



Masteroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Ragnhild Benum Reiten

Barn og unges brukermedvirkning og barndom ut fra tre sentrale dokumenter for helsesøstertjenesten i perioden 1998- 2016

Masteroppgave i Helsevitenskap, HLS 3900
Trondheim, april 2017

Ragnhild Benum Reiten

**Barn og unges brukermedvirkning og
barndom ut fra tre sentrale dokumenter
for helsesøstertjenesten i perioden
1998- 2016**

Masteroppgave i Helsevitenskap, HLS 3900
Trondheim, april 2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Forord

Ett aktörsperspektiv på barn får konsekvenser för synen på föräldraroll, familj, barndomens offentliga institutionella miljöer och överhuvudtaget på förhållandet barn- vuxna och barn-samhälle (Näsman 2004:58)

Våren har kommet etter mange måneder med fordypning i et tema som er og forblir interessant og viktig for meg. Mye er lest og mange ord er skrevet i prosessen med masteroppgaven. Det har vært en kunnskapsrik periode, men også krevende. Da er det fint at det finnes en `heiagjeng`, dere fortjener alle en stor takk!

Tusen takk til min veileder John- Arne Skolbekken for konstruktive innspill, interessante samtaler og nyttige lesetips!

Tusen takk til mine foreldre for all omsorg og støtte.

Sist men ikke minst; Tusen takk til mine kjære døtre, Ingeborg og Oline!

Trondheim, April 2017

Abstract

Background: The theme of this master thesis is children and youth`s user participation and childhood in light of three selected official documents for the public health nurse service during the period 1998 to 2016. The documents are management tools for social practice and are used in the daily work of the public health nurse service. Childhood can be described as historical and socially constructed. Different actors construct childhood while the phenomenon changes in relation to era and context. Various social changes affect perspectives on childhood and the position of children and youths, such as individualization and institutionalization of children and youths today. This also affects the social practice. The research question is: *How are discourses about children`s and young peoples` subject position in the light of the concept of user involvement described in three key public document for the public health nurse service in the period 1998- 2016?*

Method: Methodically, a qualitative approach is used with a document and discourse analysis from a social constructivist perspective as a theoretical framework. The three documents are the empirical data that have been studied. The first analysis section examines the production, function and content of the documents in light of the context and time period they were published in based on Prior`s and Bowen`s approaches. Then a stepwise discourse analysis of selected text extracts on the topic was made from Neumann`s recommendations. Opinion-bearing units in the language were investigated in relation to the theme of children and youth`s *user participation*.

Findings and conclusion: Various discourses about children`s and youth`s subject position in *user involvement* were identified in these central documents. The analysis lists different “realities”, designated as representations. Through the language discourses are being constructed about children`s and youth`s user involvement, termed democracy, rights, knowledge and childhood discourse in the study. The discourses both unites and differentiates in relation to the meaning of the term in the different periods of time. The topic of user involvement has a stable actuality throughout the time frame. The UN Convention of Children`s rights represents a common reference point for the three periods of time in relation to children`s and young people`s rights. Today, the topic is further emphasized compared with the documents from 1998 and 2004. The users` own experience and what they consider important to them should be emphasized in the knowledge- based practice. The rights and needs of children and youth are central to the health service`s quality assurance and

development work. At the same time, there is a growing demand for evidence- based measures in the health service.

Sammendrag

Bakgrunn: Temaet for denne masteroppgaven er barn og unges brukermedvirkning og barndom sett i lys av tre utvalgte offentlige dokumenter for helsesøstertjenesten i perioden 1998- 2016. Dokumentene er nasjonale styringsverktøy for den sosiale praksis og brukes i det daglige arbeidet i helsesøstertjenesten. Barndommen kan betegnes som historisk og sosialt konstruert. Ulike aktører konstruerer barndom samtidig som fenomenet forandres i forhold til tidsepoker og kontekst. Ulike samfunnsendringer påvirker barndomssyn og barn og unges posisjon, eksempelvis individualisering og institusjonalisering av barn og unge i dag. Dette får også betydning for den sosiale praksis. Problemstillingen er: *Hvordan er diskurser om barn og unges subjektposisjon i lys av begrepet brukermedvirkning beskrevet i tre sentrale offentlige dokumenter for helsesøstertjenesten i perioden 1998- 2016?*

Metode: Metodisk anvendes en kvalitativ tilnærming med en dokument- og diskursanalyse ut fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv som teoretisk referanseramme. Dokumentene utgjør det empiriske materiale. I første analysedel undersøkes dokumentenes produksjon, funksjon og innhold sett i lys av den konteksten og tidsperioden de ble til i med utgangspunkt i Priors og Bowens tilnæringsmåter. Deretter foretas en trinnvis diskursanalyse av utvalgte tekstutdrag om temaet ut fra Neumanns anbefalinger. Meningsbærende enheter i språket undersøkes relatert til temaet barn og unges *brukermedvirkning*.

Funn og konklusjon: Ulike diskurser om barn og unges subjektposisjon ved brukermedvirkning kan identifiseres i disse dokumentene. I analysen avtegnes ulike «virkeligheter», betegnet som representasjoner. Via språket konstrueres diskurser om barn og unges *brukermedvirkning*, betegnet som demokrati-, rettighets-, kunnskaps- og barndomsdiskurs i denne studien. Diskursene både forener og differensierer i forhold til begrepets betydning i de ulike tidsperiodene. Temaet brukermedvirkning har stabil aktualitet gjennom tidsrommet. FNs Barnekonvensjon utgjør et felles referansepunkt for de tre tidsperiodene i forhold til barn og unges rettigheter. I dag er temaet ytterligere vektlagt sammenlignet med dokumentene fra 1998 og 2004. Brukernes egne erfaringer og det de oppfatter som viktig for dem skal vektlegges i den kunnskapsbaserte praksis. Barn og unges rettigheter og behov er sentrale for helsetjenestens kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid. Samtidig stilles det økte krav om evidensbaserte tiltak i helsetjenesten.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	i
Abstract	ii
Sammendrag	iv
KAPITTEL 1 INNLEDNING	1
1.1 Redegjørelse for masteroppgavens bakgrunn.....	1
1.2 Barn, unge og barndom.....	4
1.2.1 Barndomssosiologi.....	4
1.2.2 Barndom relatert til tid og sted	5
1.2.3 Aktuelle vitenskapelige artikler og kilder om barn og unge som subjekt, barndom og medvirkning.....	10
1.3 Helsesøstertjenesten- Kunnskapsgrunnlag og kompetanse.....	12
1.3.1 Kunnskapsbasert praksis.....	13
1.3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	14
1.3.3 Kompetanse og psykososialt arbeid i skolehelsetjenesten.....	16
1.3.4 Historisk perspektiv på helsesøstertjenesten.....	18
1.4 Brukermedvirkning og subjektposisjon.....	21
1.5 Presisering og avgrensning av problemstillingen.....	23
1.6 Oppgavens oppbygging.....	24
KAPITTEL 2 VITENSKAPSTEORETISK REFERANSERAMME	25
2.1 Sosialkonstruktivisme som vitenskapsteoretisk grunnlag og Forskningsdesign.....	25
2.2 Diskurs.....	27
2.3 Tekst og diskurs: Dokumenter som sosiale konstruksjoner.....	29
2.4 Dokument- og diskursanalyse.....	30
2.5 Diskurser om barn og unge: Subjekter versus objekter?.....	31
2.6 Egen forforståelse.....	33

KAPITTEL 3 METODE OG MATERIALE.....	35
3.1 Dokumentanalyse som metode.....	35
3.2 Dokumentenes bruk- produksjon, funksjon og innhold.....	36
3.3 Dokumentenes standardisering/ fakta.....	36
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for valgte dokumenter.....	37
3.5 Materiale og tema.....	40
3.5.1 Dokumentenes tilknytning til institusjon/ kontekst.....	41
3.5.2 Valgte tekstutdrag fra de tre dokumentene.....	43
3.6 Analysearbeidets ulike trinn.....	43
3.6.1 Tema og innhold i dokumentene.....	43
3.6.2 Diskursanalyse som utvidet dokumentanalyse.....	46
3.7 Etske betraktninger.....	51
3.8 Styrker og svakheter ved metodene.....	51
KAPITTEL 4 ANALYSE OG DISKURSER.....	52
4.1 Dokumentenes tilknytning til institusjon/ kontekst: Når og av hvem ble dokumentene skrevet?.....	52
4.2 Dokumentenes bruk- produksjon, funksjon og innhold: Hvem er dokumentene skrevet for og for hvilke formål?.....	53
4.3 Dokumentenes standardisering/ fakta.....	56
4.3.1 Hva sier dokumentene om kvalitetssikring?.....	56
4.3.2 Hva sier dokumentene om kunnskapsbasert praksis?.....	58
4.4 Temaets avgrensning i en utvidet dokumentanalyse, trinn 1.....	61
4.4.1 Presentasjon og analyse av tekstutdrag om brukermedvirkning fra Veileder for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IK- 2617 Statens helsetilsyn, 1998).....	63
4.4.2 Tekstutdragets innhold, mening og referanser.....	63
4.4.3 Presentasjon og analyse av tekstutdrag om brukermedvirkning fra Kommunenes Helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).....	64

4.4.4	Tekstutdragets innhold, mening og referanser.....	65
4.4.5	Presentasjon og analyse av tekstutdrag om brukermedvirkning fra Nasjonal faglig Retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet 2016).....	68
4.4.6	Tekstutdragets innhold, mening og referanser.....	69
4.4.7	Presentasjon og analyse av tekstutdrag B fra Nasjonal faglig retningslinje (2016).....	71
4.4.8	Tekstutdragets innhold, mening og referanser.....	71
4.5	Diskursens representasjoner, trinn 2.....	73
4.5.1	Barn og unges bemyndigelse- <i>Demokratidiskursen</i>	74
4.5.2	Barn og unges rettigheter – <i>Rettighetsdiskursen</i>	79
4.5.3	Barn og unges behov- <i>Kunnskapsdiskursen</i>	82
4.5.4	Barn som being & becoming – <i>Barndomsdiskursen</i>	84
4.6	Diskursens lagdeling, trinn 3.....	85
4.7	Diskursens materialitet.....	89
4.8	Makt i diskursen.....	90
	KAPITTEL 5 OPPSUMMERING.....	92
	LITTERATUR.....	94

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Redegjørelse for masteroppgavens bakgrunn

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i min tidligere erfaring som helsesøster i kommunehelsetjenesten og som høgskolelærer ved helsesøsterutdanningen. Målet med oppgaven er å undersøke barn og unges posisjon og medvirkning i helsesøstertjenesten. Dette gjøres ved å anvende dokument- og diskursanalyse som metode, hvor tekster fra sentrale dokumenter er gjenstand for nærmere granskning fra perioden 1998 til 2016. Sammenligning av tekster skrevet om barn fra ulike tidsperioder, kan vise endringer i ulike oppfatninger om barn som råder i samfunnet.

