

Helsefremmende tilnærming i møte med foreldre på helsestasjonen – idealer og realiteter

En kvalitativ intervjustudie av helsesykepleieres erfaringer

Tiril N. Halvorsen, Ragnhild Sollesnes og Eva Langeland

Tiril N. Halvorsen, VID vitenskapelige høgscole, tiril.halvorsen@vid.no

Ragnhild Sollesnes, Høgskulen på Vestlandet

Eva Langeland, Høgskulen på Vestlandet

Sammendrag

Helsefremming er blitt et stadig mer sentralt mål for helsestasjonstjenesten. Hensikten med studien var å utforske og beskrive hva helsesykepleiere forstår med en helsefremmende tilnærming, og hvordan de erfarer å praktisere dette i møte med foreldre på helsestasjonen for barn mellom 0 og 5 år. Artikkelen baserer seg på kvalitative intervju med åtte helsesykepleiere. Datamaterialet ble analysert etter systematisk tekstkondensering. Studien viste at helsesykepleierne hadde intensjoner i tråd med en helsefremmende tilnærming. Helsesykepleierne la vekt på å møte foreldre med en anerkjennende holdning, og på å fremme deres deltakelse og mestringsopplevelse. Imidlertid, tydet funnene på at en paternalistisk undertone fortsatt preget tilnærmingen. Funnene indikerte også at de rammer og krav som helsesykepleierne arbeidet innenfor, kunne virke motstridende og komme i konflikt med ivaretagelsen av en helsefremmende tilnærming.

Nøkkelord

Foreldre, helsefremming, helsestasjonstjeneste, relasjoner, veiledning

Fagfellevurdert artikkel

Introduksjon

Helsesykepleiere i Norge har som mandat å arbeide både helsefremmende og sykdomsforebyggende ovenfor barn, unge og deres familie (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 1-2). Både internasjonalt, og i Norge kommer det klart frem i politiske føringer at det helsefremmende arbeidet må styrkes (NOU 2023: 4, s. 132-134; WHO, 2023). Helsesykepleiere som arbeider i helsestasjonstjenesten for barn 0-5 år står i en unik posisjon til å fremme helse, da de regelmessig møter ca. 98% av alle barn med sine foreldre (Helsedirektoratet, 2017; Statistisk sentralbyrå, 2024).

Tradisjonelt har helsesykepleiere arbeidet sykdomsforebyggende med fokus på risikofaktorer, og de har hatt en tilnærming til foreldre preget av kontroll og ekspertise (Dahl, 2020). Den helsefremmende tilnærmingen, initiert av WHO over de 30-40 siste årene, innebærer derimot å fremme en prosess som gir folk økt kontroll over faktorer som påvirker egen helse (WHO, 1986). Empowerment-prinsippet, som handler om at folk får makt og kontroll, er med andre ord sentralt (WHO, 2021). I Ottawa-charteret, som ble utarbeidet på den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid, erkjennes helse som en positiv ressurs i livet, som utvikles der folk lever, bor og arbeider (WHO, 1986).

Antonovskys teori om salutogenese kan fungere som et teoretisk fundament for Ottawa-charterets prinsipper, da teorien kan gi en utdypning av prosessen mot bedre helse (Antonovsky, 1996; Lindström & Eriksson, 2015). Denne studien anvender derfor salutogenese som teoretisk rammeverk for helsefremmende tilnærming. Teorien bygger på forståelsen av helse som kontinuum og at enhver hendelse i hverdagen kan gi mulighet for høyere grad av helse, forutsatt personens «sense of coherence» (SOC). SOC omfatter forståelse, håndterbarhet og mening, der mening er den viktigste komponenten. Aktiv deltagelse og mulighet til å kunne påvirke egen situasjon, altså empowerment, er grunnleggende for opplevelsen av mening (Antonovsky, 1987). En salutogen tilnærming innebærer derfor et helhetlig, personsentrert perspektiv, hvor man fokuserer på personens historie, ressurser og aktive tilpasning til situasjonen (Antonovsky, 1996; Langeland & Vaandrager et al., 2022).

Antonovsky (1987) identifiserte ulike generelle motstandsressurser (GMR) som kan fremme mestring og bidra til økt SOC, der sosial støtte fremheves som en særlig avgjørende motstandsressurs. Antonovsky formulerte ikke eksplisitt kvalitetene i den sosiale støtten. Carl R. Rogers (1902-1987) personsentrerte tilnærming er i samsvar med salutogen tenkning og kan gi ramme for hva en kvalitativt god relasjon må inneholde (Langeland, 2018). Tilnærmingen tar utgangspunkt i betingelser som er både nødvendige og tilstrekkelige for å skape et klima for vekst og utvikling. Personen må oppleve å bli møtt med en holdning

av ubetinget positiv aksept, ekthet og empati (Rogers, 1957). Ottawa-charteret, og personsentrert salutogen tenkning, understreker også viktigheten av en slik holdning. En helsefremmende tilnærming krever altså et blikk som rettes mot muligheter og ressurser, og et klima der foreldre er aktive deltakere og hvor maktforskjellene jevnnes ut.

