse, har hittil ikke ført fram.

TINGVOLL

I Tingvoll er ledende helsesøster bare tilsatt i 50 %-stilling. Mesteparten av arbeidstida går til klientretta virksomhet. Helseleder/kommunelege I er nærmeste overordna, og han er faglig-administrativt ansvarlig for det forebyggende arbeidet i kommunen.

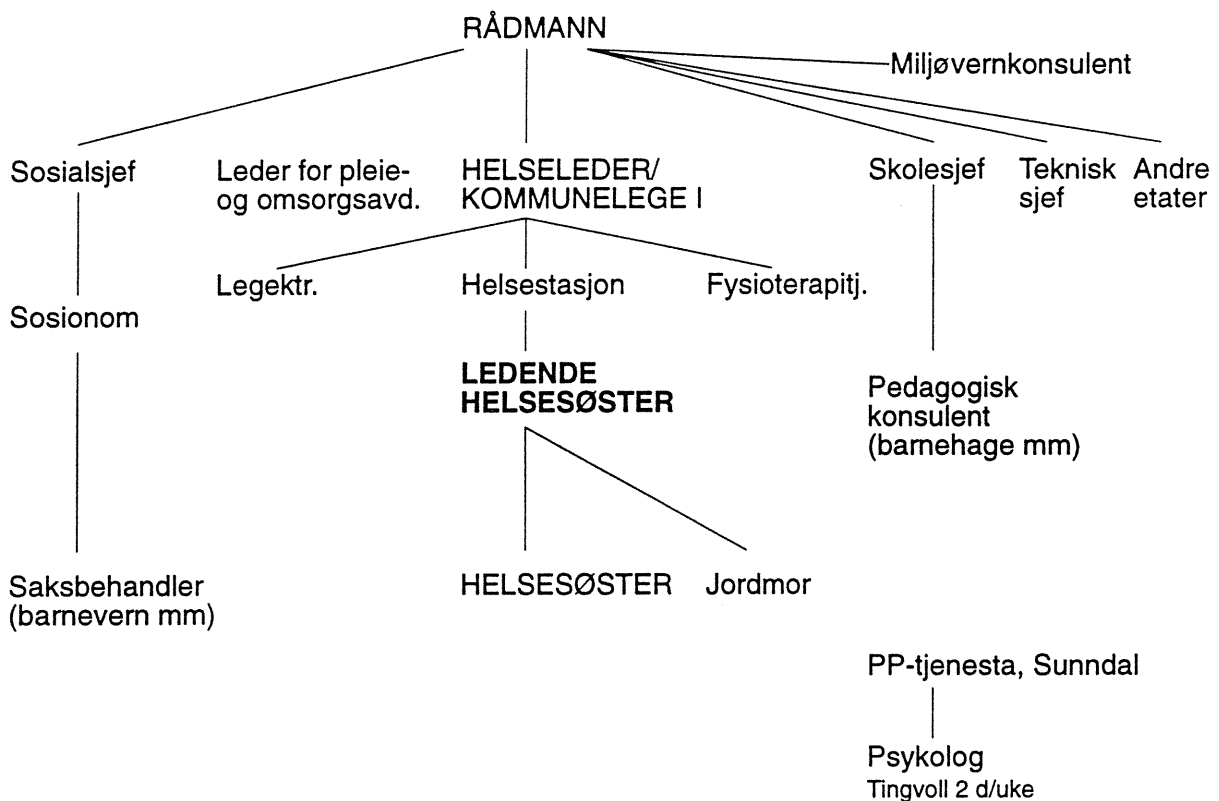


Fig. 3: Ledende helsesøsters organisatoriske plassering i Tingvoll kommune høsten 1992

Som vi ser, er det ikke noen helse- og sosialsjef i Tingvoll, slik det er i Frei og i Molde. Da den nye kommunehelselova trådte i kraft i 1984, fikk man her som i mange andre kommuner, en debatt om organisering og ledelse av helse- og sosialsektoren. I 1989 ble det tilsatt helse- og sosialsjef; men uenighetene om organisasjonsstruktur, kommunikasjonslinjer og ansvarsfordeling stilnet ikke med det. Da helse- og sosialsjefen reiste fra kommunen i 1991, ble stillingen ikke utlyst igjen.

Den politiske styringa av helse- og sosialsektoren i Tingvoll er i dag lagt til et helse- og sosialstyre, med kommunestyret som øverste instans. Faglig og administrativ ledelse er lagt til hhv. helseleder (kommunelege I), leder for pleie- og omsorgsavdelingen, og leder for sosialavdelingen. De tre sektorlederne har, på linje med skolesjef, teknisk sjef o.a., rådmannen som nærmeste overordnede.

Helsesektoren har fire avdelinger. Tre avdelinger har oppsøkende klientell: Lege-senteret (kurativ medisin), helsestasjonen (forebyggende helsearbeid) og fysioterapi. Den fjerde avdelinga har ansvar av det som er igjen av miljørettede oppgaver iht gammel helserådslovgivning; nå er det kommunelege I og en kontorfullmektig som skjøtter disse oppgavene. Vår interesse er spesielt knyttet til helsestasjonen. Hierarkisk er den altså plassert under helseleder. Det er to separate tjenester knyttet til helsestasjonen: Helsesøster og jordmor. Vi vil gå nærmere inn på organisering av helsesøstertjenesta i kap. 5.

Sosialkontoret har fått tildelt ekstra lønnsmidler for å styrke barnevernsarbeidet. Men det har vært problemer med å få rekruttert personale med sosionom-utdanning. Kontoret er for tiden underbemannet. En sosionom har utdanningspermisjon. En fullmektig er saksbehandler sammen med en sosionom som har redusert stilling. Når det er barnevernssaker, er de ofte to sammen.

På skolekontoret har pedagogisk konsulent bl.a. til oppgave å utrede behov for og sette i verk vedtak om offentlige tilsynsordninger for barn: Kommunale barnehager, familiebarnehager og skolefritidsordninger.

Tingvoll er med i en interkommunal PP-tjeneste, med hovedkontor i Sunndalsøra. En av psykologene er bosatt i Tingvoll og har to faste kontordager i uka der. Andre ansatte ved PP-kontoret er i Tingvoll, når det oppstår behov i enkeltsaker.

Teknisk etat har et spesielt ansvar for ulykkesforebygging. Etaten står for arealplanleggingen i kommunen. Men også etter at planer er iverksatt, kan ingeniører gjøre sikkerhetskontroller, f.eks. ved ferdigbefaring av nybygg og ved vedlikehold av offentlige bygg, og da evt. kreve at det blir gjort tiltak for å forhindre ulykker.

Stillingen som miljøvernleder er nyopprettet, og statlig finansiert. Funksjonen er lagt til rådmannens stab, men synes ennå ikke å ha funnet sin plass i den formaliserte samordninga i kommuneadministrasjonen.

Sammenfatning

Det er store forskjeller i organiseringen av det forebyggende arbeidet i de tre kommunene: I Molde og Tingvoll er virksomheten ledet av kommuneoverlege/kommunelege I, i Frei ledes virksomheten av ledende helsesøster.

Forholdet mellom antall helsestasjonsansatte og antall småbarn var ikke så ulikt i de tre kommunene. Men finner vi samme problemstrukturer i ulike lokalsamfunn? Vi nevnte innledningsvis i dette kapitlet WHO's målsetting om å gi det enkelte lokalsamfunn nødvendig makt og kontroll over egen framtid. Har aktørene i de ulike kommunene like store - eller små - forventninger om egne muligheter til å påvirke barnas oppvekstmiljø? Finner vi samme typer samarbeidsrelasjoner med andre innen helse- og sosialetaten i de tre kommunene?

For å få svar på noen av disse spørsmåla, har vi intervjuet 34 aktører som har ansvar for det forebyggende arbeidet for barn i tre kommuner. I vår videre analyse av dette materialet vil vi trekke veksler på to ulike teoretiske innfallsvinkler: Profesjonsteori som kan belyse trekk ved helsesøsters rolleutforming, og organisasjonsteori som kan belyse trekk ved samarbeidsformer om policyutformingen på lokalnivå.

Kapittel 5

FOREBYGGENDE BARNEHELSEARBEID PÅ BYDELSNIVÅ I MOLDE KOMMUNE - "STORE" ROLLER OG LØSE KOBLINGER

5.1 INNLEDNING

I dette kapitlet vil vi sette søkelys på utformingen av virksomheten i en av de seks helsestasjonene i Molde kommune. Hovedvekten blir lagt på å synliggjøre helsesøstrenes definisjoner av virkeligheten: Hvordan vurderer de sin egen arbeidssituasjon og de oppgavene de står overfor? Hvordan ser idealhelsestasjonen ut? Vurdert i forhold til de ulike tradisjonene slik vi idealtypisk har framstilt dem i kap.1, hvilke synes å prege virksomheten i dag? Har en i tråd med kommunehelselovens intensjoner og St.meld.37(92-93) fått en utforming av virksomheten med vekt på tilpasning til lokale forhold (områdemodellen) og samordning?

Sammenlignet med Tingvoll og Frei, vil forholdene i Molde være mer komplekse og uoversiktlige både m.h.t. politisk-administrativ struktur og bo- og levetilstand for innbyggerne. Slik sett vil det være vanskeligere for helsesøstre i Molde å opparbeide den lokalkunnskap som må være en forutsetning for en lokal tilpasning og utforming av tjenestetilbudet. Virkemiddelet som St.meld. 37 (92-93) legger opp til i den sammenheng er, som vi husker, distriktsinndeling. Med ansvar for et avgrenset geografisk område vil helsesøstre i store kommuner ha mulighet til å gjøre seg kjent med problemprofilen, og i neste omgang kunne representere distriktet (være premissleverandør) i relevante beslutningsprosesser. Vi er derfor opptatt av å undersøke hvorvidt helsesøstre identifiserer seg med sitt distrikt, eller om de først og fremst preges av faglig lojalitet og tilhørighet, enten det dreier seg om tilknytning til helsehierarkiet (legens assistent) eller et kollegialt fellesskap (Nightingale-tradisjonen).

Ut fra størrelsen på Molde kommune vil vi forvente en større avstand mellom den politiske og administrative ledelse og helsesøstrene på grasrotplan, enn i våre to mindre kommuner. Vår interesse er knyttet til hvilke oppfatninger og erfaringer den politiske -administrative ledelse i en større kommune har m.h.t. det forebyggende helsearbeidet for barn. Har en i tråd med intensjonene i kommunehelse reformen fått et lokalt eierforhold til helsestasjonsvirksomheten? Og i tilfelle - hvilken betydning har det for utformingen av tjenestene og helsesøstrenes hverdag?

Som vi viste i kap. 3, er behovet for samordning av tiltak for barn, blitt stadig sterkere understreket fra sentrale myndigheter. Vi vil i dette kapitlet analysere relasjonene mellom helsestasjon og andre deler av hjelpeapparatet med utgangspunkt i Mulford og Rogers' (1982) samordningstypologi. De sentrale spørsmål blir om samordning ser ut til å finne sted, og eventuelt i hvilken form.

5.2 HELSESTASJONSANSATTES OPPFATNING AV EGEN ARBEIDSSITUASJON

5.2.1 Hvem er de helsestasjonsansatte?

Med helsestasjonsansatte forstår vi i denne sammenheng to helsesøstre, sjefshelsesøster, helsestasjonsassistent og helsestasjonslege.

Helsestasjonsassistenten har lengst fartstid fra Enen helsestasjon. Hun har bakgrunn som barnepleier fra fødeavdelingen, og ble direkte kontaktet av helsesøstre med spørsmål om hun ville ha arbeid på helsestasjonen. Hun hadde på intervju tidspunktet vært helsestasjonsassistent i 15 år, og tilknytningen til Enen (Bergmo) strakk seg vel 10 år tilbake i tid.

Begge helsesøstrene vi har intervjuet, har lang erfaring som helsesøstre (20 og 7 år), men mesteparten av praksisen har vært i andre kommuner. De har vært tilknyttet Enen helsestasjon i henholdsvis 5 og 1 år.

Sjefshelsesøster var nettopp tiltrådt stillingen da intervjuet fant sted. Hun har tidligere arbeidet som helsesøster i Molde i 6 år, men har den seinere tid hatt mest administrative stillinger.

Helsestasjonslegen hadde på intervjutidspunktet arbeidet i 2 år på Enen helsestasjon. Hun hadde 7 års erfaring som kommunelege, og var i ferd med å gå over til privat praksis.

Med unntak av helsestasjonsassistenten ser vi at personalet i liten grad kan vise til lang tjenestetid ved Enen helsestasjon. Dette er forhold som vi i utgangspunktet vil anta bidrar til relativt løse koblinger mellom de helsestasjonsansatte og det distriktet Enen omfatter, og dermed minske sannsynligheten for at intensjonene bak "områdemodellen" preger virksomheten i dag.

Ingen av de helsestasjonsansatte var politisk aktive på intervjutidspunktet.

5.2.2 Helsesøstrenes oppfatninger av egen arbeidssituasjon

Vi har spurt helsesøstrene om hvordan de opplever sin egen arbeidssituasjon (intervjuguide del 2, se vedlegg). Vi skal først se hvordan de svarte på spørsmål om hvilke oppgaver de liker best, og når de opplever å gjøre en god jobb. Deretter skal vi se i hvilken grad de opplever problemer i arbeidssituasjonen; om de får hjelp og støtte; hvordan prioriteringene foregår, og til slutt: Hva kjennetegner idealhelsestasjonen?

a) Positive sider ved arbeidet.

Begge helsesøstrene ved Enen gir klart uttrykk for at de liker best de delene av virksomheten som innebærer nær kontakt med brukerne. Hjembesøkene blir spesielt framhevet som positive sider ved arbeidet.

En av helsesøstrene "brenner" for arbeidet med svangerskapskurs. Hun synes at hun lykkes godt med slike kurs (har fått god tilbakemelding), og ser at den kunnskapen hun får om de vordende foreldrene er nyttig når hun skal følge opp barna seinere.

Vi ser av disse svarene at helsesøstrene trives best i den delen av virksomheten som bærer mest preg av å være universelle tjenester, og da spesielt hjembesøkene. Alle som har født får tilbud om hjembesøk. En fødsel er en stor

begivenhet, der marginene mellom lykke og fortvilelse kan være små. Helsesøster opplever å ha mye å bidra med i slike situasjoner, og dette bildet blir også bekreftet av funnene i brukerundersøkelsen (Hustad og Gravseth, 1992). Av de 46 respondentene fra Molde var det bare en som opplevde at hun ikke fikk den hjelp og støtte som hun hadde behov for i forbindelse med hjembesøket. Inntreden i privatsfæren kan innebære at besøket oppfattes som en kontroll av hjemmet. Dette har i tidligere undersøkelser vært påpekt som et problemområde (Bomann-Larsen, 1986). Utfra funnene i brukerundersøkelsen fra Molde synes ikke dette å være et problem ved hjembesøkene slik de fungerer her. Flertallet synes de får nyttig informasjon og oppmuntring og støtte. Bare 7% (n=41) opplevde delvis besøket som kontroll av hjemmet.

Vi kan m.a.o. konstatere at det stort sett er samsvar mellom helsesøstrenes og brukernes positive vurdering av hjembesøkene.

På mange måter er de svarene helsesøstrene har gitt på spørsmålene om hva de liker og hva de lykkes med, lite konkrete. De nevner typer av oppgaver som det finnes standard handlingsprogram for, men de utdypet i liten grad hva de selv bidrar med i nærkontakten med brukerne.

Årsakene til dette kan være mange. Noe kan skyldes beskjedenhet. De ser ikke på eget bidrag som noe eksklusivt: Alle vet jo hva en helsesøster kan bidra med (i alle fall mødrene som sto for intervjuene!).

En annen årsak som har sammenheng med den første, kan gå på forholdet mellom "taus" og "uttalt" kunnskap (Martinsen 1993). Den tause kunnskapen er knyttet til de aspekter ved helsearbeidet som er mer allmenne. Det kan dreie seg om dagligdagse praktiske handlinger eller de mellommenneskelige samspill-sidene. Dette er aktiviteter som ligner på de vi alle utfører i vårt daglige liv. De framtrer ofte som handlinger og situasjoner vi alle har en umiddelbar forståelse av og erfaring med (Jensen, 1985).

Det kan derfor være at helsesøstrene opplever at de mangler faglige begreper utover den familiepregede rasjonalitet og de intuitive forståelsesformer. Dersom det forholder seg slik at helsesøstrenes kunnskapsgrunnlag er preget av taus kunnskap, dvs. innsikt som yrkesgruppen har akkumulert gjennom erfaring, men som ikke er bearbeidet og satt ord på, så er det grunn til å stille spørsmålstegn ved den undersøkelsesmetode som her er brukt. Åpne intervjuer stiller nettopp

krav til å sette ord og begreper i sammenheng med hverandre. Dette er spørsmål vi vil komme tilbake til.

b) Problemer i arbeidssituasjonen

På spørsmålene om hva som oppleves vanskelig i arbeidssituasjonen, er helsesøstrene langt mer ordrike. Den ene av helsesøstrene presenterer denne "problemlisten":

- "barn med sammensatte problemer
- mangler ved eget kunnskapsgrunnlag og vurderingsevne (savner spesielt kunnskap for å arbeide med grupper)
- for liten tid til disposisjon"

Den andre helsesøsteren opplever spesielt problemer knyttet til:

- "innvandrere
- omsorgssvikt
- premature/funksjonshemmede"

Når det gjelder den sistnevnte gruppen, uttrykker helsesøster følgende:

"Arbeidet med funksjonshemmede er preget av maktesløshet. Jeg opplever det som vanskelig å kunne gi oppmuntring og positiv tilbakemelding".

Dersom vi tar et grovt overblikk over de problemtypene som blir trukket fram, ser vi at det dreier seg om de brukerne som er "avvikere" i "normalpopulasjonen". Kan det være at vi her ser noe av baksiden på de universelle tjenestenes medalje? Er det slik at helsesøstrene langt på vei fungerer i tråd med Paulus' ord: "Gled dere med de glade og gråt med dem som gråter" (Rom. 12,15)? Men at helsesøstrene i tillegg til å gråte, opplever et ansvar for å få alle til å bli glade? Svarene kan tyde på at helsesøstrene trekker sitt individuelle problemløsningsansvar svært langt. Der de opplever utilstrekkelighet, stiller de spørsmål ved egen kompetanse og kunnskapsgrunnlag, heller enn å vise til faktorer utenfor eget ansvarsfelt.

c) Hjelp og støtte i arbeidssituasjonen.

I tilknytning til spørsmålene om hva som oppleves vanskelig i arbeidssituasjonen, har vi også spurt om helsesøstrene får hjelp og støtte fra andre.

I Molde møtes alle helsesøstrene fra de forskjellige stasjonene en dag i uka på avdelingen for kommunehelsetjenesten i sentrum av byen. Begge helsesøstrene understreker sterkt behovet for å treffe andre helsesøstre og sjefshelsesøster. De opplever at det kollegiale fellesskapet og den støtten de gir hverandre er av stor betydning for å kunne mestre tilværelsen som helsesøster. En sier at hun opplever et stort behov for å fortelle om arbeidssituasjonen og de opplevelser hun har. Den andre understreker det verdifulle i at på avdelinga er det alltid

"...noen som er tilgjengelig når du har opplevd noe du føler behov for å dele med noen".

Ut fra disse svarene ser det ut som om fellesdagen på kommunehelseavdelinga ivaretar viktige funksjoner av både faglig og sosial art for helsesøstrene. Vi har ikke materiale som kan belyse nærmere hvordan denne erfaringsutvekslingen og støttevirkosomheten foregår, og på hvilken måte den eventuelt virker tilbake på arbeidssituasjonen, men noen spørsmål kan likevel reises:

Er det slik at dette helsesøsterfellesskapet demper betydningen av den geografiske ansvars- og arbeidsdelinga i kommunen, ved at det bidrar til at identifikasjon og lojalitet blir knyttet til fagkollegaer heller enn til distrikt? I så fall vil dette være trekk ved organiseringen av helsesøstertjenesten i Molde som drar i retning av at profesjonsfellesskapet blir overordnet den geografiske tilknytningen. Vi finner ingenting i svarmønstrene fra helsesøstrene som tyder på at de identifiserer seg med rollen som "legens assistent". Legen blir faktisk ikke nevnt som sentral støttespiller, så i denne sammenheng finner vi at virksomheten ikke har likhetstrekk med den idealtypen vi har omtalt som den "medisinske kontrollstasjonen".

d) Prioritering av oppgaver

Det underliggende spørsmålet her er knyttet til handlingsfrihet: Opplever den enkelte helsesøster reell mulighet til å forme virksomheten ut fra sine bevisste

eller ubevisste prioriteringer? Eller er det mer snakk om å stå på så langt en rekker?

Før vi ser på svarene fra helsesøstrene på Enen, kan det være interessant å se hva sjefshelsesøster mener om dette. Hun sier at hun har inntrykk av at det er store variasjoner mellom de seks helsestasjonene i kommunen. Sjefshelsesøster aksepterer variasjoner i arbeidsmåter, men understreker behovet for likhet på noen områder, f.eks. når det gjelder lovpålagte oppgaver og hjembesøk.

Helsesøstrene vi intervjuet, er bevisste sin selvstendighet i arbeidssituasjonen, og sier rett ut at det er spillerom for egne vurderinger. Begge er enige om at helsestasjonsarbeidet har høyeste prioritet i dag, mens det ordinære hygienearbeidet (inspeksjonene) er på bunn av prioriteringslisten.

Hva helsesøstrene prioriterer innenfor helsestasjonsarbeidet, har vi ikke fått direkte opplysninger om. Ved å anta at det er en viss sammenheng mellom hvilke oppgaver en liker å arbeide med og hva en prioriterer, vil vi kunne antyde at helsesøstrene prioriterer hjembesøkene og "standardprogrammene" ved helsestasjonen. En av helsesøstrene gir uttrykk for stor tro på at BHM-prosjektet vil bidra til at framtidige prioriteringer i større grad vil bli styrt av brukernes behov. Dette kan tas som et uttrykk for at hun i dag opplever en viss avstand til brukernes behov

Når det gjelder spørsmålene om hva som begrenser handlingsfriheten, peker begge helsesøstrene på mangelen på tid og penger. De viser også til at tradisjonene for hvordan en arbeider, kan være vanskelig å bryte. En påpeker at hvor lenge en har vært i stillingen påvirker handlingsfriheten:

" Jo lenger du er på post som helsesøster, jo mindre blir handlingsfriheten. Dess bedre du blir kjent, dess mer blir du brukt."

Disse svarene kan tyde på at helsesøsterrollen kan bli "reagerende/mottakende" heller enn "initiativfremmende/oppsøkende" når ressursene er knappe. Dette vil igjen ha sammenheng med hvilke mulige strategier som finnes for "skjerming" fra akuttbehovene. I brukerundersøkelsen stilte vi spørsmål om brukerne hadde opplevd vansker med å nå fram til helsesøster utenom faste besøk (Hustad og Gravseth, 1992). Resultatene fra Molde viste at 25% (n=76) ikke hadde opplevd behov for å kontakte helsesøster utenom avtalte besøk. Vel halvparten (53%)

hadde ikke opplevd problemer med å komme fram, mens 21% sier at de av og til har opplevd slike problemer.

Det er vanskelig å trekke noen bastante konklusjoner om initiativretning/handlingsfrihet på bakgrunn av disse svarmønstrene. På den ene siden kan en framholde at flertallet av brukerne ikke har opplevd tilgjengelighetsproblemer når de på eget initiativ har hatt behov for å ta kontakt med helsesøster. På den andre siden har 1/4 ikke lyktes i sine forsøk, og dette viser at ulike typer forventninger til helsesøsterrollen kan komme i konflikt med hverandre: Hun skal både drive oppsøkende virksomhet, kunne konsentrere seg om de brukerne hun har inne til konsultasjon og være stabilt tilgjengelig for de som måtte oppleve behov for det (f.eks. ved å svare på telefoner).

Paulsen's (1990) undersøkelse viste at helsesøstertjenesten kan karakteriseres som en åpen tjeneste. Han fant at rundt 30% av konsultasjonene var brukerinitierte. Vi har i kapittel 1 antydnet to mulige forklaringer på at terskelen inn til helsesøster synes å være lav. Den ene forklaringen er knyttet opp mot NKS-tradisjonen (helsestasjonen som servicestasjon): Brukerne føler seg hjemme på helsestasjonen. Den fungerer som et samlingssted for mødre med små barn, et sted der en både kan få tilfredsstilt behovene for sosial kontakt og råd for dagligdagse somatiske problemer.

Vurdert utfra servicestasjon-perspektivet blir den ene helsesøsterens hjertesukk om at jo lenger en er i stillingen, jo mindre blir handlingsfriheten, forståelig. Så lenge helsesøster ikke aktivt forsøker å skjerme seg mot brukerinitierte henvendelser, så vil brukerne over tid kunne institusjonalisere en praksis som sier at "Jeg kan jo spørre de på helsestasjonen - for sikkerhets skyld".

Den andre mulige forklaringen på at både helsesøstre og brukere opplever at døren inn til helsesøster stort sett står åpen, finner vi ved å se helsestasjonsvirksomheten i lys av Nightingale-tradisjonen. Her vil helsesøsters arbeidsmåte - som den profesjonelle overvåkeren - nettopp være begrunnet i kontakten med alle for å finne de hjelpetrequende.

I intervjumaterialet fra Molde ser det ut som om vi får mest støtte til den sistnevnte forklaringen. Helsesøstrene legitimerer virksomheten sin ved å vise til hvor viktig det er at de har kontakt med samtlige barn. De synes ikke å ha utviklet skjermingsstrategier, fordi dette da ville kunne representere en fare mot

det tillitsforholdet som er nødvendig for at alle fortsatt skal komme på helsestasjonen. M.a.o. er åpenheten i denne sammenhengen et ledd i en profesjonell strategi.

Spørsmålet om hvorvidt de legger vekt på brukernes behov for et sosialt samlingssted, kommer ikke så klart fram av svarene på spørsmål om prioriteringer. Dette vil vi forhåpentligvis få bedre belyst når vi nå går over til å se på hvordan helsesøstrene tenker seg ideelhelsestasjonen.

e) Ideelhelsestasjonen

Vi har bedt informantene våre om å tenke helt fritt og gi oss et bilde av den ideelle helsestasjon. Svarene vi fikk fra de to helsesøstrene, ser slik ut:

A:

- tid til oppfølging av enkeltsaker
- tid til oppfølging av barn over 2 år, spesielt de som ikke er i barnehage
- få tiltak å henvise de som har problemer til
- bedre mulighet til opplæring av foreldrene

B:

- ta vare på hele familien
- bevisstgjøre og forbedre foreldrene
- oppdage de somatiske problemene
- mentalhygieniske og somatiske oppgaver bør sidestilles
- økt kompetanse både hos helsesøstre og leger

Svarene viser at helsesøstrene først og fremst ønsker seg mer tid og kvalitet i tjenestetilbudet. Det er tiltak rettet både mot barn og foreldre en spesielt ønsker å sikre en høyere faglig kvalitet. En etterlyser også tiltak der en kan henvise de som har problemer videre. Samme helsesøster påpekte at i dag fungerte barnehagene som et "universalmiddel": Det blir alltid søkt om barnehageplass når en føler at noe "skurrer".

Det er ønsket om å kunne følge bedre opp både den fysiske og psykiske utviklingen til barna, og å kunne arbeide mer direkte overfor foreldrene, som er

essensen i helsesøstrenes "idealstasjon". Ressursene en dermed etterspør blir kompetanse og tid innenfor helsestasjonens domene.

Vurdert i forhold til den idealtypiske framstillingen av ulike tradisjoner i det forebyggende helsearbeidet, finner vi at helsesøstrenes oppfatninger best lar seg plassere under "Overvåkingsmodellen": De er opptatt av å "oppdage og endre" på en omsorgsfull måte. Dette er forhold som støtter profesjons-strategi forklaringen på de lave tersklene inn til helsestasjonen: Disse synes ikke å være begrunnet i service-ideologi med vekt på å tilby et sosialt samlingssted. Vi finner heller ikke igjen intensjonene bak kommunehelsereformen og St.meldnr.37 (1992-93) med vekt på nærmiljøtilknytning, lokal tilpasning og samordning med andre deler av hjelpeapparatet.

I all hovedsak finner vi at helsesøstrenes meningsdannelse bærer sterkt preg av det kollegiale fellesskapet og de tradisjonelle helsesøsteroppgavene (slik de framstår i "Overvåkingsmodellen" og tildels i "Den medisinske kontrollmodellen"). De er faglig ærgjerrige, og synes å ha stor tro på at faglig innsikt og kompetansespredning (også til foreldre) kan gjøre livet bedre for den oppvoksende slekt. Slik sett vil vi tro at helsesøstrene først og fremst vil være interessert i endringstiltak på områder der de selv har kontroll (interne strategier, f.eks. gruppekonsultasjoner, foreldrekurs). Helsesøstrenes avmaktsfølelse overfor "problembarna/-familien" er også noe vi skal ha i mente når vi nå går over til å se på hvilke vurderinger og meninger sjefshelsesøster og de andre helsestasjonsansatte har.

5.2.3 Sjefshelsesøsters oppfatning av egen arbeidssituasjon og helsestasjonsvirksomheten

Som vi husker, hadde sjefshelsesøster nettopp tiltrådt stillingen på intervju-tidspunktet. Hun vil derfor ikke i samme grad være formet av den historiske og sosiale virkelighet som finnes i Molde. Vi har likevel funnet det fruktbart å skissere et bilde av hennes situasjons- og verdioppfatninger, slik de framsto på intervjutidspunktet.

Vurdering av ulike sider ved arbeidssituasjonen.

På spørsmål om hvilke oppgaver hun liker best/når hun føler at hun gjør en god jobb, svarer sjefshelsesøster at hun setter stor pris på den kombinasjonen av oppgaver som stillinger byr på.

På den ene siden har hun en rolle overfor publikum knyttet til de offentlige vaksinasjonene som foregår på avdelingen (f.eks. til utenlandsreisende og influensa-vaksinering) som hun setter stor pris på. På den andre siden finner hun det lederansvaret hun har overfor helsesøstrene, helsestasjonsassistentene og rengjøringspersonalet svært utfordrende.

Når det gjelder spørsmål om forhold som oppleves som problematiske i arbeidssituasjonen, så viser sjefshelsesøster til mangelen på tid. Hun opplever dette som den mest begrensede faktoren, og peker spesielt på at hun får for liten tid til å ivareta personalet.

Sjefshelsesøster har i den korte perioden hun har fungert i stillingen, opplevd at hennes overordnede, kommuneoverlegen, har vært til hjelp og støtte i arbeidssituasjonen. Hun opplever likevel at hun står alene når det gjelder personalpolitiske spørsmål.

På våre spørsmål om positive tilbakemeldinger på arbeidet, svarer sjefshelsesøster at hun blir verdsatt og får anerkjennelse både fra de overordna og de hun er satt til å lede. Hun kjente de fleste fra før og ble bedt om å søke stillingen. Slik sett føler hun seg velkommen.

Vi har allerede nevnt at sjefshelsesøster har observert tildels betydelige variasjoner mellom de seks helsestasjonene i Molde, og mener at det langt på vei er positivt med ulike arbeidsformer. Hun er imidlertid opptatt av at det må eksistere likhet på en del sentrale områder, og ser behovet for å få til noe mer standardisering ved hjelp av planlegging. Hun har ikke sterke meninger om hvor prioriteringsdiskusjonene vil komme, men antyder at det er ulike oppfatninger av 2-års kontrollen.

Sjefshelsesøsters idealhelsestasjon ser slik ut:

- "- vaksinasjonene blir ivaretatt
- større fleksibilitet, lengre åpningstid
- styrke den sosiale biten (den medisinsk-faglige biten blir godt nok ivaretatt)
- at legetjenesten får mer tid til psykososiale problemer, og øke legenes motivasjon for helsestasjonsarbeidet
- utvikle bedre samarbeidsrutiner med samarbeidspartnere - folk må få samla hjelp"

Vi ser at denne idealversjonen legger stor vekt på økt brukertilpasning. Hun setter hele tiden fokus på brukernes behov, og ønsker å endre helsestasjonen i tråd med denne. Slik sett kan vi si at sjefshelsesøster ser helsestasjonen i et "åpent perspektiv", og er opptatt av hvordan tjenestene fungerer utad.

Sammenfatning og vurdering

Dersom vi sammenholder sjefshelsesøster's oppfatninger med grasrotsøstrene, finner vi både likheter og forskjeller. Alle er opptatt av de tradisjonelle helse-søsteroppgavene, og at disse må ivaretas også i framtida.

Når det gjelder sosiale identifikasjoner, så kan svarmønstrene tyde på at sjefshelsesøster i første rekke identifiserer seg med rollen som personalleder. Hun er svært opptatt av omsorgen for personalet, og personalet er for henne mer enn helsesøstre (assistenter og rengjøringspersonale). Hun gir også uttrykk for tilknytning til helsehierakiet, i den forstand at kommuneoverlegen har vært til hjelp og støtte i arbeidssituasjonen.

Sjefshelsesøster's idealhelsestasjon representerer en noe annen vinkling m.h.t. relasjonene til brukerne enn de andre helsesøstrene har: Mens lederen er opptatt av tilpasning til brukerenes behov, legger de som står midt oppe i helsestasjonens hverdag mer vekt på tilpasning av brukerne (foreldreopplæring). Videre ser vi at sjefshelsesøster legger mer vekt på helsestasjonenes sosiale funksjon.

Sett i forhold til idealtypene, passer disse synspunktene godt under "Service-stasjonen". Men om dette er en arv fra NKS-tiden eller et uttrykk for dagens styringsideologi med vekt på økt "markedstilpasning" i offentlig sektor (f.eks. ved

hjelp av virksomhetsplanlegging, brukerundersøkelser m.m.) har vi ikke noe grunnlag for å si utfra vårt materiale.

Vi finner også islett av "Den lokale samordningsentralen" i sjefshelsesøsters oppfatninger av idealhelsestasjonen. I tråd med et "åpent brukerperspektiv", påpeker hun viktigheten av at helsestasjonen samordner innsatsen sin med andre deler av hjelpeapparatet. Hennes toleranse for variasjoner mellom helsestasjonene kan videre tyde på at hun er åpen for ulik utforming av tjenestetilbudet utfra de behov som er framtreddende i ulike distrikt.

Vi skal ikke gjøre for stort poeng utav de momenter som her er trukket fram. Sjefshelsesøster skal ha andre funksjoner og roller enn de som jobber i "felten", og dette vil klart gjenspeile seg i andre typer av identifikasjoner. At sjefshelsesøster i liten grad synes å være formet av plassering i styringssystemet, må tilskrives for en stor del den korte tiden hun har fungert i stillingen. Vi har derfor ikke grunnlag utfra det materialet vi her har sett på, å si noe om hvorvidt helsesøster-tjenesten har en integreert eller fri stilling innad i helseavdelingen, eller overfor resten av styringssystemet. Dette vil vi forhåpentligvis få bedre innsikt i når vi ser på intervjuene med den administrative og politiske ledelsen i kommunen.

5.2.4 Helsestasjonsassistentens oppfatninger av egen arbeidssituasjon og helsestasjonsvirksomheten

Helsestasjonsassistenten representerer som oftest brukernes første møte med helsestasjonen, enten de ringer eller kommer innom. Vi vil i utgangspunktet anta at det lett kan oppstå mange og tildels motstridende forventninger til denne rollen.

For det første må helsestasjonsassistenten ofte forholde seg til flere brukere på en gang. Her vil det gjerne oppstå spørsmål om hvor mye hun skal involvere seg for å hjelpe mødrene f.eks. i forhold til søsken til de barna som har time på helsestasjonen. I tillegg til spørsmål om hvor grensene for det praktiske ansvaret går, vil det være uklart om assistenten skal ta ansvar for nettverksskaping på venterommet.

For det andre vil vi anta at helsestasjonsassistenten kan komme i klemme mellom hensynet til brukerne og hensynet til arbeidsro for helsesøster (og de brukerne som er inne til konsultasjon). Stadige telefonhenvendelser og folk som "stikker innom", kan dra rolleutformingene i retning av en "portvakt".

For det tredje vil vi anta at helsestasjonsassistenten stadig får spørsmål fra brukerne. Brukerundersøkelsen (Hustad og Gravseth, 1992) viste at på spørsmål om hva ventetiden kan benyttes til, så var det i Molde hele 83% (n=76) som mente at det var svært viktig/noe viktig å bruke tiden til kontakt og prat med veiedame. På denne bakgrunn kan vi forvente at det også kan oppstå spenninger knyttet til hva helsestasjonsassistenten kan svare på.

Vi har nå trukket fram fire forhold som viser at helsestasjonsassistentrollen kan formes på ulike måter, avhengig av hvordan en forholder seg til disse dilemmaene. Det eksisterer i dag lite kunnskap om assistentrollen og dens betydning for helsestasjonsvirksomheten. Innsikt i helsestasjonsarbeidets historie og spørsmålet om hvordan Norske Kvinners Sanitetsforening har bidratt til arbeidsdelingen mellom helsesøstre og assistenter, vil være vesentlig for å få belyst helsestasjonens indre liv på dette området. I denne omgang må vi nøye oss med å gå inn på vårt ene intervju med en helsestasjonsassistent med lang erfaring fra det aktuelle distriktet.

Vurdering av ulike sider ved arbeidssituasjonen

Helsestasjonsassistenten som vi har intervjuet, vurderer sine viktigste oppgaver å være å vise brukerne til rette på helsestasjonen:

"Jeg skal sørge for at riktig person er på riktig sted til riktig tidspunkt".

Det meste av tiden går med til å ordne timeavtaler, svare på telefoner, veiing og måling. Hun opplever at oppgavene "går hånd i hånd" og synes derfor det er vanskelig å si noe om hva hun liker best å arbeide med. Hun liker imidlertid svært godt at det er en selvstendig jobb:

"Jeg styrer meg selv, men jeg er selvsagt avhengig av andre. Kan kanskje kalle meg et bindeledd - nei, det var kanskje for voldsomt. Jeg vil ikke overdrive den rollen jeg har. Men jeg synes det er positivt å bli kjent med de

som kommer på helsestasjonen. Spesielt de som kommer med flere barn lærer vi jo å kjenne. Tror kanskje brukerne også setter pris på at de møter den samme, selv om de ikke sier det direkte".

Noen ganger kan det bli svært hektisk på venterommet, men assistenten opplever få klager:

"Folk blir kjent med hverandre og prater om ungene sine mens de venter. Kanskje det ikke er så galt med litt venting?"

Helsestasjonsassistenten sier videre at hun opplever ofte at de som har født samtidig, ber om å få time sammen slik at de kan holde kontakten.

Disse synspunktene får assistenten støtte for i brukerundersøkelsen (Hustad og Gravseth, 1992). Hele 91% (n=76) svarer at de synes ventetiden på helsestasjonen er passe lang. Dette kan tyde på at brukerne trives på venterommet, og at denne muligheten til kontakt med andre i samme situasjon er en viktig del av helsestasjonsbesøket.

Helsestasjonsassistenten er opptatt av at skilsmisser og arbeidsledighet skaper problemer for mødrene og barna, og at mange har en vanskelig livssituasjon:

"Det er sjelden at noen sier direkte på venterommet at de selv er ensomme, men mange sier at ungene har for få leikekamerater. Da blir mødrene veldig slitne."

Helsestasjonsassistenten opplever den hjelpen og støtten hun får fra helsesøstre, som helt enestående, og sier at hun egentlig er forundret over at hennes gruppe blir så verdsatt:

"Alle sier at den jobben vi gjør er viktig. Da det ble diskutert nedskjæringer, sa helsesøstre at de ikke kunne drive helsestasjonene uten oss".

Når det gjelder spørsmålet om idealhelsestasjonen, så synes assistenten at dette spørsmålet egentlig passer best for helsesøstre. Hun har ikke sterke meninger om dette, men tror at tilbudet i dag er godt nok for de "normale", men at en burde få et bedre tilbud til de som trenger det mest. Hun peker videre på at det er ikke

så greitt for mødrene å komme så ofte på helsestasjonen etter at de har begynt i arbeid. F.eks. ønsker mange å få hele 4-års kontrollen på en dag.

Sammenfatning og vurdering

Svarmønstrene viser at det som særpreger helsestasjonsassistentens problemstruktur, er en sterk identifikasjon med mødrenes situasjon. Selv om hun langt på vei definerer sin egen rolle utfra de praktiske oppgavene den innbefatter, så ser vi likevel at hun føler ansvar for det sosiale miljøet på venterommet. Hun vektlegger kontinuitetssiden - det positive med å bli kjent med folk over tid. Men svarmønstrene gir ikke grunnlag for å si at hun spesielt identifiserer seg med det distriktet som danner nedslagsfelt for Enen helsestasjon.

Sett i forhold til idealtypene for helsestasjonsvirksomhet, så synes assistentens rolleutforming å passe godt inn under "Servicestasjon" - modellen. I tråd med det vi kjenner fra NKS-tradisjonen, er hun først og fremst opptatt av mødrene og deres livssituasjon.

Innledningsvis var vi opptatt av hvorvidt det kan oppstå konflikter mellom hensynet til helsesøster og hensynet til brukerne. Det ser ikke ut som om dette er et problem for den assistenten vi har snakket med. Hennes engasjement for mødrene ser ut til å bli balansert opp mot en høy grad av lojalitet til helsesøstrene. Hun har opplevd flere utskiftninger av helsesøstre, men har bare godt å si om samarbeidet med samtlige.

Samlet sett synes arbeidsdelingen mellom helsesøstre og assistent å bære preg av høy grad av fleksibilitet; det vi utfra et organisasjonsteoretisk perspektiv vil kalle en organisk struktur (Flaa m.fl., 1987). Her er det snakk om å finne tilpasninger etterhvert som problemene oppstår. En organisk struktur er velegnet når problemene skal løses er komplekse og skiftende. Det er videre en demokratisk organisasjonsform i.o.m. at beslutningsmyndigheten i stor grad er ført ned til den enkelte arbeidsenhet. Få føringer ovenfra og høy autonomi på lavere ledd i systemet, har imidlertid sin pris. Et av de sentrale problemene ved slike systemer er at de stiller store krav til de som skal arbeide der. Forventningene som stilles til den enkelte kan være mange og lite entydige, noe som gjør at konfliktpotensialet er stort i slike organisasjoner.