Endringer i folkehelsen medfører også endringer i retningslinjer, lover og forskrifter for helsesøsterutdanningen og yrkesutøvelsen. Dette har igjen ført til nye ansvars-, og kompetansekrav for helsesøstertjenesten. Slike endringer har også betydning for rammebetingelser av virksomheten og helsesøsters generelle samfunnsoppdrag i folkehelsearbeidet. Ny og oppdatert kunnskap kreves for å kunne styrke det helsefremmende arbeidet. Tilegnelse av ny kunnskap må derfor skje både i helsesøsterutdanningen og i yrkesutøvelsen (Meld. St.19 (2014-2015), Meld.St.34 (2012-2013)). Dagens Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen er et nasjonalt styringsverktøy fra 2005 som legger føringer for helsesøsterutdanningens vektlegging av ulike temaer. Brukermedvirkning hos barn og unge er et vesentlig tema som gjenspeiles i helsesøsterutdanningens faglige innhold og i tjenesten.

Ut fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv kan barndom og brukermedvirkning betegnes som historiske, sosiale og kulturelle konstruerte fenomen knyttet til samfunnets utvikling for øvrig. Dette diskuteres i denne studien med vektlegging av et barndomssosiologisk perspektiv. Studien avgrenses til å omhandle forhold som gjelder barn og unge hovedsakelig i Norge. Der det er relevant for masteroppgavens tema og problemstilling, refereres det til studier som er gjort i andre land, hovedsakelig de nordiske landene. En vesentlig fellesfaktor er barn og unges rettigheter nedfelt i FNs barnekonvensjon, artikkel 12. Denne skal styrke barn og unges rett «til å bli lyttet til» (1989:4). FNs barnekonvensjon har fått mer oppmerksomhet i ulike dokumenter de siste årene. Barn og unge har gjennom historien hatt ulik `posisjon` og betydning i samfunnet (Qvortrup1994, Halldén 2007). Barndom kan betegnes som en prosess,

denne er i forandring både når det gjelder tidsepoke, sted og kontekst forøvrig. Dagens begrep «brukermedvirkning» viser en historisk endring i forhold til barn og unges posisjon i samfunnet. Dette gjelder også som brukere av helsesøstertjenesten i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Barndom i dag blir innenfor barndomssosiologien ofte karakterisert som «institusjonalisert» (Qvotrup 1994, Halldén 2007, Arvesen 2014). Barn og unge tilbringer mye av sin tid utenfor hjemmet, eksempelvis på skolen og i SFO. Skolehelsetjenesten, lokalisert til skolene, er en arena hvor barn og unge er i jevnlig kontakt med helsesøster. Ett av helsesøsters arbeidsområde er blant annet bistand med å tilrettelegge for et godt psykososialt miljø for barn og unge. Hvordan barn og unge selv aktivt skaper og uttrykker sin handlingskompetanse i fellesskap med helsesøster, skaper barndom, er derfor av betydning når et barndomssosiologisk perspektiv vektlegges. Halldén forklarer dagens barndomsstudier slik:

Genom att studera barndom studera vi ett samhälle både på en strukturell och en diskursiv nivå, det vill säga både som ett system av politiska, juridiska och ekonomiska förhållanden och ett system av föreställningar och ideologier. Det sätt som barndomen utformas på, säger något om samhället och dess sätt att fördela resurser, rättigheter och skyldigheter (Halldén 2007:13).

Barn og unges oppvekst og synet på barndom er annerledes i dag enn for 50 år siden. Dette som følge av ulike samfunnsendringer både når det gjelder helsepolitiske forhold, men også generelt i samfunnet. Ved å betrakte barndommen som sosialt og historisk konstruert, er det interessant å undersøke hvordan barn og unges innflytelse og medvirkning er og har vært i samfunnet. Hvordan ulike aktører konstruerer barndom, og hvilke konsekvenser dette får for barn og unges reelle medvirkning i den sosiale praksis er av betydning (Halldén 2007). Slik aktualiseres det å undersøke diskurser om barn og unges subjektposisjon i lys av begrepet brukermedvirkning, et fenomen, beskrevet i sentrale dokumenter for helsesøstertjenesten. Fenomen kan defineres som «observerbar hendelse/ faktum som reflekterer et begrep (Jf. Concept)» (Støvring 2005:142). Hvordan brukermedvirkning og barndom blir beskrevet og uttrykt i tekster av ulike aktører, kan vise hvilke forhold som har påvirket og dannet grunnlaget for begrepene. Samtidig er det av interesse å avdekke eventuelle diskurser i dokumentene omkring fenomenene, og finne ut hva som blir «gyldig» kunnskap og «sannhetsregimer» (Prior 2003, Neumann 2001).

Brukermedvirkning kan betraktes ut fra et individ- og/ eller systemnivå. Barn og unges brukermedvirkning på individnivå kan komme til uttrykk gjennom medbestemmelse. Et eksempel på barn og unges representasjon på systemnivå kan være medvirkning når helsetjenester skal endres eller opprettes (Sosial- og helsedirektoratet IS-1162, 2005-2015). Sistnevnte kan eksempelvis være elevråd som uttaler seg i forhold til skolehelsetjenesten. Psykososiale forhold er også et eksempel på ett av flere områder som helsesøster i skolehelsetjenesten skal vektlegge og samarbeide med barn og unge om. Oppvekstmiljøet har betydning for barn og unges helse (Skærbæk & Nissen 2014, NOU 2015:2).

Helsesøster som fagperson skal opplyse og formidle informasjon om helsemessige forhold både på individ- og systemnivå. Formidlingen skal gjøres på en forståelig måte slik at barn og unge kan benytte informasjonen ut fra egne behov. Møtet mellom helsesøster og brukerne skal tilrettelegge for medvirkning og innflytelse på helsetilbudet ut fra deres behov (Myhra 2012). Skærbæk og Nissen knytter begrepet medvirkning til det psykososiale arbeidet hvor «medvirkning impliserer fellesskap» (Skærbæk & Nissen 2014:25). Begrepet «Bruker» representerer et ideal ifølge Skærbæk og Nissen (2014). Kultursosiolog Myhra (2012) viser til endring i lovverket fra tidligere *Lov om pasientrettigheter* (1999) til *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (2001). Dette illustrerer et skifte når det gjelder synet på tjenesteutøvelsen. Myhra skriver følgende:

Begrepsbruken endres i denne nye loven: fra klient og/ eller tjenestemottaker til *bruker*. Brukerbegrepet defineres her som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c). (Bokstav c): helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, som er utført av helsepersonell) (Myhra 2012:61).

Helsesøstertjenesten skal vektlegge brukerperspektivet, noe som er nedfelt i Helsedirektoratets *Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten* (2004). Denne understøtter *Lov om bruker- og pasientrettigheter* (2001). Brukermedvirkning er tydeliggjort i det helsefremmende arbeidet, noe som kan underbygge aktivt engasjement hos barn og unge i forhold til det psykososiale arbeidet. På denne måten kan også kvaliteten på praksis, helsesøstertjenesten utvikles, da ut fra brukernes behov (Glavin, Helseth & Kvarme 2007).

Hvordan barn og unge oppfatter seg selv, i relasjon til andre og sin kontekst, eksempelvis på skolen i møtet med medelever, har betydning for deres trivsel og mestringsopplevelse (Skærbæk & Nissen 2014). Av stor betydning for barn og unges selvbylde er at de kan bety noe for andre og ha påvirkning i forhold til den psykososiale hverdagen på skolen. Det foregår en interaksjon mellom det enkelte individ og miljøet rundt.

Johansen og Solbjør (2012) har forsket på ulike diskurser som eksisterer i et utvalg av norske helsepolitiske dokumenter som omfatter brukermedvirkning. Begrepet brukes mye i offentlige dokumenter og gis ulike betydninger innenfor ulike «forståelsesrammer» (Johansen & Solbjør 2012:308). For å løse ulike utfordringer i helsevesenet reises spørsmålet om begrepet blir anvendt som et «universalmiddel for helsevesenets problemer» (2012:307). Johansen og Solbjør reiser også spørsmålet om brukermedvirkning kan inneholde ulike diskurser også når det gjelder «ulike typer pasientgrupper» (2012:324), eksempelvis i eldreomsorgen. Eksisterende diskusjoner om forventninger til barn og unges posisjon har betydning for skolehelsetjenesten, ikke som pasienter, men som brukere. Det foreligger også en ny Nasjonal faglig retningslinje (2016) som nylig har vært til høring. Derfor falt valget på barn og unges brukermedvirkning i helsesøstertjenesten som tema for min masteroppgave.

1.2 Barn, unge og barndom

1.2.1 Barndomssosiologi («childhood studies», «social studies of childhood»)

Begrepe barn og barndom er mangfoldig. Begrepet kan gi ulike assosiasjoner og symbolisere ulike betydninger, eksempelvis å være en del av den norske befolkningen, å være i en livsfase, å være en generasjon, som historie eller som framtid (Tiller 2000:49).

I barndomsforskningen betraktes barndom som en *sosial kategori* og som en *sosial konstruksjon* (James & Prout 1997, Halldén 2007, Näsman 2004). Konstruksjonsbegrepet er prosessrettet da ulike aktører konstruerer barndom. På samme tid endres barndom i forhold til tid og sted (Halldén 2007). Et slikt perspektiv på barn og barndom legges også til grunn for denne studien når barn og unge omtales. Barn og unge betegnes ofte som brukere i helsetjenesten. I denne studien anvendes begrepe barn, unge og brukere om hverandre.

I sosiologien har det tidligere blitt etterlyst mer forskning på barn. En av forklaringene på manglende forskning er at barn har vært marginalisert i samfunnet (Qvortrup 1993a I Corsaro 1997). Corsaro (1997) betegner barnas posisjon slik « [...] their subordinate position in

societies and in theoretical conceptualizations of childhood and socialization» (Corsaro 1997:7). Dilemmaet mellom å beskytte den moderne barndom og samtidig utøve kontroll knytter den danske sosiologen Qvortrup til «voksnes paternalisme» (Qvortrup 1994:24-26).