I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, står det at helsesykepleiere skal sørge for brukermedvirkning og bidra til å fremme foreldres mestring av foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2017). Men, helsefremming som tilnærming er ikke konkret definert verken i overnevnte retningslinje eller i forskriften (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018) som regulerer helsesykepleieres arbeid. Tidligere studier har vist at helsefremming ikke var det dominerende perspektivet i utdanningen av helsesykepleiere (Dahl et al., 2014; Mulcacy et al., 2022) og at helsesykepleiernes arbeidsoppgaver var konsentrert rundt sekundær- og tertiærforebygging (Dahl & Clancy, 2016). Studier av helsesykepleieres helsefremmende tilnærming er ikke entydige. I en studie kom det frem at helsesykepleierne tilstrebet å bruke rollen som «ekspert» til å balansere maktfordelingen i møte med mødrene, og fremme deres opplevelse av kontroll (Aston et al., 2006). Tveiten og Severinsson (2005) fant at helsesykepleierne til en viss grad praktiserte en empowerment-orientert tilnærming, samtidig som helsesykepleiere selv fortsatt opprettholdt en ekspertrolle. Et lignende funn er blitt gjort i en oversiktsartikkel (Halvorsen et al., 2020), der det ble konkludert med at en paternalistisk undertone fortsatt karakteriserte empowerment-tilnærmingen til helsepersonell. En studie av Clancy og Svensson (2010) viste at helsesykepleierne hadde som mål å fremme empowerment, men noen av foreldrenes historier tydet på at ikke alle konsultasjonene førte til dette. Flere studier kan tyde på at helsesykepleiere har en arbeidshverdag preget av motstridende krav. Tidspress og standardiserte lovpålagte oppgaver kan vanskeliggjøre ivaretagelse av brukernes behov (Boelsma et al., 2021), og bruk av klinisk skjønn og empowerment-strategier (Dahl & Clancy, 2016). Anvendelse av standardiserte kartleggingsverktøy kan være til hinder for å legge til rette for dialog og individuell tilpasning (Nilsen et al., 2014), myndiggjøring og brukermedvirkning (Øren et al., 2020). Å både skulle utøve en kontrollfunksjon og samtidig etablere tillitsfulle relasjoner har også vist seg å oppleves motsetningsfylt (Tveiten & Severinsson, 2006).

Til tross for at helsefremmende arbeid er definert som en sentral målsetning for helsestasjonstjenesten (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018), viser forskning mindre vektlegging av helsefremming. Manglende konkretisering av helsefremming i føringer for helsesykepleiers arbeid og begrenset forskning relatert til helsesykepleieres tilnærming, understreker behovet for økt kunnskap om hvordan helsesykepleiere i praksis forstår og

utøver en helsefremmende tilnærming. Hensikten med studien var derfor å utforske og beskrive hva helsesykepleiere forstår med en helsefremmende tilnærming, og hvordan de erfarer å praktisere dette i møte med sped- og småbarnsforeldre på helsestasjonen.

Metode

Det ble valgt et kvalitativt design med en induktiv tilnærming, der datamaterialet ble innhentet gjennom individuelle intervjuer. Denne fremgangsmåten er hensiktsmessig når man ønsker å få innsikt i menneskers opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Det fortolkende paradigme, inspirert av fenomenologiske perspektiver, lå til grunn i forskningsprosessen. Dataene ble analysert etter Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering (STC), en tematisk tverrgående analysemetode som er godt egnet når beskrivelser fra flere deltakere skal tolkes og sammenfattes (Malterud, 2012, 2017).

Utvalg og rekruttering

Rekrutteringen baserte seg på strategisk utvelgelse. Utvalget består av helsesykepleiere fra seks ulike helsestasjoner i to kommuner i Norge. For å rekruttere deltakere ble det sendt forespørsel til Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, som etter godkjenning videreformidlet henvendelsen til fem kommuner på Vestlandet. En større og en mindre kommune stilte seg positive, hvor ledere ved tjenesten delte informasjon om studien med sine ansatte. Helsesykepleiere som var interessert kunne deretter ta direkte kontakt med førsteforfatter. De åtte helsesykepleierne som tok kontakt, ble invitert til å delta. Alle deltakerne var kvinner og hadde arbeidet sammenhengende ved helsestasjon for barn 0-5 år siden de var ferdig utdannede helsesykepleiere. Noen hadde i tillegg arbeidet i skolehelsetjenesten. Deltakerne hadde alt fra 3 til 23 års arbeidserfaring, foruten om en deltaker som hadde under et års erfaring. Alderen til helsesykepleierne var mellom 38 og 62 år.

Datainnsamling

Førsteforfatter gjennomførte intervjuene, som foregikk i tidsrommet oktober 2022 til februar 2023. Intervjuene varte fra 50-90 minutter. Deltakerne fikk velge hvor intervjuene skulle foregå. Alle intervjuene ble gjennomført på den enkelte helsesykepleiers sin arbeidsplass. Intervjuene var semistrukturert (Kvale & Brinkmann, 2015) og veiledet av en intervjuguide bestående av seks åpne hovedspørsmål med oppfølgingsspørsmål. For å sikre relevante spørsmål, ble en gruppe helsesykepleiere invitert til å komme med innspill under utarbeidelse av intervjuguiden. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om hva helsesykepleierne la i begrepet «helsefremmende tilnærming», hvordan de tenkte at helsesykepleiere kan jobbe for å praktisere en slik tilnærming, hvilke erfaringer de hadde gjort

seg og hva de opplevde som hemmende eller fremmende på deres muligheter til å jobbe på denne måten. Eksempel på spørsmål fra intervjuguiden kommer frem i Tabell 1. Det ble benyttet diktafon etter samtykke fra deltagerne og intervjuene ble transkribert ordrett like i etterkant.

Tabell 1. Eksempel fra intervjuguiden

Hovedspørsmål	På hvilken måte praktiserer du en helsefremmende tilnærming?
Oppfølgingsspørsmål	Kan du beskrive så detaljert som mulig en eller flere veiledningssituasjoner hvor du vurderer at du hadde en helsefremmende tilnærming?
Oppfølgingsspørsmål	... og en eller flere situasjoner hvor det ikke ble slik?

Analyse

Analysen ble gjennomført i tråd med de fire trinnene i STC metoden (Malterud, 2017) (Tabell 2). Førsteforfatter ledet arbeidet med analysen og de ulike trinnene ble diskutert med medforfatterne. Ut fra et helhetsinntrykk etter gjennomlesning av de transkriberte intervjuene, ble det først skissert foreløpige tema (trinn 1). Temaene dannet utgangspunkt for forhandling om kodegrupper. Meningsbærende enheter fra teksten ble deretter identifisert og systematisert inn i reviderte kodegrupper (trinn 2). Basert på meningsinnholdet i hver kodegruppe ble det dannet subgrupper. Videre ble det laget et kunstig sitat, et kondensat for hver subgruppe (trinn 3). Hvert kondensat ble illustrert av et «gullsitat» (et sitat som representerer kondensatet godt) fra en av deltakerne. Under siste analysetrinn ble det sammenfattet en analytisk tekst basert på kondensatene fra subgruppene og kodegruppene, og ytterligere sitater ble valgt ut for å illustrere innholdet. Denne sammenfatningen bidro til fremstillingen av de endelige kategoriene (trinn 4). Til slutt ble materialet på nytt gjennomlest i sin helhet av forfatterne, for å påse at tolkninger og beskrivelser i resultatene kunne tilbakeføres til rådata.