Nå skal vi ikke gå for langt i diskusjonen om organisasjonsform innad på helsestasjonen. Vi mangler helsestasjonslegen for å si noe mer helhetlig om hva som kjennetegner arbeids- og ansvarsdelingen. Det vi i imidlertid synes å ha funnet, er at forholdet mellom assistent og helsesøstre preges av gjensidig tilpasning og en god porsjon godvilje. Sistnevnte faktor kan forklare hvorfor vi ikke finner spor av konflikter i relasjonen mellom assistent og helsesøstre. Dette kan ha bakgrunn i at assistenten ikke har en faglig definert rolle, og vil derfor kunne utgjøre det "anvendelige" bindeleddet som trengs for å koble de ulike funksjoner helsestasjonen skal ivareta.

Hvordan vil de nye "trendene" i helsestasjonsarbeidet påvirke assistentenes rolle? Økt vekt på gruppekonsultasjoner og mer bevisst bruk av ventetiden (til informasjon, f.eks. ved hjelp av video), vil skape nye rammebetingelser for assistentrollen. Det kan se ut som om slike omlegginger kan føre til at helsesøster overtar kontrollen over større del av helsestasjonsvirksomheten, og at assistenten kan få en mer teknisk rolle.

5.2.5 Helsestasjonslegens oppfatninger av egen arbeidssituasjon og helsestasjonsarbeidet

Mens helsesøster og assistent har sine roller så og si fullt ut knyttet til det forebyggende barnehelsearbeidet, så er arbeidet på helsestasjonen bare en liten bistilling for de fleste leger som er involvert i dette arbeidet. I en undersøkelse i 4 fylker viste det seg at gjennomsnittlig stillingsstørrelse for helsestasjonslegene var 4.3.t/uke (Langhammer m.fl., 1992).

Samme undersøkelse viser at gruppen av helsestasjonsleger skiller seg noe ut fra fordelingen blant samtlige leger i de 4 fylkene når det gjelder alder og kjønn. Helsestasjonslegenes gjennomsnittsalder er 38.7 år, mens gjennomsnittet for hele legegruppen var 47.8 år. Fordelingen menn/kvinner var 72/28 i helsestasjonsgruppen og 82/18 i totalgruppen.

Spørsmålet om motivasjonen blant legene, har vi allerede berørt tidligere i rapporten, og vi husker at sjefshelsesøster var spesielt opptatt å skape større motivasjon for helsestasjonsarbeidet. Det synes å være en tradisjonell oppfatning at helsestasjonsarbeidet er lite attraktivt for legene, og Langhammer m.fl (1992)

uttrykker derfor både glede og forbauselse over svarene i deres undersøkelse. Her viser det seg nemlig at flertallet av legene (62%, n =220) faktisk har ønsket å arbeide på helsestasjonen. Videre mener 70% av de spurte at det er viktig å øke helsestasjonslegenes engasjement, og da først og fremst når det gjelder rolleavklaring, evaluering og faglig veiledning. Forfatterne trekker på denne bakgrunn konklusjoner om at legene ikke er fornøyde med arbeidsfordelingen i dag:

"Antagelig opplever mange leger arbeidssituasjonen som uklar på flere måter, og at arbeidet i stor grad føles styrt av gamle rutiner og ikke av gjennomtenkte planer og evalueringer.....72% ønsker klargjøring av legens rolle, hvilket tyder på stor usikkerhet i forhold til ansvarsdeling" (s 64).

Til tross for uklarhetene som synes å tyngre legene, oppgir 69% at samarbeidet med helsesøster er "meget godt".

På spørsmål om hva som kjennetegner helsestasjonslegens rolle, viser det seg at den største gruppen opplever seg som "konsulent for helsesøster". Det er imidlertid et ganske stort mindretall som opplever rollen som "selvstendig initiativtaker", og i denne gruppen er kvinnene overrepresentert.

Vi har nå sett på en del momenter i forhold til helsestasjonslegenes rolleutforming. Den undersøkelsen vi har referert til, gir liten støtte til tradisjonelle oppfatninger av helsestasjonsarbeidet som en tung plikt for legene. Nå er det spørreskjemamaterialet som danner utgangspunktet for analysen til Langhammer m.fl., ikke av en slik karakter at det får fram nyansene i de erfaringene og holdningene helsestasjonslegene måtte ha. Det blir mye snakk om statistiske sammenhenger, frikoblet fra tid og sted. Undersøkelsen får derfor ikke fram det som er et vesentlig poeng i vårt arbeide: nemlig hvorvidt vi finner ulike lokale tilpasninger av rollene. Men den nevnte undersøkelsen setter søkelyset mot de dilemmaer eller spenninger som er knyttet til legenes rolle på helsestasjonen. Disse spenninger ser ut til å være knyttet til hvorvidt legen skal ha en selvstendig rolle på helsestasjonen. Dette spørsmålet har igjen sammenheng med kjennetegn ved organisasjonsutformingen. Vi husker fra vår egen undersøkelse at relasjonene mellom helsesøster og assistent var preget av en organisk struktur. I undersøkelsen til Langhammer m.fl. kan det se ut som om legene etterlyser en mer mekanisk organisasjonsstruktur, med høy grad av formalisering og strukturering.

Vi skal nå gå over til å se på svarmønstrene slik de framkommer fra vår helsestasjonslege-informant. Med sine ukentlige 5 timer til helsestasjonsarbeid (3t på Enen og 2 t på en annen stasjon), plasserer hun seg svært nær gjennomsnittet i Langhammer m.fl.'s undersøkelse.

Vurdering av ulike sider ved arbeidssituasjonen.

Legen opplever generelt at hun gjør en god jobb på helsestasjonen. Hun trekker fram kommunikasjonen med foreldrene som det mest positive ved arbeidet på helsestasjonen. Hun føler ikke at gruppekonsultasjoner gir det samme:

"...Kanskje fordi jeg er vant med enkeltkonsultasjoner. Men pasienten kommer fram med mer når det skjer individuelt".

De problematiske sidene ved jobben er knyttet til det hun omtaler som "sosiale tilfeller". Det dreier seg om tilfeller der det er åpenbare sammenhenger mellom helse og det miljøet barnet lever i (f.eks. alkohol og nye samboere):

"Moren sier at barnet har vondt i magen, men hun vil ikke se situasjonen barnet lever i".

Legen synes videre at vanskelighetene i arbeidet er knyttet til det hun ikke får gjort:

"Tiden er knapp. Helsesøster kommer med papir på ny pasient, og jeg må skyve pasienten ut av kontoret".

Brukerundersøkelsen viser at 21% (n=76) opplever at den tiden de får hos legen er for knapp (Hustad og Gravseth, 1992). Som en sammenligning, kan vi nevne at 12% av de spurte opplevde knapphet på tid hos helsesøster. Disse svarene tyder på at for flertallet av brukerne, er tidsrammen hos legen akseptabel. Men det er et betydelig mindretall, som har behov utover det oppsatte tidsskjema. Dette synes å være et eksempel på at standard handlingsprogram er tilpasset "normal-klienten", og at legen selv ikke opplever å ha kontroll over "tempoet på samle-båndet".

På spørsmålene om hjelp og støtte i arbeidssituasjonen, svarer legen at hun har god kommunikasjon og kontakt med helsesøster. Når det gjelder rollefordelingen, så er legen klar på at:

"Det er helsesøster som bestemmer opplegget, og det er rett og rimelig. Jeg prøver å føye meg etter henne.....Vi har sjelden store konflikter. Helsesøster er sjefen, vi andre er støttespillere."

Disse svarene tyder på at "vår" lege ikke har samme oppfatninger som flertallet av de spurte i Langhammer m.fl.'s undersøkelse. Som nevnt var det her over 70% av de spurte som ønsket en nærmere avklaring av roller og ansvarsforhold på helsestasjonen. Vårt materiale tyder på at legen ikke har ambisjoner i forhold til helsestasjonsarbeidet. Det dreier seg om en birolle som hun får tildelt av helsesøster. Frustrasjonene er knyttet til tidsressursen, at det blir vanskelig å gjøre en faglig god jobb i forhold til problemtilfellene.

Legen opplever å bli verdsatt både av brukerne og helsestasjonspersonalet. Legekollegaene er imidlertid mindre positive til helsestasjonsarbeidet:

"Helsestasjonsarbeidet er rutinearbeid. Det er for kort tid med hver pasient, får ikke gjort noe med problemtilfellene. Jeg kommer ikke til å savne helsestasjonen. Tror det er et generelt syn blant leger at helsestasjonsarbeidet er lite utfordrende kjøttkontroll. Det er nok å ta fatt i, men det er for lite tid til å gå i dybden."

Legen tegner følgende bilde av sin idealhelsestasjon:

- mindre vekt på å sjekke hjerter og lunger hver gang
- se mer på helheten - mor-barn forhold, hvordan familien fungerer sosialt

Hun runder av utlegningen av idealstasjonen med å vise til den avmakten hun opplever:

"Det er fryktelig vanskelig å gjøre noe annet enn å påpeke. Kanskje mora har 2-3 samboere mens barnet vokser opp. Det er samfunnet som bør forandre seg. Vi makter lite."

Sammenfatning og vurdering.

Svarmønstrene viser at legen på intervjutidspunktet ikke opplevde noen sterk identifikasjon med helsestasjonsarbeidet. Hun preges av frustrasjon over tidsknapphet og manglende hjelp til de med psykososiale problemer. Vi husker at helsesøstrene også opplevde avmakt i forhold til de med sammensatte problemer, men det er viktige forskjeller i måten å definere problemene på. Helsesøstrene var tross alt optimistiske i sin tro på at mye kunne vinnes ved hjelp av økt kompetanse og nye arbeidsmåter. Helsestasjonslegen ser det hele som mer håpløst: Problemene er samfunnsskapte, og må løses på samfunnsnivå. Hun finner ikke løsningene innenfor den tradisjonelle lege-pasient relasjonen, og synes ikke å se noen alternativer til denne. Det er på denne bakgrunn ikke overraskende at legen velger exit i forhold til helsestasjonsarbeidet.

Vi var i utgangspunktet opptatt av eventuelle ansvars konflikter mellom helsesøster og lege. Svarmønstrene gir ingen holdepunkter for at det her var noen rivalisering på intervjutidspunktet. Forholdet synes å være forankret i en tradisjon der legen ikke er en del av det daglige livet på helsestasjonen, men en deltidsdeltaker som hverken krever eller får rettigheter og plikter i et arbeidsfellesskap.

Vurdert i lys av idealtypene, ser det ut som legen i dette tilfellet er frustrert over at helsestasjonen ikke er noe mer enn en "medisinsk kontrollstasjon". Hun opplever "kjøttkontrollene" som lite meningsfulle, fordi hun ikke har mulighet til å gjøre noe med de problemene som avdekkes.

Legens situasjonsbeskrivelser skiller seg imidlertid fra den "medisinske kontrollstasjonen" på et viktig punkt: Intervjuet gir på ingen måte støtte til antakelsen om et helsehierarki, der helsesøster inngår som legens assistent. Tvert imot opplever helsestasjonslegen at helsesøster er sjef, hun selv er bare en støttespiller.

Det materialet vi her har til rådighet, er altfor snevert til å kunne si noe meningsfylt om grenseoppgangene mellom helsesøstre og leger. Fordi jurisdiksjoner formes over lang tid, må grenseoppganger mellom profesjoner studeres i et historisk og helst komparativt perspektiv.

5.2.6 Sammenfatning

Vi har nå med bakgrunn i intervjumaterialet fra Molde, forsøkt å belyse hvordan aktører knyttet til Enen helsestasjon opplever sin egen arbeidssituasjon og arbeidet ved helsestasjonen. Bare 3 av informantene, 2 helsesøstre og 1 assistent, har denne helsestasjonen som hovedbeskjeftigelse. Både for sjefshelsesøster og helsestasjonslegen blir det mer snakk om deltidsroller.

Vi har sett svarmønstrene i lys av de idealmodellene for helsestasjonsarbeidet vi presenterte i kapittel 1. Svært forenklet kan vi si at de helsestasjonsansatte synes å være preget av forskjellige modeller. I det daglige arbeidet på helsestasjonen står nok "overvåkingsmodellen" sterkt siden begge helsesøstrene synes å identifisere seg med denne. "Servicemodellen" og den "medisinske kontrollstasjonen" vil også være representert ved henholdsvis assistent og lege. Den idealmodellen som ligger nærmest opp til sentrale myndigheters ønsker for hvordan dagens helsestasjon skal fungere, "Den lokale samordningsentral", synes ikke å prege de som utfører arbeidet på helsestasjonen. Hos sjefshelsesøster fant vi imidlertid synspunkter i overensstemmelse med denne idealmodellen.

Svarmønstrene kan tyde på at det daglige helsestasjonsarbeidet skjer innenfor et mer lukket system enn det dagens politiske intensjoner legger opp til. Det blir derfor i fortsettelsen spennende å se hvordan helsestasjonens potensielle samarbeidspartnere ser på virksomheten.

5.3 SAMARBEIDSPARTNERES OPPFATNINGER AV HELSESTASJONSVIRKSOMHETEN

Helsestasjonens samarbeidspartnere er med i undersøkelsen primært av hensyn til de problemstillinger som omhandler samordningen av de forebyggende helsearbeidet for barn. Materialet fra Molde omfatter intervju med:

- hjemkonsulent ved sosialkontoret, avdeling for barnevern (nyopprettet stilling 1992)
- fysioterapeut
- jordmor

- psykolog ved PP-kontoret
- klinisk pedagog ved førskolekontoret

De fem informantene representerer ulike fagfelt, de arbeider med forskjellige målgrupper og har ulike geografiske nedslagsfelt. Ingen av dem forholder seg utelukkende til Enen helsestasjon. Det betyr at oppfatningene av helsestasjonene er preget av forskjellige typer av erfaringer og kontaktflater.

Vi skal i det følgende forsøke å gi et bilde av hvilke oppfatninger samarbeidspartnerne har av helsestasjonen. Vi skal ikke gå inn på samarbeidsmønsteret i denne omgang, men forsøke å "speile" de oppfatninger vi fant blant de helsestasjonsansatte, mot synspunkter fra de som ser virksomheten utenfra.

Her kan en selvsagt diskutere hva som skal oppfattes som avhengig og uavhengige variabler: Er det slik at samarbeidspartnerens oppfatninger av helsestasjonen er et resultat av de konkrete samarbeidserfaringene en har gjort seg? Eller er det slik at de forestillingene en har i utgangspunktet om hva helsestasjonen er og hvordan de ansatte arbeider, setter rammene for eventuelle kontakter?

Vi har valgt å gå til materialet med et åpent forhold til årsakssammenhengene. Vi antar at det vil være mest fruktbart å forsøke å avdekke oppfatningene av helsestasjonen først, for så å relatere disse til kjennetegn ved kontaktmønsteret.

To av informantene beklager at de har lite kjennskap til det arbeidet helsesøstrene gjør, men alle fem er samstemte på hva som ses som positive faktorer ved tilbudet: Den breie kontaktflaten og det ufarlige utgangspunktet gir unike muligheter. En av informantene sier videre at hun opplever at helsesøstrene som yrkesgruppe er "åpne og positive".

Tre av informantene opplever at helsestasjonsvirksomheten er svært "person-avhengig". En av dem uttrykker seg slik:

"Det er stor forskjell på helsesøstrene, noe som jeg tror har sammenheng bl.a. med utdanningstidspunkt. Tidligere sto helsen i sentrum, men i den senere tid har sosiale problemstillinger fått stadig større betydning og prioritet i arbeidet helsestasjonen. Men det betyr også at helsestasjonen blir tillagt flere oppgaver."

En fjerde informant mener at det er en svakhet ved helsestasjonstjenesten at de ikke har utarbeidet "overorda mål, strategier og retningslinjer" som samarbeidspartnerne kan forholde seg til.

Selv om samtlige framhever det positive ved helsestasjonen som et universelt tilbud, er det flere av informantene som også er inne på svakhetene ved massestrategiene. En sier:

"Helsesøster ser ikke alltid helheten. I iveren behandles alle likt som følge av punktene som en skal gjennom på skjemaet.... Psykiske problemer kommer i bakgrunnen p.g.a. rutinen i besøkene".

Vi ser av svarmønstrene at på spørsmål om helsestasjonsvirksomheten, er det helsesøstrene informantene har oppfatninger om. Helsestasjonslege og assistent blir ikke nevnt. Dette tyder på at det utad blir satt likhetstegn mellom helsesøster og helsestasjon, og bekrefter det bildet vi tidligere har tegnet av helsestasjonslegen som en noe perifer deltidsaktør på helsestasjonen.

Videre ser vi at informantene er nokså generelle i sine karakteristika av helsestasjonsvirksomheten. De går i liten grad inn på konkrete oppgaver og spenninger knyttet til disse, men viser til både positive og mer problematiske sider ved massestrategier. Flere har dessuten erfaringer med at samarbeidet med helsestasjonen, er personavhengig. Dette kan tyde på at helsesøsters rolle er "utydelig" slik den framstår for våre informanter. Spørsmålet om hvorvidt en kan snakke sammen, blir da gjerne oppfattet som et spørsmål om personlige egenskaper, heller enn trekk ved yrkesrollen.

Ut fra en samlet vurdering av intervjumaterialet kan det se ut som informantene med stor entusiasme og detaljrikdom beskriver sitt eget arbeidsfelt, men at det blir mer magert når de blir bedt om å si noe om helsestasjonen. Dette er i og for seg ikke så uventet, men en kan stille spørsmål om resultatet hadde vært det samme dersom spørsmålene f.eks. dreide seg om barnevern? Kan det være at "meningsfattigdommen" gjenspeiler at helsestasjonen er så "lite spesiell"? Den har et generelt arbeidsfelt, møter alle barn og bygger på kunnskap/teknologi som kan oppfattes som mer generell enn eksklusiv. Dette kan bidra til at det er få arenaer for meningsdannelse for forhold som har med helsestasjonen å gjøre. Det er lite trolig at det er helsesøsters problemdefinering som diskuteres rundt

omkring i andre deler av hjelpeapparatet, og oppfatningene vil derfor gjenspeile nokså generelle synspunkter på tjenesten (tildels også farget av egne erfaringer som bruker. Dette ble lagt vekt på av en av informantene).

Meningsfattigdommen kan også forstås på bakgrunn av de forhold vi var inne på i forrige avsnitt: I tråd med "overvåkingsmodellen" fungerer helsestasjonen nokså lukket i forhold til omgivelsene. Når praksis ikke blir eksponert, vil det heller ikke være noe grunnlag for å danne seg meninger på bakgrunn av egne observasjoner og erfaringer. Slik sett kan det lett oppstå mytedannelser rundt virksomheten. Det kan f.eks. stilles spørsmål ved om påstandene om at helsestasjonen representerer et universelt og ufarlig tilbud, representerer en slik myte.

Vi har også stilt spørsmål til de helsestasjonsansatte om hvordan de tror de blir oppfattet av sine samarbeidspartnere. En av helsesøstrene svarte at hun trodde samarbeidspartnerne opplevde helsestasjonen som en interessant samarbeidspartner p.g.a. den breie kontaktflaten, men at vurderingene var personavhengige, alt etter hvilken helsesøster de hadde kontakt med.

Den andre helsesøsteren mente at samarbeidspartnerne hadde flere ankepunkter mot helsestasjonen:

"Når det gjelder sosialkontoret og PPT så synes de at vi er elendige. Dette fordi papirarbeidet etter deres mening ikke blir gjort godt nok. Og de synes helsestasjonen burde være mer effektive i behandlingen av enkeltsaker."

Vi ser at synspunktene et stykke på vei er sammenfallende: Helsestasjonens kontaktflate samt variasjoner knyttet til personlige egenskaper framheves av informanter både inni og utenfor helsestasjonen. Det avvikende punktet er knyttet til at den ene helsesøsteren mener at noen samarbeidspartnere har negative oppfatninger av helsestasjonen. Dette synspunktet kan ikke sies å få støtte i vårt materiale, men her må vi igjen minne om at det ikke dreier seg om noen fullstendig analyse av alle mulige samarbeidspartnere og deres oppfatninger av helsestasjonen.

Vi finner det vanskelig å se samarbeidspartnerenes oppfatninger i lys av idealmodellene. Til det er synspunktene for generelle. Men vi kan i alle fall slå fast at heller ikke hos samarbeidspartnerne får "Den lokale samordnings-sentralen" støtte. Utfra gjennomgangen av samarbeidspartnerenes oppfatninger

av helsestasjonen, vil vi heller si at vi har moderate forventninger til grad av samordning innen det forebyggende barnehelsearbeidet. Svarene tyder på generell velvilje, men få konkrete synspunkter på arbeidet som drives i regi av helsestasjonene.

5.4 POLITISK OG ADMINISTRATIV LEDELSES OPPFATNINGER AV HELSESTASJONSARBEIDET

I Molde har vi intervjuet ordfører, rådmann og leder av helse- og sosialutvalget om deres synspunkter på det forebyggende helsearbeidet for barn. To av disse informantene framhever den kjennskapen de har til helsestasjonen gjennom rollen som brukere. Den tredje sier at han har vært på besøk på helsestasjonen, men opplever at han har dårlig kjennskap til virksomheten.

Ordfører og leder av helse- og sosialutvalget uttrykker på samme måte som de faglige samarbeidspartnerne til helsestasjonen, stor generell velvilje. En sier:

"Det er en generell styrke at helsestasjonen har kontakt med så mange. Det innebærer et forebyggingspotensiale. Helsestasjonen er et folkelig tilbud med positivt fortegn. Et trygt sted der foreldrene kan ta imot råd og der det også er kjekt for ungene".

Den andre bruker disse ordene:

"Helsestasjonen driver nå med mer enn tidligere. Veiing og måling ble det lagt mer vekt på før. Nå er det viktig med livsmiljø. De samarbeider med biblioteket og gir en bok til småbarnsforeldre i samarbeid med Dahls bokhandel."

Rådmannen er mer instrumentell i sin vurdering av helsestasjonsvirksomheten:

"Helsestasjonen må konsentrere seg om forebygging av sykdom: vaksinasjoner og helseopplysning. Hvis denne delen av virksomheten faller bort, kan andre ta over. Dette er rasjonalet for virksomheten. Men når de først er der, er de gode samarbeidspartnere for andre. Det gjelder de mørkere sidene knyttet til barns forhold, der er det en mulighet for helsestasjonen å yte noe

positivt..... Men man må spørre seg om dette arbeidet nødvendigvis må utføres i helsestasjonen?"

Vi ser at rådmannen stiller spørsmål ved hvilke oppgaver som nødvendigvis må utføres på helsestasjonen. Han synes å legge nokså strenge medisinsk-faglige kriterier til grunn for eksistensberettigelsen. Dette i motsetning til de politikere vi har intervjuet, som i større grad betoner de sosiale funksjonene knyttet til helsestasjonen.

Videre i intervjuet knytter rådmannen sine kritiske spørsmål til samordningsbehovene:

"Vi kjemper med å få virksomheten til å fungere som en helhet. Det er så mange ledd og instanser i bildet, at det er ønskelig å få en samlet etat, et nettverk for alle som arbeider for barn."

Både rådmann og ordfører opplyser at de sjelden har direkte kontakt med helsesøstertjenesten. Leder av helse- og sosialutvalget opplever at sjefshelsesøster er grei og lett å ha med å gjøre, men hun uttrykker bekymring over det kommunale hierarki:

"Jeg synes det blir for mange sjefer og lurert på hvor mye som forsvinner på veien?"

Utvalgslederen er heller ikke fornøyd med helsestasjonsvirksomhetens evne til å være premissleverandør:

"Jeg synes helsestasjonene er lite flinke til å formidle sine behov. Det blir mye syting uten at de kommer med konstruktive forslag."

Ordføreren og rådmannen har ikke synspunkter på hva som kjennetegner en idealhelsestasjon, men utvalgslederen formidler følgende ønsker:

"Idealhelsestasjonen er uten timeavtaler. En kan bruke tid på de som har behov for det. Mye kaffe - en del av nærmiljøtilbudet. Kunne tenke seg en inndeling av Molde i regioner, og bygge ut et totalt tilbud til befolkningen i et område. En del av gruppevirksomheten som helsestasjonene driver, kan kanskje videreføres til sosialkontoret"

Her må vi opplyse om at utvalgsleder må sies å ha en tung faglig ballast for sin politiske rolle. Hun er utdannet sosionom med videreutdanning i barnevern, planlegging og ledelse. Hun har yrkeserfaring fra PPT og er nå barnevernskonsulent i fylkeskommunen.

Dersom vi ser svarmønstrene under et, så er det klart at utvalgsleders store engasjement og innsikt i feltet, samt ordførers generelle velvilje, gir inntrykk av at helsestasjonen har høy grad av politisk støtte. Det mest interessante synes vel å være at politikernes oppfatninger går i retning av å se helsestasjonen på en måte som samsvarer med det vi har omtalt som "servicemodellen", mens rådmannen synes å foretrekke den "medisinske kontrollstasjonen". Vi finner islett av den "lokale samordningssentralen" i utvalgslederens oppfatninger, men grovt sett må vi kunne si at vi har observert tildels betydelig avstand mellom sentrale myndigheters målsettinger i det forebyggende barnehelsearbeidet og synspunktene til lokale politikere og administrativ leder.

Vi merker oss videre fraværet av tette koblinger mellom helsestasjonsvirksomheten og den politiske og administrative ledelse i kommunen, og stiller spørsmål om dette har sammenheng med organisasjonsmodellen der helsesøster-tjenesten blir representert ved kommunelege I. Dette er spørsmål vi vil komme tilbake til.

5.5 ANALYSE AV SAMARBEIDS- OG SAMORDNINGSMØNSTERET

Dersom vi skal forsøke og oppsummere noen hovedinntrykk m.h.t. samarbeidspartneres og politisk og administrativ ledelses synspunkter på helsestasjonsarbeidet, så er ordet harmoni mest nærliggende. Med rådmannens kritiske spørsmål som et unntak, så må vi si at fraværet av prinsippdiskusjoner i forhold til helsestasjonens rolle er et markant trekk i svarene. Vi har antydnet noen mulige forklaringer på dette: Nettopp det universelle preget ved helsestasjonens arbeidsfelt, gjør at profilen blir uklar og kanskje også ufarlig sett utenfra.

Hvilke koblinger kan tenkes å eksistere mellom måten helsestasjonen blir oppfattet på og forekomsten av tverrsektorielle/-institusjonelle arbeidsformer? Fra sentralt hold kommer det nå signaler om økt vekt på samordning mellom

helse- og sosialtjenesten i det forebyggende arbeidet for barn (NOU 1991:10 og St.meld.nr.37(1992-93)). Her heter det bl.a.:

".....Dette peker i retning av at barnevern og helsestasjoner finner felles oppgaver i et avgrenset lokalsamfunn som ikke er større enn at samarbeidspartnerne kjenner hverandre samtidig som de kjenner befolkningen og distriktet" (St.meld.nr.37(1992-93), s. 90).

Her ser vi at det er "Den lokale samordningsentral", eller som Sosialdepartementet velger å uttrykke det, "områdemodellen", som framheves. Vi har i vår gjennomgang av oppfatningene blant helsestasjonsansatte i en bydel i Molde, vist at orienteringen mot distriktet er lite framtredd blant våre informanter. Spørsmålet i fortsettelsen blir: Hvilke arenaer for kontakt finnes i dag, og hvordan er erfaringene? Dette skal vi se nærmere på i dette avsnitt.

I teoridrøftingen i kap.1 fant vi det hensiktsmessig å skille samordning fra samarbeid og ressursutveksling. I avklaringen av samordningsbegrepet støttet vi oss til Mulford og Rogers' (1982) typologi som skiller mellom tre samordningsstrategier: Gjensidig tilpasning, allianser og innlemmelse. Vi skal i det følgende ta utgangspunkt i informantenes erfaringer og synspunkter, og forsøke og danne oss et bilde av samordningsmønsteret: I hvilken grad og på hvilke områder finner samordning av det forebyggende barnehelsearbeidet sted?

Helsesøstrene må kunne karakteriseres som generalister (Paulsen, 1990). Deres styrke er det integrerte perspektivet: evnen til å se helheten i livssituasjonen til den enkelte bruker/familie. Generalistens svakhet er begrenset dybdekunnskap. En måte å overkomme denne svakheten på er å etablere nær kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Tidligere undersøkelser har vist at svært mye av kontaktnettet til helsesøstre er knyttet til arbeidet med skolebarn (Paulsen, 1990). Her er det helsesøstre og lærerne som står som de hyppigste initiativtakere, og det er familie- og psykisk relaterte problemstillinger som dominerer. Grunnskolebarnas dominans som tema for samarbeidsmøter, er et interessant trekk sett på bakgrunn av at skolehelsetjenesten oppleves som et nedprioritert felt og helsesøstre synes å ha sin lojalitet og interesse knyttet til helsestasjonsarbeidet. Nå omfatter ikke vår undersøkelse skolehelsetjenesten, men svarmønstrene i Paulsens' undersøkelse gir likevel grunn til å stille noen spørsmål til vårt materiale: Er det slik at kontakthypigheten er størst på de områder helsesøstre ikke opplever å gjøre en god jobb/føler seg utilstrekkelige?

Vil helsesøstrene på områder der de opplever å ha mye å bidra med, ikke oppleve behov for kontakt med andre deler av hjelpeapparatet og heller forsøke å skjerme seg mot "innblanding"?

Hatling (1993) har undersøkt samarbeidsrelasjonene mellom hjemmesykepleiere, leger og helsesøstre i 7 kommuner. Han finner at samarbeidet mellom deltjenesten i helseetaten er saks- og klientrettet. Han finner store variasjoner innad i yrkesgruppene, men generelt er det legene som er minst samarbeidsorienterte. Hatling har også undersøkt hvilke relasjoner de tre helseprofesjonene har til andre sektorer. Her finner han at helsesøstrene samarbeider ofte med sosialkontoret om enkeltklienter og barnefamilier. Helsesøstrene ga i denne undersøkelsen uttrykk for at de hadde stadig behov for å drøfte saker med sosialkontoret før de utviklet seg til barnevernsaker. De øvrige relasjonene (til f.eks. undervisningssektoren) fant Hatling (1993) å være preget av sak til sak orientering og mot nytte for egen tjeneste. Samarbeid viste seg i stor grad å være avhengig av individuelle interesser og ferdigheter blant yrkesutøverne.

Begge helsesøstrene i vår undersøkelse i Molde gir uttrykk for at de har godt kjennskap til andre deler av hjelpeapparatet. Når det gjelder spørsmålet om hvem de anser som sine viktigste samarbeidspartnere, finnes noen individuelle variasjoner, men hovedmønsteret er likt. Den ene helsesøsteren gir oss denne rangeringen:

1. Barnelege
2. Sosialkontor og PPT

Den andre helsesøsteren har følgende liste:

1. Fysioterapeut
2. PPT
3. Sosialkontoret

Begge har i tillegg en liste over instanser som de sjelden har kontakt med. Der finner vi barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, familievernkontor, tannlege, jordmor, fødeavdeling og flyktningekonsulent.

Ved en vurdering av helsesøstrenes rangering av sine samarbeidspartnere, slår det oss at det er de somatiske problemene som topper. Barnelege og fysioterapeut

har dybdekunnskap på områder der helsesøster langt på vei er amatør. Hos henne ringer "alarmklokken", men hun rår ikke selv over virkemidler i tilfeller med somatiske problemer eller mistanke om slike.

Vi har ikke intervjuet barneleger i denne undersøkelsen, og kan derfor ikke si noe om hvordan kontakten med helsestasjonen oppleves fra denne utsiktsposten. Fysioterapeuten som er knyttet til Enen helsestasjon, opplever at helsesøster er en sentral samarbeidspartner. Hun viser til at de sitter sammen i ansvarsgrupper for funksjonshemmede barn. Kontakten skjer oftest ved at helsesøster henviser barn til henne. Fysioterapeuten gir klart uttrykk for at hun holder seg til

"...fysioterapi, og det faglige ansvaret for den delen, men ser at fysioterapi er en del av en helhet ved barnet".

Vurdert utfra Mulford og Rogers analytiske tilnærming, synes den kontakten som finner sted mellom helsestasjon og "listetoppene" å ha mer preg av ressursutveksling enn samordning. Her dreier det seg i første rekke om videre-sending av klienter, ikke om å fatte felles beslutninger. Et unntak er arbeidet med ansvarsgrupper for funksjonshemmede barn. I disse gruppene deltar også PPT og sosialkontoret, og vi vil komme tilbake til en nærmere vurdering utfra et samordningsperspektiv.

PPT rangeres av begge helsesøstrene som nr 2 på listen over viktige samarbeidspartnere når det gjelder arbeidet med førskolebarn. Her finnes det relasjoner av noe ulik karakter. Helsesøstrene deltar i formaliserte, regelmessige møter med barnehage og PPT angående funksjonshemmede barn (ansvarsgrupper). Begge helsesøstrene gir uttrykk for at disse møtene fungerer godt. De legger spesielt vekt på viktigheten av å bli orientert om hva som skjer i de enkelte sakene, og at det kommer referater som viser ansvardelingen mellom de ulike instansene.

I intervjuer med ansatte i PPT kommer det fram at den hyppigste kontakten med helsesøstrene er knyttet til arbeidet i ansvarsgruppene. En opplever videre at hun blir kontaktet i "bekymringsaker", der det ofte er snakk om å veilede foreldre.

Vi ser at PPT og helsesøstrene er samstemte i at den viktigste møteplassen dem i mellom, er ansvarsgruppene. Dersom vi skal vurdere disse ansvarsgruppene

utfra et samordningsperspektiv, så kan det se ut som om de befinner seg et sted mellom gjensidig tilpasning og allianser. Fokus er på den enkelte klient (en ansvarsgruppe for hver funksjonshemmet?). Aktørene er profesjonsutøverne, det er ikke gitt opplysninger om at lederplan er representert. Når det gjelder formaliseringsgraden, så blir det opplyst at dette dreier seg om formelle og regelmessige møter. Hvorvidt innholdet på møtene er preget av høy eller lav grad av formalisering, har vi ikke sikre opplysninger om. Den vekten helsesøstrene legger på at dette dreier seg mye om å orientere hverandre om hva som gjøres i enkeltsaker, tyder imidlertid på at dagsorden kan være nokså åpen. Vi mangler data som kan belyse hva som kjennetegner ressursene, fordeling av makt og kontroll og målene i disse ansvarsgruppene. Utfra de uttalelsene helsesøstrene gir, kan vi imidlertid på et tentativt grunnlag si konklusjonen går i retning av gjensidig tilpasning: Det synes ikke som om de deltakende organisasjonene inngår i noe formelt autoritetshierarki, og interessen synes å være knyttet til realisering av enkeltorganisasjonenes mål (hindre dobbeltarbeid, tiltak som kan virke mot hverandre etc.).

Helsesøstrene oppgir at de ved siden av disse formaliserte møtene, ofte tar kontakt til PPT i forbindelse med søvn- og språkproblemer. Telefon og brev samtidig er den vanligste kontaktformen. En av helsesøstrene uttrykker høy grad av fornøydhet med PPT i slike saker: Det blir satt inn hjelpetiltak straks.

Den sistnevnte kontaktformen mellom helsestasjon og PPT, vil i Mulford og Rogers' terminologi ligge nærmere opp mot ressursutveksling enn samordning. Igjen synes det mer å være snakk om å henvise saker, enn å opprette et arbeidsfellesskap.

Den siste instansen som kommer med på begge helsesøstrenes samarbeidsliste, er sosialkontoret. Sosialkontoret er både representert i de ansvarsgruppene vi har omtalt ovenfor, og blir kontaktet direkte f.eks. i forbindelse med mistanke om omsorgssvikt. I sistnevnte type saker skjer kontakten ofte ved at helsesøster først drøfter saken anonymt pr. telefon med en sosialkurator. Deretter blir det vurdert om en skal forberede sak.

Helsesøstrene gir uttrykk for at samarbeidet med sosialkontoret ofte oppleves som problematisk. Det har for det første sammenheng med ansvarsfordelingen. Mens helsestasjonen forholder seg til distrikt, så opererer sosialkontoret med

fødselsdatoer. Dette betyr i praksis at 3 barn fra et og samme boligfelt kan ha 3 forskjellige saksbehandlere.

For det andre synes begge helsesøstrene at sosialkontoret bruker for mye tid til saksbehandling, og at saksbehandlingen ikke alltid fører til handling:

"Helsesøster møter problemene, men sakene må vente."

"Når det gjelder barnehageplass, bruker de 3 mnd. til utredning etter at det er kommet forespørsel fra helsesøstrene. Til slutt sier moren nei."

"Saksbehandling" og "utredning" i sosialkontorets regi synes å være negativt ladete begreper for helsesøstrene. De er opptatt av å få hjelpetiltak raskt når de går til det skritt å kontakte sosialkontoret (jfr. positiv omtale av PPT).

Hvordan opplever så ansatte på sosialkontoret forholdet til helsestasjonene? Vår informant fra sosialkontoret gir uttrykk for at samarbeidet mellom helsestasjonene kunne vært utviklet mer. Hun opplever at helsesøstrene vegrer seg for å trekke inn barnevernet:

"Barnevernet er vant til å jobbe i konflikt med foreldrene, mens helsestasjonen er forsiktig med å ta opp saker. Det føles som en bøyg å kalle problemer for barnevernssaker fra helsestasjonens side."

Når det gjelder de sakene det blir tatt kontakt om, så ser hjemkonsulenten de samme problemene som helsesøstrene:

"På den andre siden har du den frustrasjonen som helsestasjonen føler når de går til det skritt at de melder saker, og hvor saksbehandlingen og tilbakemeldingen går tregt."

Hun mener at disse problemene dels skyldes knapphet på tid og ressurser, og dels forskjellige utgangspunkt:

"Vi burde kjenne hverandres ståsted bedre for å skjønne prioriteringene."

Dersom vi vurderer de forhold som her er kommet fram, på bakgrunn av Mulford og Rogers (1982) samordningstypologi, så ser vi at problemene befinner seg på ulike plan. For det første ser det ut som om helsesøstrene opplever frustrasjon

over at kontakten med sosialkontoret er begrenset til det vi vil omtale som ressursutveksling. Helsesøstrene føler seg utrygge på hva som skjer videre i de sakene de tar kontakt, og vi ser at denne frustrasjonen er kjent for ansatte ved sosialkontoret.

For det andre ser vi at betingelsene for at det skal finne sted samordning i form av gjensidig tilpasning ikke er til stede. Dette har dels med den formelle arbeids- og ansvarsdelinga å gjøre: Helsesøstrene opplever behov for å ha kuratorer knyttet til distrikt, ikke til fødselsdatoer. Dagens ordning synes å virke hemmende i forhold til uformell kontakt og anonym drøfting av "bekymrings-saker". Dette er også bekreftet i andre undersøkelser. F.eks. finner Nilsen (1993) at helsesøstre etterlyser faste personer å forholde seg til i mulige barneverns-saker, personer som bare hadde ansvar for "deres" distrikt. Nilsen har foretatt en prosessevaluering av opprettelsen av barnevernssoner i Kritiansand. Sentrale spørsmål i hennes undersøkelse er hvorvidt organisering med utgangspunkt i geografi (områdemodellen) fører til økt samarbeid mellom helsestasjonene og barnevernstjenesten. Samarbeid dekker her et vidt spekter, fra drøfting av bekymrings-saker og melding av saker til barnevernet, til konkret samarbeid om enkeltsaker.

Funnene i Nilsens undersøkelse tyder imidlertid på at kontaktproblemene mellom helsestasjonene og sosialkontoret/barnevernstjenesten ikke bare er et spørsmål om distriktsinndeling og faste samarbeidspartnere. I løpet av det første året med soneinndeling i Kristiansand tok helsestasjonene ikke kontakt med barnevernet for å drøfte "bekymrings-saker", ingen saker ble meldt eller tatt opp i tverretatlig team.

Utfra svarmønstrene i vår undersøkelse i Molde ser det ut som problemene i samhandlingen mellom helsestasjon og sosialkontor er grunnet i betydelige kulturforskjeller. Det dreier seg om møtet mellom en skriftlig og en muntlig kultur. Der helsesøster ønsker uformell drøfting, ser sosialkontoret det som viktig å etterleve kravet til skriftlighet i alle ledd i saksbehandlingen. På denne bakgrunn blir det vanskelig å tenke seg en utstrakt samordning i form av gjensidig tilpasning.

Vi skal ikke gå lenger i analysen av forholdet mellom helsestasjon og sosialkontor i denne sammenheng. Den foreløpige konklusjonen på denne gjennomgangen blir

at Den lokale samordningsentral synes å representere en utopi i forhold til kjennetegnet ved dagens relasjoner mellom sosialkontor og helsestasjon.

Den neste relasjonen vi skal se på, går mellom helsesøstre og jordmødre. Lise Kjølrsrød (1993) viser i sin studie av jordmoryrket at forholdet mellom helsesøstre og jordmødre har vært under endring. Hun viser at helsemyndighetene i de første tiårene etter krigen kom til å skyve det gamle jordmoryrket ut i en marginal posisjon i anstrengelsene for å realisere det nye helsesøsteryrket så effektivt som mulig. Jordmødrene mistet fotfestet i primærhelsetjenesten, og stillinger i distriktet ble trukket inn. P.g.a. det stramme arbeidsmarkedet for jordmødre, fikk vi en del overganger til helsesøsteryrket.

Kjølrsrød viser at sameksistensen på helsestasjonen langt fra var problemfri:

"Konflikten utspilte seg mellom organisasjoner og mellom enkeltpersoner. Mange steder ble en nyutdannet, uerfaren helsesøster uten lokalkunnskap ansatt som sjef over en eldre, betrodd jordmor som i mange år hadde drevet kontrollstasjonen etter eget hode". (1993, s. 199).

Kjølrsrød konkluderer med at

"De to yrkene har i tiltakende grad skilt lag, og det regionale arbeidsmarkedet har blitt lite for dem begge" (s. 200).

I vår undersøkelse fra Molde regner ikke helsesøstrene jordmødrene blant sine viktigste samarbeidspartnere, men de kommer med på listen over instanser de sjelden har kontakt med. En av helsesøstrene peker på behovet for samarbeid med jordmødrene i forbindelse med fødselsforberedende kurs:

"Det er stort behov for fødselsforberedende kurs, men vi kan ikke drive det uten at jordmor medvirker. Jordmødrene (på fødeavdelingen, vår presisering) sier at de ikke har kapasitet og mener at kommunen skal ha egen jordmor. Jordmødrene driver nå fødselsforberedende kurs i privat regi, uten helsesøstre".