Det har etter hvert blitt oppfordret til mer forskning rettet mot de minste barna. Flere forskere har belyst førskolearbeid i tilknytning til barn og barndom (Halldén 2007, Bae 2005). Barndomssosiologien knyttes gjerne til «ett nytt paradigme» ved å løfte fram en annen måte å se barn og unge på, enn det som har vært mer tradisjon innenfor sosiologien (Halldén 2007, Alanen 1988, James & Prout 1997). I barndomssosiologien, påpekes nødvendigheten av å dekonstruere begreper som tidligere har vært anvendt i barnestudier (Halldén 2007). I stedet for et utviklingsperspektiv, fremmes eksempelvis en vektlegging av barnas handlingsrepertoar og hvordan barndom blir til av barna selv. Barn er aktører. Dette benevnes som «childing practices» (Halldén 2007:31). Likeledes knyttes *childing practices* til et såkalt generasjonssystem slik Johansen (2009) også viser til. Forskningen som omhandler barn og barndom har nye og andre tilnæringsmåter. Det nye paradigmet i barndomsforskningen karakteriseres ut fra spesifikke kjennetegn og gjengis av Halldén (2007:27) som følgende:

1. Barndom ska förstås som en social konstruktion.
2. Barndom kan aldrig särskiljas från variabler som klass, kön och etnicitet.
3. Barns sociala relationer och kulturer är värda att studera i sin egen rätt.
4. Barn är och måste betraktas som aktiva i skapandet av sitt eget sociala liv.
5. Etnografi är en speciellt lämplig metod för att komma åt barns perspektiv.
6. Att proklamera ett nytt paradigme för barndomsforskning innebär också att delta i förändringen av barndomen

1.2.2 Barndom relatert til tid og sted

Ulike samfunn gir ulike barndommer, ifølge den danske sosiologen Qvortrup (1994). Kultur og sosiale forhold har betydning for barndom (Halldén 2007). Alle barn og unge kommer fra et sted og fra noen. Dette utgangspunktet påvirker interaksjonen med andre og den konteksten de befinner seg i. Barn og unge som sosial gruppe betraktes innenfor barndomssosiologien som noe mer enn bare at de en dag skal bli voksne. Det dreier seg om betydningen av barn og unges livsverdener i seg selv, her og nå (Halldén 2007).

Barn og unge lever i en kultur som aktive og sosiale mennesker, helt fra fødselen av og med egne stemmer. Dette har betydning for forskningen som pågår innenfor barndomssosiologien. Etnografisk tilnærming anses å være hensiktsmessig metode i den sammenheng. Dette fordi det kan anvendes «andre kanaler» for å kunne «høre/ se» barnas stemmer, spesielt når det gjelder de minste barna (Halldén 2007).

Det nye paradigmet i barndomsforskningen representerer en aktiv deltagelse også fra voksne, som å tilrettelegge for bedre vilkår for barn og unge ved å inkludere dem i forskningen. Likeledes vektlegges at den forskningen som foregår skal være for barna. Det er altså barn og unges ståsted som løftes fram og deres virkelighet gis verdi. Flere forfattere og forskere har undersøkt hva som karakteriserer barndom og oppvekstvilkår i Norge og andre nordiske land (Ovortrup 1994, Højlund 2009, Gullestad 2006). Barn og unge befinner seg på ulike arenaer, institusjoner, i større grad enn tidligere. Eksempelvis i barnehage, skole- fritidsordning og i organiserte aktiviteter etter endt skoledag. Dette har innvirkning på barn og unges barndom, noe som har blitt betegnet av flere forskere som en «institusjonalisert barndom» (Ovortrup 1994:21, Arvesen 2014:66). Samtidig har barna også fått økte rettigheter som god oppvekst, trygghet og skolegang. På denne måten knyttes den institusjonaliserte barndom og rettigheter sammen. Arvesen framhever et utviklingstrekk i dagens samfunn med det han kaller «barnas rett til en barndom» (Arvesen 2014:66).

Den institusjonaliserte barndommen påvirker også familielivet hvor barn og unge vokser opp. Primære oppgaver som foreldre hadde tidligere i forhold til sine barn er i dag delvis overført til andre arenaer, eksempelvis skolen. Barn og unge tilbringer mye av sin tid og hverdag utenfor hjemmet og i andre institusjoner. Familien fikk også en ny rolle når kvinner ble mer yrkesaktive på 1970- tallet. Dette medførte en forandring, ikke bare i familien, men også i samfunnet. Mange barn fikk en tidlig start i barnehagen som institusjon.

Familien blir betegnet som en enhet som symboliserer ideologiske verdier. Foreldrenes private ansvar og omsorg for sine barn vektlegges i dagens samfunn, men samtidig foregår mye av barn og unges sosialisering i ulike institusjoner (Ovortrup 1994, Arvesen 2014). Foreldreskapets fleksibilitet i forhold til dagens krav i samfunnet, økt institusjonalisering av barn og unge og økt individualisering av barn og unges rettigheter foregår samtidig (Ovortrup 1994, Halldén 2007, Gullestad 2006, Schultz Jørgensen 2000).

Endringer i familiestrukturen viser hvordan familien som enhet er i et gjensidig påvirkningsforhold, i forhold til samfunnet og samfunnets institusjoner. Gullestad kaller dette for «transformert modernitet», hvor endringer relateres til endringer for øvrig i samfunnet (Gullestad 2006:46). Barn og unges selvstendige valg vektlegges mer enn tidligere.

Skærbæk og Nissen (2014) påpeker hvordan barn og unges brukermedvirkning ofte har en tendens til å være «basert på voksensentrert forståelse av deltakelse og medbestemmelse» (Skærbæk & Nissen 2014:65). En utfordring ved dette kan være at barn og unges reelle oppfatninger og liv ikke kommer til uttrykk. Rettighetsprinsipper gjenspeiles blant annet i FNs barnekonvensjon hvor barn og unges rettigheter understrekes og synliggjør et medborgerskap på lik linje med de voksne (FNs barnekonvensjon 1989). Samtidig har familien «[...] opprettholdt sin ideologiske betydning i samfunnet» (Skærbæk & Nissen 2014:66). Kollektivet i familien som en egen institusjon, med dens kulturelle og sosiale verdier, har endret seg til familien med individer innad i en og samme familie med sine rettigheter. Qvortrup (1994) kaller dette «Den øgede demokratisering af familielivet», hvor barn og unge har fått en mer selvstendig posisjon innad i sine private familier (Qvortrup 1994:22).

Killén (2000) vektlegger det forebyggende arbeidet som utføres i praksis relatert til forholdet barn- voksne. Hun omtaler Winnicotts (1969) begrep «godt nok» når det gjelder foreldreskap (Killén 2000:31). De voksnes omsorg, både når det gjelder følelsesmessige og fysiske behov, er ut fra barnas behov og de voksnes. Killén forklarer at «Godt nok» foreldreskap handler om aksept av barnet som det er» (Killén 2000:32). Det å bli sett, føle seg trygg og bli forstått knyttes til «parenting»- funksjoner (Killén 2000:33). Disse funksjonene har foreldre ansvar for, men også andre voksne i den daglige kontakten med barn og unge. Helsesøster er et eksempel på en voksen med en slik omsorgsfunksjon.

Barn benevnes som umyndige på grunn av alder, noe som har juridiske implikasjoner i samfunnet (Näsman 2004, Backe- Hansen 2011). Enkelte har likestilt barn og unge som en minoritet på grunn av alderens konsekvens i forhold til det å være med på alle plan i samfunnslivet (Qvortrup 1994). De voksne har flere og andre rettigheter enn barn og unge som viser et maktforhold (James, Jenks & Prout 1999). Qvortrup (1994). Omsorg overfor barn innebærer både beskyttelse, hjelp fra voksne og ivaretagelse av barn og unges rettigheter med hensyn til deres integritet som subjekter.

Tradisjonelt sett har utviklingspsykologiske tilnæringer vært dominerende i forhold til barns utvikling, eksempelvis i faget pedagogikk. Et ensidig fokus på utvikling har møtt kritikk fordi det kan virke «objektiverende og reduksjonistisk» i synet på barn (Bae 2005:4). På denne måten blir hvert enkelt individ tatt ut fra sin tilhørende omgivelse hvor det «gjennomsnittlige og almene» får forrang (Bae 2005). Etter hvert har også sosiologiske betraktninger fått betydning i forskningen om barndom og barndom som sosial konstruksjon. Barn og unges kultur og kontekst har innvirkning på synet av barndom. Et slikt perspektiv betegnes som «ikke- reduksjonistisk» (Hennum 2010:10).

Et utviklingsperspektiv samt et sykdomsforebyggende perspektiv har vært vektlagt innenfor helsesøstertjenesten. Her tilsiktes å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død (Mæland 2005). Ifølge Dahl, Andrews og Clancy (2014) inneholder Rammeplanen for helsesøsterutdanningen (2005) et sykdomsforebyggende perspektiv. Dette til tross for dens vektlegging av å anvende kunnskap om det som fremmer helse. I psykososialt arbeid og perspektiv på barndom poengterer Skærbæk og Nissen (2014) at to ulike oppfatninger kan settes opp mot hverandre. Det ene er «natur/ kultur» versus «utvikling/ sosialisering» og skriver følgende:

Mens barnets utvikling i en tradisjonell utviklingspsykologisk begrepsdrakt kan beskrives som bevegelse fra det enkle mot det komplekse (for eksempel i kognisjon), fra irrasjonell til rasjonell, og der deres språk og handlinger tolkes som markører i en naturlig utviklingsprosess, er barndommen i et funksjonalistisk sosialiseringsperspektiv bevegelsen fra en posisjon utenfor samfunnet til en gradvis integrering i samfunnet. Begge posisjonene vektlegger i stor grad sluttproduktet, det utviklede eller sosialiserte individet. Barnet er i tilblivelse, og det er målet, hva det skal bli til, som vies oppmerksomhet (Skærbæk & Nissen 2014:68-69).

I den senere tid har barndomssosiologiske studier gjort sitt inntog og blitt etablert som en egen gren. Barn og unge betraktes som sosiale aktører. Barndomssosiologien tar avstand fra konstruerte forestillinger og oppfatninger om hva barn og barndom innebærer (Nilsen 2000, Qvortrup 1994). Barndom blir ansett som en verdi, et «her og nå» fenomen, der barn og unge selv er aktører og har handlingskapasitet. På denne måten inneholder barndomssosiologien noe annet enn den tradisjonelle oppfatningen om at barn passivt kun sosialiseres til etterhvert

«å bli» sosialiserte voksne. Barndommen har en verdi og betydning i seg selv hvor barn og unge har «handlingsdyktighet» (Nilsen 2000).

Tiller (2000) og Skærbæk og Nissen (2014) beskriver ulike oppfatninger i synet på barn og barndom. Den kulturelle kontekst der barn og unge vokser opp i kan avspeile ulike diskurser i forhold til fenomenet. Dette kan ha relevans når det gjelder diskursiv praksis og definisjonsmakt. Tiller (2000) beskriver tre ulike perspektiver på barndom. En av disse er «den opplevde barndom» hvor han forklarer følgende:

Hvis vi kan si at barnet konstituerer barndom, innebærer det- fordi barn og voksen er motpoler i vår forståelse- at barnet ser og oppfatter virkeligheten nettopp ved ikke å se det som andre- de voksne, kloke hevde å se. Det ser til gjengjeld andre ting. Det blir viktig å gjenvinne de persepsjonene det dreier seg om dersom vi skal regne det å være barn som nødvendig bestanddel av barndom. Vi kunne gå mer direkte til verks og oppnå barns egen beskrivelse av sitt miljø, sine aktuelle opplevelser. Og dette bør utvilsomt gjøres i langt større omfang enn vi er vant til (Tiller 2000:16).