Tabell 2: Eksempler fra analyseprosessen med systematisk tekstkondensering

Meningsbærende enhet	Kodegruppe	Subgruppe	Kategori
Deltaker 2: «Akkurat som empatien går litt ned òg, altså min, når det blir sånn at det blir mye. Så ja, får liksom bare lyst til å bli ferdig med ting; hake av og så vær så god neste».	Betydningen av rammebetingelser	Tid, tilgjengelighet og kontinuitet	Rammebetingelser som utfordrer
Deltaker 6: «Fordi at du har så sterkt behov for å si det du på en måte er pålagt å si da i forhold til den sjekklisten omtrent, sant. Men, så når du går ut derfra, så var jo det egentlig ikke det foreldrene trengte å snakke om».		Lovpålagte krav og standardiseringer	

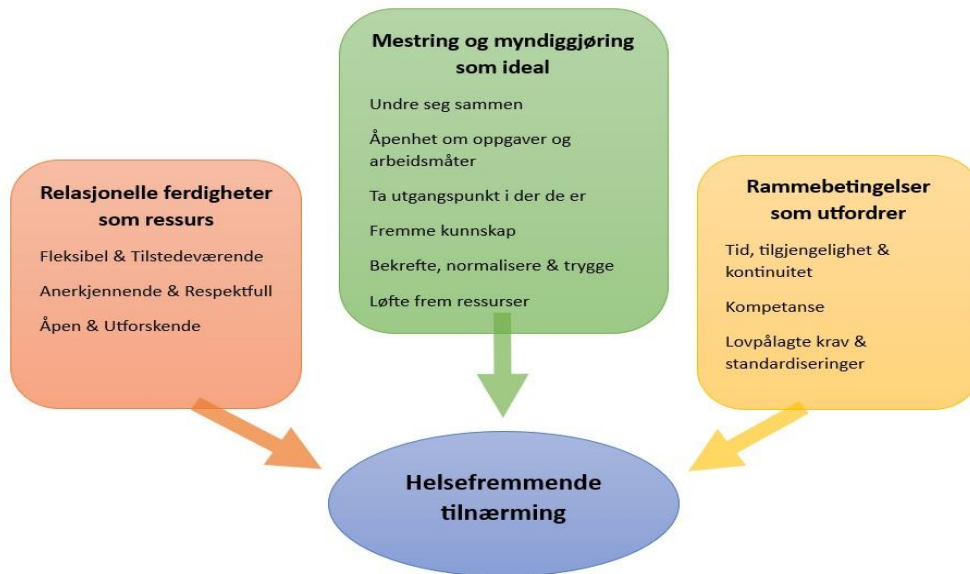
Forskningsetiske vurderinger

Studien ble tilrådd av Sikt i august 2022 (nr. 339704) og er gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonens forskningsetiske prinsipper (World Medical Association, 2024). Informasjon om studiens formål ble sendt ut i forkant og gjentatt muntlig før intervjuet startet. Alle deltakerne skrev under på samtykkeskjema og fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Datamaterialet er oppbevart og behandlet etter retningslinjer for oppbevaring av forskningsdata (Høgskulen på Vestlandet, 2021). For å sikre konfidensialitet ble deltakernes navn erstattet med et nummer, sitatene ble omskrevet fra dialekt til bokmål skriftspråk og kjennetegn som arbeidsplass ble fjernet fra teksten.

Resultater

Analysen resulterte i tre kategorier som beskriver hva helsesykepleierne forsto med en helsefremmende tilnærming og hvordan de erfarte å praktisere dette i møte med sped- og småbarnsforeldre: *Relasjonelle ferdigheter som ressurs, Mestring og myndiggjøring som ideal og Rammebetingelser som utfordrer.*

Disse kategoriene er sammen med subgruppene illustrert i Figur 1 og vil bli presentert i etterfølgende tekst.



Figur 1. Kategorier og subgrupper identifisert som helsesykepleieres forståelse av en helsefremmende tilnærming og hvordan de erfarer å praktisere dette

Relasjonelle ferdigheter som ressurs

Helsesykepleierne i denne studien beskrev hvordan de anvendte relasjonelle ferdigheter for å bygge en god relasjon og skape allianse med foreldrene. Flere av deltakerne fremhevet at en helsefremmende tilnærming krevde tilstedeværelse og evne til fleksibilitet. Dette var vesentlig for å oppfatte situasjonen, se helheten og detaljene, og slik kunne tilpasse veiledningen til den enkelte forelder. De måtte være fleksible og justere samtalen ut fra situasjonen, eksempelvis dersom barnet var veldig aktivt eller en problemstilling plutselig dukket opp, som en helsesykepleier uttrykte: *“Når du jobber helsefremmende; så kan du ikke ta punkt for punkt”* (Deltaker 2). For å være til stede og kunne «ta inn» foreldrene, påpekte flere betydningen av å være bevisst og på plass i seg selv, blant annet være klar over egne bekymringer eller ubearbeidede traumer. Et annet eksempel flere deltakere trakk frem, var at de bevisst satt henvendt mot foreldrene og unngikk journalføring under konsultasjonen. En deltaker forklarte det på denne måten: *“Da føler jeg meg litt sånn fraværende. Og det samme på hjemmebesøk, så er det jo egentlig sagt at vi skal ha med oss PC og at vi skal skrive der òg.. men det gjør ikke jeg”* (Deltaker 4).