Her ser vi at Den lokale samordningsentralen får problemer p.g.a. at jordmortjenesten ikke inngår som en del av det lokale hjelpeapparatet. Helsestasjonene må ta kontakt med jordmødre i 2.linjen dersom de ønsker felles

opplegg. På intervjutidspunktet fantes det imidlertid en jordmor på prosjektmidler som arbeidet ved Enen helsestasjon en dag i uka i tillegg til kursopplegg om ettermiddagen. Vi har intervjuet henne, og hun opplever at helsesøstrene er hennes viktigste samarbeidspartnere i rollen som "kommunejordmor". Hun mener også at helsestasjonen er en viktig samarbeidspartner for fødeavdelingen. Hun sier bl.a.:

"Jeg får høre fra helsesøstrene at jeg må komme oftere, men jeg er jo ikke ansatt som jordmor i kommunen."

Jordmor formidler følgende tanker om hvordan hun ønsker seg et samarbeid med helsesøstrene:

"Det skulle vært en stilling til å ta seg av alle hjembesøk, slik at kartleggingen foregikk av jordmor, og så kan helsesøster komme inn. Dette vil gi mer helhet i samarbeidet."

Videre etterlyser jordmor mer uformelt samarbeid med helsesøster, både m.h.t. formidling av bekymring og oppfølging av tiltak.

Vi ser at jordmor både uttrykker ønske om mer formaliserte kontaktformer (arbeidsdeling vedrørende hjembesøkene), og samordning ved hjelp av gjensidig tilpasning. Helsesøstrene har derimot ikke utdypet sine tanker om samarbeidsformer, utover behovet for å ha jordmødrene med når de arrangerer fødselsforberedende kurs. Vi skal imidlertid være varsomme med å trekke slutninger på bakgrunn av disse forskjellene i svarmønstrene. Til det er materialet for spinkelt, og vi må også ta i betraktning at rammene rundt intervjuene er noe forskjellige: Mens jordmor ble intervjuet som potensiell samarbeidspartner og ble spurt om sine oppfatninger av og erfaringer med helsestasjonen (se intervjuguide, vedlegg 3), så har helsesøstrene blitt bedt om å si noe om sitt forhold til sine mest aktuelle samarbeidspartnere. På denne bakgrunn vil vi nøye oss med å konstatere at forholdet mellom jordmødre og helsesøstre synes å være et svært spennende inntak for å forstå problemdefineringsen innen det forebyggende barnehelsearbeid: Er det moren eller barnet som står i fokus? Er hjembesøkene først og fremst motivert utfra ønske om "etterkontroll" av barselkvinnen, eller er barnets helse og trivsel det viktigste? Dessverre er ikke materialet fra Molde egnet til å belyse disse problemstillingene.

Dersom vi skal oppsummere de inntrykk vi sitter igjen med når det gjelder samarbeids- og samordningsmønsteret i Molde, så har vi fått en bekreftelse på de antakelsene vi utviklet i analysen av helsestasjonsansattes oppfatninger av egen arbeidssituasjon: Den lokale samordningssentral er ikke noen dekkende betegnelse på dagens helsestasjonsvirksomhet. Helsestasjonen har koblinger til andre deler av hjelpeapparatet, men disse koblingene har for en stor del karakter av ressursutveksling heller enn samordning. Vi har pekt på at betingelsene for samordning heller ikke er til stede, det dreier seg både om formelle begrensninger og ulik problemforståelse/kultur mellom de ulike delene av hjelpeapparatet.

5.6 AVSLUTNING

Med utgangspunkt i ulike idealmodeller for helsestasjonsvirksomheten og Mulford og Rogers (1982) samordningstypologi, har vi i dette kapittelet forsøkt å analysere helsestasjonsvirksomheten i en av Moldes seks helsestasjoner. Dersom vi skal presse funnene inn i et nøtteskall, kan vi vise til overskriften på dette kapittelet: Store roller og løse koblinger.

Vi fant at helsestasjonen var preget av at flere tradisjoner var nedfelt i måten virksomheten ble drevet på. Helsesøstre sto som eksponenter for "Den profesjonelle overvåkeren", assistenten for "Servicemodellen" og helsestasjonslegen følte frustrasjon ved å fungere innenfor "Kontroll-modellen".

Uttrykket "store roller" viser til at helsesøstre innenfor "Overvåkingsmodellen" strekker sitt problemløsningsansvar svært langt: De skal ha kontakt med alle, oppdage problemer og være til hjelp og støtte for familier med spesielle behov. De "løse koblingene" til omverdenen kan forstås utfra de forutsetninger "Overvåkingsmodellen" bygger på. Helsesøster vil som den profesjonelle overvåker være avhengig av at brukerne ikke oppfatter kontakten som farlig eller truende. Paulsen (1990) diskuterer det dilemmaet helsesøster her vil stå overfor når det gjelder å avveie om det å trekke inn andre instanser vil påvirke tillitsforholdet til foreldrene. Dette dilemmaet kommer også klart til uttrykk i materialet fra Molde, og da spesielt i forhold til sosialkontoret.

Vi ser også en mer pragmatisk forklaring på hvorfor helsestasjonen langt på vei framstår som et lukket system med løse koblinger til omverdenen. Som generalist

kommer helsesøster i befatning med et bredt spekter av problemer og behov både hos barna og foreldrene. Dersom de i alle "bekymringssaker" skulle innlede samarbeid med andre instanser med dybdekunnskap på det aktuelle området, ville det sprengte rammene for dagens virksomhet.

Analysen viser med stor grad av tydelighet at "Den lokale samordningsentral" utgjør en utopi. Vi finner med få unntak at ingen av våre informanter i Molde har synspunkter eller erfaringer i samsvar med denne idealmodellen. Vi ser derfor at de sentrale framstøtene angående økt vekt på samordning innen avgrensede områder i møtet med de innebygde spenningene i helsestasjonsvirksomheten (med ulike tradisjoner representert side om side), kan skape en meget labil situasjon. Omorganiseringer, f.eks. oppretting av oppvekstetat, kan gi utilsiktede virkninger som f.eks. tilbaketrekking og skjerming

Kapittel 6

FOREBYGGENDE HELSEARBEID I FREI - INSTITUSJONALISERING AV HENSYN TIL OPPVEKSTMILJØET I EN PRESSKommUNE?

6.1 UTFORDRINGER FOR HELSESTASJONEN I EN PRESSKommUNE

Vi går nå fra fylkeshovedstaden Molde til en forstadskommune til Kristiansund. I dette kapitlet ønsker vi å synliggjøre oppfatninger og erfaringer som ulike aktører i Frei kommune har om forebyggende helsearbeid for barn, og da særlig helsestasjonens arbeid.

Frei kommune er, som beskrevet i kap. 4, preget av rask befolkningsvekst. 11 % av befolkningen er i førskolealderen. Tilflytting av unge i etableringsfasen har gitt Frei spesielle utfordringer i å sikre et godt oppvekstmiljø i kommunen. I likhet med andre presskommuner, finner vi forholdsvis mange vanskeligstilte i denne kommunen. Det er relativt sett flere barn og unge i Frei enn i de to andre kommunene som er under verna tiltak eller mottar sosialhjelp (tab. 4.4 og 4.5).

Det forebyggende arbeidet for barn i Frei er organisert i en egen avdeling under helse- og sosialetaten. Ledende helsesøster er avdelingsleder. Vi er interessert i å undersøke hvilken betydning denne organisasjonsmessige rammen har for helsestasjonens rolle i det politisk-administrative landskapet i kommunen, og for tjenesteutformingen på helsestasjonen. Organisering innebærer bl.a. en spesifisering av hvem som er legitime deltakere i en beslutningsprosess. Deltakerne vil være talsmenn for visse typer problem og handlingsalternativer. På denne måten blir noen oppgaver institusjonaliserte, mens andre oppgaver blir "organisert ut av politikken" (se Schattschneider (1975:69)).

Ledende helsesøster har formelt en mer fremtredende rolle i beslutningsprosessene enn hennes kollega i Molde, med bl.a. direkte linjer til helse- og

sosialsjef og til helse- og sosialstyre (se fig 4.2). Betyr det at de ansatte i forebyggingsavdelingen oppfattes som viktige premissleverandører av den politisk-administrative ledelsen og helsestasjonens samarbeidspartnere? Innebærer organisasjonsstrukturen at oppgaver som gjelder forebyggende tiltak for barn ivaretas rutinemessig i aktuelle beslutningsprosesser, f.eks. i budsjett- og planleggingsarbeid? Er organisasjonsstrukturen et uttrykk for at hensyn til oppvekstmiljøet er institusjonalisert?

Et annet spørsmål er om organisering i egen avdeling og ledende helsesøsters posisjon i den kommunale styringsstrukturen har betydning for den daglige utformingen av helsestasjonens tjenester. Dersom det er slik at det er en kortere vei mellom problemdefinering og politisering på ledelsesnivå, nedfelles dette i de daglige handlingsmønstrene på helsestasjonen? Blir det kortere vei fra bekymring til handling når helsestasjonen fanger opp signal om at barn kan trenge hjelp? Og, som en fortsettelse av dette: Vil de helsestasjonsansatte være tettere koblet til andre deler av hjelpeapparatet enn tilfellet var i Molde? Fører dette i så fall til at helsestasjonen i Frei fungerer i tråd med sentrale politiske målsettinger i kommunehelsereformen, at den er en lokal samordningssentral (vår 4. idealtypiske modell)?

Det kan imidlertid også tenkes at en organisasjonsmodell der helsesøstrene utgjør en egen etat, gir helt motsatt effekt: At det særlig er det interne helsesøsterfelleskapet som styrkes, jfr det kollegiale fellesskapet vi fant i Molde. I så fall kan vi forvente en modell der virksomheten på helsestasjonene bærer mest preg av helsesøsterprofesjonens tradisjonelle normer: En overvåkingssentral, der mødre får omsorg og veiledning, og der det føres en ikke-stigmatiserende offentlig kontroll med barnas helse, utvikling og oppvekstmiljø (vår 2. idealtypiske modell).

Organisasjonsstrukturen i Frei kan gi de ansatte i forebyggingsavdelingen både økte aksessmuligheter og mer autonomi i policy-utformingen, enn tilfellet var for ansatte i Molde som driver med forebyggende helsearbeid for barn. Stor grad av autonomi kan imidlertid føre til frikobling fra resten av det kommunale forvaltningsapparatet. Formell tilgang til beslutningsarenaer gir ikke automatisk muligheter til å påvirke policy-utfomingen. Det vil være konkurranse om oppmerksomhet og ressurser. Vi vil anta at avdelingen må 'markedsføre' aktuelle problemområder for å få dem på den politiske dagsorden. Dette mener vi vil avspeile seg i de oppfatningene som aktører utenfor helsestasjonen har av helsestasjonsvirksomheten. Fra Molde husker vi at eksterne aktører uttrykte stor

generell velvillighet til helsestasjonen og helsesøstrenes arbeid, uten at denne virksomheten syntes å engasjere dem. Har helsestasjonen i Frei fått en mer synlig rolle i lokalsamfunnet? Er eksterne aktører her opptatt av problemer knyttet til barns oppvekstmiljø, og av helsestasjonens arbeid?

Ledende helsesøster har en annen formell posisjon enn hennes kollega i Molde. Det vil vi tro, skaper forventninger om at hun opptrer direkte som premissleverandør for det forebyggende arbeidet i kommunen. Er det slik at ledende helsesøster i Frei aktivt er med i utformingen av profilen til det forebyggende barnehelsearbeidet i helsestasjonens regi? Hvilken effekt vil avdelingens selvstendige posisjon ha for de ansatte på helsestasjonen? Vil helsesøstrene i Frei oppleve enda større grad av individuell frihet i tjenesteutformingen enn deres kollegaer i Molde? Eller betyr organisasjonsformen motsatt, at aksessen har sin pris: Eksterne aktører får større innsyn, og med det større kontroll med den profesjonelle praksis?

Helsesøstrene er de eneste fulltidsaktørene på helsestasjonen, ofte blir helsestasjonsvirksomheten forbundet med helsesøstrenes tjenester. Men det er også andre aktører. En av dem er helsestasjonslegen. Hvilken betydning har organisasjonsstrukturen for legens rolle på helsestasjonen? Vil helsestasjonslegen oppleve at hun har mindre innflytelse på policyutformingen enn det hennes kollegaer i de andre kommunene gir uttrykk for? - Vi nevnte i kap. 4 at det i Frei er satt fram ønske om omorganisering av helseetaten. Ledende helsesøster og kommunelege I er administrativt sidestilt; men kommunelege I har hatt et medisinsk-faglig overordnet ansvar for virksomhet som utøves gjennom kommunehelseloven. Ønske fra kommunelege I om at ledende helsesøster også administrativt kommer under hans ledelse, har hittil ikke ført fram. Men er det slik at legene, og da kanskje særlig helsestasjonslegen og kommunelege I, har faglige ambisjoner om å få en sterkere innflytelse på helsestasjonens tjenesteutforming (vår 3. idealtypiske modell: Medisinsk kontrollstasjon)?

Endelig finest det en mulighet for at helsestasjonsvirksomheten i Frei fortsatt har vesentlige trekk fra den tiden at Norske Kvinners Sanitetsforening drev stasjonen. Et viktig moment i vår 1. idealtypiske modell, helsestasjonen som servicestasjon, var at helsestasjonen skulle fungere som et faglig-sosialt samlingssted. Det kan tenkes at det fortsatt vil oppleves viktig at helsestasjonen ivaretar sosiale behov. Samtidig er Frei blitt en presskommune. Det er mange nyetablerte barnefamilier i

kommunen, og det vil være behov for å få til sosiale nettverk for tilflytterne; slik sett kan en "servicemodell" ses som en tilpasning til trekk ved omgivelsene.

Vi vil begynne med en nærmere beskrivelse av de politisk-administrative rammene som helsestasjonen fungerer i. Deretter skal de helsestasjonsansattes meninger om helsestasjonens oppgaver og muligheter presenteres. Til slutt skal vi presentere eksterne aktørers syn på virksomheten i helsestasjonen.

Forebygging og politisk dagsorden.

Som nevnt i kap. 3.4.3 har desentralisering av primærhelsetjenesten vært knyttet til krav om lokal planlegging. Kommunale helse- og sosialplaner skulle gi kommunene et styringsgrunnlag. I kommunehelselovens § 1-4 heter det at kommunens helsetjeneste til enhver tid skal ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som kan påvirke den.

Sammenlignet med de to andre kommunene, Molde og Tingvoll, har man i Frei kommune lagt store ressurser i å produsere skriftlig dokumentasjon om de sosiale og helsemessige forholda i lokalsamfunnet. Det kan synes som om denne kommunen har en offensiv holdning overfor sosiale utfordringer. Problem blir registrert, og det settes opp handlingsplaner for å avhjelpe og forebygge uheldige forhold. Helse- og sosialsjefen synes å spille en aktiv rolle for å få brakt problema opp på den politiske dagsorden. Årsrapport for helse- og sosialetaten 1991 gir en samlet, systematisk og grundig informasjon om oppgavene innen helse- og sosialetaten.

I forbindelse med at Frei kommune valgte å gå over til målstyring, vedtok kommunestyret i 1992 hovedmål for kommunens virksomhet, og tiltak for barn og unge ble et hovedsatsningsfelt. I intervjuene gjorde både ordfører og rådmann oss oppmerksom på denne prinsippbeslutningen.

Den politiske prioriteringen av barn og unge har skjedd på bakgrunn av omfattende kartlegging av oppvekstmiljøet. Ledende helsesøster har hatt en nøkkelrolle når det gjelder dokumentasjon og rapportering om utfordringer i helse- og sosialsektoren. Følgende er eksempler på utvalgsarbeid og prosjekt som ledende helsesøster har hatt ansvar for:

Helseopplysningsutvalget: Husstandsundersøkelsen. Høsten 1989

Prosjekt Ernæring-Ungdom, Frei og Kristiansund. Mars 1990

Helseopplysningsutvalget: Helseopplysningsplan. Mai 1990

Ledende helsesøster er i kraft av sin stilling leder av det kommunale helseopplysningsutvalget.¹ Hun har også sittet i styringsgruppen for prosjektet Ulykkesforebyggende arbeid i Frei og Kristiansund. Siden 1991 har hun hatt permisjon for å lede prosjektet "Barn, helse og miljø" sammen med tidligere kommunelege I i Tingvoll. I 1992 forelå rapport fra hennes undersøkelse av sosiale nettverk blant småbarnsforeldre i kommunen.

Også kommunelege I er pålagt administrative oppgaver av forebyggende karakter. Det gjelder miljørettet helsevern som fra før århundreskiftet har vært pålagt distriktslegen, da under betegnelsen "helserådstjenester". I kommunehelseslovens § 4a-1 heter det at

"Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer".

Myndighet og gjøremål er lagt til helsestyret som kan delegere myndigheten til "kommunens medisinsk-faglig ansvarlige lege".² Men i Frei har det vært ledende helsesøster som har vært den mest aktive når det gjelder å kartlegge slike farer.

¹ Helseopplysningsutvalget har følgende medlemmer: ledende helsesøster, pedagogisk konsulent ved skolekontoret, en representant fra kulturkontoret, og en representant fra teknisk etat, miljøvernkonsulenten, en kommunelege, og en representant fra de frivillige organisasjonene (nå: en velforening).

² Tradisjonelt har helsesøstrene utført mye av de praktiske oppgavene, spes. innen hygiene-kontroll. Oppgavene er blitt noe færre med årene, særlig etter at næringsmiddelkontrollen er kommet. I dag finner vi at helsesøstrene i Frei -som tilfellet var i Molde - setter disse oppgavene nederst på sin prioriteringsliste, jf Årsrapport for helse- og sosialetaten 1991:

Inspeksjonsarbeid

Campingplassen er inspisert for årlig godkjenning.

Inspeksjonsarbeid i forbindelse med godkjenning av to nye barnehager. Inspeksjoner av ulykkespunkter i skolene (se prosjekt ulykkesforebyggende arb.).

Inspeksjonsarbeide har vært lavt prioritert, og det er derfor ikke foretatt hygieniske inspeksjoner.

Vi vil ikke gå videre med denne problemstillingen her, bare påpeke mulig svakhet i organiseringen av beredskapen innen miljøhygiene i kommunene.

Det at ledende helsesøster har vært hoveddrivkraft for å få helsefarer i lokalsamfunnet på dagsorden, tyder på at hun inntar en annen rollemodell enn ledende helsesøster i Molde. Det kan synes som om arena for meningsdannelse er nærmere knyttet til styringssystemet, at problem blir sett i et samfunnsperspektiv heller enn på individnivå, og at løsningene i større grad finnes ved politisering av problema enn tilfellet var i Molde.

Så langt synes helsesøstertjenesten i Frei - til forskjell fra mange andre kommuner - å fungere i samsvar med intensjonene med kommunehelsereformen fra 1984, og de faglige ambisjonene til helsesøsterprofesjonen.

T.I.Romørens undersøkelse fra 1987 synliggjorde de forventninger som ledende helsesøstre da hadde til å komme inn på banen: Å få anledning til å ta selvstendige initiativ overfor den politiske og administrative ledelsen i kommunen, og ha muligheter til etablere nye samarbeidsrelasjoner med andre tjenesteytere i kommunen. Men, som Romøren skriver:

"Politikerne og administrasjonen har alltid nok å være opptatt av. Daglig er det tusen ting som fanger oppmerksomheten. Interessen for helsesøstertjenesten vil derfor ikke komme av seg selv. Dersom helsesøstre selv ikke er meget aktive, kan det ta lang tid før kommunen "oppdager" dem."

I Romørens undersøkelse uttrykte de ledende helsesøstre misnøye over at forebyggende virksomhet gjerne blir nedprioritert i forhold til mer etterspørselstyrte tjenester som f.eks. hjemmesykepleien. Tall fra SSB viser til en gjennomsnittlig vekst i hjemmesykepleien 1987-92 på 10 %, i helsesøstertjenesten på 2%.³

Vi ser at i Frei har avdeling for forebyggende helsearbeid drevet aktiv markedsføring av behovet for forebyggende arbeid. Kostnadskrevende prosjekt er støttet gjennom ekstern finansiering.

Det andre negative utviklingstrekket som de ledende helsesøstre i Romørens undersøkelse pekte på, var økte organisasjonskonflikter. *"Det er kivingen yrkesgruppene imellom om lederposisjonene som preger disse konfliktenes innhold"*, skriver Romøren. *"Selv der hvor det formelt sett foreligger en "løsning", lever*

³ For videre drøfting av prioriteringer i helse- og sosialsektoren, se J.E.Finnvold 1994.

konfliktene ofte videre under overflaten. De bryter stadig fram igjen når anledningen byr seg."

I Frei innebærer organiseringen av helse- og sosialetaten at ledende helsesøster har et sterkere ståsted formelt sett enn sine kollegaer i både Molde og Tingvoll. Hvordan fungerer da virksomheten i dag, sett fra ledende helsesøsters ståsted?

6.2 AVDELING FOR FOREBYGGENDE HELSEARBEID

Ledende helsesøsters oppfatning av eget arbeidsfelt

Ledende helsesøster hadde fungert i stillingen i 6 mnd. på intervjutidspunktet.⁴ Hun har vært ansatt som helsesøster i Kristiansund i 18 år. Hennes arbeid på helsestasjonen er begrenset til fire-års kontrollene. Hun er også i skolehelse-tjenesten, og det liker hun kanskje best av alt.

Omkring 60% av arbeidstiden går til administrative oppgaver. Dette er oppgaver som hun trives med. Hun har politisk erfaring, har vært medlem av kommunestyret og i barnehagenemnda i Kristiansund, og hun liker å "få satt i gang ting", å få gehør for og begeistring for forslag hos politikere og andre. Kontakten med samarbeidspartnere ser hun også som en positiv del av arbeidet sitt.

Hva anser hun så for å være av de mer vanskelige oppgavene som ledende helsesøster? Som de ledende helsesøstrene i Romørens undersøkelse er det de økonomiske rammene og irritasjon over samarbeidsproblemer, hun finner mest problematisk. Normen som er lagt fra forgjengeren, kan være tøff å leve opp til: Hun gir uttrykk for at det kan være vanskelig å drive "markedsføring", å være kreativ nok, og kunne ønske seg mer fantasi mht hva man kan gjøre av forebyggende arbeid i kommunen. I tillegg har det vært overraskende vanskelig å komme inn i kommunekulturen i Frei som ny.

Disse problemene har likevel ikke vært større enn at hun nå, 6 måneder etter tiltredelse, føler at samarbeidet med resten av helse- og sosialetaten fungerer godt, og hun nevner spesielt helse- og sosialsjefen som en god støtte. Hun har ukentlige

⁴ Hun overtok etter Solveig Brevik som har permisjon for å lede prosjektet "Barn, helse og miljø" sammen med Frode Heian.

møter med ham, og opplever samarbeidet som godt. Til forskjell fra sine kollegaer i Molde (og som vi skal se, i Tingvoll) har hun som avdelingsleder formell mulighet til aktiv deltaking i ressursfordelingen; siden hun begynte, har hun bl.a. vært med på en budsjettjustering. Hun *"må spørre mye fordi jeg er ny"*, men føler seg verdsatt, også av politikerne i helse- og sosialstyret:

"Det blir vist interesse og god velvilje hvor prioritering av barn og unge står på dagsorden."

Men hun forteller at hun har liten kontakt med rådmann og ordfører, og sier at selv om kontakten til helse- og sosialstyret er god, er det vanskelig med påvirkning videre til kommunestyret. Overgangen til målstyring og prinsippvedtak om sektorovergrep er ny på intervju tidspunktet, og har ikke ført til endringer i den etablerte sektororienterte hierarkiske kommunikasjonsstrukturen.

Andre støttepersoner som ledende helsesøster nevner, er tidligere ledende helsesøster og kollegaer. De andre helsesøstrene synes å være viktigste referanseramme: *"Konstruktiv kritikk får jeg fra kollegaer."*

Hva med legene? De blir hverken nevnt som støttepersoner eller samarbeidspartnere. Det er mulig at helsestasjonslegen er innbefattet i begrepet "kollegaer"; helsestasjonslegen deltar på regelmessige tverrfaglige møter og interne samarbeidsmøter, og ledende helsesøster sier at disse møtene fungerer godt. - Men det føles truende at til tross for en atmosfære av positivt og fruktbart samarbeid i avdeling for forebyggende helsearbeid, og mellom denne avdelingen og andre instanser i kommunen, legges det fram forslag om omorganisering:

"Kommunelege I og helsesøster er sidestilt i kommunen. Det er ønskelig med sammen slåing fra kommunelege I sin side, men ikke fra min."

Hva er det som ledende helsesøster mener at hennes profesjon kan bidra med i større grad enn legene? Vi skal nærme oss dette spørsmålet på ved å skissere det bildet ledende helsesøster har av "idealhelsestasjonen".

Ledende helsesøsters idealhelsestasjon

Når ledende helsesøster blir bedt om å si hva hun forbinder med et godt oppvekstmiljø, er det et godt fungerende lokalsamfunn, med et trygt bomiljø, og ikke minst, med et sosialt nettverk for barna. Hun ser det som viktig at barna har flere voksne å forholde seg til. Utfordringer som hun peker på, gjelder stor-samfunnets ansvar for det enkelte barn: Flere barnehageplasser, sikre nærmiljøet mot trafikkfarer, og å *"fange opp tilfeller / avvik tidlige og følge opp"*.

Oppgavefelt som hun mener bør prioriteres nå, er styrking av sosiale nettverk mellom småbarnsfamiliene. En grunn som hun nevner for å legge vekt på nettverksbygging, er den spredte bosettingen i kommunen. Men indirekte antydes det også at noen barn kan ha behov for at voksne utenfor hjemmets fire vegger bekymrer seg for dem.

Etter ledende helsesøsters mening fungerer helsestasjonen bra i dag, men det kan finnes muligheter i å gjøre helsestasjonen mer åpen for brukerne, muligvis kunne en kaffetrakter føre til at helsestasjonen ble et sted man stakk innom. Man kunne hatt lekegrupper for barn som ikke går i barnehage, og temadager for brukere. Ledende helsesøster viser også til mulighetene for å styrke nettverksbygging gjennom omlegging av helsestasjonspersonalets arbeidsmetoder, fra ren individuell kontakt til mer bruk av gruppekonsultasjon:

"Jeg føler at helsestasjonen når fram med sine budskap, spesielt gjennom gruppevirksomhet".

Ønsket om at helsestasjonen kan være et sosialt samlingssted preger da også oppfatning av ressursbehov:

"De faktorer jeg mener har størst betydning for hvordan arbeidet i helsestasjonen blir lagt opp:

1. Personavhengig
2. Fysiske forutsetninger (lokalitetene)
3. Hjelpepersonell"

Ledende helsesøsters vektlegging på helseopplysning, service, sosial kontakt og brukerstyring kan assosieres med vår første idealtypiske modell: "Helsestasjonen

som servicestasjon". Det kan synes som om man søker å holde tradisjonen fra den tid de frivillige organisasjonene drev helsestasjonen, i hevd. Bl.a. er ledende helsesøster opptatt av hjelpepersonalets - lekfolkets - betydning for at helsestasjonen kan være brukervennlig. Hun viser til forsøk på personalinnsparing i Kristiansund, hvor tapet av helsestasjonsmedhjelper gav mange negative reaksjoner fra brukerne. Senere i intervjuet sier hun:

"Når det gjelder helseopplysning og samarbeid med frivillige organisasjoner, kan samarbeidet bli bedre og det kan gjøres mer. - NKS er vår viktigste sponsor som bidrar med midler til f.eks. sikkerhetsutstyr når det ikke er mer penger igjen på vårt budsjett."

Det at offentlige tjenesteytende organer søker samarbeid med frivillige organisasjoner, og legger vekt på å tilpasse seg brukerinteresser, kan imidlertid like godt sees i lys av nyere politiske - også helse- og sosialpolitiske - trender. Ledende helsesøsters ønske om å dra brukerne mer aktivt inn i tjenesteutformingen kommer spesielt godt fram i kommentarene til forsøksprosjektet "Barn - helsemiljø":

"Foreldrene er ikke med på laget ennå, og det savner jeg!"

Ønsket om at helsestasjonen skal leve opp til intensjonene for kommunehelse-reformen står sterkt. Ledende helsesøster vil gjerne styrke samordningen av tjenestene og samarbeidet mellom ulike etater, jfr. vår 4. idealtypiske modell. De viktigste samarbeidspartnerne til ledende helsesøster er ifølge henne selv:

1. Ansatte ved skolen
2. Ansatte i barnehagen
3. Kulturetaten
4. Barnevernskonsulenten
5. PP-kontoret

Det synes å være sosiale problemer blant barn som opptar mest. Dette kommer også fram i hennes liste over fast møtevirksomhet (spm. 3.3). Det som først blir nevnt, er de tverrfaglige samarbeidsmøtene, med barnevern, helsestasjonslege og helsesøster. Møtene kan også telle en representant for BUP som møter av og til, men representanten for PP-kontoret, sier hun, møter sjelden. - Når ledende helsesøster blir bedt om å vurdere hvordan andre instanser vurderer arbeidet som

gjøres ved helsestasjonen, tror hun at spesielt barnevernet drar nytte av helsestasjonsvirksomheten:

"Barnevernet ser oss som en god støttespiller og samarbeidspartner."

En utvikling mot mer pågående helsesøstertjeneste finner ledende helsesøster positiv. Helsesøstrene bør etter hennes mening, ikke bare foreta henvisninger, men føle ansvar for at henvisningene blir fulgt opp. Fortsatt er hjembesøk til alle en prioritert oppgave, men ellers synes hennes idealhelsestasjon å stå nokså langt fra en overvåkingsmodell der kontakten med brukerne er preget av konfidensialitet, også overfor andre instanser i det offentlige hjelpeapparatet. Helsestasjonen i Frei er heller ikke noen utpreget medisinsk kontrollstasjon der legen setter malen for virksomheten. Ledende helsesøster forteller om et tett og godt samarbeid mellom helsestasjonslege og helsesøstrene på helsestasjonen, bl.a. blir det diskutert hva innhold konsultasjonene skal ha - og det er helsesøsters argumenter som veier tyngst utenom i rent medisinske spørsmål.

Vårt inntrykk er at man på ledernivå i avdeling for forebyggende helsearbeid har ambisjoner om at helsestasjonen skal fungere som lokal samordningsentral i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet i lokalsamfunnet. Er dette holdninger som vi finner igjen blant de helsestasjonsansatte?

6.3 HELSESTASJONENS HVERDAG

Beskrivelsen av tjenesteutformingen av helsestasjonsvirksomheten i Frei er i to deler. Den første delen skal vise holdninger til de universelle tjenestene: Hvilke oppgaver de ulike aktørene trives med, hvilke oppgaver som føles mer problematiske, og hvordan de ideelt sett kunne ønske å utforme de universelle tjenestene. Den andre delen av beskrivelsen av helsestasjonsvirksomheten (avsn. 6.4) gjelder oppfølging av barn som kan ha behov for at ekstra tiltak settes inn.

Konkret utforming av det forebyggende arbeidet for barn foregår på det laveste nivå i forvaltningen - ved helsestasjonens møte med den enkelte familie. Det er på dette nivået politiske vedtak blir gitt innhold i praksis. Offerdal (1986) nytter begrepet "bakkebyråkrater" for å karakterisere tjenesteyterne på dette nivået. Et parallelt begrep til "bakkebyråkrater", er helsetjenestens eget begrep "1. linjetjenesten". I møtet med brukerne skal helsesøsteren gjennomføre rutine-

undersøkelser, samtidig som hun skal gjøre egne vurderinger om barnet har behov for spesiell oppfølging.

Vi skal nå se på "bakkebyråkratenes" syn på virksomheten. Hvordan velger de å tilpasse seg forventninger fra administrativt overordnede, fra andre deler av tjenesteapparatet og fra brukerne selv? Kanskje det er eget profesjonelt ståsted som veier tyngst?

Først en kort presentasjon av institusjonen.

Frei helsestasjon

Frei helsestasjon er lokalisert sentralt på Frei i tilknytning til legesenteret. Som i Molde og Tingvoll har de ansatte også oppgaver i skolehelsetjenesten og innen generell helseopplysningsvirksomhet m.v., - og også her er det arbeidet blant de minste barna som man har valgt å prioritere. Det sokner ca 250-300 barn i aldersgruppen 0-6 år til denne helsestasjonen. I 1992 var det 70 fødsler, mot 55 fødsler i 1991 og 81 i 1990.

I 1991 gikk det med 3.5 årsverk til helsestasjonstjenesten. De ansatte er ledende helsesøster, to helsesøstre i 50%-stilling, en helsestasjonsassistent i 1/3-stilling, en jordmor i 1/6-stilling og helsestasjonslegen som er der 1/2 dag om uken. I Frei er deknningen av helsesøstre 0.20 årsverk pr. 1000 innbyggere i 1991. Til sammenligning har hele landet en frekvens på 0.26, i Møre og Romsdal er det 0.25 helsesøster pr. 1000 innbyggere. Det høye antallet fødsler forverrer den pressede arbeidssituasjonen til helsesøstrene.

Det som går igjen i helsesøstrenes vurdering av sin arbeidssituasjon, er at de opplever et godt samhold og samarbeid, selv om de har et stort arbeidspress. Kollegaer og ledende helsesøster ansees som viktige støttespillere og personer for rådgøring. Også helsestasjonslegen framhever de gode samarbeidsforholda i avdeling for forebyggende arbeid og på helsestasjonen. De helsestasjonsansatte føler seg verdsatt både av kollegaer og av brukerne, og de setter pris på tilbakemeldinger.

"Stort sett får vi positiv tilbakemelding fra brukerne; får vi kritikk, så går det stort sett på instans og ikke på person."

Vi har intervjuet ledende helsesøster, de to helsesøstrene og helsestasjonslegen. I ettertid beklager vi at ikke også jordmor og helsestasjonsassistent ble intervjuet. Observasjon i forbindelse med gjennomføring av brukerundersøkelse i 1992⁵ viste hvordan helsestasjonsassistenten på Frei sørger for en trivelig og brukervennlig atmosfære i venterommet; hennes rolle er nok mer vertinnens enn portvaktens. Brukerne ble spurt om viktigheten av kontakt og samtale med "veiedame" i ventetiden på helsestasjonen. Frei skilte seg ut i forhold til de to andre kommunene; her ble denne kontakten spesielt framhevet som god.⁶ På spørsmål i brukerundersøkelsen om hvordan det er å ta opp spørsmål med personalet på helsestasjonen, ble det i Frei ansett som lett og relevant for brukerne å ta opp aktuelle problemstillinger med "veiedamen".⁷ I intervjuene med de helsestasjonsansatte er det helsesøstrene som påpeker viktigheten av det arbeidet som helsestasjonsmedhjelperen gjør ved helsestasjonen. Det er et meget godt samarbeid, og det settes pris på å ha denne funksjonen til å ta seg av administrativt og praktisk arbeid.

På Enen helsestasjon i Molde fant vi at de forskjellige aktørene - helsestasjonsassistent, helsesøstre og lege - synes å være preget av ulike modeller. Mens helsestasjonsassistenten først og fremst var opptatt av mødrenes livssituasjon og deres behov for sosial kontakt (servicemodellen), var helsesøstrenes oppmerksomhet knyttet til barnas trivsel, og å "bevisstgjøre og forbedre foreldrene" (overvåkingsmodellen). Den medisinske kontroll-modellen var representert ved helsestasjonslegen.

Når det gjelder Frei, har vi presentert ledende helsesøsters synspunkt på helsestasjonsvirksomheten og funnet at hennes syn på mange måter samsvarer med "lokalsamfunnsmodellen"; hennes interesse for å skape sosiale nettverk og å bruke helsestasjonen for å legge til rette for dette, kan til dels også forklares innen en tradisjon der helsestasjonen blir ansett som "service-stasjon". Vi mener

⁵ Se Gravset og Hustad: Helsestasjonen, et "trygghetsbyråkrati" og/eller en "husmorkafé", våren 1992. Som ledd i denne brukerundersøkelsen delte Turid Aarseth og Beinta í Jákupsstovu ut spørreskjema til foreldre som kom med barna til Frei helsestasjon, og fikk samtidig observert aktiviteten på venterommet.

⁶ 45 % av respondentene mente det var svært viktig å bruke ventetiden til kontakt med helsestasjonsassistenten. Bare 3 % mente at kontakten med veiedamen var uten betydning (N=40).

⁷ 82 % mente det var lett å ta opp spørsmål med helsestasjonsassistenten, og 90 % at spørsmåla ble behandlet alvorlig (N=40).

å ha belegg for å hevde at i Frei, som i Molde, synes assistentens rolleutforming å passe godt inn i "service-stasjon"-modellen. (Se avsn. 4.2.4).

Hva anser da helsesøstrene som står i direkte kontakt med de minste barna og deres foreldre, som sine viktigste oppgaver?

6.3.1 Helsesøstrenes syn på de universelle tjenestene

To helsesøstre deler ansvaret for helsestasjonens tjenester overfor de nyfødte fram til de har hatt sin to-års kontroll; dvs minst et hjembesøk og ca 15-20 besøk på helsestasjonen. Begge har helsesøsterutdanning. Begge har lang praksis, først som sjukepleiere og senere som helsesøstre. De har vært ved Frei helsestasjon i hhv 3 og 7 år. Den ene helsesøsteren kan vise til uvanlig variert utdanning og yrkeserfaring: Hun har også spesialisert seg i psykiatri og administrasjon, har i 6 år vært lærer på sjukepleiehøgskolen - og har politisk erfaring, fra verv i kommunestyret og helse- og sosialutvalget.

Hvilken del av helsesøsterjobben trives disse to erfarne og faglig godt skolerte helsesøstrene da best i?

Det er interessant å se at akkurat som for helsesøstrene i Molde (se pkt. 5.2.2) er det de universelle tjenestene, møtene med spedbarn og mødrene, som de liker best:

"Spedbarnskontrollen. Mødrene er så mottakelige. De setter pris på å komme på helsestasjonene. T.o.m. på 4-års kontrollen er det 100 % oppslutning. Vi føler oss viktige. - Jeg er glad i barn. Synes det er fascinerende å se at de utvikler seg fint."

Også den andre helsesøsteren framhever de tradisjonelle helsesøsteroppgavene som spesielt trivelige:

"Trives best med helsesøsterjobben de dagene jeg er på helsestasjonen. Liker også hjembesøk."

De uttrykker glede over å tilhøre helsesøsterprofesjonen i stedet for å fortsette med sjukepleie:

"Føler at vi blir brukt. Vi jobber med mennesker - deler ikke ut piller"

Samspeilet med foreldrene er viktig. Det kommer også fram når de blir bedt om å beskrive idealhelsestasjonen. På spørsmål 2.7: *Tenk helt fritt - hvordan ser din idealhelsestasjon ut? Hvilke oppgaver mener du at helsestasjonen ideelt sett burde konsentrere seg om?* svarer den ene:

- "- helsestasjonen fungerer bra i dag
- større lokaler
- større lekeplass
- lydtette lokaler
- bruke mer tid på oppsøkende virksomhet utover første hjemmebesøk
- prioritere enkeltsaker, bruke mer tid, f.eks. passe på å gi dobbelt time"

Den andre helsesøsteren svarer slik:

- "- stort kontor med eget utstyr. Slippe å låne
- ønsker meg de samarbeidspartnerne jeg har i dag
- ønsker psykolog ansatt i kommunen
- flere barnevernskonsulenter"

Helsesøstre som arbeider på helsestasjonen synes å finne sitt arbeidsfelt i møtet med den enkelte familie. Slik vi tolker ledende helsesøster, vektlegger hun andre sider ved forebyggende virksomhet. Hennes problemoppfatning aktualiserer behov for offentliggjøring av barndommen, bl.a. ved at barna får muligheter til å bli kjent med voksne utenfor hjemmet. Forskjellen mellom ledelse og "bakkemannskap" kommer også fram når vi sammenligner svarene på spm. 2.7: Når helsesøstre skal gi sitt bilde av idealhelsestasjonen, er det ikke ledende helsesøsters vyer om helsestasjonen som samordningssentral som formidles. De ser gjerne at forholdene blir lagt til rette slik at de kan utføre sine oppgaver på en god måte. Ønsket om lydtette lokaler samsvarer med arbeidsformer som vi har presentert i "overvåkingsmodellen". Begge helsesøstre fraber seg kaffeservering på helsestasjonen - en respons på brukerundersøkelsen og kanskje også signal om at man ikke deler visjonene om å gjøre helsestasjonen til et sosialt treffsted.

De to helsesøstre gir uttrykk for at de fortrekker arbeidsformer som de har erfaring med og mestrer: Oppgaver av den typen som vi har plassert i "overvåkingsmodellen". Ledende helsesøsters tro på betydningen av nettverksbygging

og på mulighetene som kan ligge i å bruke gruppekonsultasjon som forebyggingsstrategi, deles ikke av "bakke-helsesøstrene". Innføring av denne nye arbeidsformen skaper frustrasjon. Innen overvåkingsmodellen har hensikten med møtet mellom helsesøstre og småbarnsfamilier vært å få til en atmosfære av trygghet og konfidensialitet, slik at det føles ufarlig for begge parter å ta opp "bekymringer" - og dette oppnås lettere gjennom individuell kontakt. Den ene helsesøsteren uttaler at:

"Jeg føler at jeg gjør en dårlig jobb med gruppene. Blir mismodig. Men grupper er ikke alfa og omega. Helsestasjonen må være et sted der alle kan komme. Trygghet er viktig. Jeg er ingen "gruppefreaker" - makter ikke alltid grupper. Vi ivaretar også det sosiale ved individuell kontakt - prøver å finne utav dette med trivsel hos førstegangsfødende, innvandrere osv."

Mens denne helsesøsteren uttrykker tvil om hensikten med gruppekonsultasjoner, gir den andre helsesøsteren heller uttrykk for tvil på egne evner til å mestre denne arbeidsmetoden:

"Jeg synes det av og til kan oppstå kontaktproblemer overfor enkelte brukere. Det er vanskelig å få gruppene til å fungere pga dårlig opplæring og informasjon om denne arbeidsmetoden."

Begge helsesøstrene har m.a.o. motforestillinger til å gå bort fra en individuell tilnærming til de tradisjonelle oppgavene. La oss se nærmere på mulige årsaker til og konsekvenser av meningsforskjellene.