Det andre synet på barndom betegner Tiller (2000) som «samfunnets barndom», som innebærer å betrakte ulike sosiale betingelser i forhold til fenomenet barndom og barns utvikling. Slik beskriver han den samfunnsskapte barndom:

[...] en ny versjon av en gammel prototyp: barnet som en voksen miniatyr? I alle fall er det et individ som har kvittet seg med de belastende tidlige stadier, og som derfor ikke lenger behøver så stor grad av omsorg, tilsyn, beskyttelse. Selvsagt er dette en ønskelig tilstand. Men vi bør nok spørre oss selv om det ikke også er noe som går tapt. Det gjøres store samfunnsmessige innsatser for å holde gamle mennesker unge og for å gjøre barnet voksent. Kan det tenkes at dette skjer på bekostning av eksistensielle og kulturelle verdier ved barndom og alderdom? (Tiller 2000: 25).

Det tredje perspektivet på barndom er «den historiske barndom» (Tiller 2000:25). Denne knyttes til historiens tiltaksrettede forhold hvor blant annet lovverk har hatt innvirkning. Tiller (2000) forklarer dette slik:

Ulike forestillinger om barn avspeiles i samfunnets behandling av dem, og denne skaper igjen vilkårene for fremveksten av barndommen som vi kjenner den i dag. Barn inntar ingen sentral plass i den skrevne historien. Vi finner dem nevnt bare her og der, liksom tilfeldig. Men når de er omtalt, kan vi få et inntrykk av deres levekår, hvordan de ble oppfattet av samtiden, hvilke forestillinger om barn som fantes, og hvilke egenskaper de ble tilskrevet (Tiller 2000:26).

Dette kan gjenkjennes når en ser tilbake på barn og unges levekår på 1960- tallet, oppfatninger, lovverk og andre skrevne dokumenter om barn og unges posisjon i forhold til helsetjenesten.

1.2.3 Aktuelle vitenskapelige artikler og kilder om barn og unge som subjekt, barndom og medvirkning

I nyere forskning om barn og barndom foreligger det ulike vitenskapelige artikler som tar for seg temaer som har relevans for denne studien. En rekke artikler er utgitt innenfor det pedagogiske fagfeltet. Pedagogikken er nært knyttet til helsesøstrenes veiledningsansvar i det helsefremmende arbeidet i skolehelsetjenesten. Dialogen, også kalt helsekommunikasjon, skal være «relevant, troverdig, forståelig, realistisk og etisk forsvarlig» (Galvin, Helseth & Kvarme 2007:33). Dette har relevans for barn og unges behov som berører den psykososiale helsen hvor veiledning som metode er knyttet til pedagogiske prinsipper i henhold til helsesøsters kompetanse. Veiledning beskrives å være et verktøy i empowermentprosessen (Tveiten 2007). Ut fra dette har pedagogiske aspekter angående barn og unge også betydning for helsesøsters arbeid. En artikkel skrevet av Bae (2005), som også er utgitt av Kunnskapsdepartement, understreker betydningen av å se barn som subjekt innenfor pedagogisk arbeid. Medvirkning, omsorg og yrkesetisk holdning løftes fram som viktige komponenter i møtet med barn som subjekt.

Backe- Hansen (2011) ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), har foretatt en litteraturgjennomgang, med søk fra 2000, med fokus på ungdoms medvirkning knyttet til teoretiske perspektiver. Denne ble utført i forbindelse med Ungdommens maktutredning (Backe- Hansen 2011). I studien brukes «deltakelse og medvirkning om hverandre» (Nova, Backe- Hansen 2011:7). Litteraturgjennomgangen det vises til framhever «det dialogiske og relasjonelle grunnlaget for deltakelse» (2011:3).

Alanens (1988) artikkel «Rethinking Childhood» tar for seg barndomsbegrepet og knytter dette til politikkenes «drakamper» hvor det etterlyses forskning på området da det var nærmest fraværende innenfor samfunnvitenskapene. Alanen løftet fram behovet for forskning «*of childhood, and for children, if not (yet) by children themselves [...]*» (Alanen 1988:65). Johansen (2009) tar for seg teoretiske perspektiver på barndom med ulike tilnærminger samt deres forbindelser innenfor barndomssosiologien. Gullestad (2006) har skrevet artikkelen «Barndom i Norge» som tar for seg barn, barndom og identitet.

Jensen og Simovska (2005) har utført studier i forbindelse med Helsefremmende skoler, «Europeisk nettverk for helsefremmende skoler». Studiene gir eksempler på hvordan skolen som arena kan tilrettelegges for barn og unges aktørskap og påvirkning av det psykososiale miljøet. De voksne har koordinerende roller som sørger for tilrettelegging, noe Jensen og Simovska (2005) framhever er viktig. Det vises til elevenes aktive innsats eksempelvis endring av tider relatert til timeplaner. Det aktive kunnskapsarbeidet ble identifisert via fire faser ifølge Jensen og Simovska (2005), som betegnes «Investigation, Visions and alternatives, Action and Change» (2005:153). Individets behov og omgivelser, i dette eksemplet skolen, er i fokus. Temaområdene som elevene jobbet med, omhandler ulike forhold relatert til helse, men ut fra elevenes egne behov knyttet til konteksten. Studiene viser hvordan den enkelte elev på individnivå kan få direkte positivt utbytte av eget arbeid. Et eksempel er endring av skoletime som ga mer rom for sosial kontakt med de andre elevene. Samtidig påvirket dette systemnivået i forhold til det psykososiale miljøet for hele klassen og omgivelsene. På denne måten blir temaer utforsket og relatert til helse, både for den enkelte elev og i elevgrupper, i et sosiokulturelt miljø. Deltagelse og innflytelse blir flerdimensjonell og noe annet enn når voksne, eksempelvis helsesøster, tar opp forhåndsbestemte helserelaterte temaer utviklet av voksne. Jensen og Simovska (2005) skriver følgende:

Inherent within the conceptualisation of teaching and learning through genuine participation are issues of power and ownership. Genuine student participation allows for student ownership of the learning process (Jensen & Simovska 2005:155).

Harts (1992) «Ladder of Young People`s Participation» beskriver barn og unges deltakelse gjennom en åttetrinnsstige hvor deltakelse karakteriseres av ulik kvalitativ karakter. To trinn (trinn syv og åtte) karakteriseres å vise reell deltakelse. Trinn syv omhandler barnas egne initiativ av prosjekter hvor dette er tenkt ut og styrt av barna selv, med voksne som støtte. Det åttende trinnet illustrer prosjekter initiert av barna selv og hvor avgjørelser tas med de voksne

(Harts 1992). Disse to trinnene forklarer Hart (1992) å være «empowering». Barn som beskrives som sårbare eller barn med minoritetsbakgrunn er spesielt eksponert når det gjelder kvalitativ forskjellsbehandling ifølge Hart (1992). På denne måten tydeliggjøres at mange av disse barna ikke opplever en reell deltakelse. Også her blir synet på barndommen viktig.

Schultz Jørgensen og Kampmann (2000) har utgitt en antologi på vegne av Barnerådet i Danmark. Denne tar for seg hvordan endrede kulturelle og sosiale betingelser for barn i dag gir noen utfordringer i forhold til medbestemmelses-, og selvbestemmelsesrett. Dette relateres til FNs barnekonvensjon.

1.3 Helsesøstertjenesten- Kunnskapsgrunnlag og kompetanse

Helsesøstrenes kunnskapsgrunnlag er av stor betydning for utøvelsen av tjenesten, og det er et viktig mål at helsesøstertjenesten er tilpasset behovene til barn, unge og foreldre. Glavin (2007) omtaler helsesøsters kunnskap som «sammensatt» da «Helsesøster har kjernekompetanse i sykepleie, spesialistkompetanse innenfor helsefremmende- og sykdomsforebyggende arbeid, og hun kan ha spisskompetanse på spesialområder relatert til de ulike virkeområdene» (Glavin 2007:57). Helsesøsters spesialistkompetanse innebærer holdninger og ferdigheter i tillegg til kunnskap (Norsk Sykepleierforbund, LaH 2015). Episteme, den vitenskapelige kunnskap og phronesis, den praktiske kunnskap uttrykt via handling, er av betydning for type kunnskapsform (Sollesnes 2006). Holdninger er nært knyttet til moral, engasjement og omsorg hvor tillit er forutsetningen for at barn og unge skal kunne oppleve et godt samarbeid med helsesøster. Dette er noe av kjernegrnnlaget som også er en del av sykepleie (Glavin, Helseth & Kvarme 2007). I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det følgende:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund 2011:7).

En kjerneverdi er å vise omsorg for brukerne (Norsk Sykepleierforbund 2011). Landsgruppen av Helsesøstre (LaH) betegner helsesøster som «lokalt barneombud» (NSF, Landsgruppen av helsesøstre 2015:16). Dette betegner noe mer enn bare å vise omsorg, men også aktivt verne om og sikre barn og unges rettigheter. Omsorg rommer da flere komponenter og kan komme til uttrykk i ulike former. Halldén (2007) viser til Dahl (2001) og skriver følgende:

Omsorgens mål är att ge barnet en hemhörighet i världen och en självmedvetenhet, men det innebär inte att barnet alltid kan hindras från smärta och svårigheter. Däremot ska tryggheten som grundlagts i de sinnliga erfarenheterna göra det möjligt att klara av att leva i världen med de prövningar det innebär (Halldén 2007:73).

1.3.1 Kunnskapsbasert praksis

Anvendelse av kunnskapsbasert praksis blant helsepersonell vektlegges i ulike styringsdokument. Dette skal bidra til å sikre kvalitet på tjenestene ved at det blir mindre avstand mellom praksis og forskning. Kunnskapsbasert praksis beskrives som «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt & Jamtvedt 2007:15). Brukerens medvirkning, behov og ønsker blir derfor av betydning i møtet med helsesøster.

I Landsgruppen av Helsesøstres (LaH) rapport etterlyses «systematisering og kontrollert utprøving» av den kompetansen som helsesøstrene innehar (LaH 2015:62). Forskning innenfor eget fagområde er ønskelig, hvor helsesøstre selv i større grad opparbeider egen forskningskompetanse for å øke tjenestens kvalitet ytterligere (LaH 2015, Glavin, Helseth & Kvarme 2007). Dette får betydning for brukerne av tjenesten og samtidig vil det bidra til å synliggjøre helsesøstertjenesten som en samfunnsaktør (LaH 2015). Helsesøster skal arbeide ut fra kunnskapsbasert praksis i det helsefremmende arbeidet som innebærer å være i spenningsfeltet mellom evidensbasert praksis, brukernes erfaringer samt behov og egne erfaringer (St. Meld.34 (2012-2013), Glavin, Helseth & Kvarme 2007).