Videre uttrykte deltakerne at de møtte foreldrene med høflighet og respekt, og at de ikke skulle oppleve å bli møtt med en ovenfra og ned holdning. Noen av deltakerne eksemplifiserte dette med at de passet på å ha stolen i samme høyde som foreldrene eller at de satt under dem på gulvet. Helsesykepleierne beskrev

at de hadde fokus på å lytte og få frem foreldrenes synspunkter, samtidig som de veiledet foreldrene med utgangspunkt i anbefalingene fra retningslinjene. Flere pekte på viktigheten av å nærme seg foreldrene med ydmykhet og en ikke-dømmende holdning. Dette ble også beskrevet som en strategi for å komme i posisjon og diskutere løsninger i tråd med anbefalt praksis, for eksempel når foreldrene sine skikker og handlemåter brøt med anbefalingene:

... at vi skal være likeverdige; å prøve å få frem, lytte til foreldres argumenter, og gjerne støtte det som jeg er enig i og kanskje prøve å få de til å se på noen områder på en litt annen måte, hvis det er noe jeg tenker at det høres jo ikke helt bra ut. Prøve å være ærlig på en fin måte og vinkle litt inn; "kunne dere kanskje gjort "sånn, sånn" istedenfor eller? Hva tenker dere om det?". (Deltaker 6)

Deltakerne la vekt på å være litt tilbaketrukket og ikke gå rett på kjappe råd. Det å heller innta en åpen, ikke-vitende posisjon hvor de utforsket hva foreldrene tenkte, ble fremhevet:

Jeg prøver jo å gå inn med en veldig sånn.. em.. altså åpen tilnærming; litt spørrende og være interessert. Altså, bli litt kjent med dem, for å vite hvordan de skal ta imot eller hvordan jeg kan være best mulig støtte for dem. (Deltaker 5)

Mestring og myndiggjøring som ideal

Deltakerne fortalte om hvordan de på ulike måter forsøkte å fremme foreldrenes deltakelse og mestringsopplevelse. Alle helsesykepleierne beskrev at en helsefremmende tilnærming handlet om å stille åpne spørsmål og undre seg sammen med foreldrene. På denne måten kunne foreldrene reflektere seg frem til noe som kunne lede i en positiv retning. Helsesykepleierne var opptatt av at de i fellesskap skulle komme frem til en løsning som kunne fungere for foreldrene. Samtidig ble det også fremholdt at det skulle ende opp i det helsesykepleier anså som det mest gunstige: *"Jeg må få de med på hvordan jeg tenker det er best for barnet"* (Deltaker 1). En deltaker reflekterte over dette på denne måten: *"Vi kan jo legge svarene litt i munnen, at de velger det vi vil de skal velge. Det er egentlig det eneste rette svaret, det vi på en måte presenterer. Litt sånn kamuflert og skjult"* (Deltaker 3).

Noen av deltakerne fremholdt betydningen av åpenhet i møte med foreldrene. De la blant annet vekt på å vise dem hva de skrev i journalen eller lese det høyt, spesielt når de måtte skrive melding til barnevernet. Å informere om rammene for hva de skulle gjøre og å vise dem vekstkurvene var andre eksempler de trakk frem. Det ble også fremhevet at det var viktig å snakke høyt om hva de observerte når de undersøkte barnet: *"Her kommer det noen utenfra som skal vurdere, og da må vi si det vi ser etter"* (Deltaker 8).

Helsesykepleierne var også opptatt av å fremme foreldrenes deltakelse gjennom å starte konsultasjonen med å spørre om det var noe de ønsket å ta opp. De gav uttrykk for at de prioriterte det foreldrene hadde behov for. Noen av deltakerne understreket viktigheten av å undersøke om foreldrene ønsket veiledning om et tema. Dersom de ikke var mottagelige, trakk helsesykepleierne seg heller litt tilbake. En deltaker begrunnet det på følgende måte: *Da nytter det ikke å komme med den kunnskapen du sitter med, fordi da er ikke foreldrene på.. ja, de har kanskje en annen mening eller har ikke overskudd eller sånn, så da trenger vi tid. (Deltaker 2)*

For å styrke foreldrene i omsorgsrollen, var det viktig for deltakerne å fremme kunnskap gjennom helseopplysning, slik at foreldrene kunne ta gode valg. Gjennom å informere om grunnlaget for anbefalingene og hva som kunne være konsekvensene av å ikke følge dem, kunne foreldrene oppnå økt forståelse. Noen av helsesykepleiere trakk frem at foreldre i dag har tilgang på mye kunnskap, men at de likevel kunne ha nytte av faglige råd fra helsesykepleierne: *“... og så kan jeg korrigere litt også hvis det er noe, og gjerne gi litt råd om sikre nettsider” (Deltaker 7).* Flere helsesykepleiere vurderte at foreldrene hadde behov for bekreftelse på at de gjorde en god jobb som foreldre. Det gav foreldre trygghet og ro. De var også bevisst på å normalisere og betrygge, eksempelvis i forhold til trass hos barnet eller vanskelige følelser hos foreldrene. Videre beskrev deltakerne at de var spesielt opptatt av å heve foreldrenes selvtilit og mestringsfølelse, i motsetning til å ha fokus på feil og mangler:

... at de går ut med en mestringsopplevelse på foreldrerollen og på det de gjør i forhold til barnet sitt, som kan få en sekundær gevinst som å være helsefremmende da, i kraft av at man som foreldre får ting til. (Deltaker 3)

Helsesykepleierne fortalte at de understøttet og kommenterte det positive foreldrene gjorde, noe som også hadde en annen fordel: *“... da tenker jeg at når jeg sier høyt hva jeg ser som er bra, så vil de gjøre mer av det” (Deltaker 8).*