6.3.2 Ulike meninger om mål og virkemiddel i det primærforebyggende arbeidet på helsestasjonen

På intervju tidspunktet, i 1992, går det altså en livlig diskusjon blant helsestasjonsansatte i Frei, aktivisert av BHM-prosjektet, om hva som er det mest formålstjenlige i det forebyggende arbeidet på helsestasjonen: Individuelle konsultasjoner eller gruppekonsultasjoner. Uenigheten om bruk av arbeidsmetoder blir tydelig eksponert - vel å merke uten tegn på mistillit eller polarisering mellom ledelse og de som har nærkontakten med brukerne.

I kap. 1 pekte vi på at det ofte er vanskelig å påvise kausalsammenhenger i forebyggende arbeid, og at det er problematisk å måle forebyggingstiltak. Når det her gjelder valg av arbeidsmetoder på helsestasjonen, preges situasjonen av usikkerhet, både med hensyn til hva man bør prioritere slik forholdene er, og hvordan man best løser oppgavene. En klassisk framstilling av beslutningsstrategier i policy-felt prega av usikkerhet, finner vi hos Thompson (1967:134):

Klassifisering av beslutningsstrategier

		<i>Organisasjonens mål</i>	
		klare	uklare
<i>kunnskap om mål/middel sammenhenger</i>	sikker	kalkulerende strategi	kompromissorientert strategi
	usikker	vurderende strategi	impresjonistisk strategi

I en situasjon der det er relativt uklart hvilke mål man har satt seg, og hvilke tiltak som vil føre til målet, vil virksomheten bære preg av stor frihet i yrkesutformingen. Helsesøstrene i Frei sier seg stå fritt i valg av arbeidsmetoder, og setter pris på at jobben er så selvstendig. I Thompsons terminologi er virksomheten basert på impresjonistiske strategier.

Spørsmålet er om denne impresjonistiske stilen vil fortsette ved Frei. Prosjektet Barn-Helse-Miljø har som mål å finne gode verktøy i det forebyggende arbeidet, altså økt kunnskap om mål-middel sammenhenger. Det er mulig at de ansatte vil velge å gjøre bruk av nye opplegg for møtet med brukerne, etter at det er skapt konsensus om verdien av disse arbeidsmetodene. Ettersom det fortsatt er mange ulike mål for helsestasjonsvirksomheten (se avsn. 3.4), vil vi tro at arbeidsutformingen på helsestasjonen i Frei kommer til å bære mer preg av kompromiss, f.eks. ved at brukerne noen ganger blir innkalt til gruppekonsultasjoner, andre ganger har (egeninitierte eller oppsøkende) individuelle konsultasjoner med helsesøstrene.

6.4 FOREBYGGENDE TILTAK RETTET MOT RISIKOGRUPPER

Det som vi til nå har sett på, er helsesøstrenes syn på den delen av virksomheten som gjelder primærforebyggende arbeid, dvs universelle tjenester rettet mot alle småbarnsfamilier. Men helsesøstrene må også drive sekundær- og tertiærforebyggende arbeid, de må ta affære, når det ser ut til at barn trenger ekstra oppfølging. Oppmerksomheten om disse oppgaver står klart for helsesøstrene i Frei, ja, de blir definert som de viktigste. På spørsmålet "*I hvilken grad har du tro på at det nytter å drive med forebyggende arbeid?*" svarer den ene:

"Ja, ellers hadde jeg ikke vært der. Skjer at en lurer, men har absolutt tro på det helsefaglige. Vi kan dokumentere at vi har vaksinert 100 %, men vi kan ikke gi dokumentasjon for de viktigste oppgavene. Kan være frustrerende... Utbrenthet - det er så mange som har det vondt som du vet om. Det blir for seint - går gjerne årevis før noe blir gjort."

Vi skal se nærmere på helsesøstrenes oppfatninger av oppgaver som gjelder barn og barnefamilier med sosiale problemer.

6.4.1 Nye utfordringer - helsesøster og/eller sosionom

Vi har tidligere påpekt at Frei kommune står overfor særlig store utfordringer innen forebyggende barnehelsearbeid. Det er forholdsvis mange barn i kommunen. Mange småbarnsfamilier er nyetablerte, de har gjerne en anstrengt økonomi, og kanskje de som nytilflyttere mangler et nettverk av nære familiemedlemmer eller gamle venner som kan avlaste i omsorgen av barna. Dette setter preg på hverdagen ved helsestasjonen i Frei:

"Arbeidsoppgavene er blitt forandra. Psyko-sosiale saker og omsorgssvikt tar stadig mer tid. Fungerer nå mer som sosialkurator. Problemene til folk er

- *familieoppløsning*
- *ustabile forhold*
- *arbeidsledighet*
- *økonomiske problemer."*

Begge helsesøstrene opplever det ofte som vanskelig og krevende å gå inn i situasjoner med omsorgssvikt. Hvorfor tar de da på seg slike oppgaver? Helsesøstrene er opptatt av barnas trivsel. Hvis de har mistanke om at det er unger som faller igjennom, er de rede til å gripe inn. De viker ikke unna utfordringene. Kunnskap om problematiske sosiale forhold forplikter. På helsestasjonen i Frei vet de at det er deres innsats som kan være avgjørende for at barna skal få hjelp. Andre ansvarlige instanser - spesielt sosialkontoret - er håpløst underbemannet. Den ene helsesøsteren sier:

"Jeg følger opp mange barnevernssaker selv: Telefon, hjembesøk, hyppige kontakter."

Også den andre helsesøsterens svar peker mot en glidning mot oppgaver innen barnevern:

"Sosialkontoret er ansvarlig for barnevernssaker, men pga ressursmangel må og er helsestasjonen veldig aktive i oppfølgingen."

Frei er med i en interkommunal PP-tjeneste, med hovedkontor i Kristiansund. Begge helsesøstre beklager at samarbeidet med PP-tjenesten fungerer dårlig. For at de aktuelle barna skal få hjelp, ser man på helsestasjonen seg nødt til å la henvisningene gå direkte til BUP i Kristiansund.

Det gikk fram av beskrivelsen av idealhelsestasjonen at helsesøstrene gjerne så at det var flere ansatt i kommunen med fagbakgrunn innen barnevern og mentalt barnehelsearbeid: Flere barnevernskonsulenter og familiekonsulent, kommunal psykolog, noen med kunnskap i barnepsykiatri. Men inntil videre må helsesøstrene ta ansvar for de barna som de føler trenger ekstra hjelp.

Vi skal komme tilbake til samarbeidet med sosialkontoret. Men først skal en annen aktør presenteres: Helsestasjonslegen.

6.4.2 Helsestasjonslegens oppfatning av helsestasjonsvirksomheten

Frei helsestasjon hadde i 1992 hatt samme helsestasjonslege i fem år. Generelt har legebemanningen vært stabil i Frei.⁸

Helsestasjonslegen har erfaring og interesse for barnehelsetjeneste, gjennom tidligere arbeid som helsestasjonslege i annen kommune, som lege på barneavdeling og som allmennpraktiserende, og fordi hun har barn selv. - På intervjutidspunktet var helsestasjonslegen også konstituert kommunelege I og avdelingsleder for allmennlegetjenesten. Formell ansvarsfordeling respekteres: Hun er helsestasjonslege og ikke kommunelege I på helsestasjonen, og i den henseende kan hun hevde at

"Helse- og sosialsjefen forholder jeg meg ikke til; henvendelser ang. helsestasjonen går gjennom helsesøster ved formell saksgang".

Helsestasjonslegen føler seg verdsatt av kollegaer og samarbeidspartnere; men hun tror at hun kanskje hadde engasjert seg mer i helsestasjonsvirksomheten, dersom hun hadde vært heltidsansatt der. Nå er dette bare en liten bijobb, 1/2 dag pr uke. På den andre side, helsestasjonsbrukerne treffer hun ofte igjen i den kurative delen av legetjenesten, "føler at det er vits å være der". Helsesøstrene på sin side uttrykker glede over å ha en helsestasjonslege som er interessert i feltet.

På spørsmålet "Vil du si at du har en selvstendig jobb?", er svaret et klart nei:

"Jeg er avhengig av helsesøster og hennes arbeidsmetoder"

På spørsmål om hvilke rammer hun mener er bestemmende for helsestasjonens virksomhet, nevner hun på den ene side helsesøsters holdninger, engasjement, utdanningstidspunkt og særlige interesser:

"Helsesøster har handlingsfrihet og styrer helsestasjonsdriften".

På den andre side, påpeker hun, er det rammer for helsestasjonsvirksomheten som er fastlagt og lovfestet på statlig hold, f.eks. vaksinasjonstidspunkt.

⁸ Situasjonen har siden endret seg. Helsestasjonslegen har nå flyttet fra kommunen, og også andre leger har sluttet.

Helsestasjonslegen er fornøyd med måten helsestasjonen drives på. Kommunen er liten, og forholdene oversiktlige. Små forhold gjør at det ikke er et markert skille mellom en i ledende stilling og andre ansatte. Avdeling for forebyggende arbeid fungerer etter hennes mening godt, det er gode samarbeidsforhold. Er det spørsmål om hvilke oppgaver som skal prioriteres på helsestasjonen, tas saken opp, og de ansatte diskuterer seg fram til en løsning.

Hva bør da helsestasjonens primære oppgaver være? På spørsmål "*Hvilke oppgaver mener du at helsestasjonen ideelt sett burde konsentrere seg om*", svarer helsestasjonslegen:

- *de medisinske problemstillingene er fortsatt viktige*
- *faresignaler må oppdages og gjøres noe med på et tidlig tidspunkt og tilstrekkelig godt*
- *områdepедиatri praktiseres ikke her, men det hadde vært et ønske, altså undersøkelser sammen med en pediater og en fysioterapeut"*

Vi ser at legen har en medisinsk orientering i sin tjenesteutforming. Gjennom sin utdanning har legene lært å diagnostisere og behandle, og undersøkelsene kan resultere i funn som kan hindre at barna senere i livet får helseplager. Som vi ser, kunne helsestasjonslegen ønske seg at medisinsk ekspertise oppsøkte helsestasjonen; nå er samarbeidet begrenset til henvisninger til barnelege på barneavdelingen, til BUP eller BUA. Vi får et bilde av en lege med faglige ambisjoner som samsvarer med den 3. idealtypiske modellen "Helsestasjonen som medisinsk kontrollstasjon". Og på spørsmål om hvilke type oppgaver hun liker best på helsestasjonen, er svaret nettopp kontrollene:

"De tidlige kontrollene som ved 6 uker, 1/2 år og 1 år er de viktigste, men også 4 års kontrollene er viktige for da slipper helsestasjonen barna."

Men noen av brukerne som kommer på helsestasjonen, har problemer som medisinstudiet kanskje ikke gir nødvendig kompetanse i å møte. Helsestasjonslegen på Frei synes å foretrekke at helsesøstrene tar hånd om denne type oppgaver:

"Føler jobben som ensom, men trivelig. Jeg har god kontakt med foreldrene, men vanskelige familieproblemer når ikke fram til meg. Det oppleves ikke naturlig å ta opp sånt med meg. Men helsesøster vet om problemene."

Selv om legen kanskje ikke blir konfrontert med sosiale problemer i møtet med brukerne, blir hun involvert gjennom møter der mulige tilfeller av omsorgssvikt (rusmiddelbruk, overgrep) drøftes. Hun gir uttrykk for at disse møtene kan være en påkjønning:

"De tverrfaglige møtene er fruktbare, men jeg liker dem ikke pga behandlingen av vanskelige tema".

Likevel, helsestasjonslegen i Frei synes ikke å være så preget av avmakt i møtet med sosiale problemer, som hennes kollega i Molde. Det handles, når man møter omsorgssvikt - selv om legen gir uttrykk for at det somme tider kanskje handles for kvikt:

"Helsestasjonslegen deltar til en viss grad i oppdagelsen av psykososiale problemer. Forskjellig hvordan det takles fra ulike helsesøstre, noen kan være for snare til å rope ulv - ulv".

Frei har et institusjonalisert samarbeid på tvers av faggrupper og etater. Den tverrfaglige gruppen har eksistert siden 1979. Faste deltakere er helsesøstre, lege og barnevernskonsulenten ved sosialkontoret. Helsestasjonslegen finner dette arbeidet viktig:

"Tverrfaglige møter gjør at vi blir kjent. Taushetsplikten er ingen begrensning, vi melder fra, og vi får og gir informasjon om saker som blir tatt opp, såkalt samtykke under press. Men jeg føler ikke at dette er noe problem... Vi har nå fått mer struktur på de tverrfaglige møtene. Etter initiativ fra sosialkontoret gikk vi på kurs sammen for ca 3 år siden. Dette var en utløsende faktor for å kunne klargjøre prioriteringer, evaluere tiltak og avklare ansvarsfordelingen på de tverrfaglige møtene."

Det er interessant å se at legen i sine visjoner om idealhelsestasjonen åpner for brukermedvirkning⁹ i det tverrfaglige arbeidet. Som siste punkt, etter ønske om medisinsk ekspertise i barnekontrollene kommer ønske om:

"Tverrfaglige møter med foreldrene til stede - nettverksskaping er ønskelig"

Det kan synes som om legen er eksponent for en radikal linje i bekjempelsen av psyko-sosiale problemer. Meldeplikt er overordnet taushetsplikt - og pasientene er brukere som bør betraktes som medspillere. Vi så under pkt. 6.2 at heller ikke ledende helsesøster var fremmed for tanken å trekke foreldrene mer med på laget.

Legens rangering av samarbeidspartnere avspeiler betydningen av den tverretatlige gruppen. Sosialkontoret/barnevernet kommer opp på 2. plass, etter helsesøstrene, mens fysioterapeuten nevnes som nr 3. Vakans på sosialkontoret oppleves som et stort problem:

"Det er ønskelig med større bemanning på sosialkontoret, jeg får dårlig samvittighet når jeg tar kontakt pga arbeidspresset."

Hun svarer bekreftende på spørsmål 3.2 *"Synes du at du har godt kjennskap til andre instanser med ansvar for barn i din kommune?"*

"...unntatt PP-tjenesten, fordi jeg skjønner ikke hva de driver med. De er perifere og lite tilgjengelige, og de gjør ting jeg ikke forstår."

PP-tjenestens fravær i det tverrfaglige samarbeidet om barn på Frei er iøynefallende. Det påpekes av både helsesøstre, helsestasjonslege og barnevernskonsulent.

6.4.3 Sammenfatning

Som i Molde ser vi at ulike aktører på helsestasjonen er preget av ulik rolleutforming i tjenesteutøvelsen. Ulik rolleutforming mener vi kan forstås ut ifra

⁹ Om brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren: se G.Bendixen, 1994.

ulike oppfatninger av mål og mål-middelsammenhenger, slik de gjenspeiles i idealmodellene.

I første del av presentasjonen av helsestasjonsvirksomheten i Frei satte vi fokus på helsestasjonens universelle tjenester. Helsestasjonen blir oppsøkt av alle småbarnsforeldre i kommunen. Brukerundersøkelsen forteller om svært fornøyde brukere. Helsestasjonsassistentens rolleutforming bidrar til å skape en god stemning på venterommet. Vi finner at hennes rolleutforming, som tilfellet var for helsestasjonsassistenten i Molde, passer godt inn under den idealtypiske servicestasjon-modellen.

Både helsesøstre og helsestasjonslegen sier at rutineundersøkelsene er den delen av helsestasjonsjobben som de liker best. Her får de da også positive tilbakemeldinger fra brukerne.

Helsestasjonslegen legger vekt på oppgaver som vi forbinder med den medisinske kontrollstasjonen. Helsesøstrene på helsestasjonen synes å vektlegge verdier som tradisjonelt har stått høyt i deres profesjon, nemlig overvåkingsmodellen, der det er viktig å få opprettet et tillitsforhold til den enkelte familien gjennom individuell kontakt med alle.

Det er interessant å se at ledende helsesøster ønsker å gjøre økt bruk av forebyggingsstrategier som har andre kvaliteter enn overvåkingsmodellen. En strategi innen primærforebygging er å sikre barnas oppvekstmiljø, og ledende helsesøster ønsker at helsestasjonen skal bidra til å styrke sosiale nettverk blant småbarnsforeldrene. Hun synes her å representere en radikal utgave av samordningsmodellen, der det sivile samfunn dras inn i det lokale helseforebyggende arbeidet for barn. Også foreldrene bør være med på å forme tjenestene - et syn som helsestasjonslegen deler.

Helsesøstrene på helsestasjonen derimot er bekymret for at kollektive opplegg som gruppekonsultasjoner kan føre til at de vil møte mindre åpenhet fra brukerne.

Den andre delen av beskrivelsen av helsestasjonsvirksomheten gjelder oppfølging av barn som kan ha behov for at ekstra tiltak settes inn. Helsepersonalet på helsestasjonen føler ansvar for å fange opp signal om mistriivsel hos barna. I første omgang drøftes mistanker internt på helsestasjonen, deretter kan problemet tas opp i et tverrfaglig forum innen helse- og sosialetaten.

Virksomheten er mer utadvendt i Frei enn i Molde. Helsestasjonen i Frei synes å være mer åpen for å slå alarm overfor andre deler av hjelpeapparatet når det er saker som vekker bekymring. Kontakten med andre deler av hjelpeapparatet er tildels institusjonalisert.

For å kunne vurdere om helsestasjonen virker som lokal samordningssentral, må vi se hvordan virksomheten oppfattes av aktører utenfor helsestasjonen. Er det tale om samordning av tiltak for barn, eller er helsestasjonens funksjon, som i Molde, overvåking?

6.5 FOREBYGGENDE ARBEID FOR BARN - VURDERT AV AKTØRER UTENFOR HELSESTASJONEN

Vi har nå sett på de helsestasjonsansattes oppfatninger om forebyggende arbeid for barn i Frei. Søkelyset skal nå flyttes over på andre aktører som står sentralt når det gjelder å forme oppvekstmiljøet i Frei.

Oppgavefeltet for avdeling for forebyggende helsearbeid og for helsestasjonsvirksomheten kan omfatte det meste innen forebyggende tiltak, fra innspill om miljørettede tiltak på kollektivt nivå - til selektive tiltak, rettet mot enkeltindivider. Kollektive tiltak som gjelder generell bedring av barnas oppvekstforhold i lokalsamfunnet vil være sektorovergripende og krever involvering hos den politiske og administrative ledelsen. De mer selektive tiltaka for å finne løsninger til presserende problem hos enkeltindivid og enkeltfamilier, kan utformes blant bakkemannskapet - uten at ledersjiktet nødvendigvis må involveres.

Vi skal først beskrive hvordan samarbeidspartnere innen helse- og sosialetaten og skoleetaten vurderer egen og helsestasjonens innsats når det gjelder forebyggende arbeid for barn.

6.5.1 Barnevernskonsulentens syn på forebyggende arbeid og helsestasjonens betydning

Barnevernskonsulenten koordinerer det formaliserte samarbeidet om "obs-barn", et fellesskap som teller helsesøstre, lege og barnevern, og der PP-tjenesta og BUP er delaktører. Hun planlegger arbeidet og styrer arbeidets tidsplaner:

"Det tverretatlige samarbeidet er barnevernets redskap... Det er mitt ansvar å holde dette samarbeidet i gang."

Barnevernskonsulenten formidler samme bilde av de tverrfaglige møtene som det vi fikk fra de helsestasjonsansatte: Lang tradisjon i å samarbeide har resultert i stor åpenhet.

Barnevernskonsulentens rangering av sine viktigste samarbeidspartnere er som følger

1. *Helsesøstre - de har nyttig informasjon og kompetanse på dette område*
2. *Førskolelærere - har kompetanse på unger som er i barnehagen*
3. *PPT"*

På spørsmål 4.6: *Hvordan tror du helsestasjonen vurderer barnevernet og det arbeidet som dere gjør for barn? Er dere en interessant samarbeidspartner for helsestasjonen?* svarer barnevernskonsulenten:

"Helsestasjonen er våre beste meldere, men fortsettelsen blir ikke slik de forventer. De har store forventninger. De opplever maktesløshet når de formidler til foreldrene at dere skal få hjelp, forventninger skapes også hos foreldrene, men så skjer det ikke noe ... Helsestasjonen vurderer sosialkontoret som veldig byråkratisk, treg og bruker lang tid på saker."

I kap. 4 drøftet vi de ulike arbeidsformene på helsestasjon og sosialkontor. Det er et møte mellom en skriftlig og en muntlig kultur. I Molde ga det seg uttrykk i at der helsesøster ønsker uformell drøfting, ser sosialkontoret det som viktig å etterleve kravet til skriftlighet i alle ledd i saksbehandlingen. Dette la en demper på samarbeidet mellom helsestasjon og sosialkontor.

I Frei er det et tett samarbeid mellom sosialkontor og helsestasjon. Men det er interessant å se hvordan samarbeid om utforming av forebyggende tiltak for barn fortoner seg ulikt fra ulike ståsted. De helsestasjonsansatte forklarte sen reaksjon fra sosialkontoret med underbemanning. Dermed var en viktig begrunnelse for helsesøstrenes "sosialkuratorvirksomhet" at de må steppe inn fordi sosialkontoret mangler folk. Barnevernskonsulenten på sin side forklarer treghet i systemet med nødvendige hensyn til forsvarlig saksbehandling:

"Ut fra mitt synspunkt ligger det for store forventninger hos helsestasjonen på hva vi kan gjøre. Når helsestasjonen kommer i kontakt med problembarn forventer de raske tiltak. Men vi må gjøre en undersøkelse, samtale med foreldrene for å se om det er grunnlag for å gå videre. Er dette en barnevernsak? ... Vi er ikke flinke nok til å fortelle om våre arbeidsmetoder."

Barnevernskonsulenten presiserer at barnevernets virksomhet er av sekundær- og tertiærforebyggende karakter. Selv driver hun ikke forebyggende virksomhet av typen 'arbeid som en gjør for å unngå at noe skal skje':

"Barnevernet skal forhindre videreutvikling av et problem. Når det gjelder det arbeidet som helsestasjonen gjør, er det viktig i forhold til deres samarbeidspartnere som bl.a. barnevernet, å være bevisst disse skillene for ikke å blande sammen funksjoner. Det er flytende grenser, men det å avklare rollene er viktig i forhold til hvem som skal sette igang hvilke tiltak."

Behovet for klarere domeneavgrensning er også et spørsmål helse- og sosialsjefen er opptatt av. Vi skal se nærmere på hans syn, før vi summerer opp svarmønstret fra sosialkontoret.

6.5.2 Helse- og sosialsjefens syn på forebyggende arbeid og helsestasjonens virksomhet

Helse- og sosialsjefen var sosialkurator fram til han ble sosialsjef i 1985. Denne stillinga ble omgjort til helse- og sosialsjef i 1987 - en løsning som mange kommuner valgte etter kommunehelsereformen.¹⁰ Som etatsleder har han alminnelige ledelsesfunksjoner (i hans ord: "Å få organisasjonen til å fungere rimelig godt ressursmessig - økonomi, bemanning, kompetanse"), som tidligere sosialsjef har han oppgaver med å tilrettelegge tiltak for innbyggere med særlige behov.

Når helse- og sosialsjefen kommer inn på kommunens utfordringer og innsats for å bedre barnas oppvekstmiljø, synes det særlig å være barn med spesielle behov som

¹⁰ En undersøkelse fra 1988 viste at ca halvparten av de nye helse- og sosialsjefene var sosisonomer, gjennomsnittsalderen var 40 år, 83 % var menn, og nesten halvparten hadde rykket opp fra andre stillinger i egen kommune, som regel fra sosialetaten. (Romøren 1989:189).

kommer i fokus. Det store antallet barnevernssaker skaper kapasitetsproblem for etaten; det er for lav bemanning, og ikke midler til tiltak. Han tror at bedre utnytting av eksisterende ressurser, er å få til større samordning av tiltakene.

Han ser det som en styrke at etaten har god oversikt over barnas problemer i kommunen, og at det er en tverrfaglig vilje til å møte utfordringene:

"Innen for helse- og sosial har vi en del personer som er giret på å arbeide med barn i kommunen, og det gjøres en god jobb."

Når han mer spesifikt bli bedt om å peke på sterke sider ved helsestasjonsvirksomheten, er det igjen personalets kompetanse som bli framhevet:

"Vi har flinke helsesøstre, helsesøstre med lang erfaring. Kompetansemessig er det bra. Helsesøstrene har god evne til samarbeid og tverrfaglighet."

Men helsestasjonsvirksomheten kunne etter hans syn fungert enda bedre ved sterkere avgrensning av oppgavefelt:

"Helsestasjonen mangler prioriteringer på hva de vil. En helsesøster kan ikke løse hele verdens problemer - de må bestemme seg for fastsatte innsatsområder. Helsesøstrene ønsker å gjøre alt, men har ikke tid, evne og kompetanse til dette."

Et område der helse- og sosialsjefen synes å vurdere helsesøstrenes kompetanse som noe utilstrekkelig, er hvis de går over på barnevernets domene:

"Det er viktig å være på linje med brukerne på deres egne premisser. Et eksempel på dette er at helsesøstrene ikke må belære om hygiene, bekledning, rytme i familien, matvaner osv. ut fra egne normer. En helsesøster må kunne forstå ulike brukeres situasjon. Dette er spesielt viktig i forhold til å være for snar til å melde obs-tilfeller."

Vi finner at helsesøstrenes meldinger dels sees som et kapasitetsproblem for etaten, dels som et faglig spørsmål om å kunne vurdere en familiesituasjon. Økt åpenhet gir økt innsyn fra eksterne aktører, og det kan være en forklaring på at vi får høre flere kritiske merknader til tjenesteutformingen i Frei enn tilfellet var i Molde.

Vi skal se nærmere på dilemma som helsesøstrene står overfor i klemma mellom barnas hensyn, hensynet til familiens privatliv og tilpasning til barnevernets tenesteutforming.

6.5.3 Konfidensialitet eller meldeplikt?

Våre brukerundersøkelser tyder på at kontakten mellom helsesøstrene og småbarnsforeldrene som oftest er preget av harmoni.¹¹I vår idealtypiske service-modell er det brukerne som setter rammer for samhandlingen. I overvåkings-modellen blir det ansett som spesielt viktig at foreldrene regner helsesøsteren som "ufarlig"; helsesøsterens oppgave er å oppnå tillit hos foreldrene, hjelpen skal ikke virke stigmatiserende, og man skal kunne regne med konfidensialitet, selv når man evt. er kommet på kant med andre deler av hjelpeapparatet.

Men etterhvert er det kommet stadig sterkere krav om å sette barnas hensyn foran taushetsplikten. Regler om meldeplikt i barnevernlovens § 6-4 gjelder "*når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller hvor det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt... eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, kan få betydning for samhandlingen mellom helsesøstre og foreldre*".

Helsestasjonen kan være en naturlig instans å søke støtte, når foreldre føler de kommer til kort. Helsesøstrene kan også selv få mistanke om at noe "skurrer" i hjemmet. Men det vil alltid være en risiko forbundet med å gi uttrykk for sin bekymring, enten man velger å dele den med foreldrene eller med andre instanser i det offentlige hjelpeapparatet. Det kan være tale om feildiagnostisering, eller man kan risikere at familien ikke ønsker videre kontakt med tjenesten. Bård Paulsen (1990:68) beskriver helsesøstrenes oppgave slik:

"Man skal både være så årvåken at man fanger opp et svakt og tidlig signal på en uheldig utvikling - og så rutinert at man klarer å overse "problem-adferd" som i grunnen bare er en litt uryddig form for sunn livsutfoldelse."

¹¹ Vi har gjort brukerundersøkelser i fire kommuner på Nordvestlandet og på Færøyene; respondentene gir uttrykk for stor tilfredshet med helsesøstertjenesten. Se Gravdal og Hustad 1992, Kvalshaug og Ravatsås 1994, og Jákupsstovu 1994.

Vi spurte innledningsvis om man i Frei i større grad enn i Molde ser helsestasjonen som en lokal samordningssentral som kan forebygge sykdom og drive fram helsefremmende tiltak for barn.

Intervjuene med de eksterne aktørene tyder ikke på at helsestasjonen i Frei fungerer som noen samordningssentral - heller en alarmsentral, en forsterket utgave av overvåkingsmodellen. Alarmen går når de opplever at barn kanskje har behov for hjelp. De deler sine bekymringer med andre deler av hjelpeapparatet, og forventer at formidling av informasjon skal føre til rask reaksjon hos de som kan sanksjonere tiltak.

Når det gjelder barn med særlige behov, koordineres den praktiske tilretteleggingen av samarbeidet fra sosialkontoret, ikke fra helsestasjonen. Det tverretatlige samarbeidet sees som barnevernets redskap. Fra sosialetatens ståsted innebærer samarbeidet med de helsestasjonsansatte bedre innsyn i barnas oppvekstforhold. Men som i Molde begrenses kontakten til ressursutveksling. Barnevernet såvel som helse- og sosialetaten synes ikke å ønske mer radikale former for samordning av tiltak; sosialetatens logikk, slik den nedfeller seg i arbeidsform, tilsier domenegrenser som skiller forebyggende arbeid for barn og forebyggende barnevernsarbeid.

Et annet spørsmålet vi stilte, var om helsestasjonen i Frei har en mer synlig rolle enn tilfellet var i Molde. Er det slik at eksterne aktører er opptatt av det arbeidet som utføres i helsestasjonen? - Når det gjelder samarbeidspartnere innen helse- og sosialetaten, er svaret ja; de ser verdien av den universelle kontakten, og uttrykker respekt for helsesøstrenes innsats. Den mer utadvendte stilen ser imidlertid ut til å ha ført til flere kritiske merknader til hvordan arbeidet utføres, flere kontroverser enn vi fant i Molde.

Men det er også andre etater som har ansvar for oppvekstmiljøet i Frei. En av dem er skolesjefen. Vi skal se på hans meninger om forebyggende virksomhet for barn og helsestasjonens rolle.

6.5.4 Skolesjefens syn på forebygging og helsestasjonsvirksomhet

Skolesjefen har lang erfaring innen skoledelse, men er relativ ny i stillingen på Frei. Hans oppgaver spenner fra barnehage og grunnskole til voksenopplæring, bl.a. for funksjonshemmede.

Skolesjefen viser til de demografiske forholda i kommunen, og til det store antall barnevernssaker i kommunen:

"Det er mange barnevernssaker i Frei kommune, og disse barna er enten i barnehage eller i skolen og blir dermed vårt ansvar. Hvis vi sammenligner antallet barn og unge som defineres som spesielle tilfeller, så er det i antall like mange som i Kristiansund."

På spørsmålet "Hvordan opplever du vektleggingen og styrkeforholdet når det gjelder arbeid med forebygging og behandling, i ditt arbeid?" svarer skolesjefen:

"Forebygging vil være å komme tidlig inn med tiltak til førskolebarn med problemer - å oppdage problem og så sette inn ressurser. På skolekontoret driver vi ikke med forebygging med bakgrunn i de ressurser vi har. Det er innskriving i skolen i november, med tanke på å oppdage evt. problemer så tidlig som mulig og slik at det evt. kan settes igang tiltak tidlig."

Skolekontoret har flere vakante stillinger: Barnehagekonsulent, pedagogisk konsulent og førskolekonsulent til å planlegge et 6-års tilbud. Barnehagedekningen er bare på 28 %, i alt 160 plasser fordelt likt mellom kommunale og private barnehager. Iflg. skolesjefen har hvert 3. barn som kommer inn i kommunale barnehager, fått plass etter spesiell anbefaling p.g.a. av problemer i hjemmet, funksjonshemming e.l.¹²

Hvem er da skolesjefens viktigste samarbeidspartnere når det gjelder førskolebarn?

*"-barnehagekonsulenten i fylket
- styrer og personell i barnehagen, jevnlig møter"*

¹² Tidligere var det sosialkontoret som hadde ansvar for barnehagetilbudet.

- foreldre som søker barnehageplass
- PPT
- helsesøstre
- helsepersonell"

Vi ser at helsesøstrene rangeres lavt. Skolesjefen forteller at det er liten direkte kontakt mellom helsestasjonen og skolekontoret. Skolekontoret mottar meldinger om barn med spesielle behov om tiltak, og møter ledende helsesøster på opptaksmøter i barnehagen 1-2 ganger i året.

På spørsmål om "*Hvilke oppgaver mener du helsestasjonen ideelt sett bør konsentrere seg om? På hvilken måte bør helsestasjonen arbeide, generelt og i.f.t. din instans?*", er svaret kort

"Ingen klar formening."

Skolesjefen hadde vært 2 år i Frei kommune på intervjutidspunktet. Det er mulig at intervju med flere i skoleetaten, f.eks. med representanten i helseopplysningsutvalget (se fotnote 45) kunne gitt et annet bilde av kontakten mellom skolekontoret og helsestasjonen. Men i vårt intervjumateriale gir svarmønsteret et bilde av en sektordelt administrasjon. Helsestasjonen synes å ha aksess til beslutningsstrukturer innen helse- og sosialetaten. Innen skoleetaten synes den å være usynlig.

Vi skal nå avslutningsvis se på hva det politisk-administrative toppsjiktet i kommunen mener om helsestasjonens betydning for oppvekstmiljøet i kommunen.

6.5.5 Den politisk-administrative ledelsens syn på forebygging og helsestasjonens virksomhet

Kommunestyret i Frei har vedtatt at barn og unge skal være hovedsatsningsfelt i kommunen. Hva mener ordfører, rådmann og leder for helse- og sosialutvalget at kommunen bør gjøre for å få et bedre oppvekstmiljø? Hva legger de i begrepet forebyggende virksomhet? Og hvilken rolle mener de at helsestasjonen bør ha i det forebyggende arbeid for barn?

I forrige avsnitt formidlet vi helsestasjonslegens oppfatninger av helsestasjonsvirksomheten. Helsestasjonslegen er også kommunelege I, og møter slik den politiske og administrative ledelsen i forbindelse med f.eks. budsjettbehandlingen. Hun er pessimistisk i sitt syn på mulighetene til å få de bevilgende myndigheter til å engasjere seg i forebyggende arbeid, det er vanskelig å dokumentere at det forebyggende arbeidet er viktig:

"...Det finnes ingen tungtveiende argument for å satse på helsestasjonen, selv om det gjøres en god jobb ... det er vedtak på at det skal satses på forebyggende arbeid, men arbeidet er usynlig."

Hennes erfaringer med politikerne er at:

"På bakgrunn av politikernes egeninteresse prioriteres eldreomsorgen fortsatt høyt (politikkerne er ofte i en aldersgruppe som har gamle foreldre). Politikernes inntrykk av helsestasjonen er at de driver med veiing og måling."

Samsvarer helsestasjonslegens/kommunelege I's inntrykk av manglende forståelse for betydningen av forebyggende arbeid, og manglende kunnskap om helsestasjonsvirksomheten, med svarmønstrene fra intervju med det politiske og administrative lederskapet?

Ordførerens syn på forebygging og helsestasjonsvirksomheten

Ordføreren er opptatt av oppvekstmiljøet i kommunen. Hans hjertesak er de nye borgerne. Derfor har han valgt å prioritere skolestyret, han har gjort en arbeidsdeling med varaordfører som leder helse- og sosialutvalget. Det ordføreren spesielt forbinder med forebyggende arbeid, er folkeopplysning. Etter hans syn er det viktigste i et barns oppvekstmiljø hjemmet, og de største utfordringene i Frei kommune er å få ned skilsmisseprosenten og alkoholbruken. Det er altså holdningsendringer som må til, og her står skolen sentralt:

"Skolen må ta seg av faget samliv - folkeopplysning!"

Etter ordførerens mening bør prinsippvedtak om satsing på barn og unge få konsekvenser for økonomiske prioriteringer:

" 'Målstyring' - synes det er for mye ord og lite handling. Kommunestyret har tatt en prinsippbeslutning om at det skal satses på barn og unge. I går tok vi opp den vanskelige budsjettsituasjonen - men nå skal det skjæres jevnt. Hvis de mener det alvorlig, så må det skjæres ned på andre ting."

Han framhever spesielt behovet for å styrke skolesektoren.

Men hva med helsestasjonen? Ordføreren innrømmer at han har relativt lite kunnskap om helsestasjonsvirksomheten:

"Ut ifra de signalene jeg har fått, så fungerer helsestasjonen godt. De ønsker flere midler til utstyr. Helsestasjonen skal forebygge og behandle sykdom. Kosthold er en viktig oppgave."

På spørsmål om hva helsestasjonen ideelt sett bør gjøre, trekkes igjen fram opplysning om kosthold - og kontroll av matvarer.

Ordføreren har altså stor interesse for barns oppvekstmiljø, men for ham er nok ikke helsestasjonen noen sentral institusjon i det individrettete forebyggende arbeidet for barn. Det synes særlig å være de miljørettede oppgavene som ordføreren forbinder med helsestasjonsvirksomheten. Den idealtypiske helsestasjonen som samsvarer best med ordførerens bilde av helsestasjonsvirksomheten, er "den medisinske kontrollstasjonen", - ikke mht legekonsultasjon, men i gjenreisningstidens mål om en sunn oppvoksende slekt.¹³

Ellers kan ordførerens fokus på kosthold ha bakgrunn i at dette har stått på dagsorden ved at forebyggende helseavdeling har engasjert seg i spørsmålet og bl.a. levert rapporten Ernæring - Ungdom.

Hvordan er det da med rådmannens interesse og kunnskap om hhv forebygging og helsestasjonsvirksomheten?

¹³ Et punkt i samarbeidsprogrammet fra 1945 var nettopp at det skulle utbygges en landsomfattende institusjon med helsestasjoner og vandrende helse- og husstellærere (Nagel, s 16).

Rådmannens syn på forebyggende arbeid og helsestasjonsvirksomheten

Rådmannen er først og fremst opptatt av den vanskelige økonomiske situasjonen som kommunen er havnet opp i. På spørsmål 2.3 "Når det gjelder arbeidet for å bedre barns oppvekstmiljø, hva mener du er de største utfordringene i din kommune?" blir svaret omsatt til investeringskostnader:

"Det største problemet er økonomi: Kommunen skal tilrettelegge bomiljø, lekeplasser osv, men det er problematisk å finne midler. Samarbeid mellom sektorene er nødvendig, det har det skorta på. Når økonomien er trang, må sektorene prioritere tiltak." ...

Rådmannen forteller at han legger seg lite bort i prioriteringene. Det satses på rammebudsjettering der etatssjefen og hovedutvalget har ansvaret:

"Lite på det som skjedde på tidligere stadium. Før vi fikk rammebudsjettering, måtte jeg prioritere og skjære ned. Nå er det etatssjefene som gjør prioriteringene."

Prioritering innen sektoren overlates til den enkelte sektor. Et forsøk på koordinering av den kommunale forvaltningen skjer gjennom etatssjefsmøter. Rådmannen forteller at:

"Vi har en runde i de månedlige etatssjefmøtene, der etatssjefene legger fram slikt som kan være av interesse for de andre sektorene, informasjon om nye tiltak osv. Det føler jeg er en nyttig runde som gir nyttig informasjon til samtlige sektorer."

Det er altså helse- og sosialsjefen, og ikke rådmannen, som tar hånd om den økonomisk-administrative ledelsen av helse- og sosialsektoren, herunder forebyggingsavdeling. Rådmannen synes likevel å ha bra kjennskap til helsestasjonsvirksomheten:

"..kjenner folka, det er dyktige folk".

Han viser til informasjon til foreldre som kommer til spebarnskontroll, og helsesøstrenes kontrolloppgaver, som noen viktige oppgaver til denne institu-

sjonen. Men spesielt synes han det er viktig at det vises interesse for miljørettet helsevern, som i forbindelse med arealplanlegging.

På spørsmål 3.3: *Hvilke oppgaver mener du at helsestasjonen ideelt sett burde konsentrere seg om? På hvilken måte burde helsestasjonen arbeide?* svarer rådmannen:

"Vanskelig å si om de ikke jobber ideelt i dag, uten at jeg har oversikt over det daglige. Har fått forståelsen av at de gjør en god jobb. Men det må være å jobbe aktivt for tiltak, i samarbeid med foreldre, barnehage og skole, være med på opplegg og tiltak, gi sitt syn i planlegging, være med i bildet på sektorovergripende tiltak."

Som hos ordføreren er det de miljørettede oppgavene som er i fokus. Men det kan se ut til at det nå er en annen idealtypisk modell enn "medisinsk kontrollstasjon". Rådmannens helsestasjon samsvarer best med den idealtypiske "samordnings-sentralen". Helsestasjonens arbeidsfelt er velferdskommunen. Rådmannen ser det som nødvendig med samordnet planlegging for å få en lokal tilpasning av tiltakene, ikke minst for å frigjøre midler til prioriterte oppgaver. Han ser det nye styringsverktøyet målstyring som en vei til å få realisert "sektorovergripende tiltak":

"Enkelte sektorplaner må samordnes, barns oppvekstmiljø er spesielt viktig. Det er et spørsmål om økonomiske rammer, og det er mer nødvendig å prioritere. Virksomhetsplanlegging, målstyring, gjør det mer mulig".

Helse- og sosialutvalgleaders syn på forebyggende arbeid og helsestasjonsvirksomheten

Den andre politikeren som vi intervjuet i Frei, leder for hele- og sosialutvalget, deler ordførerens interesse for oppvekstmiljøet i kommunen:

"Barn og oppvekst er mine hjertesaker."

Han ser oppvekstmiljøet som kommunens utfordring. Barnet er avhengig av familiens mulighet til å gi gode oppvekstvilkår, at det er gode boligforhold, nærmiljø og fritidstilbud. Han påpeker manglende nettverk i Frei. Dette skyldes

at det ikke har vært en naturlig befolkningsutvikling, kommunen mangler besteforeldre. I tillegg nevner han oppgaver som tilrettelegging av det fysiske miljø, trafikk sikring, sikker skolevei, unngå sprengte skoler.

På spørsmålet om hva helsestasjonen ideelt sett bør gjøre, er svaret:

"Bør ha tillit i befolkningen. Det synes som om befolkningen er glad for at helsestasjonen er der. Helsestasjonen er et sted hvor de kan henvende seg, og det er trygghetsskapende. Det er viktig å ha tid til brukerne når de henvender seg."

Leder for helse- og sosialstyret er opptatt både av helsestasjonens universelle tjenester, og deres arbeid for "obs-barn". Han kjenner til det gode samarbeidet mellom helsestasjon og sosialkontor:

"I Frei har vi en god helsestasjon og gode helsesøstre som er flinke til å melde."