Makt knyttet til kunnskap, og hvordan denne kunnskapen forvaltes i møte mellom brukerne og helsesøstertjenesten, er av stor betydning. Som en overordnet «paraply» er Verdens helseorganisasjon «Ottawa Charter» (WHO 1986a) om helsefremmende arbeid en ledetråd. Sollesnes skriver følgende:

Helsefremmende arbeid har bidratt til en endring fra ekspertstyrt monolog til demokratisk dialog i folkehelsearbeidet. Brukerperspektivet er sentralt, også når det gjelder utvikling av kunnskap. Deltakerbasert utvikling av kunnskap er oftest både ressurskrevende og tidskrevende, og profesjonsutøvere kan komme i konflikt mellom

hensynet til brukermedvirkning og krav om vitenskapeliggjøring av praksis (Sollesnes 2007:92).

1.3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid har tradisjonelt vektlagt risikofaktorer for sykdom. Det helsefremmende arbeidet vektlegger et salutogent perspektiv, det som skaper helse. Forebyggende- og helsefremmende arbeid omtales som komplementære ved at de utfyller hverandre fordi sykdom motvirkes ved å styrke det som beskytter. Et skille mellom de to perspektivene omhandler «ideologi, arbeidsmåter og valg av virkemidler» (Mæland 2005:65). Naturvitenskapelig kunnskap om årsaker til sykdom og risikofaktorer relateres til forebyggende sykdomsforebyggende arbeid, eksempelvis livsstilsykdommer. Dette for å forhindre at skade og sykdom oppstår. Helseopplysning vektlegges om helsevaner, eksempelvis hvordan livsstil og sykdom kan være sammenkoblet og de muligheter som finnes for å kunne ta sunne valg. Det sykdomsforebyggende arbeidet har blitt kritisert for blant annet å være for ekspertstyrt.

Det helsefremmende arbeidet baserer seg på humanistiske fag og er ressursorientert. Her vektlegges det som virker positivt inn på helsen, eksempelvis gode sosiale relasjoner. Dette krever aktiv deltakelse fra brukerne (WHO 1986). Brukermedvirkning, empowerment og mestring, løftes fram som viktige nøkkelbegreper i helsefremmende tiltak i helsesøstertjenesten. Et utydelig og vidt helsebegrep har vært noe av den kritikken det helsefremmende arbeidet har møtt (Glavin, Helseth & Kvarme 2007).

Aaron Antonovskys (1923- 1994) tenkning har hatt stor påvirkning på helsefremmende arbeid hvor salutogenese, «det som bringer helse», er det ideologiske grunnlaget for dette arbeidet. Han utviklet den salutogene modell som omhandler ulike nivå, kontinuum, av helse og hvilke faktorer som bidrar til å gi positiv helse (Antonovsky 2012). Generelle mestringsressurser, eksempelvis kunnskaper, gode sosiale relasjoner og et positivt selvbilde, har betydning for individets opplevelse av sammenheng.

Det helsefremmende arbeidet involverer også andre samfunnsaktører. Helsepolitisk oppfordres ulike instanser til et samarbeid, eksempelvis i forhold til barn og unges oppvekst. I folkehelsearbeidet i dag er det helsefremmende arbeid vesentlig vektlagt. Verdens helseorganisasjon (WHO 1986) betrakter helse som en ressurs. Det helsefremmende arbeidet

er prosessorientert og gir den enkelte muligheter til å «bedre og bevare» sin helse. I Ottawacharteret (1986a) blir helsefremmende arbeid og helsefremmende tiltak definert. *Helsefremmende arbeid* betegnes som «den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse» (Oversatt og utgitt av Helsedirektoratet 1987). Tilrettelegging for rettferdighetsprinsippet som sosial likhet i helse er en nødvendig målsetting og forutsetning for å kunne bedre eller bevare barn og unges positive helse. Hovedtanken innebærer helsefremmende oppmerksomhet også mot et mer overordnet systemnivå i samfunnet og ikke bare på individnivået. I det helsefremmende arbeidet vektlegges et holistisk, økologisk og et omsorgsperspektiv der «menneskene er den viktigste helseressurs» (WHO 1986). *Helsefremmende tiltak* karakteriseres av WHO (1986) ved ulike kjennetegn. To av disse er «Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling» og «Å utvikle personlige ferdigheter» (WHO 1986). Reell brukermedvirkning i form av medbestemmelse for barn og unge i skolehelsetjenesten kan føre til opplevd mestring og ha betydning for deres helse relatert til psykososiale dimensjoner. Mestring er en betydningsfull komponent ut fra et helsefremmende perspektiv. Helsefremmende tiltak har til hensikt å fremme livskvalitet, overskudd og muligheter for å kunne ta vare på egen helse.

I formålsparagraf i Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten vektlegges tre sentrale områder tjenesten har ansvar for: «a) fremme psykisk og fysisk helse, b) fremme gode sosiale og miljømessige forhold, c) forebygge sykdom og skade» (Helse- og omsorgsdepartementet 2003:11). Helsesøsters funksjonsområder beskrives også i Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen, fastsatt 1. desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet. Formålet med helsesøsterutdanningen er å utdanne kvalifiserte helsesøstre med profesjonell kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge, fra 0- 20 år. Utdanningsgrunnlag og ansvarsområde som vektlegges har stor betydning for utøvelsen av helsesøstertjenesten. Kunnskap om hvilke forhold som har betydning for å opprettholde god helse og velvære vektlegges i helsesøsterutdanningen. Helsesøsterstudentene tilegner seg kunnskap via pensumlitteratur som blant annet omhandler det salutogene perspektivet (Antonovsky 2012): Likeledes er empowerment, brukermedvirkning og ressursorientering viktige begreper som relateres til veiledningsansvar i yrkesutøvelsen (Tveiten 2007, Askheim 2012). Glavin (2007) omtaler helsesøsters kunnskap som «sammensatt» da «Helsesøster har kjernekompetanse i sykepleie, spesialistkompetanse innenfor helsefremmende- og

sykdomsforebyggende arbeid, og hun kan ha spisskompetanse på spesialområder relatert til de ulike virkeområdene» (Glavin 2007:57).

Helsestasjon- og skolehelsetjeneste er en lovfestet tjeneste som skal tilby alle barn og unge et helsefremmende- og forebyggende lavterskeltilbud som skal fungere helhetlig (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, 2011). Det foreligger et nasjonalt program i Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten som beskriver hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver tjenesten har (Sosial- og Helsedirektoratet 2004). Å fremme helse og å forebygge sykdom eller skade hos barn og unge er vesentlig i helsesøsters arbeid.

Det er avgjørende at helsesøster arbeider i miljøet hvor barn og unge og deres foresatte samt skolens personell befinner seg (Sosial- og Helsedirektoratet 2004). Eksempelvis kan dette være samtalegrupper med barn og unge i skolehelsetjenesten. En lett tilgjengelig og regelmessig skolehelsetjeneste er av stor betydning (Helsedirektoratet 2016). Disse to komponentene påvirker kvaliteten på det helsefremmende- og forebyggende arbeidet til helsesøster i de unges miljø. Denne tilbakemeldingen har barn og unge kommet med selv (Lindboe 2013, Barneombudet).

1.3.3 Kompetanse og psykososialt arbeid i skolehelsetjenesten

I NOUs 2015:2 «Å høre til. Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø» beskrives det psykososiale skolemiljøet og det vises til *Opplæringsloven 9a*. Det psykososiale miljøet defineres som følgende:

[...] det psykososiale miljøet forstås som de mellommenneskelige forholdene på skolen, det sosiale miljøet og hvordan elevene og personalet opplever dette. Det psykososiale miljøet påvirkes av enkeltelever, elevgrupper, elevfellesskapet og skolens holdninger, verdier og normer, som igjen påvirkes av indre og ytre faktorer som blant annet sosiale, kulturelle, religiøse, økonomiske, utdanningsmessige og helsemessige forhold i et komplekst samspill mellom skole, individ, grupper, familie og samfunn (s.30).

Dagens helsesøstertjeneste har et tydelig fokus på barn og unges helse knyttet til samfunn og oppvekstmiljø. Oppmerksomheten rettes mot økende psykososiale utfordringer og livsstilsendringer. Dette forklares ut fra at nærmiljø og samfunnsforhold ikke kan betraktes

adskilt fra barn og unges oppvekst, men får betydning for deres oppvekst og helse. *Oppvekst* beskrives i NOU 1995:26 som følgende:

Oppvekst dreier seg om hvordan vi formes og utvikles, hvordan vi blir individer og samfunnsmedlemmer. Kort sagt kan vi oppfatte oppvekst som utvikling av kompetanse til å mestre livet i det samfunn man er en del av. Det å mestre sitt liv innebærer å være i stand til ikke bare å tilpasse seg til samfunnsutviklingen, men også reflektere over og influere på den. Prinsipielt er dette nødvendig både for den enkelte og fellesskapet (NOU 1995:26, kap.5.2.1).

Interaksjon, samhandling og påvirkning av og mellom barn og unge i nærmiljø, eksempelvis i skolehelsetjenesten, er knyttet til brukermedvirkning. Barn og unge er brukere av skolehelsetjenesten. Brukerens egne ressurser og sin ekspertise på sitt eget liv, kan reise noen nye utfordringer i forhold til helsesøsterrollen og kompetanse (Andrews 2002). Helsesøster har et stort veiledningsansvar. I dette ligger et likeverdighetsperspektiv som skal romme brukerens medvirkning. Veiledning som et middel i en empowermentprosess berører bevisstgjøring av makt (Tveiten 2007, Glavin, Helseth & Kvarme 2007). Helsesøsters kompetanse og veiledningskunnskap er av betydning i møtet med barn og unge i skolehelsetjenesten. Denne arenaen skal være et sted hvor barn og unges egne stemmer, kompetanse og medvirkning skal fremmes (Glavin, Helseth & Kvarme 2007).

Skolehelsetjenesten har en struktur som «är ordningsskapande», der ulike aktører påvirker og utformer tjenesten (Halldén 2007:95). Halldén (2007) betegner førskolen som en institusjon som formes av aktørene. Dette er et interessant bilde på hvordan aktørenes innflytelse får betydning for innholdet. Formes innholdet i dagens skolehelsetjeneste av medvirkning fra barn og unge? Klare omsorgsverdier ligger til grunn for yrkesutøver og samtidig foregår det en balansering mellom det private, det som er forbeholdt familien, versus det offentlige. Halldéns (2007) perspektiver på hvem som former innholdet i førskolen bør også være relevant for skolehelsetjenesten, da denne arenaen hverken er skole eller hjem. Ut fra et slikt perspektiv kan stedet betegnes som «sävel en fysisk som symbolsk meningsdimension» (Halldén 2007:100).