Rammebetingelser som utfordrer

Rammene rundt helsesykepleierenes arbeid ble trukket frem som avgjørende for hvorvidt deltakerne fikk praktisert en helsefremmende tilnærming. Samtlige av deltakerne i studien fremhevet viktigheten av å være tilgjengelig for foreldrene og prioritere ekstra oppfølging dersom foreldrene hadde behov for det. En av helsesykepleierne sa det slik: *“Å forsøke å jobbe i retning av at vi er der for dem, altså vi er en del av det støttende miljøet som de kan bruke, ikke nødvendigvis må, men de kan” (Deltaker 3).* Flere mente at nedskjæringer av merkantilt personale som tidligere besvarte telefoner, var noe som utfordret tilgjengeligheten. I tillegg kunne mangel på tid være en begrensning. Deltakerne trakk frem at tilstrekkelig med tid, var essensielt for å praktisere en

helsefremmende tilnærming. En deltaker uttrykte det slik: *“Jeg tror helsefremming tar tid, for vi må spille på lag. Det er ikke “quick fix””* (Deltaker 3). Helseesykepleierne var tydelige på at en helsefremmende tilnærming ville lønne seg på sikt, men knapphet på tid kunne føre til at dette ble nedprioritert. Å innta en ekspertrolle hvor man gav kjappe råd ble beskrevet som mer effektivt:

Hvis jeg ikke har god tid, så har jeg ikke tid til å sitte sånn som det der. Nei, for det merket jeg når jeg hadde 20 minutter per barn og kanskje 10 avtaler for dagen. Og ikke kjente disse mødrene som kom ... Nei, da kan du bare glemme det der altså, da var det bare å si: “sånn skal være, sånn skal det være, sånn skal det være. Ut, nå må jeg få inn neste”. (Deltaker 1)

Noen av helseesykepleierne beskrev også hvordan de under perioder med sykemeldinger kunne merke viktigheten av kontinuitet. Å bygge en god og tillitsbasert relasjon tok tid, og når de ikke kjente foreldrene ble det utfordrende å tilpasse og nærme seg dem på en god måte.

Muligheten for faglig fordypning og refleksjon over egen rolle, ble av flere fremhevet som viktig for å kunne være en god veileder og for å kunne utstråle faglig trygghet. Helseesykepleierne beskrev at de fikk en dag kurs her og der, men at de savnet tid til mer jevnlig kollegaveiledning og mulighet til å gå i dybden og vedlikeholde det de hadde lært: *“Det må holdes varmt ellers så glemmer vi det ... jeg tror vi taper ressurser [ferdigheter] ellers.. ved at vi ikke er det bevisst eller bruker det bevisst”* (Deltaker 3).

I tillegg til nedskjæringer av merkantilt personale, beskrev helseesykepleierne hvordan nye arbeidsoppgaver som kom i tillegg til helsestasjonsprogrammet bidro til økt tidspress. En annen årsak som ble fremhevet, var at det var kommet til flere og flere tema som de skulle ta opp på konsultasjonene. Dette utfordret det å bygge en god relasjon, og gi foreldrene rom til å ta opp sine spørsmål og utfordringer. Noen påpekte at de kunne bli for opptatt av alt de skulle huske å si og hvordan det kunne bidra til en enveis dialog. En deltaker beskrev det slik: *“... det vi på en måte er pålagt til å si kontra det som faktisk foreldre er opptatt av”* (Deltaker 6). Noen deltakere fortalte at de håndterte det ved å prioritere det de anså som viktigst i den enkelte konsultasjonen. Men dette krevde erfaring. En deltaker beskrev hvordan hun valgte å ikke la seg styre av programmet:

Noen er veldig sånn på informasjon og må gi de den rette informasjonen; “må komme gjennom listen min og det er viktig at jeg får gitt informasjon om alt dette her”. Men jeg blir mindre og mindre opptatt av det, og mer og mer opptatt av å heve foreldrene sin følelse av å lykkes eller klare det. (Deltaker 8)

Flere av helsesykepleierne uttrykte at kommunikasjonen kunne være spesielt utfordrende når de utførte helseundersøkelser. Det standardiserte kartleggingsverktøyet som de brukte inneholdt så mange spørsmål, at de var redd foreldrene skulle få en opplevelse av å bli forhørt. De var derfor opptatt av at kartleggingen bar preg av en naturlig samtale:

... at det ikke blir for sånn "militant", at du bare går igjennom. Altså at det er fleksibilitet, at du prøver å få til en samtale ... Målet er at de skal gå ut fra helsestasjonen med en god følelse av at dette var fint, og gjerne ha lært litt eller blitt hørt hva de ville si. Ja, at de synes det bringer noe bra til familien. Ikke omvendt, at du bare påfører de sånne nye stressmomenter i hverdagen. (Deltaker 2)

Videre trakk deltakerne frem at det var kommet inn flere sensitive tema som utfordret flyten i samtalen: *"Ernæring er et spørsmål og så omtrent rett etterpå så kommer det inn vold og overgrep, sant. Så det er liksom; okay, ja nå har vi snakket om det, hvordan kan jeg på en måte vinkle det inn?" (Deltaker 6).* Samtidig som deltakerne presiserte at de nye temaene var viktige og at de som helsesykepleiere hadde et ansvar for å avdekke utfordringer, uttrykte de bekymring for at foreldrene kunne oppleve det som kontroll og hva det gjorde med tilliten. Det ble også påpekt at spørsmålene de skulle stille var problemorienterte: *"Jeg tenker vi må passe oss litt for at det ikke blir for mye av det der "slår du, drikker du", altså bare sånne vanskelige tema" (Deltaker 2).*

Diskusjon

Formålet med denne studien var å utforske og beskrive helsesykepleieres forståelse av en helsefremmende tilnærming og hvordan de erfarer å praktisere dette i møte med sped- og småbarnsforeldre. Funnene viste at helsesykepleierne hadde intensjoner som er i tråd med helsefremmende perspektiver, samtidig som det eksisterte utfordringer og begrensinger knyttet til deres praktisering av helsefremmende tilnærming.