Sjøøl opplever han at han får god informasjon om situasjonen til barna i kommunen. Men generelt føler han at det burde vært fokusert mer på forebyggende arbeid. Det burde vært gitt mer informasjon om hvor mye penger det er å spare på forebyggende arbeid, penger som kan nyttes til andre formål.

"Den økonomiske innfallsvinkel er altoverskyggende ... De (:helsesøstre) markedsfører seg ikke godt nok overfor politikerne. Det er nødvendig med gode argument med økonomisk vinkling. Det er ikke ønskelig med råkjøring overfor politikere; men det må gode argument til for å frigjøre midler."

Som politiker opplever han at det er tette skott mellom etatene. For at det skal være mulig å bedre oppvekstmiljøet, ser han det som nødvendig å få til sektorovergripende samordning. Helsestasjonen anses som en viktig aktør p.g.a sin tilgang til småbarnsfamiliene. Men han mener at det må en tyngre institusjon til for å få innflytelse på de politiske prioriteringene:

"I kommunen skal vi utrede en oppvekstetat, og i den sammenheng er helsestasjonen veldig viktig som har kontakt med alle barn. Helsesøstre er raske med hjemmebesøk hvis det er mistanke om problemer eller ved behov for tidlig besøk. Men det holder ikke bare med helsestasjonen... En slik

oppvekstetat må ha mye penger, et fett budsjett, for prestisje og innflytelse oppnås gjennom økonomi"

Leder for helse- og sosialutvalget ser for seg at en sterk oppvekstetat kan realiseres ved å gjøre følgende inngrep:

- "- budsjett på ca 15 mill. kroner
- helsesøstre ut av helsevesenet
- miljøvernkonsulenten inn?
- forebygging ut av barnevernet
- kulturetaten inn
- barnehagen ut av skolen".

Sammenfatning

Intervjuene med den øverste politiske og administrative ledelsen i kommunen forsterker bildet av en sterkt sektordelt kommune. Som administrasjonen er politikerne sektororienterte, ordføreren er skolepolitiker, og varaordfører helse- og sosialpolitiker.

Alle informantene påpeker at barna er hovedsatsningsområde i Frei. Ledelsen er opptatt av hvordan den kommunale virksomheten kan styres for å oppnå et bedre oppvekstmiljø. Rådmannen og leder for helse- og sosialutvalget er opptatt av den organisasjonsmessige rammen, og mener at omorganisering kan gjøre det mulig å få realisert dette 'sektorovergripende' målet.

Rådmannen synes å innta et instrumentelt perspektiv til reorganisering: Overgang til virksomhetsplanlegging vil føre til mer målrettede beslutningsprosesser. Helse- og sosialutvalgsleder på sin side ser de kommunale beslutningene som resultat av en maktkamp mellom ulike koalisjoner. Skal barnas oppvekstmiljø oppnå reell prioritering, må kommunen få en sterk oppvekstetat.

Helsestasjonen og helsesøstre regnes for viktige aktører innen både miljørettet og individrettet forebyggende arbeid - en viktig aktør innen et viktig policy-område som bør styrkes. Våre intervju gir ikke noen indikasjon om hvordan man tenker at arbeidet for å bedre oppvekstmiljøet bør ledes. Vi finner ikke signal om at man ser

det som naturlig at avdeling for forebyggende helsearbeid og helsestasjonen skal være de primære drivkreftene i dette arbeidet.

6.6 HELSESTASJONEN - EN ALARMSENTRAL?

Vi skal til slutt vende tilbake til spørsmålet som ble stilt innledningsvis: Hvilken betydning kan det ha for forebyggende virksomhet og helsestasjonens tjenesteutforming, at virksomheten er organisert i egen avdeling, med ledende helsesøster som leder? Hva forteller resultatene fra intervjuundersøkelsen?

Organisasjonsrammen ser ut til å medvirke til at helsestasjonen i Frei har blitt mer synlig innen sin etat enn tilfellet var for helsestasjonen i Molde. Hensynet til forebyggende helsearbeid og barns oppvekstmiljø er til en viss grad institusjonalsert i kommunen. Ledende helsesøster har formell tilgang til å fremme forslag under budsjett- og planarbeid i etaten. Når det gjelder kommunal policy-utforming over etatsnivå, har avdeling for forebyggende helsearbeid drevet aktiv 'markedsføring' av problemområder innen sitt ansvarsområde. Vi ser dette arbeidet som en viktig årsak til at barns oppvekstmiljø har oppnådd formell status som kommunens hoved satsingsfelt. De formelle aksessmulighetene synes å ha betydd kortere vei fra problemdefinering til politisering når det gjelder forebyggende helsearbeid for barn.

Kommunehelsereformens intensjoner om helsestasjonen som lokal samordnings-sentral for forebyggende tiltak for barn synes likevel ikke realisert. Vi finner at den sterke sektordelingen i kommunen, f.eks. mellom skolesektoren og helse- og sosialsektoren, fører til liten grad av koordinering av forebyggende tiltak for barn.

Vi stilte også spørsmål innledningsvis om organisering i egen avdeling og ledende helsesøsters posisjon i den kommunale styringsstrukturen har hatt betydning for helsestasjonens tjenesteutforming.

Vi forventet at ledende helsesøster ville ha et tydeligere lederansvar enn hennes kollega i Molde, bl.a. ved å gå aktivt inn i utformingen av profilen til helsestasjonsvirksomheten. Vi fant at ledende helsesøster ga klare meldinger om sine preferanser, men fortsatt føler den enkelte helsesøster stor frihet til å velge arbeidsmetoder. De føler at de har en selvstendig jobb.

Helsestasjonslegen på sin side følte seg bundet av helsesøsters opplegg for helsestasjonsvirksomheten, men det er vanskelig å si om hun savner større muligheter til å påvirke policy-utformingen. I intervjuet gir hun ikke uttrykk for ønsker om omorganisering. Hun synes samarbeidet på helsestasjonen fungerer godt, og at den tjener sin hensikt rimelig bra. Men spørsmålet om avdeling for forebyggende helsearbeid hierarkisk bør plasseres under kommunelege I dukker jevnlig opp på helse- og sosialsektorens dagsorden.

Intervjuene tyder ikke på at de helsestasjonsansatte føler seg nærmere koplet til politiske beslutningsprosesser om utforming av kommunens oppvekstmiljø, enn det som var tilfellet i Molde der ledende helsesøster var plassert lengre nede i hierarkiet.

Vi fant imidlertid at tjenesteutformingen på helsestasjonen klart bar preg av en mer utadventt kultur enn i Molde. Det gjelder for det første organiseringen av de universelle tjenestene, der en del av kontakten med brukerne nå er organisert som gruppekonsultasjoner. Særlig ledende helsesøster vurderte dette som betydningsfullt, bl.a. for å skape sosiale nettverk blant småbarnsfamiliene. - De helsesøstre som står for kontakten med småbarnsforeldrene, vurderte overvåkningsfunksjonen som særlig viktig, ja overordnet det nettverksskapende arbeidet. Vi mener å finne at ledende helsesøsters visjon for helsestasjonen er at den skal kunne fungere ut ifra intensjonene i kommunehelsereformen, være en samordningsentral, mens de andre helsesøstre legger vekt på oppgaver som vi forbinder med overvåkningsstasjonen.

De helsestasjonsansatte har også en mer utadventt tilnærming til handteringen av 'bekymringsaker'. Vi finner at de samarbeider mer med andre deler av hjelpe-tjenesten enn tilfellet var blant helsestasjonsansatte i Molde. Likevel mener vi ikke å kunne karakterisere samarbeidet som samordning. En grunn til dette er at andre delene av hjelpeapparatet synes å ville opprettholde domenegrensene. Vi vil karakterisere tjenesteutformingen på helsestasjonen Frei, når det gjelder selektive tiltak, som en forsterket utgave av overvåkningsmodellen: En alarmsentral som melder fra til andre om barn som kanskje trenger hjelp. Helsestasjonen går selv inn i oppfølgingen i de tilfeller der andre deler av hjelpeapparatet ikke reagerer så raskt som helsesøstre anser nødvendig.

Helsesøstre eksponeres i arbeidet sitt, både på individ- og samfunnsnivå. De oppdager problem, utløser alarmer og forsøker å sette i gang problemløsning.

Deres ambisjoner sprenger rammen innen overvåkingsmodellen, og det kan på sikt gi problemer i ivaretagelsen av tillitsforholdet til brukerne. De har heller ikke oppslutning til å kunne realisere samordningsmodellen i den grad at det innebærer innlemmelse i Mulford & Rogers forstand (se avsn. 3.7) Til det er kulturforskjellene i hjelpeapparatet for store. Gjensidig tilpasning vil her, som i Molde, være avhengig av person og kapasitet.

Oppmerksomheten om barns oppvekstmiljø synes å være institusjonalisert i Frei, jfr prinsippvedtaket i kommunestyret og det tverretatlige helseopplysningsutvalget. Men selv om oppvekstmiljø er satt på dagsorden, er det usikkerhet knyttet til oppfølgingen av definerte problem. Svarene tyder ikke på at det blir regnet for selvsagt at avdeling for forebyggende helsearbeid skal være den viktigste premissleverandør i framtidig valg av organisasjonsmodell og policyutfoming.

Kapittel 7

HELSESTASJONSVIRKSOMHETEN I TINGVOLL: FOREBYGGENDE BARNEHELSEARBEID - EN DEL AV LOKALSAMFUNNET?

7.1 INNLEDNING

Vi har i de foregående kapitlene vist hvor likt helsestasjonene fungerer i to kommunene. Det var først og fremst helsesøstrenes som sto for tjenesteutformingen. De forskjellene som vi finner i helsesøstrenes tjenesteutforming, kan delvis forklares ut i fra strukturelle trekk ved kommunene som helsestasjonene fungerer i. I bykommunen er det relativt mange helsesøstre, og med det muligheter til et større faglig-sosialt fellesskap blant helsesøstre med ulike arbeidsposter. I en mindre kommune er forholdene mer oversiktlige, det er lettere å se sammenhenger mellom variabler på ulike nivåer, og med det bedre grobunn for et lokalsamfunnsengasjement.

En annen, og etter vårt syn viktigere årsak til forskjellene, fant vi i de to kommunenes organisasjonsstruktur. I Molde er helsesøstervirksomheten en del av helseetaten, med kommuneoverlegen som faglig og administrativ leder. Helsesøstrenes orientering kunne her forstås ut ifra premissene i vår 2. idealtypiske modell: Helsestasjonen som overvåkingstasjon. I Frei er ledende helsesøster avdelingsleder for det forebyggende helsearbeidet i kommunen. Her var helsesøstrene også mer direkte med på å få helsefarer i lokalsamfunnet opp på den politiske dagsorden. Når det gjelder tjenesteutformingen i selve helsestasjonen, syntes det fortsatt å bli mest lagt vekt på oppgaver som vi forbinder med overvåkingsentralen, - i noen tilfeller i forsterket utgave: en alarmsentral.

Vi skal nå sette søkelys på barnehelsetjenesten i Tingvoll, - kommunen som i størrelse er lik Frei, men der helsestasjonsvirksomheten har samme plassering i

det kommunale styringsverket som i Molde. Hvilken plass vil helsestasjonen fylle i dette samfunnet?

7.2 TINGVOLL KOMMUNE - ET MILJØ FOR UTPRØVING AV GODE IDÉER

Tingvoll kommune markerer seg i fylket, med sin nye status som miljøkommune, og med sitt gamle landsgymnas som i dag også har mange elever fra den 3. verden. Åpenheten overfor andre kulturer kommer også til syne i mottaket av asylsøkere. I 1992 var det 70-80 asylsøkere, herav omkr. 30 barn under skolealder i sekundærmottaket Tingvoll Elevheim. Satsingsfeltet viser en kreativitet og positiv vilje til å holde liv i en bygd der hver femte innbygger i dag er 67 år eller eldre (jf. tab. 4.2).

Den kommunale virksomhetens omfang og bredde vil bl.a. avhenge av hvor stort det økonomiske spillerommet er. I avsn. 4.1 beskrev vi Tingvoll kommune som i utgangspunktet relativt fattig, men vi mente å se at de statlige overføringene har gitt Tingvoll større økonomisk romslighet enn de to andre kommunene.¹

Helsestasjonen er en etablert institusjon i Tingvoll.² Helsestasjonsvirksomheten ble drevet av en frivillig organisasjon, Norske Kvinners Sanitetsforening, fram til den nye helsestasjonsloven av 1972 trådte i kraft.³ I dag er tjenesten kommunal, andre lokale aktører har tatt hovedansvaret for det forebyggende arbeidet for barn. Det er to helsestasjoner i kommunen, en i tettstedet Tingvoll som har åpent tre dager i uka, og en i Straumsnes som har åpent en dag annenhver uke. Virksomheten bærer preg av faglig nysgjerrighet og engasjement. På helsestasjonene begynte man med gruppekonsultasjoner allerede i

¹ Omlegging av de statlige overføringene har de siste par åra gjort at landkommunene har fått mindre å arbeide med, hvilket kan få betydning for tjenestetilbudet på sikt. De økonomiske nedskjæringene var blitt et aktuelt politisk problem i Tingvoll på intervjuetidspunktet, da man behandlet budsjettet for 1993.

² Brukerundersøkelsen fra 1992 viste at i Tingvoll var det bare en mor av 24 som ikke kjende helsestasjonen før første besøk med barnet. I Molde var det 34 mødre av 75, og i Frei 13 av 40 som ikke kjente helsestasjonen før det første besøket med spedbarnet.

³ Kvinner i Tingvoll har markert seg i NKS-sammenheng. Eksempelvis har Møre og Romsdal krets av NKS hatt styremedlem fra Tingvoll i periodene 1943-56, og fra 1963 fram til i dag; Tingvoll-kvinner har vært ledere fra 1943-49, og fra 1975-82.

1986-87. Entreprenør for innføring av nye arbeidsmetoder (ny teknologi) var kommunelege I, Frode Heian, som var lege i Tingvoll fra 1975-1991. Han har markert seg innen forebyggende arbeid for barn på landsbasis, og er særlig kjent for sin bok om helsestasjonsvirksomheten. Frode Heian flytta til Molde i 1992, men hadde fortsatt innflytelse på opplegget for barnehelsearbeidet i helsestasjonene, nå gjennom prosjektet BHM. Her ønsket man å prøve ut nye arbeidsformer i det forebyggende arbeidet og styrke de ansattes kompetanse. F.eks. tok helsesøstrene i Tingvoll på intervju tidspunktet i bruk videoopptak, for få økt innsikt i egen evne til kunnskapsformidling til brukerne. Innføring av gruppekonsultasjoner og bruk av video illustrerer åpenhet overfor ny teknologi. Denne lokale aksepten for å ta i bruk nytt verktøy - og å sette det inn mot nye utfordringer - synes å være nokså karakteristisk for denne kommunen.

Helsestasjonen i Tingvoll holder til i helsesenteret, et relativt nytt bygg med legesenter, fysioterapitjeneste og helsestasjon. Her holder helseleder/kommunelege I til. Kommuneadministrasjonen holder til i gamle lokaler på den andre siden av gårsplassen. Her er formannskapskontoret med rådmann og ordfører, og kontora til de fleste administrative lederne. Men etter at helse- og sosialsjef slutta, er det ingen representant for helseetaten i kommunehusets lunsjrom.

Vi ser konturene av en kommune der det synes å være klima for offentlig tilrettelegging av "det gode liv". Lokalsamfunnet er lite, det er nærliggende å forvente at det er bygd opp en felles problemoppfatninger blant de kommuneansatte, også på tvers av etatene. Felles meningsdannelse kan styrkes gjennom nærkontakt i arbeid og fritid.

På den andre side finner vi organisatoriske trekk som kan medvirke til distanse mellom aktørgrupper. Helseetaten er fysisk adskilt fra de andre etatene, og det er ikke noen helse- og sosialsjef som er bindeledd mellom de profesjonelle tjenesteyterne og den politiske og administrative ledelsen.

Hva er helsestasjonens plass i dette kommunale systemet? Gir et lite stabilt samfunn der det synes å være vilje til nytenkning, grobunn for et bredt lokalpolitisk engasjement i det forebyggende arbeidet for barn? Betyr det i så fall at helsestasjonsvirksomheten kan karakteriseres ut ifra vår 4. idealtypiske modell: *Helsestasjonen som lokal samordningssentral*? Eller har det større betydning at kommunen har en organisasjonsstruktur som åpner for at helseetaten kan

frikople seg fra annen kommunal virksomhet? I så fall, bærer helsestasjonsvirksomheten preg av at de ulike helseprofesjonene orienterer seg mot egne faglige normer - slik vi så i Molde og i Frei? Der fant vi at helsesøstrene legger opp arbeidet sitt i samsvar med type 2: *Overvåkingsmodellen*, mens helsestasjonslegenes ståsted samsvarte med type 3: *Helsestasjonen som medisinsk kontrollstasjon*. Og assistentene syntes å forme sine tjenester i pakt med den idealtypiske modell 1: *Helsestasjonen som servicestasjon*.

For å få innsyn i helsestasjonsvirksomheten i Tingvoll har vi intervjuet ledende helsesøster og helsesøster, kommunelege I/ helsestasjonslege, saksbehandler på sosialkontoret, psykolog i pp-tjenesta, pedagogisk konsulent på skolekontoret, konsulent på teknisk etat, miljøvernkonsulent, leder for helse- og sosialutvalget, rådmann og ordfører.

Analysen er tredelt. I kap. 7.3 setter vi søkelys på det interne livet i helsestasjonen: Hvilke muligheter synes helsesøstrene å ha til å forme virksomheten, sett på bakgrunn av ressurstildeling, problemdefineringer og oppgaveprioriteringer? Deretter ser vi i kap. 7.4 på samarbeidsmønstre med andre deler av hjelpeapparatet når det gjelder barn med særlige behov. Siste del, kap. 7.5 gjelder helsestasjonens rolle i det kommunalpolitiske arbeidet for å bedre barns oppvekstmiljø.

7.3 TILRETTELEGGING AV ARBEIDET I HELSESTASJONEN

7.3.1 Aktører i helsestasjonen

Tingvoll har hatt samme helsesøster siden 1974. Hun arbeidet alene fram til 1987. Da valgte hun å gå ned i halv stilling for å få en kollega, og denne helsesøsteren fikk ansvar for helsestasjonen i Straumsnes, skolehelsetjeneste, inkl. videregående skole, og sekundærmottaket for asylsøkere som ansvarsområde.

Helsesøsterressursen er ikke økt. Ledende helsesøster har fortsatt 1/2 stilling, og deler arbeidet med konstituert helsesøster i 1/2 stilling. De gir uttrykk for at de arbeider tett og godt sammen, og sier de har valgt å ha en kontordag sammen,

nettopp for å styrke samarbeidet.⁴ Nære samarbeidspartnere i hjelpeapparatet nevner at begrenset kontortid krever nøye planlegging av fellesmøter, men mener at opplegget med felles kontortid på helsestasjonen først og fremst går ut over helsesøstrenes fritid. Også brukerundersøkelsen vitner om lett tilgjengelighet, - også uten om ordinær arbeidstid. Det kan synes som om de to 50%-stillingene i praksis teller flere uketimer enn en ordinær 100% stilling.

Den tredje fagpersonen på helsestasjonen, jordmor, synes ikke å være del i dette fellesskapet. Virksomheten på helsestasjonen kjennetegnes ved spesialisering og arbeidsdeling etter klientstatus: gravide vs barn og foreldre. De to tjenestene deler felleslokaler, venterom o.l. Men det er ikke felles kontordager, og det ble ikke organisert fellestiltak, f.eks. svangerskapskurs, i 1992. Jordmor har ønsket å være en selvstendig deltjeneste i helseetaten. Formelt er denne 50%-stillingen administrativt underlagt ledende helsesøster, men det er oppført egen budjettramme for jordmortjenesta i kommunebudsjettet.

Tidligere har helsestasjonen hatt en helsestasjonsassistent en dag i uka. Hun assisterte på den ukentlige spebarnskontrollen. Denne modellen for virksomheten, med kollektivt besøk hos "veiedame" i forkontoret, før den individuelle konsultasjonen på helsesøsters og legens kontor, stammer fra den tiden at NKS drev helsestasjonene (se avsn. 3.2.1). Fra 1990 sto helsestasjonen uten kontorhjelpe. Da var helsekontrollene lagt om til gruppekonsultasjon, og det synes som om helsesøstrene først og fremst merket tapet av medhjelper i økningen i papirarbeid.⁵

Legekonsultasjon ved spe- og småbarnskontrollen på helsestasjonene er en liten deloppgave tillagt to av kommunelegene, ca 2 t pr uke på hver helsestasjon. I Straumsnes har man hatt samme helsestasjonslege siden 1985. Han er på helsestasjonen 2. hver uke, ca 4 t pr gang; dvs at tiden han bruker på helsestasjonen utgjør mindre enn 5 % av samlet arbeidstid. - I Tingvoll var forrige kommunelege I helsestasjonslege, han var på helsestasjonen 2 t pr uke. Etter at

⁴ Iflg helsedirektoratet var 30 % av helsesøstrene alene om denne jobben i 1985. T.Romøren (1987) tar opp problemet ved å være alene helsesøster i en kommune. I Tingvoll synes man å ha funnet en løsning på problemet, men det er en individuell tilpasning med økonomiske konsekvenser for de ansatte.

⁵ Helsestasjonen i Tingvoll fikk igjen helsestasjonsassistent en dag i uka, i 1993.

han flytta har det vært mer turbulent; på intervjutidspunktet hadde også turnuskandidater fått tildelt denne oppgaven.

Hatling (1991) beskriver legers holdninger til forebyggende arbeid slik:

"Forebyggende helsearbeid og psykososiale problemer er de områdene innen legenes arbeidsfelt som prioriteringsmessig skiller seg ut i negativ retning. Det er flere grunner til dette. For det første favoriserer finansieringsordningene kurativt arbeid. For det andre går legenes interessefelt i samme retning. For det tredje er dette ofte tidkrevende arbeid. For det fjerde er dette områder som ikke har sterke brukergrupper bak seg." (Hatling 1991:151).

Helsestasjonsarbeidet vil være en noe perifer arbeidsoppgave for de fleste leger: Tidsrammen er svært begrensa, og den går gjerne til overflatiske rutinekontroller. Likevel synes Hatlings beskrivelse ikke å være dekkende for innsatsen til de to kvinnene som var helsestasjonsleger i Molde (kap. 5.2.5) og Frei (kap.6.4.2). De følte seg verdsatt av kollegaer og brukere), og syntes å ha en relativt positiv holdning til helsestasjonsarbeidet. Men begge uttrykte at arbeidet til tider ga en følelse av å komme til kort, spesielt i spørsmål som har sosialmedisinsk karakter - pga tidsnød og/eller pga manglende faglige ferdigheter på dette feltet.

I Tingvoll er det flere av de intervjuede som uttrykker bekymring over legenes manglende interesse for forebyggende arbeid. Arbeidet synes å være lite attraktivt. Her har de fleste legene nå valgt å bli privatpraktiserende; det er bedre lønnet. Konst. helseleder peker på at det nå skal gis mulighet for privatpraktiserende å få refusjon for det tidsforbruk som nyttes til forebyggende helsearbeid, og regner med at det kan hjelpe på.

Det har, som nevnt under 7.2, vært en og annen lege med spesiell interesse for forebyggende arbeid.⁶ Men det generelle inntrykket til de aktørene som vi har

⁶ Vi har begrenset oss til spørsmål om forebyggende arbeid for småbarn. Det er også denne gruppa som legger beslag på det meste av ressursene i helsestasjonen og av tida til helsesøstrene. Vi har fått vite om samarbeid mellom helsesøster og lege om forebyggende arbeid i den videregående skole, med bl.a. informasjon og bevisstgjøring mht alkohol. - I andre utsagn meldes det om at skolehelsetjenesta har blitt nedprioritert pga ressursmangel, og at planer om ulykkesforebyggende arbeid for eldre ikke har blitt realisert pga manglende samarbeid mellom helse- og sosialtjenestene.

intervjuet er, at legene bryr seg lite om virksomheten i helsestasjonen. På den andre side gir legenes unnfalighet helsesøstrene handlefrihet.

7.3.2 Organisasjonsstruktur og innflytelse i beslutningsprosesser

Formelt står ledende helsesøster hierarkisk under helseleder/kommunelege I. Men begrepet tjenesteveg synes å være negativt ladet - noe som kan beskrive arbeidsstilen til tidligere helse- og sosialsjef. Konstituert helseleder peker ledende helsesøster ut som bl.a. ansvarlig for budsjett for helsestasjonen.⁷

Rådmannen er den som ser fordeler ved en mer byråkratisk organisasjonsstruktur, der kommunikasjonen innebærer en viss siling av informasjon og problemstillinger. Han tar ikke initiativ til direkte kontakt med de som hierarkisk er underlagt en sektorleder, - men har en åpen dør for de som måtte oppsøke ham. Det har hendt en sjelden gang at ledende helsesøster har gått direkte til rådmann i budsjettspørsmål. Sommeren 1992 ba hun om å få del av tildelte sysselsettingsmidler til kontorhjelp på helsestasjonsdagene.

Ledende helsesøster utarbeider årsmelding og budsjettforslag for helsestasjonsvirksomheten. Formelt sett har ikke helsesøster påvirkningsmulighet etter at helseleder har fått overrakt plan- og budsjettforslag. Men helsesøsters forslag har hittil gått uendra til helse- og sosialstyret, helsesøster har fått medhold fra kommunelege I om faglig planlegging av virksomheten.

Ledende helsesøster har ikke råderett over særskilt bevilgning, - men savnet er ikke så stort, fordi hun ser at det ikke er så mye midler å fordele i Tingvoll kommune. Hun har også i en viss grad muligheter til å gå alternative veier for å skaffe utstyr (fikk nylig en vekt fra NKS). Den store utgiftsposten for helsestasjonsvirksomheten er lønnsutgifter, og det store budsjettønsket er å få økt stillingsrammen. I intervjuet melder begge helsesøstrene om behov for mer tid til å utføre oppgavene sine, både tid til å gå mer i dybden i det enkelte problem og til å kunne gå inn i et bredere spekter av arbeidsoppgaver.

⁷ Det kan være illustrerende for helseleders/helsestasjonslegens perifere rolle i helsestasjonsarbeidet, at han ikke hadde kunnskap om brukerundersøkelsen som var gjort et halvt år i forveien, og som bl.a. hadde utløst opp-pussing av helsestasjonen.

Den sterkeste begrensingen på helsesøstervirksomheten i Tingvoll synes altså å være mangelen på tid - og det er en ramme som helsesøstrene synes å tøye langt. I forhold til andre kommuner er det ikke spesielt lav helsesøsterdekning i Tingvoll, den er omtrent som landsgjennomsnitt, fylkesgjennomsnitt og slik det er i de to andre kommunene i undersøkinga, Molde og Frei: 1 helsesøsterstilling til 3.500 innbyggere. Men dekningsgrad i forhold til innbyggertall er et grovt mål for behovet for helsesøstertjenester. Denne tjenesten har ingen ytre rammer som setter naturlige grenser for hva en helsesøster skal gjøre - til sammenligning med f.eks. skoletannlegen eller fysioterapeuten. Basisoppgaver som vaksinasjonsprogram lar seg tallfeste. Det er vanskeligere å legitimere behov for å være "den som bekymrer seg" (Paulsen 1990), å ha tid til å være tilgjengelig for bekymrede foreldre, og tid til å skape kontakt med familier som hjelpeapparatet bekymrer seg for. Helsesøstrene i Tingvoll beklager at lav dekningsgrad fører til lite tid til den enkelte - og dårlig samvittighet når man tar en fridag.

Det kan være vanskelig å sette ord på alle oppgaver som helsesøster føler bør utføres. Det gjør det ikke lettere hvis de bevilgende myndigheter ønsker å se snarlige resultater av innsatsen. Ledende helsesøster i Tingvoll kan ha funnet en vei til forståelse hos politikerne:

"Tidligere viste årsmeldingen hva vi hadde gjort. Nå prøver vi å vise i planer og årsmeldinger hva vi ikke har gjort, for å få økt bemanning. Viser til grupper vi ikke når."

Det har ikke vært tradisjon for at helsestasjonen har tatt direkte kontakt med politiske organ. I mai 1992 kom initiativet fra politisk hold. Leder for det nye helse- og sosialstyret tok initiativ til informasjonsmøte i helsestasjonen, der de ansatte fikk presentert sitt arbeidsfelt for helse- og sosialstyret. Etter dette møtet ble det gjort vedtak om at en økning i helsesøsterressursen skulle flyttes fram i prioriteringen, fra 1994 til 1993.⁸

Det kan synes som om at det er ledende helsesøster, heller enn helseleder, som i praksis ivaretar helsestasjonens interesser overfor den politiske og administra-

⁸ Framlegget om 1/2 stilling ble endret til 1/4 stilling i løpet av budsjettprosessen. - Den faktiske ressursituasjonen er ble imidlertid vesentlig forverret i løpet av de neste par åra. Konstituert helsesøster fikk utdanningspermisjon for å ta helsesøsterutdanning, jordmor slutta, og ledende helsesøster var delvis sykemeldt. Utviklingen i Tingvoll illustrerer hvor sårbart et system helsestasjonsvirksomheten er personalmessig.

tive ledelsen. Det at helseleder ikke velger selv å engasjere seg, kan skyldes faglig enighet med ledende helsesøster. En alternativ tolkning kan være manglende interesse for helsestasjonsvirksomheten fra legens side.

Faglig ledelse

Kommunelege I/helseleder har det faglige ansvaret for helsetjenestene i kommunen. Men når det gjelder helsestasjonsarbeidet synes det på intervju-tidspunktet som om den formelle strukturen har relativ liten betydning. Ledende helsesøster opplever lite innblanding, lite av direktiver. Det synes å være enighet om at det er ledende helsesøster som legger - og bør være den som legger - løpet for den daglige driften på helsestasjonen. Formalisert samordning av helsetjenestene er lagt til ukentlige møter mellom helseleder og legekantoret, ledende helsesøster og fysioterapeuten.

Vi har spurt helsestasjonspersonalet om hvilke faglige rammer som settes for virksomheten. Helsestasjonslegen, mener at rammene først og fremst er gamle rutiner. De ansatte har stor handlingsfrihet i jobben, og diskuterer seg imellom ut ifra oppståtte behov hva man nå bør konsentrere seg om og prioritere. Prioriteringsdiskusjonene er uproblematisk, det er ikke uenighet.

Ledende helsesøster er mer konkret i sine henvisninger til faglige rammer: Helsedirektoratets direktiv om minimumskrav skal følges, og fra sosialdepartementet kommer fortløpende henstillinger og retningslinjer til helsestasjonsvirksomheten, "*nå kom nettopp en folder ...*".

Også Frode Heians innflytelse blir bemerket:

"Da Frodes bok kom, la vi arbeidet i helsestasjonen litt opp etter den".

Ledende helsesøster leter også aktivt i annen faglitteratur etter nye vinklinger på virksomheten:

"Plukker opp det som kommer fra faglig hold, og prøver å smi det til så det passer til lokale forhold".

Sammenfatning

Formell legestyring til tross - helsestasjonen blir av samtlige betraktet som helsesøsters arena.

Fra sentralt hold er det satt visse rammer for virksomheten, det er visse tjenester som skal utføres. I Tingvoll er det ledende helsesøster som har oversikten over pålagte oppgaver. Tidligere kan det ha vært en sterkere lege-dominans, f.eks. da man sist på 1980-tallet valgte å legge opp til gruppe-konsultasjon ved spebarnskontrollene. På intervjutidspunktet synest helsesøstrene å ha stor handlingsfrihet i faktisk utforming av virksomheten, så lenge basisoppgavene blir skjøtta. Dette blir understreket ved den tillit de nyter, både hos faglig-medisinsk, hos administrativ og hos politisk overordna, slik en av dem uttrykker det:

"Helsesøstrene har vår tillit; jeg trenger ikke å engasjere meg i hvordan de utfører sine oppgaver".

Når det gjelder den faglige profileringen av virksomheten, står helsesøstrene ganske fritt. De kan til en viss grad velge hva de bruker tida til innen for gitt tidsramme. Den lokale politiske og administrative ledelsen synes i liten grad å legge føringer på tjenesteutformingen på helsestasjonen, overordna styring synes å være begrenset til å sette økonomiske rammer for virksomheten.

Hvilke typer oppgaver forsøker helsesøstrene da å ivareta?

7.3.3 Helsesøstrenes vurdering av oppgavene i helsestasjonen

Oppgavespektret i helsestasjonen er definert gjennom kommunehelselova og utfyllende regelverk. Visse oppgaver skal utføres, mens andre er "bør"-tjenester.

Helsesøster har mange oppgaver. Stort sprik mellom faglige idealer og resultat kan føre til utbrenthet, avmaktsfølelse og apati. T.Romøren (1987) tar opp problemet med frustrasjon blant helsesøstre, deres følelse av bestandig å komme til kort, og spør om helsesøstertjenestens idealer er for høye:

"urealistiske forestillinger om hvor mye forebyggende helsearbeid kan utrette, kan få en helsesøster til å bære verden på sine skuldre".

Helsesøstrene i Tingvoll synes fortsatt å ha en følelse av å mestre sine oppgaver, de har gå-på-vilje, og viser faglig nysgjerrighet når det gjelder å ta i bruk nye innfallsvinkler i forebygging av psyko-sosiale problem.

Men helsesøstrene i Tingvoll er da også bevisst sin frihet til å fortrenge deler av tjenesten og prioritere andre. Helsestasjonens virksomhet retta mot barn de første par leveåra, blir nå prioritert på bekostning av andre oppgaver, bl.a. som følge av deltakelsen i prosjektet Barn-Helse-Miljø.

Helsesøstrene ønsker også å sette inn krefter på tjenester som nå er nedprioriterte; skolehelsetjenesten kunne vært bedre, det burde vært holdt svangerskapskurs. Generell helseopplysning og ulykkesforebygging for eksempelvis eldre, er felt som helsesøster føler blir forsømt. De ønsker å rekke over flere grupper, og nevner eksempelvis 200 skoleelever som bor på internat, og flyktningefamilier som trenger mer hjelp og oppfølging. "Papirarbeid" som hoper seg opp, er en mare for begge. Frustrasjonen synes likevel ikke å ta overhånd. Helsesøstrene ser det vel som et tidsspørsmål før det er mulig for helsesøster-tjenesten å rekke over flere oppgaver. Tildeling av en 1/2 helsesøsterstilling fra 1993 blir stadig framhevet. (Ressursøkningen ble som nevnt bare på 1/4 stilling etter endelig budsjettbehandling).

Vi kan spørre oss om det er realistisk å tro at helsesøstertjenesten kan påta seg ansvar for en så omfattende arena, uten å skjerme seg for noen oppgavetyper. Når det er så stort avvik mellom klientenes behov og muligheter for å gi hjelp, må arbeidspresset lettes hvis tjenesteutøveren skal kunne fortsette i jobben. En strategi er tilførsel av flere ressurser, en annen å prioritere visse klientgrupper fram for andre, og en tredje er profesjonalisering av yrkesrollen (Offerdal 1986).

Vi ser at helsesøstrene i Tingvoll har gjort bruk av de to første måtene å skjerme seg på: de har synliggjort behov for økt stillingsressurs, og de har valgt å prioritere småbarn framfor andre klientgrupper, med nåværende bemanning. Den tredje strategien innebærer at yrkesutøverem fraskriver seg ansvar ved å vise til riktig bruk av profesjonens kunnskap:

"Profesjonalisering er mellom annet en måte å sikre at spesialiseringen etter funksjon blir opprettholdt slik at ikke eventuelle krav fra klienten om hjelp til andre funksjoner blir for påtrengende. Profesjonalisering skaper dessuten avstand til klienten ved at den framhever yrkesutøverens særlige kunnskaper om funksjonen." (Offerdal 1986:124)

En slik strategi synes ikke å karakterisere tjenestetilbudet ved helsestasjonen i Tingvoll. Helsesøstrene synes å strekke seg langt for å være tilgjengelig for sin primære klientgruppe, småbarnsforeldra. Helsesøstrene har kontakt med alle småbarn i kommunen; de kommer til helsestasjonen, og etter brukerundersøkelsen å dømme får alle familier i Tingvoll besøk av helsesøster etter fødslen.⁹

Samfunnsendringer de siste 10 åra har ført til at helsesøstrene nå må bruke mer tid til psykosomatisk arbeid. Ledende helsesøster sier at *"flere barn har ting hjemme"*. Oppvekstmiljøet er endret. Familiene er prega av travle voksne, mange foreldre må pendle for å komme til jobb. Mødrene og bestemødrene er blitt yrkesaktive. Flere barnehageplasser kunne lette hverdagen hos familier som i dag strever med dagmammaordninger.

Helsesøstrene ber ikke om å bli skjermet for de nye utfordringene. For helsesøstrene i Tingvoll ville idealhelsestasjonen være en institusjon som kunne

"hjelp alle foreldra til å tackle småbarnstida: oppdragelsen, seg sjøl og sitt samliv. Helsestasjonen bør være en støtte til foreldrene."

Men helsesøster presiserer: Nye behov må ikke fortrenge gamle oppgaver. Vaksinerne må ikke glemmes, og man må sikre at ungene er friske. Feiler de noe, må de ha hjelp.

La oss se litt nærmere på oppgavespektret på helsestasjonene i Tingvoll kommune. Iflg. helsedirektoratets retningslinjer fra 1990 bør helsestasjonspersonalet overvåke barna sin fysiske og mentale utvikling fra de er nyfødt til de begynner på skolen, og vurdere om evt. ekstra tiltak skal settes inn. Helse-

⁹ Hjembesøk kan gi et mer helhetlig bilde over familienes sosiale situasjon, og i andre land vektlegges denne siden ved helsesøstertjenesten sterkere enn her; familiene får flere besøk av helsesøster. Tidligere hadde distriktslegene gjerne god innsikt; men det har vært en generell tendens mot at legene foretar ferre sjukebesøk (Rutle og Forsén 1984:55; Hailing 1991:147). Vi vet ikke hvor mye legene i Tingvoll kjenner til forholdene hjemme hos sine pasienter.

søstrene bør også drive helseopplysning, veilede usikre foreldre og gi generell undervisning om barnas behov. I tillegg bør helsestasjonen ha oversikt over helseprofilen i sitt distrikt. Hvilke oppgaver mener helsesøstrene de bør utføre; hvilke oppgaver føler de at de mestrer, og hvilke er mer problematiske?

Vi skal se på noen av tiltakene som utføres i helsestasjonen i Tingvoll: rutineundersøkelser, oppfølging av "obs"-barn, koordinering av hjelpetiltak og helseopplysning.

Rutineundersøkelser

Helsekontrollene og vaksinasjonsprogrammene er rutiniserte, og helsestasjonen har god tilslutning:

"Brukerne kommer. De har andre forventninger i dag, krever å bli tatt vare på på en annen måte. Vi blir brukt."

De greieste oppgavene er nok de etablerte rutineoppgavene, og kanskje særlig massestrategiene innen forebyggende medisin; alle får ett hjembesøk og møter på helsestasjonen til de regelmessige kontrollene. Helsesøster har da mulighet til å drive generalpreventive tiltak, som f.eks. oppmuntre mødrene til å amme sine barn.

Helsestasjonen i Tingvoll har tatt i bruk nye arbeidsformer i helsestasjonen. Spesielt gruppekonsultasjonene, der 4-5 foreldre (oftest mødrene) med småbarn er inne samtidig til kontroll, er et brudd med tradisjonell individuell brukerkontakt. Opplegget gir mulighet for å få til fellesskapsfølelse mellom småbarnsfamiliene. Brukerundersøkelsen synliggjorde at de fleste foreldrene ønsker at helsestasjonen skal ha en sosial - kontaktskapende - funksjon, og slike grupper synes å være populære.

Men blant alle de friske barna og vellykkede foreldrene vil det være noen som helt klart eller trolig trenger noe ekstra. Brukerundersøkelsen indikerer at for dem kan gruppevirksomheten fungere mindre bra.

Oppfølging av "obs-barn"

Tiltak overfor risikogrupper blir mer følsomt for begge parter, både bruker og helsesøster må vurdere risikoen for feildiagnostisering og/eller stigmatisering. Det er vanskelig når det gjelder medisinske funn, og trolig ikke mindre vanskelig når det gjelder sosiale problem. Gjennom hjembesøk og besøk på helsestasjonen får hun innsyn i den private sfære. Men innsikt om problemer som andre instanser ennå ikke har avdekket, kan være vanskelig å håndtere.¹⁰ En helsesøster uttrykker det slik:

*"Vanskelig med familier som du synes trenger hjelp, og ikke ønsker det, f.eks. en sak som er på kanten av barnevernssak. Du ser at barnet lider, men foreldrene vil ikke innrømme det. Enten gjør du ikke noe med det, eller føler du at du ikke gjør det godt nok."*¹¹

Også helseleder/helsestasjonslege presiserer viktigheten av å nå fram og hjelpe de som trenger det mest - de svakeste - å få ordentlig kontakt med de svakeste gruppene. Han deler helsesøsters avmaktfølelse når det gjelder å sette inn tiltak hvis det er mistanke om at et barn ikke får god nok omsorg fra foreldrene. Han føler at det ofte er vanskelig å få oversikt over forholdene,

"noe som vi ikke får tak på og ikke får fulgt opp, kanskje alkohol,"

- og har man kommet i en dialog, oppstår fort følelsen av at arbeidet står i stampe:

"den type mennesker som ikke følger opp det vi blir enige om."

Helsesøstre i Tingvoll er seg bevisst at de har kontakt med barn, før de er blitt "mappebarn". De kunne ønske at helsestasjonen også ble tilført ekstramidler, slik sosialkontoret fikk midler til barnevern. Samarbeidet med sosialkontoret om

¹⁰ Om helsesøsters problemer med å tackle mistanke om cp hos spedbarn, sett fra foreldras ståsted, se Haugs 1990.

¹¹ Barnelova fra 1981, § 30, slår fast at "Barnet har krav på omsut og omtanke frå dei som har foreldreansvaret." Uttalelsen fra helsesøster illustrerer hvordan hjelpeapparatet kan komme til kort når det gjelder å forsvare barnas rettigheter. Om barnas avmakt, se Kristindóttir 1991: "It is an often ignored fact that children are only partially included in the concept of citizenship as shown in their lack of fundamental civil rights...".

barn med problemer blir betegnet som godt. Vi kommer tilbake til dette i avsnitt 7.4.