1.3.4 Historisk perspektiv på helsesøstertjenesten

Sykepleie knyttet til folkehelse kan spores helt tilbake til Florence Nightingale (Nightingale 1997). Ved St. Thomas Hospital i London startet Nightingale en sykepleierskole og etablerte et system bestående av helsesøstre som skulle ivareta barn og mødres helse (Glavin & Kvarme 2003). Forebygging av infeksjonssykdommer, vektlegging av hygiene og amming har vært sentrale oppgaver. *Sunnhetsloven av 1860* var en folkehelsereform som dannet utgangspunktet for et lokalt helsevesen (Schjønby 2001). Hensikten med dette var å fjerne faktorer som utgjorde risiko for sykdom og samtidig «fremme helse» (Glavin & Kvarme 2003:29).

Der det manglet offentlig engasjement i folkehelsearbeidet, bidro ulike organisasjoner i betydelig grad. Eksempelvis kan Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS), Nasjonalforeningen for folkehelsen og Røde Kors nevnes. Helsesøsterutdanningen ble etablert i Statens regi i Oslo i 1947, Statens helsesøsterskole. Utdanningens formål var å «kvalifisere offentlige godkjente sykepleiere til forebyggende helsearbeid i lege distriktene» (Glavin & Kvarme 2003:49). Tiden fra 1945 til omtrent 1970 kan betegnes som «velferdsstatens klassiske epoke», hvor helse- og omsorgsvesenet fikk et økende offentlig ansvar (Hallandvik 1997:33). Folketrygden som kom i 1967 er et symbol og et tydelig eksempel dette.

Helsesøstertjenesten har hatt ulike ansvarsområder relatert til endrede helseutfordringer i befolkningen i de ulike tidsperioder. Med bakgrunn i helsestasjonsvirksomhetens historikk har tjenesten blitt karakterisert på forskjellige måter, eksempelvis «servicestasjon», «overvåkningsstasjon», «kontrollstasjon» og «samordningsentral» (Statens helsetilsyn, 1998:12). Servicestasjonen skulle ha brukeren i sentrum og i tillegg formidle helseopplysning med utgangspunkt i et tilbud fra kvinneorganisasjoner. Overvåkningsstasjonen var opptatt av at barna fikk tilstrekkelig omsorg av sine mødre. Opplysningsvirksomhet ble vektlagt hvor helsesøsters profesjonelle kompetanse var vesentlig. Den medisinske kontrollstasjon rettet oppmerksomheten på medisinsk problematikk og diagnoser i arbeidet med folkehelsen. Legenes ansvarsområder i det forebyggende helsearbeidet hadde innvirkning på helsesøstertjenesten og helsestasjonen fikk faglige retningslinjer. Samtidig ble også helsesøsters faglige kompetanse mer vektlagt. Helsesøsters rolle kan betraktes som legens assistent fram til 1978. Etter assistentrollen fikk helsesøster selv ansvaret for helsestasjonen som administrativ leder (Glavin & Kvarme 2003). En fjerde type helsestasjon, samordningsentral, har blitt beskrevet som «den idealtypiske» fra perioden 1984 (Statens

helsetilsyn 1998). I 1982 kom *Lov om kommunehelsetjeneste* hvor kommunene fikk ansvaret for helsesøstertjenesten og ikke lenger fylkeskommunene. 1900- tallet karakteriseres som en retningsendring, det vil si en prioriteringsdebatt oppstod, angående satsning på universelle tiltak versus risikofokus når det gjaldt tjenestens områder. Periodene er karakterisert av Elvbakken og Kjærnes ut fra ulike tema hvor de skriver at «Utgangspunktet for inndelingen er tre kategoriseringstema; forholdet mellom privat og offentlig engasjement, hvilke målgrupper som ble sett som viktige for virksomheten og den tematiske innretning» (Statens helsetilsyn 1998:11).

De første «skolesøstre» ble ansatt, som følge av skolelegesjef Schiøtzs arbeid i 1918 (Glavin & Kvarme 2003). Skolehelsetjenesten hadde et særlig ansvar når det gjaldt å følge opp det forebyggende arbeidet i forhold til skolebarnas hygieniske forhold, vaksinasjon og ernæring. *Lov om helsearbeid i skolen og andre undervisningsinstitusjoner av 28.juni 1957* medførte en tydeligere helsesøstertjeneste forankret i skolehelsetjenesten. I NOU 1979:53 *Skolehelsetjenesten* anbefales helsefremmende tiltak og likeledes introduseres «et utvidet helsebegrep». Et helhetlig perspektiv vektlegges hvor både sosiale, psykiske og fysiske forhold er av betydning (NOU 1979:53, s.13).

Kommunehelsetjenesteloven påla alle kommuner å drive forebyggende helsearbeid hvor virksomhetsområder var spesielt rettet mot helsestasjon- og skolehelsetjenesten samt opplysningsvirksomhet til disse to områdene. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)* trådte i kraft 01.01.2012 og *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* 01.10.2012.

Flere dokumenter er publisert, eksempelvis faglig Veileder for helsesøstervirksomheten *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2004) og *Opptappingsplan for psykisk helse 1996- 2006* (St.prp.nr 63) som har vært et stort satsningsområde. Betydningen av å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble understreket for å bedre tilbudet til barn og unge med særlig oppmerksomhet på psykososiale forhold.

Barn og unge omtales som viktige innenfor folkehelsearbeidet, noe som framkommer i NOUs (1998:18) dokument *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene* og i St.meld. Nr.16 (2002- 2003). Nå, i 2016, har ny *Nasjonalt faglig retningslinje for det*

helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet 2016) vært til høring. *Lov om pasientrettigheter- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) av 01.01.2001 og *Lov om helsepersonell* av 02.07.1999 (helsepersonelloven), er to helselover som har stor betydning for barn og unge og helsesøstertjenesten. Skolen ble allerede fra 1860 betraktet som et viktig sted hvor barns helse fikk oppmerksomhet i det forebyggende arbeidet. Barnevaksinasjonsprogram og regelmessige helseundersøkelser er fortsatt aktuelle arbeidsoppgaver i dag samtidig er mange av helsesøstrenes ansvarsområder endret med større oppmerksomhet på psykisk helse, livsstil og barn og unge med minoritetsbakgrunn (Helsedirektoratet 2016). I dag eksisterer skolehelsetjenester i alle landets kommuner.

Sentrale instanser har lagt føringer for helsearbeidet blant barn og unge. Barn og unges medborgerskap og juridiske posisjon i ulike tidsperioder har blitt betraktet ulikt (Backe-Hansen 2011, Hennum 2010). *Sosialdepartementets småskrift* (Skard 1964) var en serie hefter som ble utgitt for første gang i 1964 og omfattet opplysnings- og kunnskapsarbeid til allmennheten relatert til barns utvikling. Heftet vektla «*Utviklingsmessig oppdragelse* [...] (Skard 1964:8) og utviklingspsykologien fikk stor plass. Boken «*Barn i dagliglivet*» (Skard) ble publisert første gang i 1947, og var en av kildene som Sosialdepartementet anbefalte. «Heimen som rettssamfunn» som vektla «praktisk demokrati» i barneoppdragelsen var et viktig område (Skard 1947:171). Disiplin ble vektlagt med demokratiske verdier innad i familien framfor autoritær barneoppdragelse (Blom 2004). Å lytte til barnet ble den gang, som nå, ansett som viktig. Utviklingstrinnet som barnet befant seg på skulle være i harmoni med de krav og ansvar som ble stilt fra foreldrene. Barneoppdragelse og barnepsykologi stod sterkt som fag hvor barndommen ble betraktet som en frigjøringsprosess. Denne beskrives som at «Skolegangen er et viktig ledd i denne løsrivings=prosessen. Den er samfunnets første store krav til den nye medborgeren, den er barnets virkelige inn=steg i den store verden» (Skard 1947:206). Utviklingstrinn i retning mot det å bli voksen, demokratiske prosesser og medborgerskap til et storsamfunn ble vektlagt i etterkrigstiden. Dette gjenspeiles i de begreper som er anvendt i teksten.

I dag eksisterer ulike brukerorganisasjoner, eksempelvis Voksne for Barn og Barneombudet, som er betydningsfulle talerør som gir innspill fra brukerne. De skal også høres i forhold til de råd og anbefalinger som gis i dokumenter fra sentralt hold. Rettighetsprinsippet er i dag sterkt vektlagt i forskjellige dokumenter. Dokumenter fra nyere tidsperioder og overordnede faglige

føringer kan sammenholdes for de ulike periodene når det gjelder endring av barn og unges subjektposisjon via medvirkning. På denne måten kan noen diskurser på området, både likheter og ulikheter, avdekkes.

1.4 Brukermedvirkning og subjektposisjon

I barndomssosiologien ses barnet som subjekt. James, Prout & Jenks (1998) anvender perspektiver som «human becomings» og «human beings». Å bli og det å være, illustrerer to forskjellige perspektiver i synet på barn. Førstnevnte innebærer at barn er på vei mot noe, det vil si at det foregår endringer i retning av etter hvert å bli voksen. Det andre synet dreier seg om at barn og barndom er, hvor barn og unge selv har egne meninger og er aktive deltagere i sine egne liv her og nå.

Barn og unge som fullkomne «human beings», å være her og nå, er uavhengig av utviklingsperspektiv påpeker Halldén (2007). Samtidig som barndom kan være flertydig, kan også de voksnes rolle være i endring. Barn og voksne likestilles når det gjelder kravet om «fleksibilitet», som begrepet becoming viser til ifølge Halldén (2007:34-35). Voksne og barn kan derfor betraktes både som beings og becomings da det eksisterer en gjensidighet. Dette innebærer ifølge Halldén et «[...] beroende mellan barn och vuxna i stället för ett ensidigt beroende barn och en vårdgivande vuxen alternativt ett kompetent och autonomt barn (Halldén 2007:35). I den barndomssosiologiske tilnærmingen betyr det at «det är viktigt att studera vad barn behöver i sin egenskap av being» (Halldén 2007:35). Bae (2005) skriver at «Barn må altså møtes som medmennesker, og ikke ut fra et mangelperspektiv som fokuserer på hva de en gang skal bli» (Bae 2005:3). Barn og unges «dobbeltposisjon», slik Backe-Hansen (2011) skriver, har rettigheter slik voksne har som individer og samtidig «spesielle rettigheter ut fra sin status som barn» (Backe- Hansen 2011:8). Rettighetsprinsipper for barn og unge er i dag nedfelt i FNs barnekonvensjon. Denne skal sikre alle barn og unge beskyttelse, forsørgelse og deltakelse (Backe- Hansen 2011). Näsman (2004) er opptatt av barns rettigheter og aktørskap som en del av økt individualisering i samfunnet. Barn og unges medvirkning berører både rettigheter og verdier samt den offentlige helsetjenestens virksomhet. Handlingsrom og muligheter for medvirkning er av stor betydning, likedan holdninger og behov. Raustøl (1996) definerer medvirkning som:

Medvirkning blir til i skjæringspunktet mellom organisasjon, historie og den aktuelle situasjon, slik de blir fortolket av de ulike aktørene. Derfor handler medvirkning først

og fremst om samspillet mellom person, organisasjon og historie. Det er i dette samspillet at medvirkning får liv (Raustøl 1996:98).