Bevisst bruk av relasjonelle ferdigheter var sentralt i helsesykepleiernes praktisering. Deltakerne la stor vekt på betydningen av relasjonsbygging og måten de møtte foreldrene på, noe som samsvarer med andre studier. Dahl et al. (2022), Clancy og Svensson (2010), og Tveiten og Severinsson (2006) fremholdt etablering av tillitsfulle relasjoner som grunnleggende i helsesykepleiernes arbeid. Basert på Antonovskys arbeid og nyere forskning, identifiserte Griffiths et al. (2011) tillit som en vesentlig GMR. En relasjon kan bidra til å fremme helse avhengig av hvilke kvaliteter personen blir møtt med (Antonovsky, 1987; Rogers, 1957). Helsesykepleierne i denne studien beskrev at de la vekt på å møte foreldrene med tilstedeværelse, aksept, respekt og åpenhet; kvaliteter som ansees som essensielle i en helsefremmende tilnærming og som en forutsetning for en

helsefremmende prosess (Halvorsen, 2020; Langeland & Ausland et al., 2022; Rogers, 1957).

Til tross for helsesykepleiernes gode intensjoner, kan beskrivelsene også tyde på at de anvendte relasjonelle ferdigheter aktivt for å kunne påvirke foreldrene til å gjøre endringer. Å møte en person med ubetinget positiv aksept, betyr å interagere uten skjulte agendaer (Rogers, 1957). Vår studie indikerte imidlertid at helsesykepleierne hadde som rasjonale å endre foreldrenes atferd til det som helsesykepleier anså som mest gunstig. Tilsvarende fant Halvorsen et al. (2020) at en tilnærming som foregår mer som en «hjelpesprosess» enn en likeverdig prosess, kan indikere en paternalistisk måte å forstå empowerment på. Samtidig, viste våre funn at helsesykepleierne var opptatt av at relasjonen skulle være likeverdig, og de vektla foreldrenes deltakelse gjennom å utforske og etterspør deres behov og synspunkter. Dette fremstår i så fall som en tilnærming i tråd med helsefremmende prinsipper. Empati fordrer at man med oppriktig interesse, sammen utforsker den andres opplevelser og erfaringer (Rogers, 1957). Utforskende samtaler på likeverdig grunnlag, der man er aktivt deltakende, kan fremme økt forståelse og mening i hverdagen, og dermed styrke SOC og helse (Antonovsky, 1987).

Ifølge de helsefremmende prinsippene initiert av WHO (1986), innebærer deltakelse reell medvirkning basert på en nedenfra og opp tilnærming. Som følge av en grunnleggende asymmetri i relasjonen mellom tjenesteyter og bruker (Askheim, 2012), vil det i denne sammenheng bety at helsesykepleier som tjenesteyter gir avkall på kontroll og at kunnskapen til begge parter anerkjennes som likeverdig (NOU 1998:18, s. 316-318). Funnene våre tydet på at helsesykepleierne vektla hvordan foreldrene hadde behov for kunnskap for kunne ta gode valg. Kunnskap, som er en viktig GMR, kan fremme bevisste valg, og disse valgene kan bidra til en opplevelse av mening og økt håndterbarhet (Langeland, 2018). Samtidig antyder funnene at helsesykepleierne til en viss grad kontrollerte dialogen, noe som bekreftes av Tveiten og Severinssons forskning (2005).

Det var ingen deltakere i vår studie som trakk frem maktforskjeller i relasjonen som utfordring for en helsefremmende tilnærming. Men de pekte på faren for å anvende kommunikasjonsferdigheter instrumentelt, slik at foreldre tror at de selv er kommet frem til løsningen. Askheim (2020) fant at helsepersonell hadde strategier for å få brukerne til å gjøre det de mente var riktig eller faglig forsvarlig, men uten at det fremstod som overstyring. Det handlet om måten de møtte brukerne på, og hvordan de kommuniserte med dem. Med utgangspunkt i Foucaults governmentality begrep, fremheves det hvordan makt på denne måten kan rettes mot individets selvstyring, noe som kan gjøre styringen vanskelig å få øye på. Styringen utøves ikke gjennom sanksjoner, men gjennom veiledning preget av godhet og oppmuntring (Askheim, 2020).

Videre viste funnene fra vår studie at helsesykepleierne var opptatt av å fremme foreldrenes mestring i omsorgsrollen. Helsesykepleierne la også særlig vekt på å trekke frem det positive foreldrene gjorde for å stimulere dette. Å arbeide ut fra en tillit om at den enkelte har iboende ressurser som kan bli forløst (Rogers, 1957) og å ha som mål å øke bevisstheten om indre og ytre ressurser (Antonovsky, 1987), er i tråd med den helsefremmende tilnærmingen. Men helsesykepleierne fremhevet også det positive med en intensjon om påvirke foreldrenes atferd. Foreldrene var dermed under innflytelse uten å være klar over det, noe som også kan hevdes å indikere en skjult form for styring. På den andre siden kan foreldrene også besitte en form for makt. Clancy og Svensson (2007) viser til hvordan helsesykepleiere også kan oppleve avmakt ved at foreldrene avgjør hva de vil svare og at de kan holde tilbake informasjon.

Helsesykepleiere skal ikke bare arbeide helsefremmende. I følge nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) skal helsesykepleiere forebygge sykdom og skade hos barnet gjennom å informere og veilede foreldre til å ta gode helsevalg basert på myndighetenes anbefalinger. Dette kan potensielt skape en motstridende situasjon for helsesykepleierne; skal de følge systemkrav eller ivareta helsefremmende prinsipper som reell deltakelse? Velferdsstatens tjenesteutøvere kan oppleve et spenn mellom hva som er arbeidsgivers forventninger og hva som er mulig å få til ut fra den realiteten de står i (Lipsky, 1980/2010). Kanskje er det helsesykepleiers måte å løse denne konflikten på; å tone ned ekspertrollen samtidig som de subtilt guider foreldrene i «riktig» retning.

Deltakerne i studien gav flere eksempler på hvordan direkte føringer og organisatoriske rammer gjorde det vanskeligere å imøtekomme målet om en helsefremmende tilnærming. Et forhold som skapte vanskeligheter, var mangel på tid og ressurser. Ifølge Lassemo og Melby (2020) har helsesykepleierprofesjonen fått stadig flere og mer omfattende oppgaver, uten at normtallet har endret seg. Undersøkelsen deres viste at muligheten for ivaretagelse av brukernes behov var innskrenket og fagutvikling ble nedprioritert. Dette samsvarer med funnene i vår studie, der helsesykepleierne uttrykte at de under høyt tidspress, kunne innta en ekspertrolle fordi dette var mindre tidkrevende. I tillegg uttrykte helsesykepleierne at generell knapphet på tid førte til en konflikt mellom å imøtekomme de individuelle behovene til foreldrene og å følge det standardiserte programmet; et funn som også understøttes i andre studier (Boelsma et al., 2021; Dahl & Clancy, 2016).