En gruppe som nok trenger spesiell oppmerksomhet, er barna på asylmottaket. Helsesøstrene føler at arbeidet med denne brukergruppa er krevende, det er kommunikasjonsvansker av både språklig og kulturmessig art. Men den eneste eksterne aktøren som helsesøsteren nevner i arbeidet med disse barna, er tolken. Helsesøsteren har tatt et "asylsøkerkurs", men savner videre oppfølging. Hun føler seg overlatt til eget initiativ når det gjelder å dyktiggjøre seg i dette arbeidet.¹²

Skal vi sammenfatte våre inntrykk av arbeidet med "obs"-barn, er det at helsesøstrene som generalister ikke føler denne målgruppe som sin primære. Deres hovedoppgave er å finne hjelpeinstanser som har spesiellkompetanse på aktuelt felt.

Koordinering av hjelpetiltak

Som tilfellet var i Molde, er arbeidsinnsatsen til helsesøstrene i Tingvoll orientert mot de enkelte småbarnsfamiliene. Når de blir bedt om å fortelle om arbeidet sitt, framheves den direkte kontakten med unger og foreldre som spesielt trivelig - og viktig.

"Føler at jeg gjør en god jobb, når jeg kan hjelpe vedkommende over en barriere, når foreldrene føler at de endelig blir tatt på alvor og får hjelp".

Helsesøster ønsker å innta et helhetlig perspektiv på barnas situasjon. I noen tilfeller kan hun virke som koordinator for ulike hjelpetiltak:

"føler at en er til litt hjelp, f.eks. når man har presentert hele hjelpeapparatet for en familie med et funksjonshemma barn, så de slipper å gå fra dør til dør."

¹² Tidsbrukundersøkelsen som SSB gjorde høsten 1992 underbygger vårt inntrykk av at innsatsen overfor fremmedspråklige barn ikke er en spesielt ressurskrevende gruppe for helsestasjonen. Det viste seg at helsesøstre bruker omtrent like mye tid på barn med norsktalende foreldre som på barn med fremmedspråklige foreldre. Det kunne vært interessant å gjort en egen studie av helsesøster-tjeneste for flyktningebarn/barn med foreldre som ikke er norsktalende.

Innsyn i en brukergruppes behov gir økt ansvarfølelse for å ta seg av denne gruppa. Sorgarbeid, f.eks. når noen har mistet et barn, er et felt som blir framhevet som viktig. Også

"funksjonshemma må ha mer hjelp";

"ungdom på internat trenger noen å snakke med";

"på asylmottaket er det forskjellige problemer som må takles. Det er mye arbeid som må legges ned i denne virksomheten".

Barnehagen kan som institusjon avlaste det ansvaret som helsesøster føler; hun slipper å passe på selv hele tiden:

"disse barna (barnehagebarna) er i systemet, blir tatt vare på"; -

underforstått: helsesøster må følge spesielt med barn som ikke er i offentlig tilsyn.

Helsesøstrene har etablert tett samarbeid med noen aktører i andre etater. Før sakene overlates til andre, vil helsesøstrene vil være sikre på at barna får hjelp:

"Vi følger opp. Spesielt NN slipper ikke en sak. Det gir helsestasjonen respekt."

Når helsestasjonen setter seg som mål også å forebygge psykososiale problem i befolkningen, er det kort veg for helsesøster å gå inn på felt som bl.a. er sosionomens domene. Men de ansatte ved helsestasjonene i Tingvoll føler at de selv mangler muligheter til å sette inn tiltak. Deres muligheter for å samrå seg med andre instanser vil bli drøftet i avsn. 7.4.

Kunnskapsformidling

Det er få standard løsninger for hvordan man kan legge opp opplysningsarbeidet om forebyggende arbeid i helsestasjonene. De ansatte ved helsestasjonen i Tingvoll har valgt en individrettet profil i opplysningsvirksomheten: Å benytte seg av møtet med foreldrene, enkeltvis eller i grupper, til å øke omsorgspersonenes innsyn i barnas behov. Men som en av aktørene sier,

"å oppdra og bevisstgjøre foreldrene er vanskelig".

Piet Hein har et rim om dette:

*“Man kan alltid få foreldre til at forstå,
men da må man ha hatt dem siden de var små”.*

Begge helsesøstre legger stor vekt på å øke foreldrekompentansen. Helsestasjonens organisering rundt foreldregrupper kan gjøre det enklere for helsesøster å drive helseopplysning, og den forventes å kunne skape sosiale nettverk mellom foreldrene. Ledende helsesøster forteller at de ønsker å utvide dette tilbudet. De ønsker med utgangspunkt i helsestasjonen, å organisere grupper for foreldre til unger som er fra 2-3 år og oppover, altså barn som ikke lenger kommer regelmessig til helsestasjonen. I disse gruppene skal foreldrene kunne diskutere foreldrerollen. Helsesøstrenes mål med denne virksomheten er å skolere foreldrene. Et emne som de mener fagfolk kunne formidle kunnskap om i slike grupper, er barns selvtillit.

Også foreldrenes selvtillit er viktig:

"Det som er viktig er at de går ut fra helsestasjonen med følelsen av å være en god mor - og ikke at jeg er en god helsesøster".

Men hvordan opplever foreldrene helsestasjonens virksomhet? Føler de at de profesjonelle hjelperne tar foreldrenes kompetanse og innsyn i barnas behov på alvor? Vi skal komme tilbake til dette spørsmålet i avsn. 7.6.

Sammenfatning

Til nå har vi sett på forebyggende oppgaver som utføres i helsestasjonen, rettet mot småbarn og småbarnsforeldre. Rutineoppgaver blir utført forskriftsmessig, og helsesøstre legger vinn på å gi de med spesielle behov, det de måtte trenge av hjelp. Overvåkingsfunksjonen føles ansvarfull, til dels problematisk. Vi har tidligere tatt opp det særegne ved helsesøsterrollen, at det ikke finnes naturlige grenser for oppgaveområdet. Helsesøstrenes egne beskrivelser av oppgavespektret illustrerer dette.

Beskrivelsen av det interne livet i helsestasjonen i kap. 7.3 etterlater oss et inntrykk av en helsesøsterstyrt helsestasjon. Den kommunale styringen av virksomheten synes begrenset til budsjettprosessen (og da til spørsmålet om kommunen skal øke helsesøsterressursen fra 1 til 1,25 årsverk). Dette kan bety at helsestasjonen lokalt lever sitt eget liv, i pakt med vår modell 2: *Helsestasjonen som overvåkingssentral*.

På den andre side, når det gjaldt faglige rammer, så syntes ledende helsesøster stor lojalitet til direktiver som kom fra sentralt hold, fra Helsedirektoratet og sosialdepartementet. I et slikt perspektiv er det mulig å se hennes rolle som lokal agent for den sosialmedisinske eliten i Oslo, slik vi gjenkjenner mønsteret i den 3. idealtypiske modellen: *Helsestasjonen som medisinsk kontrollstasjon*.

Hva da med de innspilla som er kommet, også fra sentralt hold, om at helsestasjonen skal fungere som *lokal samordningssentral*? Formell organisasjonsstruktur innbyr i liten grad til at helsestasjonsansatte skal innta en slik aktiv koordineringsoppgave. Men i dette lokalsamfunnet er det uttalt skepsis til hierarkiske strukturer. Kan det hende at helsestasjonen i praksis har fått en koordinerende funksjon når det gjelder barns oppvekstmiljø? I neste avsnitt skal vi se på samarbeidet med andre i hjelpeapparatet, særlig om barn med spesielle behov. I avsnitt 7.5 setter vi søkelys på helsestasjonens rolle når det gjelder tilrettelegging av barns oppvekstmiljø i kommunen.

7.4 HELSESTASJONENS SAMARBEIDSPARTNERE

Vi skal nå se på hvem helsestasjonen i Tingvoll anser som sine viktigste samarbeidspartnere, på formaliserte rammer for samarbeidet, og i hvilken grad det rapporteres om mer uformell samordning av det forebyggende arbeid for barn. Synspunkta til helsestasjonsansatte vil bli sammenholdt med synspunkt til aktører som står utenfor helsestasjonen.

7.4.1 Samarbeidspartnere

Som beskrevet i avsn. 7.3 er det meste av virksomheten på helsestasjonen i Tingvoll rettet mot forebyggende arbeid på individnivå. Dette avspegles i

samarbeidsrelasjonene. Samarbeidet gjelder først og fremst koordinering av innsats overfor barn med særlige behov.

Vi kunne kanskje forvente at det var tett samarbeid og rutinemessig informasjonsflyt om felles pasienter/brukere, mellom legetjenesta og helsestasjonen. Dette synes ikke å være tilfelle. Leger som har undersøkt småbarn på legekontor, i hjemmet eller på sjukehus, videreformidler ikke epikriser til helsesøstrene. Bare unntaksvis får helsesøster opplysninger:

"når det er noe mer kronisk som noen leger mener helsestasjonen må vite".

Helsesøstrene og helsestasjonslegen har samme rangering av samarbeidspartnere. Sosionom og barnevernskonsulent ved sosialkontoret, og psykolog ved pp-kontoret blir nevnt først, og samarbeidet blir betegnet som godt. De er også samstemmige om at det er helsesøster som har kontakten med disse to instansene. - Intervjuene viser at relasjonen er gjensidig: Barnevernskonsulentene nevner helsestasjonen som sin viktigste samarbeidspartner, og psykologen kan fortelle at informasjonsflyten mellom helsestasjon og pp-kontor skjer både på formelle møter, og mer uformelt. Når det gjelder barn med alvorligere problem, framheves det gode samarbeidet med BUAs Nordmørsteam¹³, og barneavdelingen ved fylkessjukehuset i Kristiansund.

7.4.2 Tilrettelagt samordning

Fysisk tilrettelegging for kontakt med 2.linjetjeneste synes å ha betydning for samordning av tiltak. Både PP-kontoret og BUAs nordmørsteam har faste kontordager i Tingvoll.

Lokalt er det formaliserte samarbeidsmøter. Det er ukentlige samordningsmøter for kommunelege I, ledende helsesøster og fysioterapeut, det er månedlige møter i habiliteringsteam for funksjonshemmede barn (foreldre, barnehage/skole og helsesøster/lege), og tverrfaglige team organisert rundt kronisk sjuke. Ca 4 ganger om året er det møte med områdepediatrien v/ barnelegen ved sjukehuset i Kristiansund.

¹³ BUA: Avd. for barne- og ungdomspsykiatri ved Fylkessjukehuset i Molde.

Når helsestasjonslegen (som også er kommunelege I) nevner de regelmessige og formaliserte møtene (i HAB, med BUA, PP og barnelege) sier han:

"Det er ikke alltid at jeg deltar i disse møtene, det kommer an på hvilke saker som skal opp."

Vi kan tolke dette som enda en indikator på at helsesøster har en mer sentral rolle for å sikre en helhetlig helseomsorg for barn, enn legen har - og at leger ikke prioriterer slike koordinerende oppgaver.

Til tross for husfellesskap og administrative forordninger har samarbeidet mellom helsesøstre og jordmor ikke fungert. I andre kommuner blir fysioterapeuttjenesta regnet for sentral i forebyggende barnehelsearbeid. I Tingvoll oppleves samarbeidet med fysioterapeuten forskjellig for aktørene på helsestasjonen; én nevner ikke fysioterapeuten, én sier det er god kontakt mellom helsestasjon og fysioterapeut når det er noe motorisk med barnet, og én opplever det som et problem at kommunefysioterapeuten ikke har spesiell interesse for barn.

Helsesøstre har ideelle mål om samarbeid med andre etater om almenne primærforebyggende tiltak, og forsøker i intervjuene å komplettere bildet med aktuelle samarbeidspartnere. De nevner kommunale etater som de har hatt et perifert samarbeid med, f.eks. politiet og teknisk etat, og nevner etater som det kunne vært aktuelt å samarbeide med om generelle preventive tiltak: "*Kulturetaten arbeider ikke med barn*". Men de uttrykker frustrasjon over at framstøt om samarbeid, f.eks. over for pleie- og omsorgsavdelinga om ulykkesforebygging, ikke har nådd opp i prioriteringen av arbeidsoppgaver i de andre etatene.

7.4.3 Grenser for informasjonsflyt

Mens samarbeid om primærforebyggende arbeid kan stoppe opp pga presserende "reparasjonsoppgaver", kan samarbeid på individnivå fort begrenses av hensyn til taushetsplikten:

"Barnehagene ønsker mer samarbeid. Et problem når vi følger opp barn, og barnehagepersonalet ønsker mer opplysninger"

Barnehagepersonalet er ikke en del av helseetaten. Det synes som om helsesøstrene føler det etisk betenkelig å utlevere informasjon til en yrkesgruppe som ikke har samme regelverk om taushetsplikt¹⁴. Tillitsforholdet mellom helsesøster og barnets familie kan fort brytes ned, hvis taushetsplikten ikke overholdes. Samarbeid med andre tjenester vil derfor begrenses til etater, kanskje også enkeltpersoner i disse etatene, som man er helt trygg på vil respektere at informasjonsutvekslingen har gitte premisser. I Tingvoll er det oppnådd et slikt tett samarbeid mellom helsestasjon og barnevernskonsulenten på sosialkontor. De kan holde uformelle bekymringsmøter for å drøfte problem, gjerne uten at barnets eller familiens navn blir nevnt. Sammen kan de vurdere om det er nødvendig å sette inn tiltak, eller om det er nok at helsesøster har oppfølgingen med familien.

Sett på bakgrunn av det gode kjennskap som barnehagepersonalet får til barna, er det noe paradoksalt at samarbeidet mellom helsesøstrene og barnehagepersonalet ikke er tettere, når det er et uttalt mål å forebygge psykososiale problem. Det kan synes som om helsesektoren her skjærer seg mot problem som ikke er rent medisinske.

7.4.4 Taushetsplikt: et vern for klienten - og mot innsyn

Valg av forebyggingsstrategi vil ha innvirkning på samarbeidsformer. I kap.3.2 drøfta vi forskjellen mellom forebyggende tiltak som tåler et høyt støynivå, f.eks. trafikksikring, og forebyggende tiltak som bør foregå i stilhet for om mulig, å avverge at problemene virkelig bryter ut og vokser seg større. Også de som er utenfor helse- og sosialetaten, uttrykker forståelse for dette:

"Det er grupper innen barn som trenger hjelp, vi har f.eks. barnemishandling. Det er spesielle saker som er lite egnet for offentlig debatt."

I Tingvoll har helsesøster en spesielt viktig rolle i tidlig forebygging, slik det kommer til uttrykk i en av samarbeidspartnernes beskrivelse av samarbeidsrelasjonene:

¹⁴ I praksis er det ikke forskjell på taushetsplikt iht § 11 i lov om godkjenning av sjukepleiere, jf kommunehelselovens § 6-6, og den forvaltningsmessige taushetsplikten som gjelder for barnehagepersonell.

"Ikke vanlig at helsestasjoner er med i oppfølgingen. Tettere samarbeid før det kommer så langt. ... Mulig at de synes de må jobbe mye med barnevern. Grunnen til at de blir brukt mye er at de blir sett som ufarlige. Helsesøstre kan få komme lettere i kontakt."

En slik stillfarende strategi i forebyggende helsearbeid, der foreldrene så lenge som mulig slipper mer stigmatiserende former for inngrep i privatlivet, vil være med til å sikre helsesøstre fortsatt tillit, åpenhet og tilgang til hjemmene.

Men taushetsplikten er samtidig et vern mot innsyn, og andres vurderinger av det arbeid som utføres. Noen vil hevde at det dermed blir vanskelig å få en demokratisk, politisk styring av tjenesten.

Sammenfatning

Helsestasjonen har tatt i bruk nye arbeidsformer. Spesielt gruppekonsultasjoner er et brudd med tradisjonell individorientert brukerkontakt.

Men helsestasjonens kontakt med andre offentlige institusjoner som arbeider med barn, synes å gå i tradisjonelle spor. Det at lokalsamfunnet er lite, synes ikke å ha ført til arbeidsfellesskap med aktører utenfor helse- og sosialetaten. Helsesøstrenes viktigste samarbeidspartnere er helsestasjonslegen, et par av de ansatte på sosialkontoret og PP-tjenesta. Også i Tingvoll synes det å være *overvåkingsmodellen* som gir best karakteristikk av helsestasjonsvirksomheten. Helsesøsterkollegiet er lite, og har noen få assosierte medlemmer som får del i informasjonsflyten om barn man bekymrer seg for. Ellers synes det å være et ønske blant helsesøstre å skjerme den individorienterte virksomheten mot innsyn fra andre, som f.eks. barnehageansatte.

Den kontakten som helsesøstre har med 2.linjetjeneste og spesialtjenester i den lokale helse- og sosialtjenesten, synes å ha samme preg som i Molde: Mer et spørsmål om videresending av problem til instanser som har virkemiddel å sette inn, enn samordning i betydningen det å fatte felles beslutninger.

Når det gjelder generell forebyggende virksomhet rettet mot lokalsamfunnet, synes samarbeidet med andre etater å gå tungt. I vår presentasjon av kommunen i avsn. 7.2 anså vi det som nærliggende å forvente at det var bygd opp felles meningsdannelse og problemoppfatninger blant de kommuneansatte i

et lite samfunn som Tingvoll. Men det synes som om sektororganisering og kanskje også den fysiske utskillelsen av helseetaten motvirker tverretattlig samarbeid. Helsesøstrene viser til at forsøk på å få til samarbeidsprosjekt med andre kommunale etater om generelt ulykkesforebyggende arbeid har strandet.

I neste avsnitt skal vi gå nærmere inn på helsestasjonens rolle i det kommunale styringsverket.

7.5 HELSESTASJONENS ROLLE I KOMMUNAL PLANLEGGING

Vi reiste innledningsvis spørsmål om helsestasjonens rolle i det kommunale systemet. Ville kommunens størrelse umiddelbart føre til tettere koplinger og lettere kommunikasjonsflyt - horisontalt og vertikalt - enn tilfellet var i Molde? Eller ville kommunens organisasjonsstruktur være utslagsgivende, slik at ledende helsesøster i Tingvoll hadde mindre innflytelse i den politisk-administrative arena, enn ledende helsesøster i Frei?

Vil helsestasjonspersonalet som bakkebyråkratene i fig. 7.1, se det som sin oppgave å iverksette tiltak som er definert på høyere nivå? Eller vil helsestasjonen inngå i ikke-byråkratiske relasjoner, preget av dynamikk og gjensidig samhandling, som i fig. 7.2? Det er også mulig at aktører utenfor helsestasjonen ikke er spesielt engasjerte i den virksomheten som drives der. Kanskje helsestasjonen får leve sitt eget liv, uten noen annen lokalpolitisk styring enn i form av tildeling av ressurser?



(Offerdal 1986:3)

Fig. 7.1: Byråkratiske relasjoner:
Mekanikk og hierarki

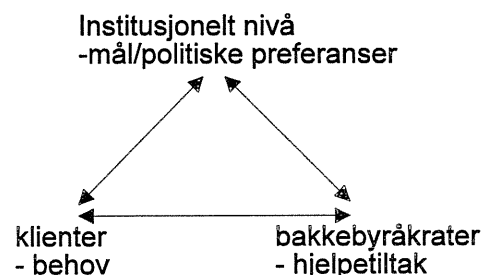


Fig. 7.2: Ikke byråkratiske relasjoner:
Dynamikk og gjensidig samhandling

Iflg. kommunehelselova er helseetatens ansatte tillagt oppgaver innen kunnskapsproduksjon, og påvirkning av kommunens planlegging og prioriteringer. Kommunehelselova § 1-4, 2. og 3. ledd, sier at

"Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen. Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivare tatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon ... til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen."

Helseleder påpeker viktigheten av å drive politikk, og nevner egne innflytelsesmuligheter gjennom helse- og sosialstyret, eksempelvis på teknisk etats planlegging av boligområder hvor det tas hensyn til barns behov, - og barnehageutbygging. Ledende helsesøster har i liten grad vært dratt inn i slike fora; hun har deltatt som fagperson i styringsgruppa for flyktninger, ellers har slik deltakelse vært bagatellmessig.

Helsesøstrenes sterke fokusering på arbeidsinnsats som går på individuell problemløsning, står altså i kontrast til denne type oppgaver. Helsesøstre er i liten grad tatt med i den kommunale planleggingen. Grunnen til det kan være lav motivasjon blant helsesøstre til å ta på seg oppgaver som medfører mer skriftlig saksbehandling, jf deres motvilje mot "papirarbeid". Det kan også skyldes manglende oppmerksomhet fra de overordnede side om hva helsesøstre kunne ha tilført i en planprosess.

Det kan synes som om hierarkisk posisjon får konsekvenser for relasjoner i byråkratiet, sjøl i et lite lokalsamfunn. "Top-down"-perspektiv og en plassering av helsesøstre som bakkebyråkrater i fig. 7.1 synes å virke begrensende på den politisk-administrative ledelsen. Den gjør ikke aktivt bruk av helsesøstrenes innsikt i den lokale helseprofilen.

Helsesøstre i helsestasjonene har bakkebyråkratens rolle. Ser vi på helsesøstertjenesten i et samhandlingsperspektiv, finner vi at størstedelen av arbeidstida går til kontakt med brukere. Samhandling med det institusjonelle nivå der

overordna politiske mål blir formulert, kommer i andre rekke. Som nevnt i avsn. 7.3.2, henvender helsesøster seg bare til overordna organ, - rådmannen og helse- og sosialstyret - når det gjelder konkrete spørsmål om tildeling av flere ressurser til helsestasjonsvirksomheten. Rådmannen på sin side tar ikke initiativ til direkte kontakt med bakkebyråkratene, men forholder seg til etatslederne. Ledende helsesøster i Tingvoll blir ikke dratt inn i (og tar selv ikke initiativ til) den type utredningsoppgaver, som kap. 6 viste at ledende helsesøster i Frei utfører.

Vi skal se litt nærmere på den kommunale ledelsens tilsyneladende manglende interesse for helsestasjonsvirksomheten.

7.5.1 En anonym tjeneste som må markedsføres?

Vi har tidligere nevnt at helsesøstrenes overordna føler at helsesøstrene gjør så god en jobb at de ikke trenger å engasjere seg på deres felt. Hvordan opplever helsesøstrene selv sin situasjon, føler de at de blir verdsatt? Og samsvarer deres inntrykk med de eksterne aktørenes beskrivelser av tjenesten?

Verdsetting i et byråkrati vil vanligvis vises ved tildeling av flere ressurser. Løsplassering og økning i budsjetttramme har også en symbolsk betydning (Debes 1961). Helsesøstrene har i liten grad fått slike anerkennelser. En av dem nevner at i dag får næringsmiddelkontrolløren høyere lønn enn helsesøster, som tidligere hadde denne kontrollopgaven som en deloppgave. Når det gjelder tjenestetilbudet, er det først nå at stillingsrammen blir økt.

Det at helsestasjonen ikke har fått økt sine rammer, mens andre deler av den kommunale helse- og sosialtjenesten er rustet opp, må ha virket truende for tjenestens fortsatte posisjon. Helsesøstrene ønsker større oppmerksomhet om hva som gjøres på helsestasjonen. Vi har sett at helsesøstrene ønsker å utvide oppgavespektret, og at de i den sammenheng har forsøkt, og delvis lykkes, i å utvide samarbeidet med andre etater. Helsesøstrene uttrykker også i klartekst at de føler det som nødvendig å synliggjøre tjenesten:

"En styrke at vi er to. Man kan ikke markedsføre seg sjøl."

Også en politiker tar opp markedsføringsaspektet:

"kan karakteriseres med begrepene anonyme, beskjedne, nøkterne og ukompliserte. De burde bruke mer tid til tverretattlig samarbeid, litt mer utadrettet virksomhet. De som ikke har barn selv, vet ikke hva de driver med. De taper på å ligge lavt i terrenget, for det skaper ubalanse mellom sektorene. Den politiske vurderingen er at småbarn er foreldrenes ansvar, - sett opp imot og i forhold til kommunens ansvar innenfor eldreomsorg."

Denne politikeren deler altså helsesøsters oppfatning, at interessen for forebyggende arbeid for barn er lav i Tingvoll. Vi ble kanskje heller slått av det sterke engasjement som vist hos sentrale aktører. Det virker som om eksterne aktører har rimelig bra kjennskap til helsestasjonens kvaliteter, og til aktuell debatt om helsestasjonens rolle. En sier

"Når alle gjennom helsestasjonen. Har en viss mulighet for å nå alle. Det blir et spørsmål om å klare å følge opp det som blir avdekket. Viktig ikke bare å avdekke, må ha et støtteapparat som følger opp, som Frode Heian også sier."

En annen:

"Helsestasjonen er ansett for å være mye som en kjøttkontroll, men er dette en myte? Jeg opplever at de ikke bare er opptatt av veiing og vaksine. Jeg vet ikke om de må rette på sin balanse mellom helse og sosiale spørsmål, for det fungerer vel bra som det er i dag?"

En tredje:

"Det er positivt at de er gått noe bort fra det tradisjonelle måle- og veiearbeidet, og over på bl.a. nettverkskapende arbeid. Forebygging bør prioriteres. - Helse-søstrene gjør en god jobb innenfor de ressurser som er bevilget."

Og også vår fjerde informant har forståelse for ressursbehovet:

"Helsestasjonen mangler ressurser. Det er ønskelig med mere ressurser til å komme ut av de daglige rutineoppgavene for å kunne drive forebyggende virksomhet på helsestasjonen."

Sitatene tyder på at interessen og forståelse for helsestasjonens virksomhet ikke er så rent liten blant aktører uten for kommunens helse- og sosialsektor. Men fra deres ståsted kan det synes vanskelig å få innpass med egne vurderinger. Råd-
mannen gir uttrykk for avmaktfølelse i forhold til at helsesektoren generelt forsøker å skjerme eget domene:

"De er skuffet over at ingen er interessert. Men de vil styre seg selv; viser til louverk osv, vil ikke ha innblanding; beskytter seg med taushetsplikt, vil være suverene. De vil diskutere det som passer dem, f.eks. å få økt bemanning. Det er ikke mulig å få til diskusjon om evt. omprioriteringer."

Vi siterte en politiker som mente at helsestasjonen lå for lavt i terrenget. Men politikerne oppfatter helsestasjonens evne til å markere sine behov noe forskjellig. Ordføreren fremhever ledende helsesøsters dyktighet og sier:

"De er fullt på høyde med mange andre, står på! Helsestasjonen benytter utradisjonelle metoder og tar direkte kontakt inn i det politiske systemet for å få gjennomslag for saker."

Det kom positive tilbakemeldinger om informasjonsmøtet som ble arrangert for helse- og sosialstyret på helsestasjonen våren 1992, og leder for helse- og sosialutvalget forteller at

"Helsesøster har også bedt om å få møte hovedutvalget i forbindelse med en årsmelding".

Sammenfatning

Det er tilsyneladende enighet blant samarbeidspartnere og politisk-administrativ ledelse om at de som arbeider i helsestasjonen, har bra innsyn i problem blant barnefamiliene i kommunen. Men vi finner ikke forsøk på å bruke denne kunnskapen systematisk i kommunal planlegging til å styrke det generelle oppvekstmiljøet i kommunen. Arbeidet i helsestasjonen synes å være løst kopla fra annen kommunal virksomhet, når vi ser bort fra samhandling om enkeltklienter.

Vi får ganske ulike signaler om helsestasjonens og helsesøstrenes muligheter til å påvirke kommunale beslutningsprosesser. Helsesøstrene har følt at helsestasjonsarbeidet er blitt oversett, mens rådmannen mener at helseetaten unndrar seg politisk styring.

Nåværende leder av helse- og sosialstyret påpeker manglende samhandling med helsestasjonen. Dette kan tyde på at hun ser det som et problem som skyldes dysfunksjoner skapt av en byråkratisk organisasjonsmodell (se fig. 7.1). Ut i fra et slikt perspektiv mangler det formelle byråkratiet evne til å få informasjon fra de som står lavest i hierarkiet. Helse- og sosialstyret ønsker å minske avstanden mellom bakkebyråkratene og den politiske ledelsen ved å invitere til direkte kontakt med helsestasjonen; det kan føre til mer gjensidig samhandling (se fig. 7.2).

Vi skal nå se nærmere på et forsøk blant andre lokale aktører på å få til bedre kommunikasjonsflyt og større oppmerksomhet om barnas oppvekstmiljø.

7.5.2 Forslag om nye samarbeidsformer

Helsesøstrene føler at interessen for forebyggende arbeid for barn er lav i den politisk-administrative ledelsen, og de opplever at de ikke får respons på forslag om samarbeid med andre etater om generelt forebyggende arbeid.

Det er interessant å se at også andre etater synes å ha et behov for å komme inn på den "nye" arenaen om bedring av barns oppvekstmiljø. Vi så at i Molde og Frei er det fra politisk side ønske om å få en egen oppvekstetat, i Molde har skolekontoret blitt tillagt rollen som koordinerende instans. Og på skolekontoret i Tingvoll blir det sagt at

"Hvis lokalmiljøet er viktig, så må det være viktig å dra vår etat inn, Vi ønsker å bidra, og bli trekt inn."

I Tingvoll har man prøvd å få til andre samordningsformer, der aktører fra andre etater får koordineringsansvar. Tidligere helseleder/helsestasjonslege hadde forslag om alternativ organisering av forebyggende arbeid for barn, om oppretting av Forum for barns oppvekstmiljø. Manglende oppmerksomhet om barns interesser, og problemer med å få til smidige samarbeidsformer om allment

preventive tiltak, skulle kompenseres ved oppretting av et utvalg der fagpersoner med spesiell interesse for barn, skulle initiere tiltak. Forslaget har virket fengende for noen, - og provoserende på andre. Selv stilte vi ikke spørsmål om alternative organisasjonsformer; men representantane for den politisk-administrative ledelsen og de politiske representantene (i alt 5 personer) tar selv opp problemstillinger ved opprettelse av et slikt organ. Det er slående at ingen av "fotfolket" på helsestasjonen, sosialkontoret og skolekontoret nevner forslaget om å opprette Forum.

Hva er det da det reageres på?

Plan- og bygningslovens § 10-2 stilte krav om at kommunestyret utpekte en etatsjef eller tjenestemann som fikk særskilt ansvar for å ivareta barns interesser i bygningsrådet.¹⁵ Ordføreren sier:

"Jeg anser den oppgaven som alles ansvar. Det strider mot min tenkemåte å opprette slike stillinger. Nå er det NN som har ansvar - kan ikke gå som politi overfor oss andre."

Tidligere kommunelege I ønsket å ekspandere denne institusjonelle nyskapningen, og kople en referansegruppe til 10.2 - representanten. Gruppen skulle få myndighet til å sette igang tiltak som kunne betre barnas oppvekstmiljø. En politisk representant, med faglig basis i helse- og sosialsektoren, mener idéen er positiv:

"Vi har snakket om at et planlagt "Forum for barns oppvekstmiljø" skal fungere som 10.2 representant. Men det er uklarheter rundt dette og hva et slikt Forum skal drive med. Men en viktig målsetting er å fange opp ulike signal i kommunene, ut fra ulike grupperinger som kjenner ulike behov."

Men rådmannen har betenkeligheter:

¹⁵ Bestemmelsen ble innført ved lov av 5.juni 1987, men er nå opphevet ved lov av 11.6.93 om endring av særlovgivningen for kommunene, ikraft fra 1.1.94.

"Jeg har ikke tro på å gi en slik gruppe formell makt. Jeg misliker prosjekt som gir fagpersoner overordna makt. Medlemmene av gruppa kan uttale seg gjennom sine ordinære kanaler. Et organ uten budsjett, som kan legge seg bort i andres virkefelt, det blir bare rot. Vi har hatt tendenser før her, grupper som siler ut hvem de ønsker skal være med. Vi må følge spillereglene, myndigheten må ligge hos politiske organ. Vi kan ha refansegrupper, - men ingen avstemming i gruppene, med flertalsvedtak om hvordan tingene skal gjøres her i kommunen. Og det må være overordna som bestemmer hvem som skal sitte i gruppen. Det er entusiastiske mennesker som ikke får det slik de vil. Vi må prøve å ta vare på dem, de er en ressurs. Men det er grenser for tilpasning."

Ordføreren, som også var skeptisk til 10.2-representasjon, uttaler at:

"Jeg er redd for at en for sterk formalisering ut ifra samhandlings tankegangen, f.eks. gjennom Forum, lager mer byråkrati. Det er mulig å samhandle uten for mye formalisering."

Det er interessant å se at noen av aktørene som deltar i prosjektet Barn- Helse - Miljø holder ideen om et forum for barns oppvekstmiljø varm. Flere av dem viser til forslaget om å lage en kvartalsavis "Foreldreposten" som et brukbart alternativ til et Forum. Det uttrykkes forventninger om at en avis kan aktivisere brukerne. En av dem peker på muligheten for andre typer relasjoner mellom fagfolk og brukere:

"Ikke dumt. Når folk på en slik måte at det ikke blir tvang."

Man aner motstand mot helsefaglig paternalisme. Uttalelsen gir assosiasjoner til O.Peterssons analyse av pågående samfunnsendringer i Sverige. Han tror det vil bli mer og mer vanskelig å få samfunnsborgere til å følge instruksjoner. Samfunnsutviklingen vil gå bort fra vertikale og over til horisontale relasjoner:

"Hierarkin som styrelseform blir allt svårare att använda. Medborgarnas ökande självständighet omöjliggör ett system som baseras på yttre lydnad. Lydnaden riktas i stället mot den inre övertygelsen." (Petersson 1991:88).

Rådmannen pekte i sitatet ovenfor på det problematiske i å overlate politikkutforming til den faglige ekspertisen. Hvilke alternativer er det i Tingvoll? Finns det et engasjement for barnas oppvekstmiljø hos andre enn profesjonsutøverne? Hvordan er det med foreldrene?

7.6 HELSESTASJONEN - DEL AV LOKALSAMFUNNET?

7.6.1 Foreldrekompetanse vs paternalisme

De aktørene som vi har intervjuet som samarbeidspartnere og politikere, kan også betraktes som kvalifiserte meningsytrere i kraft av foreldrerolle. Noe som vi opplever gang på gang i vår leting etter helsestasjonens betydning, er det engasjement som ulike aktører framviser, fordi de som foreldre er eller har vært helsestasjonsbrukere. Rollen som småbarnsforeldre er kort, men intens, og inntrykk - på godt og vondt - fra besøka til helsestasjonen har åpenbart festa seg blant våre informanter. Og helsesøstrene er fortsatt en viktig institusjon etter at barna har begynt på skolen.

I Tingvoll er det foreldre som føler at de blir oversett:

"Det virker som om det offentlige helseapparatet er mest interessert i informasjon til seg selv - ikke i å gi informasjon til foreldrene. - Det eneste jeg har fått melding fra helsesøster om mitt barn, er en og annen lapp om samtykke til vaksinasjon. Som foreldre sitter du og lurert på om han er glemt, eller om alt er normalt."

"Det er for sterk satsing på de svakeste grupper. Svake grupper i normalgruppen får for liten oppmerksomhet. Det virker som holdningen er "så lenge det går, så går det."

Og aktører innen hjelpeapparatet reagerer på profesjonenes overtakelse av ansvaret for barna:

"Foreldre blir forvirret, den alminnelige foreldrekompetansen ansees mindre gyldig, det blir vanskelig å være foreldre. Det oppstår handlingslammelse på grunn av at foreldrekompetanse ansees som en ekspertoppgave. På den måten monopoliseres riktig kunnskap. Foreldre er usikre - flere og flere blir henvist til oss."

Vi har sett at også personalet på helsestasjonene er opptatt av foreldrenes selvtillit (avsn. 7.3). Vi har for lite data på dette området til å kunne si om vi er vitne til en trend der de profesjonelle i større grad velger å dra nytte av foreldrene som ressurs. Det er mulig at man framover vil få mer gjensidige - horisontale - relasjoner på helsestasjonen mellom tjenesteutøvere og brukere. Vi

kan bare konstatere at noen foreldre ikke føler seg som samarbeidspart i det forebyggende arbeidet for barn i Tingvoll høsten 92.

7.6.2 Profesjonsutøvernes lokale tilknytning

Tingvoll er en jordbruksbygd, og rekrutteringen til gardsbruka skjer blant bygdas egen ungdom. Men ansatte i kommunale og fylkeskommunale stillinger er ofte tilflyttere. Det kunne vært interessant å vite i hva grad disse er integrert i det opprinnelige lokalsamfunnet, eller om de utgjør en lokal subkultur. Finner vi her, som andre steder, at det er tilflyttede offentlig tilsatte med høyere utdanning som styrer kommunen? (jf A.Homplands begrep "byggefeltsmafiaen"). Vi har ikke data som kan belyse dette; men de intervjuedes lokale tilknytning kan gi en indikasjon.

Bare én av de 11 vi har intervjuet, er opprinnelig fra Tingvoll. 5 flytta til kommunen i perioden 1975-79, 4 kom i 1980-åra, og en hadde bare bodd i kommunen et par måneder, da intervjuet fant sted.

Det har vært relativt liten gjennomtrekk i stillingene. De som har kommet de siste årene, har blitt ansatt i nyopprettete stillinger eller nesten nye stillinger. Størst gjennomtrekk har det vært blant kommunelegene, selv om man også her har hatt relativt stabile forhold sammenlignet med andre små kommuner. Frode Heian var som nevnt i avsn. 7.2, kommunelege i Tingvoll helt fra 1975-1991.

Blant våre informanter synes det å være stor bevissthet om utdanningsbakgrunnen til de ansatte. Alle synes å ha relevant yrkesbakgrunn til sine stillinger; hvis en ansatt mangler formalkompetanse, er det noe som blir bemerket av flere.

I et lite lokalsamfunn kan man kanskje forvente at ressurspersoner blir å finne igjen i politisk sammenheng. Kommunehelseloven legger opp til lokalpolitisk styring av primærhelsetjenesten. Den forutsetter at folkevalde organ setter premisser for hvordan bl.a. barnehelsetjenestene blir utformet. Hvordan er det med det politiske engasjementet til våre informanter?

Politisk virksomhet synes i liten grad å friste de ansatte som vi har intervjuet: den eneste som var aktiv i politikken, var psykologen; han var medlem i helse- og sosialstyret. Én av de intervjuede fant at partipolitikk ikke kunne kombineres med den type stilling han hadde. Ellers synes det ikke å være problemer med dobbeltroller som får de ansatte å holde seg unna formell politisk virksomhet.

Hva kan lav politisk aktivitet skyldes? En forklaringsmulighet er at de ansatte selv ikke føler at det fattes politiske beslutninger lokalt som har betydning for utformingen av barnehelsetjenestene. Det vil være en ytterligere styrking av vårt inntrykk av at helsestasjonene får leve sitt eget liv, uten annen lokalpolitisk styring enn i form av rutinemessig tildeling av ressurser. Fagfolkene vil ikke føle samme press til lokalpolitisk engasjement, hvis det er de selv som legger opp kursen for de kommunale helsetjenestene, og det er deres situasjonsoppfatning som preger tjenesteutformingen. Taushetsplikten skjermer for innsyn, og virker ekskluderende på eksterne vurderinger. Det blir de dominerende profesjonenes fagkunnskap som farger problemstrukturen.

En alternativ, kanskje supplerende, tolkning av funnet kan være at aktørerene velger andre fora. Barns oppvekstmiljø har tradisjonelt vært en del av den kvinnelige sfæren. Debatt om kvinner og barns velferd har ikke vært det som har preget de mannsdominerte kommunestyrene. Kvinnene har valgt å gå inn i alternative organisasjonsformer. Man har fått en separat organisering av kvinneinteresser, med flat struktur og vektlegging på mer uformelle samværsformer; en organisering av felles interesser på tvers av tradisjonelle politiske motsetninger. (Halsaa 1986). H.Hernes hevder at kvinner foretrekker å engasjere seg i saksorienterte aksjoner *"fordi de har et annet tidsperspektiv enn menn, fordi de har andre problemløsningsmønstre enn menn, og fordi de har et annet nettverk å forholde seg til enn menn."* (Hernes 1982, sitert i Halsaa 1986, s 114).

Vi så i kap.3.2 på ulike tradisjoner innen forebyggende barnehelsearbeid, og fant at tre retninger har satt preg på helsestasjonsvirksomheten i ulike perioder. To av dem forutsatte profesjonsstyring, helsesøstre eller leger har oppsyn med helsesprofilen blant barna, og setter inn tiltak om nødvendig. Det tredje alternativet ga mulighet for brukerne til å være med på å definere rammene for tjenesteutformingen.

I Tingvoll har Norske Kvinners Sanitetsforening vært sterk, og fortsatt er den økonomisk i stand til å støtte det forebyggende arbeidet blant barn (sist ved innkjøp av en vekt). Våre informanter regner foreningen for å være et potensielt forum for å organisere pilottiltak som det offentlige evt. kan overta etter at det er etablert; på intervjuetidspunktet var det f.eks. spørsmål om kanskje å få i gang førskolegrupper.

Gjennom intervjuet kom det fram at kvinnelige yrkesutøvere i helseetaten har gått inn i NKS med tyngde. Blant de som har hatt formannsvervet, er barnevernskonsulenten på sosialkontoret; nå er ledende helsesøster formann. Trolig er slike tillitsverv indikasjon på lokal integrasjon. Kanskje det utenfor den sfæren hvor vi lette etter opplysninger, fortsatt eksisterer et kvinnefelleskap som kan organisere tiltak, når velferdskommunens tilbud ikke strekker til.

Sammenfatning

I de tre kommunene, Molde, Frei og Tingvoll, er helsestasjonene først og fremst helsesøstrenes arena. I den stille hverdag har helsestasjonen bevart mye av sin opprinnelige funksjon, - den åpne dør for alle nybakte foreldre som vet at her finner de noen som bryr seg. Våre funn tyder på at det er *overvåkingsmodellen* som fortsatt best kan karakterisere helsestasjonsvirksomheten i de tre kommunene.

Kan vi gjenkjenne trekk fra de andre idealtypiske modellene i helsestasjonsvirksomheten?