I denne studien knyttes barn og unges subjektposisjon til diskurser i dokumenter om barn og unges brukervedvirkning i helsesøstertjenesten (Neumann 2001). Begrepene brukervedvirkning og medvirkning brukes synonymt. Qvortrup (1994), en sentral dansk sosiolog og forsker innenfor barndomssosiologien, er opptatt av barn som deltakere på lik linje med de voksne i samfunnet. I Nilsens (2000) artikkel drøftes kompetansebegrepet i tilknytning til sosial konstruksjon. Individets kompetanse i forhold til egne oppfatninger og handlinger kan knyttes til sosial konstruksjon i en kontekst, den «konstitueres relasjonelt» (Nilsen 2000:65). Hvem barnet eller ungdommen erfarer at hun/ han er, ønsket om å være i forhold til andre, innebærer omgivelsenes betydning (Nilsen 2000). Hva barn og unge selv legger i begrepet brukervedvirkning er viktig.

Medvirkning kan betraktes som en sosial konstruksjon både på et individuelt og kulturelt nivå. Hvordan brukervedvirkning for barn og unge forklares og knyttes til kontekst i ulike dokumenter kan dermed si noe om den diskursen som eksisterer omkring oppfatninger av brukervedvirkning samt barndom. I stedet for at kunnskap kun er noe som barn mottar fra voksne, kreves en annen tilnærming til barn og unge. Dette gjelder deres egne innsikter og likeledes deres rettigheter som ligger i det å bli sett og hørt (Schultz Jørgensen 2000). Ut fra en slik tilnærming kreves innlevelse, evne til å vise medmenneskelighet, nærhet og etiske holdninger og fagkunnskap. Medvirkning blir en prosess som foregår gjennom dialog og den er relasjonell (Bae 2005, Backe- Hansen 2011).

Det teoretiske grunnlaget i denne masteroppgaven tar utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk og et barndomssosiologisk perspektiv. Barndom kan betraktes som noe dynamisk eller strukturelt. Dette innbefatter en prosess framfor noe statisk slik sosiologen Giddens knytter fenomenene aktør og struktur sammen, de er avhengig av hverandre. Innenfor barndomssosiologien betraktes barndom å være i kontinuerlig forandring og som «mångtydigt» (Halldén 2007:29). Slik Halldén (2007) forklarer det kan barndom ut fra et barndomssosiologisk perspektiv forklares på følgende måte:

Fokus är på hur barndom konstrueras både av aktörer på olika diskursiva fält och av barnen i deras sociala praktiker. Det innebär också att substantiv ibland omvandlas till verb som understryker processen som i *doing childhood* (Halldén 2007:29).

Halldén (2007) betegner barndommen som både kollektiv og individualisert, hvor «Barnets subjektstatus är starkt framhävt, men barnet ingår i ett barnkollektiv vilket medför krav på en anpassning til kollektivet» (Halldén 2007:13). Å se individet som en del av et sosialt miljø har betydning for tilnæringsmåten til den andre. Makt og motmakt er viktige fenomener. I den sammenheng skriver pedagogprofessor Askheim (2007) følgende:

Et grunnleggende poeng innenfor tilnærmingen er derfor å skape en bevissthet hos den enkelte om sammenhengen mellom egen livssituasjon og ytre, samfunnsmessige forhold, og om andre i tilsvarende situasjoner opplever liknende avmaktsproblemer (Askheim 2007:23).

Slik jeg ser det, har barndomssosiologien også stor overføringsverdi når det gjelder den kunnskap og innsikt den kan gi for utøvelse av helsesøstertjenesten, eksempelvis i tilknytning til dagens skolehelsetjeneste og det psykososiale arbeidet. Skærbæk og Nissen (2014) vektlegger begrepet medvirkning relatert til det psykososiale arbeidet der «medvirkning impliserer fellesskap» (Skærbæk & Nissen 2014:25). Begrepet *bruker* representerer et ideal ifølge Skærbæk og Nissen (2014). Helsesøstertjenesten skal vektlegge brukerperspektivet. Dette innebærer å ivareta barn og unges medvirkning og aktive innflytelse i ulike forhold som omhandler deres helse og de beslutninger som tas. På den måten blir avgjørelser nært knyttet til den kunnskap den enkelte har tilgang til, og dette kan gi hensiktsmessige utfall som aktivt engasjement blant brukerne. Kvaliteten på praksis kan da utvikles ut fra brukernes behov (Glavin 2007).

1.5 Presisering og avgrensning av problemstillingen

Temaet for denne studien er barn og unges brukermedvirkning og barndom ut fra noen sentrale dokumenter for helsesøstertjenesten.

Masteroppgavens problemstilling er følgende:

Hvordan er diskurser om barn og unges subjektposisjon i lys av begrepet brukermedvirkning beskrevet i tre sentrale offentlige dokumenter for helsesøstertjenesten i perioden 1998- 2016?

1.6 Oppgavens oppbygging

I første kapittel redegjøres det for masteroppgavens bakgrunn, valg av tema og presentasjon av problemstilling og dens avgrensning. I kapittel to presenteres og gjøres rede for et sosialkonstruktivistisk perspektiv som utgjør den vitenskapsteoretiske referanserammen.

I kapittel tre redegjøres det for metode og materiale anvendt i en dokument- og diskursanalyse. Her presenteres også hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som ligger til grunn for valgte dokumenter.

Kapittel fire utgjør oppgavens analyse hvor tre offentlige dokumenter undersøkes. Deretter foretas en avgrensning av diskurs og analyse av valgte tekstutdrag fra dokumentene om barn og unges brukermedvirkning. Dette som en del av den utvidede dokumentanalysen. Her vektlegges diskursens representasjoner og lagdeling. I dette kapitlet diskuteres også diskursens materialitet og makt. I siste kapittel foretas en kort oppsummering.

KAPITTEL 2 VITENSKAPSTEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet presenteres og redegjøres det for et sosialkonstruktivistisk perspektiv som er utgangspunktet for den vitenskapsteoretiske referanserammen. Egen forforståelse blir også presentert.

2.1 Sosialkonstruktivisme som vitenskapsteoretisk grunnlag og forskningsdesign

Meningsbærende komponenter i tekster undersøkes i denne studien, noe som innebærer en kvalitativ tilnærming. Denne type tilnærming vektlegger fortolkning og samtidig gir den noen viktige føringer for forskningsprosessen (Thagaard 2013).

Mitt mål er gjennom lesning og beskrivelse å kunne oppnå innsikt og avdekke rådende diskurser knyttet til barn og unges medvirkning og posisjon i helsesøstertjenesten, slik dokumentene framstår og presenterer dem. I sin yrkesutøvelse har helsesøstre alltid måttet forholde seg til skrevet tekst. Dokumentene og språket i de ulike tekstene er alle «menneskeskapt», og kan betraktes som sosiale konstruksjoner som påvirker og konstruerer helsesøstertjenesten.

Prior (2003) beskriver betydningen av å se på innhold i dokumenter, men vektlegger tekstenes henvisninger framfor selve meningsinnholdet. Dette fordi referanser i teksten kan forfølges der ulike mønstre kan komme til syne (Prior 2003). Hvordan referansene henger sammen kan skape en oversikt og vise sosiale handlinger som uttrykkes gjennom tekster. Tekstenes forbindelser dreier seg om hvordan en tekst kan være knyttet til en annen tekst fra tidligere av. Det foregår et samspill og påvirkning der eksempelvis ord og tematikk blir overført i en ny kontekst (Prior 2003, Neumann 2001).

I denne studien dreier dette seg om å oppdage hvordan et hyppig anvendt begrep som brukermedvirkning, et sosialt konstruert fenomen, blir knyttet til ulike forståelser i ulike tidsperioder. Samtidig symboliserer begrepet en overordnet felles verdi; å sette barn og unge i sentrum av helsesøstertjenesten.

Å knytte referanser til kontekst og hvordan mennesker «use text in action» er av vesentlig betydning ifølge Prior (Prior 2003:122). På denne måten knyttes tekst både til handling og kontekst. En undersøker betydningen av hvordan ord blir anvendt framfor ordenes mening, og hvordan dette skal omsettes til handling.

Neumann er opptatt av at det som berører sosiale og politiske forhold er «omskiftelig- i fluks» (2001:14). Ut fra dette er det ikke det ontologiske, læren om det værende, som er det

vesentlige når en diskursanalyse anvendes. I stedet stiller en seg spørrende til epistemologiske forhold, kunnskap om verden. Hvilken forståelse som kommer til syne i forskningsprosessen har å gjøre med hvilket vitenskapsteoretisk grunnlag en bygger på.

Med utgangspunkt i min problemstilling er det den som gir føringer for valg av forskningsmetode. Jeg har valgt noen dokumenter hvor jeg studerer tekster og som danner det empiriske materialet i studien. Et sosialkonstruktivistisk perspektiv ligger til grunn i denne undersøkelsen fordi jeg er opptatt av medvirkning som sosialt uttrykk for barn og unges posisjon, knyttet til språket og hvordan den sosiale verden blir representert gjennom dette. Tekstene/ språket står i fokus og betraktes som sosial handling. Barn og unges medvirkning beskrevet i tekster er derfor noe mer enn bare et begrep, det impliserer også handling ved at dokumentene har en funksjon og er i bruk.

Helsesøstrene innhenter kunnskap fra faglig Veileder (1998, 2004) og faglig Retningslinje (2016), som gir føringer og en forståelsesramme for et spesifikt fagområde. Dette skal igjen omsettes i praksis i helsesøsters daglige virke. Dokumentene er på denne måten kunnskaps- og handlingskonstruerende. Tekst eller handling kan forstås som sosial praksis knyttet til «samfunnsprosesser» i et sosialkonstruktivistisk perspektiv (Neumann 2001:51).

Brukermedvirkning som sosial handling inngår i en sosial kontekst og konstrueres av ulike diskurser. Et eksempel på dette kan være hvilke egenskaper ved barn og unge som blir karakterisert som framtreddende på et område. Medvirkning er et eksempel her. I denne studien innebærer dette en diskursiv tilnærming til barn og unges subjektposisjon. Det er et mål å kunne gjenkjenne hvilke diskurser og representasjoner som finnes på området. Hvordan diskursive representasjoner av virkeligheten framstilles undersøkes. Sosialkonstruktivisme og diskursanalyse skaper en ramme for det epistemologiske og metodologiske utgangspunktet for denne studien (Rønbeck 2012).