Et grunnleggende fokus i helsefremmende tilnærming, er å rette oppmerksomheten mot personen og personens spesifikke livsverden (Antonovsky; 1996; Rogers 1957), noe som kan bidra til opplevelse av mening (Langeland & Vaandrager et al., 2022). Helsesykepleierne i vår studie trakk også frem at det var lite rom for faglig refleksjon og fordypning. Refleksjonsprosesser

kan bidra til at helsesykepleiere blir mer bevisste på hvordan makt og avmakt påvirker deres praksis (Clancy, 2020). Å bevege seg fra teoretisk forståelse om helsefremming, til å *være* en helsefremmer i holdning og handling, krever kontinuerlig utforsking og refleksjon over egen praksis (Langeland & Ausland et al., 2022).

En annen utfordring deltakerne i denne studien fremholdt, var hvordan bruk av standardisert kartleggingsverktøy kunne hemme dialogen og føre til en instrumentalisering av samtalen, noe som samsvarer med tidligere studier (Dahl & Clancy, 2016; Nilsen et al., 2014; Øren et al., 2020). Clancy (2020) fremhever hvordan en helsefremmende tilnærming inkluderer bruk av skjønn, og at det er et verdivalg. Bruken av kartleggingsverktøy kan imidlertid utfordre den åpenheten og sensitiviteten som utøvelse av skjønn krever. Slik sett kan bruk av standardiserte kartleggingsverktøy stå i motsetning til målsettingen om økt vektlegging av helsefremming. En tredje utfordring deltakerne i vår studie mente innskrenket handlingsrommet for en helsefremmende tilnærming, var økt detaljstyring og innføring av stadig nye tema i det standardiserte kartleggingsverktøyet. I tillegg var flere av temaene og spørsmålene av problemorientert art, noe som ikke samsvarer med en helsefremmende tilnærming, der det stilles spørsmål som stimulerer personen til å rette oppmerksomheten mot ressurser (Langeland & Vinje, 2022).

Funnene i vår studie peker på flere forhold som hindret helsesykepleierne i å realisere målet om en helsefremmende tilnærming. Dette kan tyde på at tjenesten kan være på vei mot økt vektlegging av kontroll- og detaljstyring med et sykdomsorientert fokus.

Styrker og begrensninger

Lincoln og Guba (1985) har foreslått fire kriterier for å vurdere gyldigheten i kvalitative studier: troverdighet (credibility), bekreftbarhet (confirmability), pålitelighet (dependability) og overførbarhet (transferability). Denne studien ønsket å få frem helsesykepleiernes erfaringer. Individuelle intervju er da en egnet metode. Imidlertid er det ikke alltid handling samsvarer med ord og selv om deltakernes beskrivelser ble understøttet av eksempler fra praksis, kunne feltobservasjoner og intervjuer med foreldre gitt utfyllende informasjon. Det kan sees på som en svakhet at alle deltakerne i studien er kvinner, men det representerer den skjeve kjønnsbalansen i yrket (Statistisk sentralbyrå, 2025). Spredning i deltakernes alder og arbeidserfaring, samt at de representerer flere helsestasjoner, kan styrke troverdigheten og overførbarheten.

Førsteforfatters bakgrunn som helsesykepleier kan ha påvirket spørsmålsstillingen i intervjuene, samt vært til hinder for å se nyanser i datamaterialet. Andreforfatter har tilsvarende bakgrunn, mens sisteforfatter besitter bred kompetanse innen helsefremmende tilnærming og forskning.

Bevissthet om egen for forståelse, kombinert med diskusjoner mellom forfatterne, kan ha fremmet troverdigheten til dataene. Kjennskap til faget kan på en annen side ha bidratt til økt forståelse og mer tilpassede oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). For å sikre at deltakernes utsagn ble tolket riktig (bekreftbarhet), ble det under intervjuene stilt oppklarende spørsmål. Videre ble det lagt særlig vekt å bruke deltakernes ord under analysen, samt inkludere sitater i presentasjonen av resultatene. Flere av funnene er sammenfallende med tidligere forskning, noe som styrker påliteligheten.

Studien baserer seg på et relativt lite utvalg. Tatt i betraktning studiens formål, utvalg, datakvalitet og analysemetode er det likevel rimelig å anta at funnene har tilstrekkelig informasjonsstyrke (Malterud, 2015) og kan være overførbare til lignende kontekster. Internasjonalt, har helsesykepleieryrket varierende innhold og studier om yrket kan bare til en viss grad overføres til andre land. På den andre siden er en helsefremmende tilnærming av internasjonal interesse og har relevans på tvers av landegrenser.

Konklusjon

Studien bidrar til økt innsikt i helsesykepleieres forståelse av helsefremmende tilnærming og hvordan de erfarer å praktisere dette i møte med foreldre på helsestasjonen for barn 0-5år.

Resultatene understreker viktigheten av kunnskap og bevissthet rundt maktforskjeller i relasjonen, for at helsesykepleiere skal kunne praktisere en helsefremmende tilnærming fullt ut. Et tiltak kan være å tilrettelegge for regelmessige kollegasamlinger der helsesykepleierne kan reflektere kritisk over praksiserfaringer fra et helsefremmende perspektiv.

Videre viser studien at det er behov for økt oppmerksomhet og diskusjon rundt organisatoriske og strukturelle forhold som vanskeliggjør realiseringen av en helsefremmende tilnærming. Lengre tid per konsultasjon kan bidra til økt handlingsrom. En oppdatering av nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som tydeliggjør og synliggjør det helsefremmende perspektivet, kan gi den helsefremmende tilnærmingen en sterkere posisjon. Evaluering av bruk av kartleggingsverktøy og utvikling mot en større vektlegging av ressursorientering, kan bidra til å motvirke dominansen av et sykdomsforebyggende fokus.