Få av våre informanter uttrykker visjoner om at helsestasjonen skal fungere i pakt med vår idealtypiske modell 4, som *Lokal samordningsentral*. Når det gjelder planlegging og styring av kommunal virksomhet rettet mot barn, diskuterer man i Molde og Frei oppretting av en oppvekstetat. I Tingvoll ble det, etter initiativ fra tidligere kommunelege I, gjort forsøk på å opprette en egen ressursgruppe som skulle ha til mål å få barnas oppvekstmiljø opp på den lokalpolitiske dagsorden. Vårt materiale tyder på at helsestasjonene fortsatt er en hjørnestein i det forebyggende arbeidet for barn. Men i kommunene er man på leting etter andre institusjonsformer som kan være bærebjelke i det barne- og ungdomspolitiske arbeidet.

Det kan synes som om *helsestasjonene* fortsatt opererer frikoplet fra det kommunale nivået, at helsesøstrenes oppgave først og fremst er å ivareta *nasjonale* målsettinger. Helsesøstrene er lojale til faglige retningslinjer fra statlig hold (se bl.a. avsn. 7.3.3). Det kan gi mening å karakterisere deler av helsestasjonsvirksomheten med utgangspunkt i vår 3. idealtypiske modell: *Helsestasjonen som medisinsk kontrollstasjon*, selv om direktivene kommer fra Oslo og ikke fra legen med det medisinsk-faglige ansvaret i kommunen.

Dette er problemstillinger vi vil ta opp i det avsluttende kapittel 8.

Kapittel 8

DEN KOMMUNALE HELSESØSTER I NASJONENS TJENESTE¹

8.1 INNLEDNING

Terence Johnsons bok *Professions and Power* (1972) har dannet opptakten til en etterhvert omfattende litteratur med utgangspunkt i tesen om at stat og profesjon gjensidig forutsetter hverandre. I denne litteraturen utforskes variasjoner og nyanser i stat - profesjon relasjonen både over tid og kryssnasjonalt, men kunnskapssituasjonen når det gjelder sentral - lokal dimensjonens betydning for profesjonaliseringsprosessen innhold og forløp, synes mangelfull.

Formålet med dette kapittelet er å belyse koblinger mellom helsesøstrene som yrkesgruppe og de ulike nivåene i styringsverket. Vår analyse av helsesøster-tjenesten i tre kommuner har som utgangspunkt den formelle desentraliseringen som fant sted som følge av Lov om helsetjenesten i kommunene (1982). Begrunnelsene for å innlemme helsesøstertjenesten i primærhelsetjenesten var knyttet til hensynet til samordning og tilpasning til lokale behov (NOU 1979:10; NOU 1979:28 og Ot.prp.nr.36(1980-81)). På denne bakgrunn kan problemstillingene presiseres ytterligere: *Hva karakteriserer den kommunale helsesøsters identitet og praksis på 90-tallet? Har en i tråd med kommunehelsereformens intensjoner fått en orientering og lojalitet mot de lokale beslutningsarenaer, og er det i så fall mulig å etterspore en lokalpolitisk integrasjon av helsesøstrene i form av kommunale variasjoner i tjenestetilbudet?*

I fortsettelsen vil vi først gi en nærmere presentasjon av teoretiske perspektiver på profesjonalisering og kunnskapsutvikling, med spesiell vekt på alternative

¹ Dette kapittelet er en omarbeidet versjon av et paper som Turid Aarseth utarbeidet i tilknytning til et nasjonalt forskerkurs i profesjonsteori våren 1995. Selv om det teoretiske inntaket er forskjellig fra rapportens hovedperspektiv, vil det likevel være en del overlapp mellom dette kapittelets første del og kapittel 3 i Del I.

forestillinger om relasjonene mellom profesjon og stat. Videre vil vi belyse en del forhold knyttet til den historiske konteksten for etablering av en egen utdanning for helsesøstre i 1947. Deretter følger drøftingen av kjennetegn ved den *kommunale helsesøsters* faglige identitet og praksis slik den framstår i 3 norske kommuner på 90-tallet.

8.2 PROFESJONALISERING, KUNNSKAPSUTVIKLING OG TILKNYTNINGSFORMER TIL STYRINGSVERKET

Profesjonslitteraturen har blitt kritisert for ikke å gå utover studieobjektene ideelle selvforståelse (f.eks. Johnson 1972 ; 1992 og Sarfatti Larson 1977). De profesjonelle yrkesgruppene har blitt beskrevet med utgangspunkt i den profesjonelle retorikk, og framstår i den tidlige profesjonssosiologiske litteratur som homogene aktører som gjennom lang, formell utdanning og internalisering av etiske normer, kjennetegnes ved serviceorientering, selvkontroll og evne til rasjonell problemløsning (f.eks. Barber 1963 og Greenwood 1966).

Gjennom de siste tiårs profesjonsforskning er det imidlertid ikke mye igjen av de idealtypene som ble formulert på bakgrunn av ideologien til suksessfulle og mektige profesjoner (Jacobsen, Jensen og Aarseth, 1982). Nyere studier utfordrer validiteten til idealtypene på så og si alle punkt. Et av de viktigste ankepunktene mot de tidlige profesjonsstudiene, er at de framstår som a-historiske. Det ble så og si ikke gjort forsøk på å relatere profesjonsegenskaper til rådende samfunnsstrukturer. Johnson (1972) framhever dette poenget ved å vise at den type yrkesaktivitet som dannet grunnlag for forsøkene på en teoretisk avklaring av profesjonsbegrepet, er å finne under spesifikke historiske forhold i den anglo-amerikanske kulturen på 18.hundre-tallet. Johnson påpeker videre at selvkontroll bare er en av flere muligheter for kontroll over profesjonell yrkesutøvelse.

Innen nyere profesjonslitteratur finner vi bidrag som i særlig grad betoner statens avgjørende betydning for profesjonalisering. Erichsen (1995:188) påpeker at "mainstream" litteraturen misforstår forholdet mellom stat og profesjon ved å se de to som antitetiske fenomener. Johnson (1992) anbefaler langt på vei å opphøve forestillingen om stat og profesjon som distinkte fenomener. Betingelser for profesjonalisering og jurisdiksjonsutforming bør etter Johnsons oppfatning i særlig

grad søkes innenfor "...the formation of government programmes and objectives" (1992:14).

Johnson ser Foucaults begrep om "governmentality" som et interessant inntak til å identifisere og spesifisere statsmakten i moderne samfunn. "Governmentality" betegner de ulike teknikkene, prosedyrene, institusjonene og kunnskapsformene som utvikles for å ivareta en mer sofistikert form for sosial kontroll enn det som er mulig ved direkte overvåking. Både ekspertise og byråkratiske organisasjoner ses som betingelser for utøvelse av politisk makt, og profesjoner blir en integrert del av styringsmåtene:

".....expertise as it became increasingly institutionalised in its professional forms, became part of the process of governing" (1992:3).

Profesjonene blir, som bærere av de nye vitenskapsbaserte strategiene for makt og kontroll, å betrakte som egenskaper ved den moderne statsmakt. Motsetningen mellom stat og profesjon er således "tilintetgjort".

En statssentrert posisjon, her representert ved Johnson, kan settes opp mot bidrag som har et mer samfunnssentrert fokus. Abbott (1988) argumenterer for betydningen av å studere hvordan relasjonene mellom yrkesgrupper utvikles med hensyn til jurisdiksjon over et praksisfelt. Det er i første rekke arbeidet som står i sentrum når Abbott snakker om profesjonsutvikling:

"The study of professions must be first and foremost a study of their work, for professions exist to control and execute work" (Abbott, 1988).

Profesjonelt arbeid må ifølge Abbott være basert på abstrakt kunnskap. Krav om jurisdiksjon vil forutsette abstrakt kunnskap som legitimeringsgrunnlag. Flere arenaer vil være potensielt viktige i forbindelse med aksept av jurisdiksjon: offentligheten, den legal-juridiske arena og arbeidsplassen. Slik blir forholdet mellom profesjon og stat mindre framtrædende i Abbotts analyse, og Johnson (1992) er svært kritisk til en oppfatning som etter hans mening innebærer at

"The state is conceived largely as an audience for professional claims. In other words the state is an environmental factor in the system of professions; an external agent made up of the legislature, the courts and the administrative or planning structure" (Johnson, 1992:13).

I stedet for å forfølge polemikken mellom et statssentert og et samfunnssentrert perspektiv på profesjonalisering, velger vi å nyansere både profesjons- og statsforståelsen. Spørsmålet blir dermed ikke om en a priori forventer at stat eller arbeid utgjør de viktigste faktorene i formingen av yrkesgrupper, men at en åpner opp for at tilknytningsformene vil bære preg av at profesjon og stat er foranderlige og komplekse fenomener. Som Torstendahl har påpekt varierer stater

"...in the types of networks of which they consist - that is, the relation system between the decisionmaking political and administrative bodies, which forms the individual state. Knowledgebased groups have found different places in these settings..." (Torstendahl, 1990:6).

Tilknytningsformene mellom profesjoner og stat må utfra dette perspektivet forstås på bakgrunn av hvordan forholdet mellom politikk og administrasjon generelt er ordnet, og utfra det som er mest interessant i vår sammenheng: Tilknytningens lokalisering.

Starr og Immergut (1989) har utviklet et differensiert analyseskjema, der de viser hvordan politikkenes sfære utvides eller innskrenkes over tid langs to dimensjoner: en politikk-administrasjon akse og en offentlig-privat akse. Froestad (1995:38) har visualisert Starr og Immerguts analyseskjema på følgende måte:

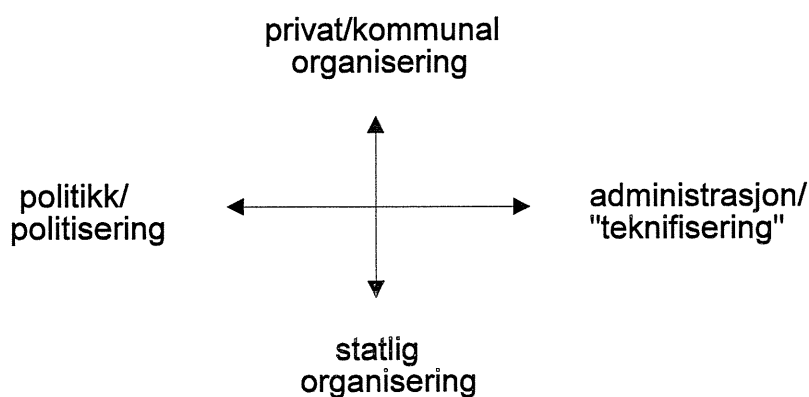


Fig. 8.1: Modell for struktureringen av relasjonene mellom stat og profesjoner

Ifølge Starr og Immergut vil den politiske sfæres evne til å ekspandere eller å trekke seg sammen være knyttet til endringstakt og forekomst av konfliktstoff i samfunnet. Disse kontraksjons- og detraksjonsprosessene vil stadig forstyrre etablerte rettigheter og maktforhold, inkludert ekspertenes posisjoner (1987:222).

Disse antakelsene synes nært beslektet med teorien om politiske kontraksjons- og detraksjonsprosesser, slik vi finner den presentert hos Jacobsen (1964:200/259). Jacobsen er opptatt av å karakterisere byråkratiets eksterne relasjoner, og drøftingen er empirisk forankret i forholdet mellom norsk landbruksforvaltning og de politiske myndigheter på 1800 - tallet. Politisk kontraksjon faller sammen med høyt konfliktnivå i samfunnet, mens betingelsene for det autonome byråkrati er å finne i tider med sterkt verdifelleskap:

"Det er i det autonome byråkratis interesse å dempe ned politiske og sosiale konflikter. Slike konflikter kan nettopp være tegn på frembruddet av nye verdisystemer som truer de autonome tjenestemannsrollene. Et autonomt byråkrati vil derfor være en samfunnsbevarende, konservativ faktor" (1964:260).

Hva betyr kommunalisering - overføring av oppgaver til kommunenivået - i denne sammenheng? Starr og Immergut synes å oppfatte privat/kommunal organisering som et uttrykk for at den politiske sfære trekker seg sammen. Jacobsen ser desentralisering/sentralisering som spørsmål om interne fordelinger av avgjørelsesmyndighet, og problematiserer ikke spørsmål om ulike politiske nivåer.

Etterkrigstiden er preget av en vedvarende desentralisering av oppgaver til det kommunale nivå, og kommunenivået framstår i dag som forvalter av en stor del av offentlig virksomhet og tjenesteyting. Men kommunene kan ikke betraktes bare som et forvaltningsnivå, de er også politiske institusjoner som skal uttrykke en lokal folkevilje. Offerdal (1992) peker på at rasjonalet for overhodet å ha kommuner er at de skal være arenaer der den lokale folkeviljen kommer til uttrykk, og at denne i sin tur får sette sitt preg på den offentlige politikken som føres. I en slik sammenheng må spørsmål om betydningen av kommunalisering av helsesøstertjenesten ses både i forhold til desentralisering av tjenester og desentralisering av politiske avgjørelser. Vi må m.a.o. fokusere på forholdene mellom styringsnivåene på en måte som åpner opp for at desentralisering både kan innebære politisering og depolitisering av et tjenestefelt.

Våre antakelser er at formingen av yrkesgrupper vil være preget av hvor i styringsverket deres sentrale arena er lokalisert. Sentral arena betyr i denne sammenheng noe mer enn "publikum" for profesjonenes krav om jurisdiksjon over et arbeidsområde (i Abbotts forstand). Den sentrale arena betegner her koblingen mellom profesjon og styringsverk. Det er her defineringen og legitimeringen av den profesjonelle virksomhet finner sted, - her skjer spesifiseringen av "governmentality". Med dette utgangspunktet skal vi nærme oss den historiske formingen av helsesøsterprofesjonen.

8.3 DEN EVANGSKE HELSESØSTER - EN OPERASJONALISERING AV ET UTVIDET HELSEBEGREP

Statens helsesøsterskole ble opprettet i 1947. Tidligere hadde det vært gitt korte tilleggs kurs i hygienearbeid, og disse ble fra 1947 erstattet med tilbud til sykepleiere om ettårig videreutdanning ved den nye helsesøsterskolen. Karl Evang spilte en helt avgjørende rolle i etableringen av en offentlig helsesøsterutdanning, og i å sikre den nye yrkesgruppen en sentral plass i det helsepolitiske gjenreisningsarbeidet (Berg 1995:424-425; Evang 1947:64-68; Kjølørød 1993:49 og 77-89). Vi skal i det følgende peke på noen faktorer som viser hvordan sentrale kjennetegn ved helsepolitikken i den nære etterkrigsperioden hadde betydning for definering og legitimering av helsesøsterprofesjonen.

De ti første årene etter andre verdenskrig er karakterisert som en gründertid for norsk helsevesen (Nordby 1987:301). Legene, anført av Karl Evang, fikk nærmest frie tøyler til å utvikle den nye helsepolitikken med utgangspunkt i et utvidet helsebegrep. Det utvidede helsebegrep innebar et sterkt offentlig engasjement på det sosialmedisinske området, d.v.s. en økt vekt på offentlige tiltak rettet mot hele befolkningens sunnhetstilstand:

"I framtidens helsearbeid vil helsekontroll av den alminnelige befolkning, dvs. av individer som selv antar at de er friske, sikkert komme til å spille en meget større rolle enn nå. Erfaring viser for det første at mange mennesker bærer på sykdom uten å vite det. Andre har anlegg til sykdom, slik at den medisinsk kyndige vil kunne forutsi at de med større eller mindre sannsynlighet vil bli syke om de ikke tar bestemte forholdsregler for å hindre det. Dertil kommer at en ved disse regelmessige undersøkelser kan spre

opplysning om helseforhold og kan hjelpe til at folk får bedre helsevaner. Regelmessige masseundersøkelser av den alminnelige befolkning blir deved et viktig ledd i det forebyggende helsearbeid" (Evang 1947:79-80).

I spørsmålet om hvordan den nye helsepolitikken rent organisatorisk skulle bli utformet og forankret, la Evang stor vekt på nødvendigheten av å styrke statens sentrale organ, Helsedirektoratet. Men han var også opptatt av å styrke de utøvende helseorganer rundt om i landet, og her blir helsesøstrene spesielt nevnt:

"Særlig viktig i første omgang er det å frigjøre fylkeslegene, slik at de kan vie hele sin arbeidskraft til det forebyggende og konstruktive helsearbeid, og videre å skaffe distriktslegene sakkyndig assistanse, særlig i form av helsesøstre" (Evang 1947:93).

Helsesøstrene framstilles av Evang dels som en yrkesgruppe som skal avlaste den overarbeidede distriktslegen, og dels som utdannede personer som kan drive forebyggende virksomhet som når fram til folk i deres dagligliv:

"Renslighet, sunn klesdrakt, friluftsliv og idrett, nytelsesmidler, belysning, oppvarming, ventilasjon, brønner og drikkvann, arbeidshygiene, svangerskapshygiene, tannhygiene er viktige ledd i det enkelte menneskes og enkelte familiers liv. Det er vi alle klar over. Men det må finnes mennesker med spesialutdannelse som kan virkeliggjøre disse prinsippene, som kan bringe kunnskaper, ideer og vaner - ikke minst gode vaner - ut til befolkningen; som kan være "helsemisjonærer" i hjemmene. Her er det helsesøstrene kommer inn" (Evang 1947:65-66).

Evang framholder at den aller viktigste, men også vanskeligste delen av helsesøstrenes arbeidsfelt, blir mentalhygienet. Han ser kunnskap og opplysning som virkemiddel for å sikre at foreldre blir i stand til "riktig varetakelse av barna fra den første spebarnsalder og framover" (s 66).

Det utvidede helsebegrepet innebar en svært ekspansiv kurs i forhold til hvilke arbeidsområder som vedrørte helsevesenet. Evang tar selv opp spørsmålet om hvilken type kunnskap som anses som nødvendig for å fylle rollen som "helsemisjonær":

"Kan noe menneske, kan noen helsesøster, selv den dyktigste, mestre alle disse oppgaver? Hensikten er da heller ikke å gjøre helsesøsteren til spesialist på alle disse felter. På en rekke områder skal hun ganske visst kunne sitte inne med de nødvendige kunnskaper og skal kunne meddele dem, på andre områder er hun observatør og rapportør" (Evang 1947:66).

"Den evangiske helsesøster" skulle ikke spesialisere seg, men være bredt orientert for å kunne forebygge og kontrollere befolkningens helsetilstand. Generalistkompetanse synes å være et dekkende begrep for de kunnskapsformer Evang så som viktige i iverksettingen av en helsepolitikk forankret i det utvidede helsebegrep. Når det gjelder helsesøstrenes rolle som observatør og rapportør, er det grunn til å anta at Evang først og fremst tenkte på helsesøstrene som distriktslegens assistent, og at det var til den medisinske sakkyndige helsesøster skulle rapportere.

Evang var videre opptatt av å legge de finansielle, juridiske og organisatoriske forhold til rette for sine nye "helsemisjonærer":

"Men det er ikke nok å utdanne helsesøstre. De må også få arbeidsmuligheter. Det neste planlagte skritt er en lov om helsesøstre. En komite er ferdig med sitt forslag, som bygger på følgende hovedprinsipper: Landet inndeles i helsesøsterdistrikter som i alminnelighet ikke bør ha mer enn 3000 innbyggere. Staten yter på visse vilkår halvdelen av lønnen til den helsesøster som ansettes i en kommune. Helsesøsteren skal ha full, godkjent utdannelse og skal motta en lønn hun kan leve av" (Evang 1947:67-68).

Lov om helsesøstertjenesten kom i 1957, og her ble det slått fast at det skulle gjennomføres offentlig helsesøstertjeneste overalt i landet. Det ble overlatt til det enkelte fylkesting å bestemme fra hvilket tidspunkt helsesøstertjeneste etter loven skulle innføres i fylket. Fra og med 1963 hadde alle fylkeskommuner gjennomført slik tjeneste (NOU 1979:10:40). Helsesøster fikk det administrative ansvaret for helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten. Det medisinske-faglige ansvaret lå hos legen, og lovens § 4 slår fast at helsesøstertjenesten er knyttet til legedistriktene og at vedkommende stadsfysikus, stadslege eller distriktslege er helsesøsters nærmeste overordnede.

Helsestasjonene ble det institusjonelle forankringspunktet til den nye yrkesgruppen, og for Evang synes utbygging av helsestasjonsvirksomheten og utdanning av helsesøstre å være to sider av samme sak:

"Når jeg har gått så vidt nøye inn på helsestasjonenes arbeid, skyldes det den viktighet de har og den plass de må få under gjenreisninga av folkehelsa. En må ta bevisst sikte på å bygge stasjonene ut over hele landet, utvide deres arbeidsfelt og søke å sørge for at de alle opptar flest mulig av de enkelte virksomheter..... Stasjonene bør stå under ledelse av helserådene i distriktene, med den offentlige lege som medisinsk og hygienisk ansvarshavende. Med Statens nye helsesøsterskole vil det forhåpentlig om ikke lang tid være mulig å få et større antall hygienisk velskolerte assistenter som nettopp med utgangspunkt i helsestasjonsarbeidet vil ha forutsetning for å yte verdifullt hygienisk arbeid i distriktene.....For å løse oppgaven i landsvid målestokk under gjenreisninga trenges bevilgninger, lokaler, helsesøstre og leger" (Evang 1947:60-64).

Hovedpoenget i denne framstillingen er at helsesøstrene som faggruppe ble sterkt formet av den statlig-medisinske sfære slik denne framsto i det første ti år etter andre verdenskrig. Både satsingen på helsestasjonsvirksomheten og etableringen av en egen offentlig utdanning for helsesøstre, kan ses som produkter av et autonomt helsebyråkrati. Ifølge Jacobsen vil betingelsene for et autonomt byråkrati være å finne i tider med sterkt verdifelleskap (1964:260). Et slikt verdifelleskap kan sies å kjennetegne gjenreisningsperioden, der Arbeiderpartiets planideologi la opp til et ekspertstyre innenfor rammene av vide fullmakter (Nordby 1987:301). Men de målene som det autonome helsebyråkratiet forsøkte å realisere, står i kontrast til de forventninger Jacobsen har til hvilke konsekvenser det autonome byråkrati vil ha som en "samfunnsbevarende, konservativ faktor" (1964:260). Et utvidet helsebegrep og økt vektlegging på forebyggende arbeid samsvarer ikke med forventningene om samfunnsbevaring, men representerte en legitimering av politikk som tilsa overvåkning og oppdragelse av hele befolkningen.

Helsesøstrene har i vår framstilling blitt sett som et "utrykksmiddel" for den nye helsepolitikken i etterkrigstiden. Yrkesgruppen inngår som en sentral del av den "governmentality" som ble utviklet med basis i det utvidede helsebegrep. De kunnskapsformene og teknikkene som utfra dette legger rammene rundt helsesøstrenes praksis ute i distriktene, kan summarisk framstilles i 3 punkt:

1. Generalistkompetanse - ingen problemer er irrelevante
2. Sakkyndig assistent for legen - en overvåkende, rådgivende rolle
3. Helsestasjonen som hovedarena

Særlig det siste punktet er viktig i forhold til drøftingen av hovedproblemstillingene i dette kapittelet. De "evangiske helsesøstre" ble ikke formet med tanke på en identitet som "kommunesøstre", deres forpliktelser var knyttet til nasjonens helsetilstand og de skulle arbeide gjennom helsestasjonene.

Hva som kom til å kjennetegne den offentlige helsepolitikken og forholdet mellom styringsnivåene utover på 60- og 70-tallet, er det ikke rom for å gå nærmere inn på i denne sammenheng. Vi vil bare kort antyde at den evangiske linje i helsestasjons-/helsesøstersaken ble videreført helt fram mot slutten av 70-tallet. At ansvaret for helsesøstertjenesten i 1957 ble lagt til fylkeskommunene, hadde bakgrunn i at man ønsket å få et mer ensartet tilbud (NOU 1979:28:40), og kan ikke vurderes som en reell desentralisering av tjenestefeltet. Mange forhold tyder på at både på 60- og 70-tallet var helsestasjonsvirksomheten preget av nasjonal standardisering. Bl.a. kom Helsedirektoratets "Faglige retningslinjer for helsestasjonsvirksomheten av 15.mai 1974" med detaljerte føringer på hvordan arbeidet skulle legges opp. Samtidig innførte Helsedirektoratet bruk av helsekort som et ytterligere virkemiddel fra sentralt hold til å standardisere virksomheten på lokalt nivå.

8.4 HELSESØSTRE PÅ 90-TALLET - KJENNETEGN VED IDENTITET OG PRAKSIS

I 1979 kom to utredninger som la grunnlaget for kommunehelsereformen i 1984 (NOU 1979:10 og NOU 1979:28). Her ble det for det første slått entydig fast at helsesøsters arbeidsoppgaver i vesentlig grad er knyttet til helsestasjonsarbeidet og skolehelsetjenesten, og at helsesøstertjenesten fortsatt vil stå under tilsyn av det offentlige legevesen. For det andre var det enighet om at helsesøstertjenesten burde inngå i en samordnet distriktshelsetjeneste under kommunene:

En slik tilknytning vil gi helsesøstertjenesten de beste arbeidsvilkår og de beste muligheter for en innsats. Ansvaret for helsesøstertjenesten bør derfor overføres fra fylkeskommune til kommunene" (NOU 1979:10:41).

I utredningene ble det videre understreket at det ikke hadde vært spesielle vansker forbundet med et fylkeskommunalt ansvar for helsesøstertjenesten, men at

Samordningen av denne tjenesten med den øvrige helsetjeneste bør kunne bedres. Det må antas f.eks. at mange helsesøstre neppe får den støtte av den offentlige lege som er forutsatt i loven" (NOU 1979:28:41).

Konklusjonene i de to utredningene ble fulgt opp i lovproposisjonen:

Helsesøstrenes virke er i alle henseender en selvfølgelig del av den helsetjeneste som bygges ut i samsvar med lokalsamfunnets behov. Det er derfor naturlig at helsesøstertjenesten må komme med i distriktshelsetjenesten, og således bli et kommunalt ansvar" (Ot.prp.nr.36(1980-81):80).

Helsesøstrene gikk over til å bli kommunalt ansatte fra ikrafttredelsen av Lov om kommunehelsetjenesten i 1984. Intensjonene med den nye loven var å sikre en bedre samordning og å få til en tilpasning til lokale behov. Disse intensjonene ble understreket i Sosialdepartementets Forskrift om helsestasjonsvirksomhet av 23.11.83, som la opp til lokal utforming av virksomheten. Her ble det videre pekt på nødvendigheten av et nært samarbeid med andre instanser på kommunenivå.

Ambisjonene for helsestasjonenes rolle i tilknytning til samordning blir stadig sterkere understreket utover 90-tallet. I Helsedirektoratets retningslinjer fra 1990 er det listet en lang rekke samordningsoppgaver helsestasjonen bør ta på seg for å sikre at alle barn får nødvendig hjelp, men hvordan denne samordningen konkret skal foregå, blir etter kommunehelseloven et kommunalt ansvar.

I de siste offentlige utredninger og meldinger som angår det forebyggende helsearbeid, blir helsestasjonens sentrale rolle i en samordnet lokal innsats, sterkt understreket (NOU 1991:10 og St.meld.nr37 (1992-93)). På denne bakgrunn kan forventningene til helsestasjonen sies å være at den skal representere en lokal samordningssentral (se kap.3), og at helsesøstrene i større grad skal orientere seg mot det særegne ved det enkelte lokalsamfunn. Samtidig understrekes behovet for en sterkere ansvarsdeling:

"Det (må) drøftes mer inngående hvilke oppgaver helsesøstrene skal ha i framtiden, hvilke oppgaver som må overlates til andre grupper helse- og

sosialarbeidere, f.eks. psykologer, teknisk hygienisk personell, fysioterapeuter og sosionomer, og hvorvidt det er nødvendig å endre utdanningen til helsesøstrene" (NOU 1991:10:98).

Hva karakteriserer så den kommunale helsesøsters identitet og praksis på 90-tallet? Framstår hun som den "evangske helsemisjonær" med lojalitet mot nasjonale standarder og det medisinske hierarki, eller finner vi variasjoner som følge av lokalpolitisk styring og lojalitet mot lokale behov?

Uttrykt i en mer generell form, er dette spørsmål om det har skjedd en endring i helsesøstrenes sentrale arena. Er denne flyttet fra sentrale helsehierarki til de lokale beslutningsarenaer? Og hvordan vil spesifiseringen av "governmentality" bli påvirket av en eventuell endring i hvor i styringsverket helsesøstrenes tilknytning befinner seg? Vil det sett i lys av Starr og Immerguts skjema innebære en økt politisering av et tjenestefelt som ble formet i en tid da legenes makt representerte den vitenskapelige basis for den moderne helsepolitikk (Jensen 1994:45)?

Utgangspunktet for vår undersøkelse av helsesøstertjenesten i tre kommuner var forventninger om variasjoner i tjenesteutforming kommunene i mellom. M.a.o., - vi hadde forventninger om at det som ifølge Offerdal (1992) er selve rasjonale for å ha kommuner, også ville sette sitt preg på helsesøstertjenesten. Funnene blir presentert i tråd med en disposisjon som i hovedsak er avledet fra de forventninger den evangske tradisjonen skaper for helsesøstrenes praksis. Vi starter med helsesøstrenes vurdering av ulike sider ved arbeids situasjonen:

90-åras helsesøstre har preferanse for de universelle tjenestene

Den "evangske" helsesøster var i tråd med det utvidede helsebegrep tiltenkt rollen som generalist. Framstår den kommunale helsesøster på 90-tallet på samme måte, eller er det skjedd en orientering mot utvalgte deler av det forebyggende helsearbeidet?

I helsesøstrenes vurdering av ulike sider ved sin egen arbeidssituasjon, kom det klart fram i alle tre kommunene at de trivdes best med og prioriterer høyest de universelle tjenestene.

"Spebarnskontrollen. Mødrene er så mottakelige. De setter pris på å komme på helsestasjonene. T.o.m. på 4-års kontrollen er det 100% oppslutning. Vi føler oss viktige."

"Trives best med helsesøsterjobben de dagene jeg er på helsestasjonen. Liker også hjembesøk."

Svarmønstrene tyder videre på at 90-åras helsesøstre strekker sitt individuelle problemløsningsansvar svært langt. Der de opplever utilstrekkelighet (innvandrere, omsorgssvikt, funksjonshemmede), stiller de spørsmål ved egen tid og kompetanse, heller enn å vise til faktorer utenfor eget ansvarfelt. Helsesøstre understreker viktigheten av å opprette et tillitsforhold til den enkelte familie gjennom individuell kontakt med alle, og en del var på intervjutidspunktet bekymret for at kollektive opplegg, som gruppekonsultasjoner, kunne føre til mindre åpenhet fra brukerne.

Når helsesøstre blir bedt om å tegne et bilde av sin idealhelsestasjon, bærer ønskene i retning av mer tid og kvalitet i tjenestene innenfor helsestasjonens domene: Helsesøstre ønsker mer ressurser slik at de kan følge bedre opp både den fysiske og psykiske utviklingen til samtlige barn i kommunen.

Det er små forskjeller mellom kommunene i helsesøstrenes vektlegging av de universelle tjenester, og vi tolker dette som et uttrykk for samsvar mellom hvordan helsesøstre i dag definerer sitt arbeidsfelt og den evangske ånd om en forebyggende helsetjeneste for alle og alle typer problemer.

90-åras helsesøster er ikke legens assistent

For Evang var helsesøstre en gruppe som skulle avlaste den overarbeidede distriktslegen, men i vår undersøkelse finner vi ingenting som tyder på at dagens helsesøstre identifiserer seg med rollen som "legens assistent". Tvert om beskriver de sin egen arbeidssituasjon som svært selvstendig og preget av stor handlingsfrihet.

I samtlige tre kommuner er helsestasjonlegen en nokså perifer deltidsdeltaker på helsestasjonen, og de framstår med beskjedne ambisjoner når det gjelder rollefordelingen:

"Det er helsesøster som bestemmer opplegget, og det er rett og rimelig. Jeg prøver å føye meg etter henne.....Vi har sjelden store konflikter. Helsesøster er sjefen, vi andre er støttespillere."

"Jeg er avhengig av helsesøster og hennes arbeidsmetoder... Helsesøster har handlingsfrihet og styrer helsestasjonsdriften."

En mulig tolkning på hvorfor dagens helsesøstre ikke framstår som legens sakkyndige assistent i det forebyggende helsearbeid, kan være at legene ikke ser sin rolle i forhold til et utvidet helsebegrep. De er orientert mot den snevrere medisinske screening, og i den sammenheng blir helsestasjonsarbeidet "kjedelig kjøttkontroll", - det oppdages svært få interessante "tilfeller".

På denne bakgrunn kan vi si at Evangs egen faggruppe sviktet arbeidet med "folkehelsa på lokalplan", og dermed banet vei for en oppløsning av det tradisjonelle helsehierarkiet på den enkelte helsestasjon. Helsestasjonsvirksomheten er blitt synonym med helsesøstertjenesten. En konsekvens av helsesøstrenes selvstendige rolle kan imidlertid være manglende aksess til helsehierarkiet og dermed utestengning fra aktuelle beslutningsarenaer.

90-åras helsesøstre identifiserer seg mer med helsestasjonen enn lokalsamfunnet

De "evangske helsesøstre" ble som tidligere nevnt, ikke formet med tanke på en identitet som "kommunesøstre", deres forpliktelser var knyttet til nasjonens helsetilstand og de skulle arbeide gjennom helsestasjonene. I tråd med kommunehelselovens intensjoner har vi sett en stadig sterkere vektlegging av samordning og lokal tilpasning, og spørsmålet er om dagens virksomhet realiserer noen av disse ambisjonene?

Intervjuene med helsesøstre og deres potensielle samarbeidspartnere viste at Den lokale samordningssentral representerer en utopi i alle tre kommunene. Hovedfunnet er at helsestasjonsvirksomheten drives i et mye mer lukket system enn dagens politiske målsettinger legger opp til. Nå var det visse (men ikke store) variasjoner kommunene i mellom, og bykommunen framsto med den desidert mest "isolerte" helsesøstertjeneste. Her var også det kollegiale fellesskapet helsesøstre imellom best utviklet.

Vi har i de forutgående kapitlene pekt på flere årsaker til den manglende kontakt mellom helsestasjon og det lokale hjelpeapparat. En forklaring er knyttet til betingelsene for å opprettholde et universelt tilbud. For helsesøster som generalist er det viktig at helsestasjonen når alle, og det blir dermed helt avgjørende at ikke brukerne oppfatter kontakten som farlig eller stigmatiserende. Helsesøster opplever stadige dilemmaer når det gjelder å avveie om det å trekke inn andre instanser vil påvirke tillitsforholdet til foreldrene. I vårt materiale kommer dette dilemmaet klart til uttrykk i helsestasjonens forhold til sosialkontor/barnevern.

Det er også en mer pragmatisk forklaring på hvorfor helsestasjonen langt på vei framstår som et lukket system med løse koblinger til omverdenen. Som generalist kommer helsesøster i befatning med et bredt spekter av problemer og behov både hos barn og foreldre. Dersom de i alle "bekymringssaker" skulle innlede samarbeid med andre instanser med dybdekunnskap på det aktuelle området, ville det sprengte rammene for dagens virksomhet.

De intervjuene som ble foretatt blant helsesøstrenes potensielle samarbeidspartnere, viste at disse hadde problemer med å beskrive forholdet til helsestasjonsvirksomheten. Med få unntak fikk vi svært generelle, positive karakteristikk, der de særlig understreker det verdifulle i at helsestasjonen har så brei kontaktflate. Denne "meningsfattigdommen" må tolkes på bakgrunn av at helsesøstrene arbeider i det stille, de eksponeres lite i lokalmiljøet. Men det er også tydelig at for andre faggrupper er helsestasjonsvirksomheten vanskelig å karakterisere fordi den er så lite spesiell: Den har et generelt arbeidsfelt, møter alle barn og bygger på kunnskap som kan oppfattes som mer generell enn eksklusiv. En informant påpeker at det er en svakhet ved helsestasjonstjenesten at de ikke "har utarbeidet overordna mål, strategier og retningslinjer som samarbeidspartnerene kan forholde seg til". Det synes m.a.o. å være vanskelig å ha en mening om en tjeneste som egentlig angår alt og alle (noen viser til sine egne brukererfaringer for å beskrive tjenesten). Slik kan generalist-rollen gi en "immunisering" mot samordningsambisjonene: Den som er aktuell i alle sammenhenger, blir ikke interessant i noen. En helse- og sosialsjef kom med følgende hjertesukk når det gjelder helsesøstrenes manglende avgrensning av oppgavefeltet:

"Helsestasjonen mangler prioriteringer på hva de vil. En helsesøster kan ikke løse hele verdens problemer - de må bestemme seg for fastsatte innsats-

områder. Helsesøstrene ønsker å gjøre alt, men har ikke tid, evne og kompetanse til dette."

Når det gjelder spørsmålet om lokal tilpasning av tjenestetilbudet, var vi i undersøkelsen opptatt av hvorvidt en i tråd med kommunehelsereformens intensjoner hadde fått et lokalt eierforhold til helsestasjonsvirksomheten. Våre intervjuer blant politikere og administrative ledere i de 3 kommunene, tyder på at helsestasjonsvirksomheten nyter godt av en generell velvilje, men at både kunnskap om og interesse for tjenesten, er begrenset. Flere politikere mente at helsesøstrene måtte bli flinkere til å markedsføre seg:

"(Helsesøstrene) kan karakteriseres med begrepene anonyme, beskjedne, nøkterne og ukompliserte. De burde bruke mer tid på tverretattlig samarbeid, litt mer utadrettet virksomhet. De som ikke har barn selv, vet ikke hva de driver med. De taper på å ligge lavt i terrenget, for det skaper ubalanse mellom sektorene. Den politiske vurderingen er at småbarn er foreldrenes ansvar,- sett opp imot og i forhold til kommunens ansvar innenfor eldreomsorg."

"Jeg synes helsestasjonene er lite flinke til å formidle sine behov. Det blir mye syting uten at de kommer med konstruktive forslag."

Men ikke alle ser egne kunnskapsmangler som resultat av en markedsføringssvikt hos helsesøstrene. Særlig i de to små kommunene ses eget distanserte forhold til helsestasjonsvirksomheten, som et uttrykk for personlig tillit til helsesøstrene:

"...kjenner folka. Det er dyktige folk".

"Helsesøstrene har vår tillit, jeg trenger ikke å engasjere meg i hvordan de utfører sine oppgaver."

Helsesøstrene selv gir i alle tre kommunene uttrykk for vansker med å nå fram med sine ressursbehov i de lokale beslutningsarenaer. I den kommunen som har organisert helsestasjonstjenesten i egen avdeling, har ledende helsesøster formelt en mer framtrædende rolle i beslutningsprosessene enn sine kollegaer i de to andre kommunene. Men utfra vårt materiale kan vi ikke se at hensynet til helsestasjonsvirksomheten er markert bedre ivaretatt i denne kommunen.

Det er ellers interessant å legge merke til at helsesøstrene definerer sitt forhold til lokalpolitikken som et spørsmål om å formidle egne ressursbehov. En rådmann var spesielt opptatt av at helsesøstrene (og helsesektoren generelt) er opptatt av å skjerme eget domene:

"De er skuffet over at ingen er interessert. Men de vil styre seg selv; viser til lovverk osv, vil ikke ha innblanding; beskytter seg med taushetsplikt. De vil diskutere det som passer dem, f.eks. å få økt bemanning. Det er ikke mulig å få til diskusjon om evt. omprioriteringer."

Dette utsagnet føyer seg inn i en rekke av intervjudata som har gitt liten støtte til et bilde av helsesøstertjenesten som "... en selvfølgelig del av den helsetjeneste som bygges ut i samsvar med lokalsamfunnets behov" (Ot.prp.nr 36(1980-81).

8.5 AVSLUTNING

De kommunale helsesøstre framstår i vår undersøkelse som bredt orienterte helsearbeidere i et vennlig, men distansert lokalt handlingsmiljø. De har kontroll over helsestasjonsvirksomheten, og representerer langt på vei autonome politikkfelt i den enkelte kommune.

Vi mener å ha vist at den manglende lokalpolitiske integreringen kan forstås ved å se helsesøstrene i lys av den "governmentality" som ble spesifisert av et autonomt helsebyråkrati rett etter krigen. Med sin generalistkompetanse og lojalitet mot nasjonale standarder, representerer helsesøster, også etter at hun ble "kommunalisert", en annen logikk enn den det legges opp til i dagens helsepolitikk (jfr. NOU 1991:10 og St.meld.nr 37 (1992-93)). Signalene om behovet for å endre innholdet i helsesøstrenes utdanning (NOU 1991:10:98), kan tolkes som en strategi for å erstatte denne logikken med en mer "tidsriktig". Kanskje vil de endringer som får størst betydning for innholdet i det lokale forebyggende helsearbeid, skje i andre arenaer enn de helsepolitiske. Innholdet i det utdanningspolitiske reformarbeidet blir et viktig studiefelt for å fange endringer i "governmentality" i en situasjon der den nye kommuneloven gir en nærmest ubegrenset lokal frihet når det gjelder strukturering av det kommunale apparat.

LITTERATUR

Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago and London: University of Chicago Press.

Agersnap, F.(1976): *Strategi - Analyse - Planlægning - Organisastionstilpasning*. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busk, København

Aiken; Dewar; DiTomaso; Hage og Zeitz (1975): *Coordinating Human Activities*. Jossey Bass Publishers, USA

Baldersheim, H.(1987):"Frå statstenar til stifinnar 1970-1987", i Næss m.fl.

Barber, B. (1963): "Some Problems in the Sociology of Prefessions", i *Daedalus*.

Bendixen, G.(1994): *Brukermedvirkning i prosjektarbeid - virkning eller bare med?* ISO, Universitetet i Oslo

Berg, O. (1995): "Jordmødrene: Å reflektere over - og reflektere - en yrkesgruppes skjebne og spenninger. Om "Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945"", i *Tidsskrift for samfunnsforskning 1995:3*.

Berg, O.(1982): *Helsetjenestens logikk*. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo

Bjarnar, O. (1994): "Kvinnene som bygde Norge. Kvinnemakt i fremveksten av det norske velferdssamfunn" . Notat, Møreforskning Molde.

Bjarnar, O.(1995): *Veiviser til velferdssamfunnet. Norske Kvinners Sanitetsforening 1946-1996*. Norske Kvinners Sanitetsforening.