Ytterligere forskning rundt disse problemstillingene, og ikke minst foreldrenes opplevelse av tjenesten, er også viktig for å kunne nå målet om økt fokus på helsefremming.

Takk

Takk til helsesykepleierne som deltok i studien og delte sine viktige erfaringer.

Litteratur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/heapro/11.1.11>
- Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2020). Brukermedvirkning – fra politikk til praksis: Hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23 (3), 170-186. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>
- Aston, M., Meagher-Stewart, D., Sheppard-Lemoine, D., Vukic, A. & Chircop, A. (2006). Family Health Nursing an Empowering Relationships. *Pediatric Nursing*, 32 (1), 61-67.
- Boelsma, F., Bektas, G., Wesdorp, C.L., Seidell, J.C. & Dijkstra, S.C. (2021). The perspectives of parents and healthcare professionals towards parental needs and support from healthcare professionals during the first two years of children's lives. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being*, 16, 1-16. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1966874>
- Clancy, A., & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, 8(3), 158-166. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00311.x>
- Clancy, A. & Svensson T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11, 363–373. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000137>
- Clancy, A. (2020). Fra helsesøster til helsesykepleier: Kjernen i skjønnsutøvelsen. I B.M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie – En grunnbok* (s. 155-170). Fagbokforlaget.
- Dahl, B.M., Andrews, T. & Clancy, A. (2014). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the education curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 32-37. <https://doi.org/10.1177/1403494813502585>
- Dahl, B.M. & Clancy, A. (2016). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 679-687. <https://doi.org/10.1111/scs.12196>

- Dahl, B.M. (2020). Helseesykepleierens arbeid – utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv. I B.M. Dahl (Red.), *Helseesykepleie – En grunnbok* (s. 39-56). Fagbokforlaget.
- Dahl, B.M., Glavin, K., Teige, A.-M., Karlsen, A.-G. & Steffenak, A.K.M. (2022). Norwegian public health nurses` competence areas. *Public health nursing*, 39(5), 1048-1057. <https://doi.org/10.1111/phn.13083>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR- 2018-10-19-1584). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Griffiths, C. A., Ryan, P., & Foster, J. H. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 168–173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x>
- Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Joranger, P. & Knutsen I.R. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Pasient Education and Counseling*, 103, 1263-1271. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.017>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 31.mai 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Høgskulen på Vestlandet (2021, 11.august). Oppbevaring av aktive forskningsdata. [4. Oppbevaring av aktive forskningsdata - Høgskulen på Vestlandet \(hvl.no\)](https://www.hvl.no/4.oppbevaring-av-aktive-forskningsdata)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal.
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020). *Helseesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Status utvikling og behov* (SINTEF Rapport 2020:01346). SINTEF Digital. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2731101>
- Langeland (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2.utg.), (s. 157-178). Fagbokforlaget.
- Langeland, E., Ausland, L.H., Gunnarsdottir, H., Arvekle, S.H. & Vinje, H.F. (2022). Promoting Salutogenic Capacity in Health Professionals. I M.B. Mittelmark, G.F. Bauer, L. Vaandrager, J.M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C.M. Magistretti (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (2.utg.), (s. 611-624). Springer.

- Langeland, E., Vaandrager, L., Nilsen, A-B.V., Schraner, M. & Magistretti, C.M. (2022). Effectiveness of Interventions to Enhance the Sense of Coherence in the Life Course. I M.B. Mittelmark, G.F. Bauer, L. Vaandrager, J.M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Linström & C.M. Magistretti (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (2.utg.), (s. 201-219). Springer.
- Langeland, E. & Vinje, H.F. (2022). Applying Salutogenesis in Mental Healthcare Settings. I M.B. Mittelmark, G.F. Bauer, L. Vaandrager, J.M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Linström & C.M. Magistretti (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (2.utg.), (s. 433-439). Springer.
- Lincoln, Y.S. & Guba E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Lipsky, M. (1980/2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russel Sage Foundation.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8),795-805.
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K., Siersma, V.D. & Guassora A.D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Mulcahy H., Leahy-Warren, P., Laholt, H., Philpott, L.F., Bergvoll, L.-M. & Clancy A. (2022). Public health nursing education in Ireland and Norway: A comparative analysis. *Public Health Nursing*, 39, 279-285.
<https://doi.org/10.1111/phn.13039>
- Nilsen, I., Litland, A.S. & Hjälhmult, E. (2014). Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(4), 358-365.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0171>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle – Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Statistisk sentralbyrå. (2024). *11993: Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter helseundersøkelser/konsultasjoner (K) 2015-2023* [Statistikk].
<https://www.ssb.no/statbank/table/11993/tableViewLayout1/>
- Statistisk sentralbyrå. (2025). *07938: Personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter alder, kjønn, statistikkvariabel, år og*

- fagutdanning* [Statistikk].
<https://www.ssb.no/statbank/table/07938/tableViewLayout1/>
- Tveiten S. & Severinsson E. (2005). Public health nurses` supervision of clients in Norway. *International Nursing Review*, 52, 210-218.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1466-7657.2005.00266.x>
- Tveiten S. & Severinsson E. (2006). Communication a core consept in client supervision by public health nurses. *Journal of Nursing Management*, 14, 235-243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00536.x>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO/NMH/CHP/09.01).
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01>
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization (2023, 29.mai). *76th World Health Assembly adopts the Global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach*.
<https://www.who.int/news/item/29-05-2023-76th-world-health-assembly-adopts-the-global-framework-for-integrating-well-being-into-public-health-utilizing-a-health-promotion-approach>
- World Medical Association. (2024, 22.oktober). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Øren, T.L., Kollbotn, O. & Litland, A.S. (2020), Kartleggingsverktøy i skulehelsetenesta har både fordelar og ulemper. *Sykepleien*, 108.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82656>