Bogen, B.I. & Sundby, H.S. (red) (1976): *Helsestasjonen alltid i støpeskjeen*. Universitetsforlaget, Oslo

Bogen, B.I. m.fl.(1982): *Helsestasjonen - En forpost i kampen om det gode liv*. Universitetsforlaget, Oslo

Bogen, B.I. m.fl.(1972): *Helsestasjonen i støpeskjeen. Nye muligheter for psykisk forebyggende arbeid*. Universitetsforlaget, Oslo

Bomann-Larsen, Petter (1987): *Service eller kontroll? Rapport fra brukerundersøkelsen ved 10 helsestasjoner i Bergen 1986*. Publikasjon nr 19,

Brukerperspektiv på forvaltningen, Institutt for off.adm. og org.kunnskap, Universitetet i Bergen

Brevik, S.(1992): *Nettverksundersøkelse*. Foreløpig rapport. Frei

Brevik, S. & Heian, F.(1993): *Prosjekt Barn - Helse - Miljø. Helsefremmende og sykdoms- forebyggende arbeid blant barn, med utgangspunkt i helsestasjonen*. Statusrapport, Molde februar 1993.

Davies, C. (1981): "Organization theory: What use are you?" i *Scandinavian Journal of Soc. Med. Supp.28*

Debes, J. (1961): *Organisasjon - realiteter og illusjoner i sentraladministrasjonen*. Universitetsforlaget.

Elvbakken, Fjær og Jensen (red) (1994): *Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid*. Ad Notam Gyldendal

Elvbakken, K.T. og Kjærnes, U.(1994): "Helsestasjonene - tiltak for vanskeligstilte eller universell forebygging", i Elvbakken, Fjær og Jensen.

Erichsen, V.(1987): "Barnehelsetjenesten - en studie av den historiske utformingen i skjæringsflaten mellom helsearbeid, omsorgsarbeid og barnevern." Prosjektbeskrivelse, Universitetet i Bergen.

Erichsen, V.(1995): "State tradition and medical professionalization in Scandinavia", i Johnson, Larkin and Saks ed., 1995.

ETHV (The Council for the Education and Training of Health Visitors) (1977): *An Investigation into the Principles of Health Visiting*. London.

Evang, K.(1947): *Gjenreising av folkehelsen i Norge*. Fabritius og Sønners forlag.

Evang, K. (1976): *Health Services in Norway*. Universitetsforlaget, Oslo

Fevolden, Hagen og Sørensen (1992): *Kommunal organisering*, Tano

Finnvold, J.E.(1994): "Forebyggende helsearbeid - til de som trenger det mest?", *Samfunnspeilet 2/94*

Finnvold, J.E. & Viksand (1992): "Hva betyr økonomiske og geografiske forhold for kommunenes satsing på ulike helsetjenestetilbud?" Paper presentert på Forum for helsetjenesteforskning, Bergen

Flaa m.fl.(1987): *Innføring i organisasjonsteori*. Universitetsforlaget.

Froestad, J. (1995): *Faglige diskurser, intersektorielle premisstrømmer og variasjoner i offentlig politikk. Døveundervisning og handikappomsorg i Skandinavia på 1800-tallet*. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, UIB.

Greenwood, E.(1966): "The elements of professionalization" i Vollmer & Mills ed., 1966.

Grinde, T.V.(1989): *Barn og barnevern i Norden. Samfunnets repektive familiens ansvar for barna*. Nordisk Ministerråd/Tano

Grønlie, T.(1987): "Velferdskommune og utjevningsstat. 1945-1970", i Næss m.fl.,1987

Halsaa, B.(1986): "Kvinner og politisk deltakelse - etter kvinne-tiåret", i Kuhnle (red) 1986

Hansson, L.F.(1992): "Etikk og forebygging", i *St.meld. nr 37 (1992-93)*

Hatling, T.(1992): *Ja, tenke det; ønske det; ville det med; ... Helseprofesjonenes forhold til forebyggende helsearbeid*. Rapport nr 3/1991, Senter for bygdeforskning, Trondheim

Haug, T.(1990): *Diagnostisering som samhandling*. Hovedfagsoppgave i Helse- og sosialpolitikk, Universitetet i Bergen

Heian, F. & Misvær, N.(1989): *Helsestasjonshåndboka. Håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet*. Kommuneforlaget, Oslo

Hellevik, O.(1977): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget.

Hernes, H.M.(1982): *Staten - kvinner ikke adgang?* Universitetsforlaget, Oslo

Hole, K.(1982): "Politisk og administrativ styring av helsevesenet", i Lorentzen red., 1982

Hustad, A.K. og Gravseth, S.(1992): *Helsestasjonen, et trygghetsbyråkrati og/eller en husmorkafé*. Prosjektoppgave, dh Molde

Jacobsen, J.O.(1992): "Idealtyper som forskningsredskap. En analyse av forholdet mellom data og begrep." i Appiah, F. m.fl.: *Vitenskapsteoretiske innspill til studiet av samfunnet*. Notat nr. 8/1992. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Jacobsen, K.D.(1964): *Teknisk hjelp og politisk struktur*. Universitetsforlaget

Jacobsen, K.D., T.Ø.Jensen og T. Aarseth (1982): "Fordelingspolitikkenes forvaltning", i *Sosiologi i dag*, 1982:3

Jákupsstovu, B. í (1993): "Førebygging av helseproblem hos barn på Island, Færøyane og i Norge. Samanlikning av ulike måtar å organisere helsesøsterverksemd." Prosjektskisse, dh Molde

Jákupsstovu, B. í (1994): *Brúkarakanning av heilsusystyrskipanini apríl-mai 1993*. Arbeidsrapport M 9417, Møreforskning Molde

Jákupsstovu, B. í (1993): "Korleis kan vi sikre helsa hos dei yngste borgarane? Om organisering av helsesøsterverksemda". Paper, Nasjonal fagkonferanse i statsvitskap, Geilo.

Jensen, T.Ø.(1994): "Forebygging og helse i politikken - den nære fortid", i *Elvbakken m.fl.*, 1994

Johnson, T.J.(1992): *Governmentality and the Institutionalization of Expertice*. ISA Conference on the Professions in Transition, University of Leicester

Johnson, T.J.(1972): *Professions and Power*. London: The MacMillian Press Ltd.

Johnson, Larkin and Saks (ed) (1995): *Health Professions and the State in Europe*. Routledge, London.

Jørgensen, T.B.(1977): *Samspel og konflikt mellem organisastioner*. Nyt fra samfundsvidenskaberne, København

Kjøde, J & Aarseth, T.(1990): *Helse- og sosialplanlegging - styring av endring eller en arena for dyrking av faglige idealer?* Rapport nr 8906, Senter for kommunalforskning, Møreforskning Volda

Kjølsrød, L.(1993): *Jordmor der mor bor* . Universitetsforlaget

Kristinsdóttir, G.(1991): *Child Welfare and Professionalization*. Umeå Social Work Studies 15, University of Umeå

Kuhnle, S. (red) (1986): *Det politiske samfunn. Linjer i norsk statsavitenskap*. Tano

Kvalshaug og Ravatsås (1994): *Småbarnsforeldre og helsestasjonen - et møte med terskler?* Mellomfagsoppgave i statsvitenskap, Høgskolen i Molde

Langhammer, Launes, Markussen, Torp (1992): *Samfunnsmedisinske utfordringer i arbeidet for en bedret barnehelse med fokus på helsestasjonen*. Gruppeoppgave ved kommenelegekurset på Folkehelsa høsten 1992

Larson, M.S. (1977): *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. University of California Press. London

Lerfald, Sølvi (1985): *Omorganisering av barnehelsetjenesten: nærhet - tilgjengelighet - kontinuitet*. Hovedfagsoppgave i Off.adm. og org.kunnskap, Universitetet i Bergen

Lindblom, C.E (1965): *The intelligence of Democracy*, The Free Press, USA

Lorentzen, P.(red) (1982): *Helsepolitikk og helseadministrasjon*, Tanum-Norli, Oslo

Martinsen, K.(1989): *Omsorg, sykepleie og medisin*. Tano Oslo

Mintzberg, H.(1979): *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, USA

Mulford, C.L. og D.L. Rogers (1982): "Definitions and Models" i Mulford og Rogers: *Interorganizational coordination. Theory Research and Implementation*. Iowa State University Press, Ames

Nagel, A.H.(1991): "Kommunene og velferden", i Nagel, A.H. (red.): *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Alma Mater 1991

Nilsen, S.S.(1993): "Barndom, et tverretatlig fenomen? Erfaringer fra tverretatlig samarbeid i barnevern", i Repstad, 1993.

Nordby, E.(1968): *Kommunenes ytelser i sosialsektoren*. Inst. for statsvitenskap, Oslo

Nordby, T.(1987): "Profesjokratiets periode innen norsk helsevesen - institusjoner, politikk og konfliktemner", i *Historisk tidskrift 1987:3*, Universitetsforlaget.

Næss, Hovland, Grønlie, Baldersheim og Danielsen (1987): *Folkestyre i by og bygd. Norske kommune gjennom 150 år*. Universitetsforlaget

Offerdal, A.(1992): *Den politiske kommunen*, Det norske Samlaget, Oslo.

Offerdal, A.(1986): "Klient og forvaltning. Bakkebyråkrater i perspektiv", i Offerdal, A. (red): *Til tjeneste? Byråkrati og brukere i storbykommunen*. Universitetsforlaget

Paulsen, B.(1990): "Snakk med de på helsestasjonen...". *En analyse av bruk av helsesøstertjenesten*. Rapport 3/90, NIS Sintef-gruppen, Trondheim

- Petersson, O. (1991): *Makt. En sammanfattning av maktutredningen*. Allmänna förlaget, Uppsala
- Repstad, P.(1993): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Tano, Oslo
- Repstad, P.(1992): *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget
- Romøren, T.I.(1987): "Hjemmesykepleien og helsesøstertjenesten i endring". *Sykepleien nr 6/1987*
- Romøren, T.I.(1984): *Legemakt og samfunnsstyring. Artikler om helsevesen og helsepolitikk*. Pax forlag A.S., Oslo
- Romøren, T.I.(1987): "Kommunehelsetjenesten", i Stjernø, Romøren og Ustvedt, 1987
- Romøren, T.I.(1989): "Kommunehelsetjenestens fem første år", i *St.meld. nr 36 (1989-90)*
- Schattschneider, E.E.(1975): *The Semisovereign People*. The Dryden Press, Hinsdale, Illinois
- Seip, A.L.:(1991) "Velferdskommunen og velferdstrekanen - et tilbakeblikk", i Nagel (red), 1991
- Silverman, D.(1993): *Interpreting Qualitative Data*. Sage Publications
- Steen, J. (red.)(1977): *Håndbok for helsestasjoner*, Helsedirektoratet
- Stjernø, S., Romøren, T.I. og Ustvedt, K.(1987): *Organisasjon og velferd*, Universitetsforlaget
- Starr, P. and E.Immergut (1989): "Health Care and the Boundaries of Politics" i *Changing Boundaries of the Political. Essays om the Evolving Balance between the State and Society, Public and Private in Europe*. Cambridge University Press
- Thompson, J.D.(1967): *Organizations in Action*, Mc Graw-Hill Book Company, New York
- Torstendahl, R.(1990) "Introduction: Promotion and strategies of knowledgebased groups", i Torstendahl and Burrange (ed.): *The Formation of Professions*. London: Sage Publications
- Vollmer & Mills (ed) (1966): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Weber, M. (1971): *Makt og byråkrati*. Gyldendal, Oslo

Weiss, J.(1981): "Substance vs Symbol im Administrative Reform. The Case of Human Services Coordination." *Policy Analysis* 1981:21-45

Wærness, K.(1982): *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken* , Universitetsforlaget

Økland, T. (red)(1991): *Helsesøstertjenesten - funksjon og arbeidsoppgaver*. Norsk Sykepleierforbunds Fagserie 2/91.

Aarseth, T.(1984): *Tverretattlig samordning - i alle fall et forsøk*. Forskningsprogrammet Forvaltningen og svakstilte brukere, publikasjon nr 25, Inst. for off. adm. og org. kunnskap, Bergen

Aarø, L.E.(1994): "Health Promotion; moderne forebygging med radikal profil?" I Elvbakken m.fl., 1994.

Offentlige utredninger, stortingsmeldinger m.v.:

Fylkestatistikk 1992. Møre og Romsdal Fylkeskommune, Molde

Helsedirektoratet: "Faglige retningslinjer for helsestasjonsvirksomheten" av 15.mai 1974

Helsedirektoratet: "Helsestasjonsvirksomhet - Planlegging - Organisering." Rundskriv nr IK-19/90.

Helsedirektoratet: "Ottawa-charteret" 1987.

Helsedirektoratet: *Håndbok for helsestasjoner*, v/ J.Steen, 1977

NOU 1978:1 *Om lov om oppvekstmiljøet*

NOU 1979:10 *Helsepolitikken*

NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*

NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier*.

Ot.prp. 36 (1980-81) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*

Ot.prp. nr 66 (1981-82) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*

Ot.prp. 59 (1992-93) *Om tilpasning av særlovgivningen til ny kommunelov*

Sosialdepartementet (1992): *Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.- Sammenligningstall for kommunene*

St.meld. nr 17 (1977-78) *Barns oppvekstkår*

St.meld. nr 72 (1984-85) *Om barne- og ungdomsvernet*

St.meld. nr 41 (1987-88) *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.*

St.meld. nr 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetjenesta i kommunane*

St.Meld. nr37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*

Lover og forskrifter

Lov om helsesøstertjeneste 1957

Lov nr 64 av 16. juni 1972 om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v.

Lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr. 7

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.nov.1982

Lov nr 68 av 19. nov. 1982 om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene

Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25.sept.1992

Forskrift for helsestasjonsvirksomheten gitt av Sosialdepartementet 23. nov. 1983



Illustrasjon av
T. T. T.

BARN - HELSE - MILJØ

Tingvoll, Frei, Molde

BARN, HELSE OG MILJØ

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid blant barn med utgangspunkt i helsetasjonen:

"Barn, helse og miljø" er et prosjekt finansiert av Sosialdepartementet*, Helsedirektoratet** og Norske kvinners sanitetsforening. Det gjennomføres i tre kommuner: Tingvoll, Frei og Molde, over fire år.

00000000

Helsetasjonen har nær og hyppig kontakt med praktisk talt 100% av småbarnsfamiliene i lokalsamfunnet, en kontakt som gir god oversikt over foreldres, såvel som barnas behov og ressurser. Denne kontakten og denne oversikten gir et svært godt utgangspunkt for forebyggende og helsefremmende arbeid, rettet både mot den enkelte familie og mot lokalsamfunnet.

Det er også mange andre instanser i lokalsamfunnet som arbeider med barn, og som dermed har et medansvar for barns oppvekstvilkår. Samordning av disse kreftene er en forutsetning for å få til effektiv og omfattende forebyggende og helsefremmende innsats. Dette er understreket i forskriftene for helsetasjonsvirksomhet og i andre retningslinjer fra våre sentrale helsemyndigheter.

Det savnes imidlertid beskrivelser av metoder for dette arbeidet, metoder som er utprøvet og evaluert med tanke på bruk i hverdagens helsetasjonstjeneste.

Prosjektet tar sikte på en slik metodeutvikling, intervensjon og evaluering, og arbeidet går langs to hovedlinjer: det individ/grupperettede, og det lokalsamfunnsrettede.

A Det individ/grupperettede arbeidet tar utgangspunkt i at foreldrene er barnas viktigste ressurs, og sikter mot

- å støtte foreldrenes evne og mulighet til å bygge opp under en god mental utvikling hos barna.
- å styrke foreldrenes følelse av medansvar for å forme sine barns oppvekstmiljø.

- å stimulere til dannelsen av gode nettverk.

Målgruppen er alle småbarnsfamilier, men med spesiell vekt på familier med særlige behov.

B Det lokalsamfunnsrettede arbeidet må skje gjennom et samarbeid med andre gode krefter som har medansvar for barns oppvekstvilkår. Det vil bli tatt initiativ til et samarbeidsorgan med representanter for disse instansene. Dette organet bør bli en konstruktiv drivkraft i arbeidet for barns lokale oppvekstmiljø, ved å være:

- en ressurs for foreldrene direkte, dels bistå dem i å hevde barns interesser overfor kommunalforvaltningen
 - en ressurs for kommunale instanser og andre, i spørsmål som har med barn å gjøre
 - et forum for samordning av tjenestene for barn/barnefamilier
- Målgruppe** er instanser som er direkte bestemmende-, eller viktige premissgivere for barns oppvekstmiljø i lokalsamfunnet.

De metodene som utvikles for dette arbeidet, vil bli detaljert beskrevet slik at de er overførbare til andre kommuner

#

Den forberedende fasen i prosjektet vil blant annet bli brukt til å få grundig oversikt over tidligere erfaringer med denne typen arbeid. Ta derfor gjerne kontakt for gjensidig utveksling av ideer og synspunkter, eller for å få nærmere opplysninger.

Med hilsen

lege Frode Heian helsesøster Solveig Brevik
Barne- og ungdomspsykiatrisk avd. Frei kommune
Fylkessjukehuset, 6400 Molde 6520 Rensvik
Tlf. 072-51044 073-25011

* Gjennom Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse

** Gjennom Samlet plan for utviklingsprosjekter i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

INTERVJUGUIDE HELSESTASJONSANSATTE

1. Bakgrunnsopplysninger

- 1.1. Hvor lenge i nåværende stilling?
- 1.2. Tidligere yrkeserfaring?
- 1.3. Utdanning?
- 1.4. Har du vært/er du aktiv i lokalpolitikken? På hvilken måte?

2. Interne arbeidsforhold

- 2.1. I ditt arbeid på helsestasjonen inngår det forskjellige typer av oppgaver (som vi skal komme tilbake til litt seinere i intervjuet): Hvilke type oppgaver *liker du best*? I hvilke situasjoner opplever du å gjøre en god jobb? Hvorfor?
- 2.2. Hvilke type oppgaver synes du er *vanskelige*? I hvilke situasjoner opplever du at du ikke får gjort en tilfredsstillende jobb? Er det spesielle oppgaver du opplever at du ikke får gjort? Hvorfor?

- 2.3. Dersom du opplever vanskeligheter i arbeidssituasjonen, kan du da få *hjelp* av noen? Hvordan og av hvem?
Hvem vil du generelt si er dine viktigste *støttepersoner* i arbeidet på helsestasjonen? Her tenker vi både på faglige og administrative/økonomiske spørsmål.

Kan du si litt om forholdet til resten av helse- og sosialetaten? Hvordan er koblingene "oppover i systemet"? Hvilke ledelsesfunksjoner ivaretas av hvem? Hva er dine erfaringer/synspunkter på ansvars- og arbeidsdelinga?

- 2.4. Føler du at du blir *verdsatt*/får anerkjennelse for den jobben du gjør? På hvilken måte skjer det (fra administrasjon, kolleger, brukere eller andre). Hender det at du får *negative* tilbakemeldinger på det arbeidet du gjør? Hvordan, hvorfor og hvilke konsekvenser har dette? Vil du si at du har en selvstendig jobb?
- 2.5. Hvilke faktorer har etter din mening *størst* betydning for hvordan arbeidet på helsestasjonen blir lagt opp? Her tenker vi både på føringer (signaler, pålegg) som kommer utenfra (stat, kommune, brukere, samarbeidspartnere etc) og de valgene/prioriteringene som skjer internt på helsestasjonen. Hva/hvem bestemmer rammene? Opplever du at dere har *handlingsfrihet* i noen særlig grad på helsestasjonen? Har dette forandret seg de siste årene?

Oppfølging: Gå nærmere inn på hvordan *prioritering* av oppgaver skjer: Hvem har det avgjørende ord i tilfelle uenigheter?

- 2.6. Har det skjedd *endringer* på helsestasjonen som har hatt betydning for hvordan virksomheten fungerer i den siste tiden? (org.messige, personal-messige etc).

- 2.7. Tenk helt fritt - hvordan ser din idealhelsestasjon ut?
Hvilke oppgaver mener du at helsestasjonen *ideelt* sett burde konsentrere seg om?
For hver oppgave respondenten nevner: På hvilken måte bør helsestasjonen arbeide?

3. Forholdet til andre deler av hjelpeapparatet

- 3.1. Synes du at du har godt *kjennskap* til andre instanser med ansvar for barn i din kommune? Be om nyansering.
- 3.1. Hvem er dine *viktigste samarbeidspartnere*? Er det mulig for deg å rangere disse?
- 3.2. I hvilke type saker tar *du kontakt* med andre deler av hjelpeapparatet? På hvilken måte tar du kontakt? Hva skjer videre i disse sakene? Overføres ansvar/samarbeider en fortsatt? Erfaringer og synspunkter: Hvor er de svake punktene?
Samlet: Opplever du ofte at *behovene* for samarbeid ikke blir dekket? Kan du konkretisere hvilke type saker det dreier seg om? Årsaker og konsekvenser?
- 3.3. Deltar du i *regelmessige/formaliserte* møter med andre deler av hjelpeapparatet? Konkretiser. Erfaringer og synspunkter.
- 3.4. *Blir du kontaktet* av andre instanser? Hvem, hvorfor og hvordan? Videre oppfølging av slike saker.
- 3.5. Hvordan tror du andre deler av hjelpeapparatet *vurderer* det arbeidet som gjøres på helsestasjonen?
Er helsestasjonen en interessant samarbeidspartner? Hvorfor? Har dette forandret seg de siste årene? Hvordan tror du det vil bli i framtida?

4. Forhold til politikkutforming/beslutningsprosesser

- 4.1. Hva legger du i begrepet "*barns oppvekstmiljø*"?
- 4.2. Hvilke *oppgaver* er etter din mening viktigst i arbeidet for å bedre oppvekstmiljøet? Ranger hvis mulig. Hvilke instanser er viktige? Kan du rangere?
- 4.3. Kan du beskrive helsestasjonens rolle i *plan- og budsjettprosessene* i kommunen?
- hvordan er saksgangen?
- hva legger helsestasjonen vekt på å få fram? Hvordan og hvorfor?
- påvirkningskanaler og støttespillere
- når dere fram? Hvorfor (ikke)? Hva tror du om helsestasjonens *evne til å påvirke* ressursfordelinga i forhold til andre kommunale instanser (f.eks. sosialkontor, skole)?

Kan du nevne eksempler på at dere har lyktes i forsøk på å påvirke politiske beslutninger?

- Når snakka du siste med pol./noen fra sentraladm?
- Hender det at du blir forespurt av pol./adm?
- Hvordan vil du generelt karakterisere pol/adm. interesse/kunnskap/prioritering av helsestasjonsarbeidet?

5. Forhold til prosjektet Barn, helse, miljø

5.1. På hvilken måte er du engasjert i prosjektet?

5.2. Hvilke forventninger har du til prosjektet?

5.3. Hva er dine erfaringer så langt? Hva er positivt og hva ville du gjerne hatt annerledes?

5.4. Har prosjektet så langt fått betydning for måten du arbeider på?

5.5. Tror du prosjektet vil få varig betydning for arbeidet med barns oppvekstmiljø? Hvorfor (ikke)? På hvilken måte?

6. I hvilken grad har du tro på at det nytter å drive med forebyggende arbeid?

INTERVJUGUIDE SAMARBEIDSPARTNERE

1. Bakgrunnsopplysninger

- 1.1. Hvor lenge i nåværende stilling?
- 1.2. Tidligere yrkeserfaring?
- 1.3. Utdanning?
- 1.4. Har du vært aktiv i lokalpolitikken? På hvilken måte?

2. Interne arbeidsforhold

- 2.1. Kan du gi oss en kort beskrivelse av dine viktigste arbeidsoppgaver, ift barn (oppvekstmiljø)? Hvor stor del av din stilling går med til dette arbeidet?
- 2.2. Hvilke type oppgaver som gjelder barn liker du best? Når føler du at du gjør en god jobb? Hvorfor? Positive tilbakemeldinger?
- 2.3. Hvilke type oppgaver som gjelder barn synes du er vanskelige? Hvorfor? Negative tilbakemeldinger?
- 2.4. Dersom du opplever vanskeligheter i arbeidssituasjonen, kan du da få hjelp av noen? Hvordan og av hvem?
- 2.5. Hvordan opplever du vektleggingen og styrkeforholdet når det gjelder arbeid med forebygging og behandling, i ditt arbeid? (arbeidsinnsats, ressurser, planlegging osv)
- 2.6. Vil du si at du har en selvstendig jobb? Hvorfor (ikke)?

3. Barns oppvekstmiljø

- 3.1. Hva legger du i begrepet barns oppvekstmiljø?
- 3.2. Hvilke oppgaver er etter din mening viktigst i arbeidet for å bedre oppvekstmiljøet i din kommune? Ranger hvis mulig.

4. Forholdet til helsestasjonen/andre deler av hjelpeapparatet

- 4.1. Synes du at du har godt kjennskap til andre instanser med ansvar for barn i din kommune? (spesielt helsestasjonen)
- 4.2. Hvem er dine viktigste samarbeidspartnere i saker som angår førskolebarn?

- 4.3. Hva kjennetegner ditt forhold til helsestasjonen? (klientrettet/miljørettet)
- kontakthypighet, regelmessige og formaliserte møter
 - initiativfordeling, ansvarsfordeling
 - type saker
 - oppfølging
- 4.4. Er helsestasjonen en interessant samarbeidspartner? Hvorfor og hvordan?
- 4.5. Styrke og svakheter ved samarbeidet (samordningen) overfor helsestasjonen og andre samarbeidspartnere, slik det fungerer i dag?
- 4.6. Hvordan tror du helsestasjonen vurderer (vedk. instans) og det arbeidet dere gjør for barn? Er dere en interessant samarbeidspartner for helsestasjonen?
- 4.7. Hvilke oppgaver mener du helsestasjonen ideelt sett bør konsentrere seg om? På hvilken måte bør helsestasjonen arbeide, generelt og ift din instans?
- 4.8. Synspunkter på dagens ansvarsfordeling mht. barns oppvekstmiljø.
- 4.9. Synspunkt på 10.2-representanten? (repr. for barnas interesser i planleggingssammenheng)

5. Forhold til prosjektet barn, helse og miljø

- 5.1. Kjenner du til prosjektet?
- 5.2. Hvis ja, på hvilken måte er du engasjert i prosjektet? Forventninger.
- 5.3. Hva er dine erfaringer så langt? Hva er positivt og hva ville du gjerne hatt annerledes?
- 5.4. Har prosjektet så langt fått betydning for måten du arbeider på?
- 5.5. Tror du prosjektet vil få varig betydning for arbeidet med barns oppvekstmiljø? Hvorfor (ikke)? På hvilken måte?

INTERVJUGUIDE POLITIKERE/ADMINISTRASJON

1. Bakgrunnsopplysninger

1.1. Politikere

Hvor lenge har du bodd i kommunen? Parti? Hvor lenge har du vært folkevalgt representant? Har du sittet/sitter du i formannskapet? Hvilke politiske utvalg har du vært leder for? Utdanning? Yrke? Erfaring fra kommunal administrasjon?

1.1. Administrasjon

Hvor lenge har du bodd i kommunen? Hvor lenge i nåværende stilling? Utdanningsbakgrunn. Tidligere yrkeserfaring. Politisk erfaring.

1.2. Hjertesaker

Hvis du må velge ett område, hvilke samfunnsproblem er du mest opptatt av?

1.3. Du har sikkert i løpet av det siste året mottatt henvendelser eller fått tilbud om å delta i kurs, konferanser, seminar o.l. som har til hensikt å øke kommuneansattes og politikeres kunnskap om dagsaktuelle problem. Hvilke type henvendelser - hva slags emner - vil du si dominerer? Har du deltatt på slike kurs, konferanser eller seminar siste året? Hvilke? Hvorfor?

2. Barns oppvekstmiljø

2.1. Hva legger du i begrepet "barns oppvekstmiljø"?

2.2. Hvilke instanser er etter din mening viktigst i arbeidet for barns oppvekstmiljø? (ranger hvis mulig).

Ser du noe skille mellom hva som er viktig for førskolebarn og større barn?

2.3. Når det gjelder arbeidet for å bedre barns oppvekstmiljø, hva mener du er de største utfordringene i din kommune?

2.4. Hvordan får du kunnskap om barns oppvekstmiljø? Hva er dine viktigste kilder til informasjon om situasjonen til barna i kommunen?

2.5. Hvordan er formidling av informasjon om forebyggende arbeid for barn i f.t. informasjonsformidling fra andre typer virksomhet? Er kanalene og formen for formidling annerledes her?

3. Helsestasjonen

3.1. Har du sjøl god kunnskap om helsestasjonens virksomhet? Hva mener du er helsestasjonens viktigste oppgaver i dag? Sterke og svake sider ved det arbeidet som blir gjort ved helsestasjonen?

3.2. Hva er ditt inntrykk av helsestasjonens rolle i plan- og budsjettprosessene? Hvordan får du informasjon om helsestasjonens behov og krav? Hvordan vurderer du helsestasjonens behov/krav opp mot andre typer behov/krav?

3.2.B: Til adm.: Når snakka du sist med en helsesøster?

3.3. Ideelhelsestasjonen: Hvilke oppgaver mener du at helsestasjonen ideelt sett burde konsentrere seg om? På hvilken måte burde helsestasjonen arbeide?

4. Kommnehelselova 1984

4.1. Siden 1984 har kommnehelselova dannet ny ramme for kommunens forpliktelser, bl.a. overfor helsestasjonen. Har dette hatt betydning for helsestasjonens virksomhet i din kommune?

4.2. Kommnehelselova førte ansvaret for en rekke oppgaver over til kommunale myndigheter og legger opp til lokalt initiativ. Hvilke erfaringer har du med føringer (rammer og utspill) som kommer fra statlig hold (lokalt fra fylkesmannen og fra sentralt hold) når det gjelder tiltak rettet mot barn og barns oppvekstmiljø?

4.3. Det er mange instanser både innen kommunen, og på fylkesnivå og statlig nivå som har ansvar for barn og barns oppvekstmiljø. Hva er ditt inntrykk av ansvarsfordelingen i dag? Problemer og evt. løsningsforslag.

4.4. Synspunkt på 10.2.-representant?

4.5. Hvordan vurderer du mulighetene for kommunen til å drive langsiktig planlegging for å bedre barns oppvekstmiljø? Legger din kommune etter din mening nok vekt på forebygging? Hva evt. hindrer?

5. Forhold til prosjektet Barn, helse, miljø

5.1. Er du informert om prosjektet? Hvordan?

5.2. Hvis ja, hvilke forventninger har du til prosjektet?

5.3. Hva er dine erfaringer så langt? Hva er positivt, og hva ville du gjerne hatt annerledes?

5.4. Har prosjektet så langt fått betydning for måten du arbeider på?

5.5. Tror du prosjektet vil få varig betydning for arbeidet med barns oppvekstmiljø? Hvorfor (ikke)? På hvilken måte?

PUBLIKASJONER FRA MØREFORSKING MOLDE 1995 - 1996

Publikasjonene kan kjøpes eller lånes ved henvendelse til:
Biblioteket, Høgskolen i Molde, boks 308, 6401 MOLDE. Tlf.: 71 21 41 61.

RAPPORTER

Ove Bjarnar og Hallgeir Gammelsæter: Næringslivslederens utdanning og eierposisjon. En historisk undersøkelse fra Møre og Romsdal. Rapport 9501. Møreforskning Molde, 1995. 70 sider.

Jane Aspen, Anne Karin Hustad Øyen og Turid Aarseth: Dagavdelingsprosjektet ved BUA - Molde. Rapport nr. 1: Bruk av forskning i reflekterende team ved forsøk i barne- og ungdomspsykiatrien. Rapport 9502. Møreforskning Molde, 1995. 108 sider.

Bjørn Foss: Transport og miljø. Tekniske løsninger som kan redusere miljømessige ulemper ved transport. Rapport 9503. Møreforskning Molde, 1995. 146 sider.

Ove Bjarnar: 'Academic drift' and the market – Some historical institutional perspectives on the growth of private higher education in the region of Møre & Romsdal (1970-1986). Rapport 9504. Møreforskning Molde, 1995. 60 sider.

Hallgeir Gammelsæter og Anita Steinbru: Kommuner og boligsamvirket i samspill. Rapport 9505. Møreforskning Molde, 1995. 140 sider.

Svein Bråthen og Arild Hervik: Flyplass i Kautokeino. En samfunnsøkonomisk lønnsomhetsberegning. Rapport 9506. Møreforskning Molde, 1995. 88 sider.

Svein Bråthen, Arild Hervik, Erik Nettet, Lasse Bræin og Øyvind Sunde: Erfaringer med bompengeprosjekter. Rapport 9507. Møreforskning Molde, 1995. 146 sider + vedleggsrapport 80 sider.

Harald M. Hjelle og Svein Bråthen: Forslag til samferdselsplan for Møre og Romsdal 1996-1999. Rapport 9508. Møreforskning Molde, 1995. 97 sider.

Inger Hagen, Lasse Bræin og Tom E. Christensen: Hele virkemiddelapparatet i arbeid. Evaluering av offentlig norsk miljøteknologisatsing 1989-94. [Fellesrapport mellom Utredningsinstituttet for forskning og høyere utdanning, Møreforskning Molde og Rambøll AS]. Oslo, 1995. 164 sider.

Hallgeir Gammelsæter, Christine Reitan og Anita Steinbru: Kunnskapsspredning gjennom mobilitet. 2. gangs evaluering av utplasseringsordningen for ingeniører og økonomer i Nord-Norge. Rapport 9601. Møreforskning Molde, 1996. 154 sider.

Jane Aspen og Turid Aarseth: Dagavdelingsprosjektet ved BUA - Molde. Rapport nr. 2: Bruk av forskning som reflekterende team ved forsøk i barne- og ungdomspsykiatrien. Rapport 9602. Møreforskning Molde, 1996. 90 sider.

Beinta í Jákupsstovu og Turid Aarseth: Norsk helsestasjonsvirksomhet. Nasjonal politikk og lokal policy-utforming av forebyggende arbeid for barn. Rapport 9603. Møreforskning Molde, 1996. 236 sider.

ARBEIDSRAPPORTER

Jane Anita Aspen, Anne Karin Hustad Øyen og Turid Aarseth: *Dagavdelingsprosjektet ved BUA - Molde. Bruk av forskning i reflekterende team ved forsøk i barne- og ungdomspsykiatrien. Arbeidsrapport M 9504, Møreforskning Molde, 1995. 27 sider. SAMMENDRAG AV RAPPORT 9502.*

Kristin Tornes, Marianne Bye og Ann Kristin Eiken, "Jordbruksetaten tar over!?" *Evaluering av prøveprosjektet "Utvida miljøengasjement for jordbruksetaten i Møre og Romsdal"*. Arbeidsrapport M 9505, Møreforskning Molde, 1995.

Svein Bråthen og Bjørn Foss: *Sjøtransport og miljø. Et grunnlag for analyse av miljøvirkninger ved ulike transportløsninger. Forprosjekt*. Arbeidsrapport M 9506, Møreforskning Molde, 1995. 61 sider.

Arild Hervik og Øivind Opdal: *Redusert overtidsarbeid som virkemiddel for å øke sysselsettingen i Møre og Romsdal*. Arbeidsrapport M 9507. Møreforskning Molde, 1995. 48 sider.

Arild Hervik, Lasse Bræin, Erik Nasset, Eddie Rekdal og Øivind Opdal: *Evaluering av SIVA*. Arbeidsrapport M 9508. Møreforskning Molde, 1995. 136 sider.

Svein Bråthen: *Markedsundersøkelsen på ferjer 1994*. Arbeidsrapport M 9509. Møreforskning Molde, 1994, 50 sider + to bilagsrapporter, hhv. 139 og 154 sider.

Eddie Rekdal: *SIVA - økonomi*. [Underlagsrapport til arbeidsrapport M 9508, Evaluering av SIVA] Arbeidsrapport M 9510. Møreforskning Molde, 1995. 21 sider.

Svein Bråthen: *Analyse av virksomheten ved Fagernes Lufthavn/Leirin. Delrapport 1: Samfunnsøkonomisk analyse av Coast Air's rutetilbud*. Arbeidsrapport M 9511. Møreforskning Molde, 1995. 41 sider.

Arild Hervik, Geir D. Rønnestad og Jan H. Aarseth: *Inntektsoverføringsmodell for lokale bil- og båtruter*. Arbeidsrapport M 9512. Møreforskning Molde, 1995.

Svein Bråthen og Tone Myklebust: *Flyplass i Nord-Gudbrandsdal. En samfunnsøkonomisk lønnsomhetsberegning*. Arbeidsrapport M 9601. Møreforskning Molde, 1996. 59 sider.

Lasse Bræin og Arild Hervik: *Surveyundersøkelse av SNDs virkemidler. Hovedundersøkelse - tilsagn til industribedrifter 1994*. Arbeidsrapport M 9602. Møreforskning Molde, 1996. 147 sider.

Kristin Tornes og Kjersti Hasselø: *Klasseledelse, avdelingsledelse og læringsmiljø. Om sider ved organisasjonsforsøket ved Romsdal videregående skole. Delrapport 1*. Arbeidsrapport M 9603. Møreforskning Molde, 1996. 65 sider.

Bjørn Erik Johnsen: *Erfaringer med FoU-koordinator for fiskeindustrien i Møre og Romsdal*. Arbeidsrapport M 9604. Møreforskning Molde, 1996. 25 sider. KONFIDENSIELL.

Simen Bræin og Arild Hervik: *Reiseliv og ferjer. Foreløpig utgave*. Arbeidsrapport M 9605. Møreforskning Molde, 1996. 28 sider.

Frank Asche og Helge Bremnes: *Cointegration and the unbiased expectations hypothesis: An analysis of treasury bill yields*. Arbeidsrapport M 9606. Møreforskning Molde, 1996. 20 sider.

Svein Bråthen: *Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsberegninger innenfor luftfartsverkets virksomhetsområde. Noen kommentarer*. Arbeidsrapport M 9607. Møreforskning Molde, 1996. 22 sider.

Svein Bråthen: *Analyse av virksomheten ved Fagernes Lufthavn/Leirin. Delrapport 2: Chartervirksomheten*. Arbeidsrapport M 9608. Møreforskning Molde, 1996. 16 sider.

Lasse Bræin og Arild Hervik: *Surveyundersøkelse av SNDs egenkapitalordning*. Arbeidsrapport M 9609. Møreforskning Molde, 1996. 71 sider.

Christine Reitan og Anita Steinbru: *Evaluering av SYSLAB. Systemlaboratoriet for innovasjon og sysselsetting*. Arbeidsrapport M 9610. Møreforskning Molde, 1996. 55 sider.

Tone Myklebust, Geir D. Rønnestad og Svein Bråthen: *Forsøk med miljøkort Ålesund - Ellingsøy/Giske. En analyse av prøveprosjektet ved bussrutene mellom Ålesund og Ellingsøy/Giske 1995-96*. Arbeidsrapport M 9611. Møreforskning Molde, 1996. 42 sider.

Arild Hervik og Erik Nettet: *Willingness to Pay for Improved Transport Infrastructure. An econometric study of five Norwegian projects*. Arbeidsrapport M 9612. Møreforskning Molde, 1996. 26 sider.

Tone Myklebust og Svein Bråthen: *Samordnet profilering av ruteinformasjon i Møre og Romsdal*. Arbeidsrapport M 9613. Møreforskning Molde, 1996. 19 sider.

Geir D. Rønnestad: *Monitorer på rutebilstasjonene i fylket*. Arbeidsrapport M 9614. Møreforskning Molde, 1996. 19 sider.

Kristin Tornes: *Ledelse ved Romsdal videregående skole. Delrapport 2*. Arbeidsrapport M 9615. Møreforskning Molde, 1996. 33 sider.

Lasse Bræin og Christine Reitan: *Befolkning, næringsutvikling og kompetanse på Nordmøre. Statistisk oversikt over utviklingen de 10 siste årene med kommentarer*. Arbeidsrapport M 9616. Møreforskning Molde, 1996. 41 sider.

Knut Anders Fostervold og Hallgeir Gammelsæter: *Spørreundersøkelse vedrørende TI-prosjekt. For ansatte i Glamox Fabrikker AS avdeling Vågstranda*. Arbeidsrapport M 9617. Møreforskning Molde, 1996. 24 sider. KONFIDENSIELL.

ARTIKLER

Særtrykk kan som regel skaffes.

Ove Bjarnar og Hallgeir Gammelsæter: *Managing Management Teams. A Challenge for Management Education*. I R.P. Amdam (ed.) *Management Education and Competitiveness*, Routledge, London, 1995.

Arild Hervik: *Methods for environmental assessments. The Norwegian experience*. Artikkel i J. Lambert og J. Matheron (ed.): *Les méthodes quantitative d'évaluation de l'impact sur l'environnement des programmes et projets de transports terrestres*. Proceedings fra et internasjonalt seminar om miljø og transport i Paris, desember 1993. Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité, Paris, 1995.

Svein Bråthen: *Ferjer – en attraksjon i turist-Norge?* "Samferdsel" nr 5/1995.

Geir Dahl, Kurt Jörnsten og Arne Løkketangen: *A Tabu Search Approach to the Channel Minimization Problem*. Artikkel i: *Optimization Techniques and Applications*. Proceedings fra ICOTA' 95, Chengdu, China, 1995.

Arne Løkketangen: *Tabu Search – Using the Search Experience to Guide the Search Process. An Introduction with Examples*. *AI Communications* 8 (2) s. 69 - 116 (1995).

Arne Løkketangen og Fred Glover: *Probabilistic move selection in Tabu Search for Zero-One Mixed Integer Programming Problems*. Proceedings fra Metaheuristics International Conference, Colorado, juli 1995. Kluwer Academic Publishers, Norwell, USA, 1995.

Øyvind Halskau og Kurt Jörnsten: *The Clark and Wright Heuristic Revisited*. Proceedings from NOAS '95, Reykjavik, august 1995. University of Reykjavik, 1995.

Arne Løkketangen: *A comparison of a Genetic Algorithm and a Tabu Search method for 0/1 Multi-dimensional Knapsack Problems*. Proceedings from NOAS '95, Reykjavik, august 1995. University of Reykjavik, 1995.

Arne Løkketangen og Fred Glover: *Tabu Search for Zero-One Mixed Integer Programming with Advanced Level Strategies and Learning*. *International Journal of Operations and Quantitative Management*. Vol 1, No. 2, august 1995, s. 89 - 108.

Bjørn E. Johnsen: *Hvorfor er bedrifter forskjellige?* Artikkel i *Tidsskrift for bedriftsøkonomi* 2/95, s. 1-11.