Boken "*Using documents in Social Research*" av Prior (2003) belyser hvordan dokumenter kan anvendes i samfunnsforskning og at disse er mer enn bare innhold av tekster.

I dokumentene kan ulike diskurser avdekkes ut fra ulike diskursive praksiser og ståsteder.

Prior skriver følgende (2003):

[...] that documents not only are produced in accordance with rulegoverned procedures, but always exist as resources in schemes of action. They both express and

represent a set of discursive practices. As such they can be recruited as allies in various forms of social, political and cultural struggle (Prior 2003:13).

Ut fra dette forstår en at et dokument ikke er nøytralt, det vil si at det alltid er knyttet til menneskelig aktivitet (action) med historiske interaksjoner. Intensjonen med denne dokumentanalysen er å si noe om hvordan og hvorfor temaet medvirkning/brukermedvirkning framstilles som det gjør, i ulike tidsperioder og hvilke diskurser som eksisterer. Likeledes hvordan barn og unges subjektposisjon kommer til syne fordi barndomsbegrepet har betydning for hvordan unge betraktes i en diskurs om medvirkning. Studien representerer et tidsdesign som kan synliggjøre ulike sammenhenger om temaet medvirkning i tekst, og som kan endres over tid (Thagaard 2013). Designet i den kvalitative tilnærmingen skal kunne gi fleksibilitet i forhold til eventuelle endringer i forskningsprosessen.

2.2 Diskurs

Begrepet diskurs er omfattende, og derfor er det nødvendig å beskrive hva det kan bety og inneholde. I boken «*Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*» omtaler Neumann (2001) begrepet slik:

En *diskurs* er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner (Neumann 2001:177).

Hos Bergström og Boréus (2012) forklares tekst og diskursbegrepet på følgende måte:

Som vi ser det är diskursbegreppet väsentligt för samhällsvetare just därför att det hat att göra med social praktik och på ett eller annat sätt knytter koventioner och regler för hur människor talar och skriver till andra sätt som de verkar på i ett samhälle (Bergström & Boréus 2012:23).

Hvordan vi mennesker forstår den sosiale virkeligheten, eksempelvis hva brukermedvirkning innebærer i samhandling mellom barn og unge og helsesøster, kan betegnes som en diskurs. Sykdomsforebygging og helsefremming representerer ulike tilnæringsmåter til helsebegrepet, ulike virkemidler og ideologi. Dette til tross for at de ofte omtales og betraktes som en og samme arbeidsmåte (Glavin, Helseth & Kvarme 2007). Hvordan dette fremstilles i de aktuelle dokumentene er derfor verdt å undersøke. Språket, som et uttrykk for ideer,

strukturerer den sosiale virkelighet. En diskursanalyse kan betegnes som «ett studium av samhällsfenomen där språket står i fokus» (Bergström & Boréus 2012:354). Prior (2003) “Things are both represented in discourse and shaped and fashioned through discursive practices” (Prior 2003:26). Å se “bakenfor” teksten innebærer å forstå tekstene som sosialt konstruerte som et resultat av oppfatninger og ideer gjennom menneskers interaksjon og som endres gjennom språket (Prior 2003, Rønbeck 2012).

Rønbeck (2012) omtaler også diskurs med utgangspunkt i Foucaults ideer, den pedagogiske empiri. Det drøftes blant annet hvordan ulike kunnskapsområder, eksempelvis «*legevitenskapen*», blir betraktet som «*adskilte vitenskaper*» og ikke som en del av en større sammenheng av virkeligheten (Rønbeck 2012:14). Videre påpekes at praksis påvirkes av begrepsforståelser (Rønbeck 2012). En vitenskapsdisiplin har sin fagspesifikke måte å beskrive et fenomen på. Det får betydning for hvordan dette tolkes og settes ut i handling av yrkesutøver i det virkelige liv. Rønbeck (2012) forklarer følgende om Foucaults (2005) betraktninger når det gjelder diskursive praksiser:

Et metodisk poeng er at diskurser like gjerne kan bli definert gjennom det de *utelukker* og *begrenser*, som gjennom det de *innbefatter*. En vitenskap skapes også gjennom de oppfatninger og teknikker den inkluderer, så vel som ekskluderer (Rønbeck 2012:15).

Gjennom politiske dokumenter og faglitteratur som omfatter helse kan en oppdage dominerende diskurs som fokuserer på risikofaktorer og uheldige helseutfall. En konsekvens av dette er et begrenset syn på hvordan strukturelle og kontekstuelle forhold kan påvirke «*perpectives, practices and outcomes*» (Spencer 2014:119). Basert på empiriske studier anvender Spencer (2014) en annen vinkling enn eksisterende forklaringer til barn og unges empowerment relatert til helse. Forutsetningen er å erkjenne at det eksisterer ulike oppfatninger når det gjelder barn og unges helse. Dagens offentlige helsediskurser som bærer preg av forutsetningen av normative referanserammer, er et eksempel på en slik oppfatning. Gee (2011) beskriver diskurs som noe mer enn bare språk. Det handler også om hvem vi er og hva vi gjør i bestemte sosiale situasjoner og omgivelser. Dette symboliserer sosial mening. Mennesker møter andre mennesker i ulike situasjoner og i dette møtet oppstår interaksjoner. Ulike maktforhold blant de voksnes profesjonelle posisjoner kan innvirke på makt og utøvelse av kunnskap og være en del av en større diskurs. Dette kan betegnes som «*dialektisk*». Det vil si at praksis gjenspeiler sosiale forhold i en kontekst som påvirkes og endres av «nye

hendelser» og definisjoner (Fairclough 2008). Skolehelsetjenesten, en del av helsesøstertjenesten, har over lang tid fått ulike arbeidsoppgaver der overordnet politiske rammer har lagt føringer i dokumenter for tjenesteutøvelsen. Dokumentene kan avspeile ulike diskursive forhold i helsesøstertjenesten og i helsepolitikken. Dette kan ha betydning for barn og unges posisjon og deres medvirkning. Sosiale og historiske forhold innvirker på produksjon av tekster. Dokumentenes funksjon og bruken av dem har betydning for den sosiale praksis (Prior 2003). Det skrevne betraktes dermed ikke bare som noe en leser, men i tillegg som førende for sosial handling.

2.3 Tekst og diskurs: Dokumenter som sosiale konstruksjoner

Språket eller teksten som en finner i de ulike dokumentene kan betraktes som sosial praksis (Fairclough 2008). På hvilken måte teksten «skapes» og presenteres bringer begrepet diskurs på banen. Språk og tekst inngår som en del av de omgivelser vi befinner oss i, og i denne studien utgjør helsesøstertjenesten det omgivende miljø. Språk og samfunn hører inn under ett, det vil si språk og tekst påvirker våre omgivelser. Det motsatte er også tilfelle, miljøet har påvirkning på språket/ teksten. Sosialiseringprosesser foregår ved hjelp av språk og tekst. Diskurser oppstår ut fra dokumentenes ulike beskrivelser av barn, barndom og deres brukermedvirkning. Min studie avgrenses til en Foucaultinspirert diskursanalyse med anvendelse av analysebegrepet subjektposisjon relatert til barn og unges medvirkning (Neumann 2001, Bergström & Boréus, 2012). Uavhengig av hvilken retning diskursens teori eller analyse bygger på, har de til felles at det foreligger et *sosialkonstruktivistisk* fundament med fokus på samfunn og kultur (Rønbeck 2012).

Et viktig poeng i denne studien er at diskursen fokuserer på barn og unges medvirkning og subjektposisjon ut fra dokumentenes tekster og ikke på policydokumentene i sin helhet. På den måten knyttes diskursen også til en historisk og sosial kontekst innenfor et avgrenset område (Bacchi 2012). Faglig Retningslinje (2016) og Veiledere (1998, 2004) for helsesøstertjenesten studeres for å undersøke konstruerte meninger og fortolkningsmåter. Dette kan komme til syne i styringsdokumentenes forklaringer på barn og unges medvirkning. Om det eksisterer ulikheter og likheter i oppfatninger om temaet undersøkes. Målet er å kunne avdekke om det eksisterer problembeskrivelser og ulike meningsmønstre om temaet barn og unges medvirkning i ulike tidsperioder. Neumann (2001) er opptatt av å se på det sosialt konstruerte og graden av dette, altså forholdet mellom «faktum» og «representasjon» (Neumann 2001:33).

Dokumentanalysens tekster er selve datamaterialet som allerede foreligger og eksisterer uavhengig av forskerens medvirkning eller påvirkning (Thagaard 2013, Tjora 2012). Tekstenes innhold, mening og henvisninger må ses i sammenheng med den konteksten de ble produsert i. Bakenforliggende referanser til aktuelle tekster kan gi en ledetråd til et fagområde. Tjora beskriver tekst som allerede foreligger, «ved å analysere ulike allerede eksisterende dokumenter, kan vi skaffe oss informasjon om saksforhold som er nedtegnet på bestemte tider og steder, med ulike formål» (2012:162). Teksten i seg selv kan betraktes som en «aktør» ved at den representerer et «mottagerforhold», den innvirker på konteksten og forandres med tiden (Prior 2003). På denne måten kan tekst betraktes som en representasjon av sin tid med dets innhold, da den er relevant for det som allerede eksisterer og det som foreligger av data uten noen form for medvirkning eller påvirkning fra forskerens side (Thagaard 2013).

Vurdering av hvilke fagdokumenter som skal anvendes i helsesøstertjenesten kan betegnes å være av kognitiv og normativ karakter. Datamaterialet inneholder begge karakteristika ved at virkeligheten, betegnet som representasjoner, beskrives i aktuelle tekster om barn og unges medvirkning. Samtidig gis det føringer for hvordan medvirkning bør foregå. Tekstenes funksjon kan knyttes til bestemte sosiale praksiser som kan ha betydning for tilnæringsmåter til et sosialt begrep som medvirkning. Dokumentene i min studie retter seg mot en spesifikk helsetjeneste, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og inneholder faglige føringer for virksomheten.

Bukve (2016) omtaler diskursanalytisk forskningslogikk som «eit ektefødd barn av den språkleg- sosiale konstruktivismen» (Bukve 2016:73). Dette har sammenheng med hvordan verden skapes gjennom ulike språklige diskurser og på samme tid danner språket «verden» (Bukve 2016:73). Dokumenter for helsesøstertjenesten kan betraktes som sosiale konstruksjoner ut fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Praksis konstrueres ut fra dokumentene som alle i utgangspunktet er menneskeskapt i en spesifikk situasjon hvor målgruppen er definerte personer i et fagmiljø.

2.4 Dokument- og diskursanalyse

Dokumenter for helsesøstertjenesten inneholder perspektiver på hva brukermedvirkning for innebærer. Medvirkning og synet på barn og unge kan beskrives ulikt. Disse betydningssystemene, såkalte diskurser, er sosialt konstruert og viser seg gjennom språket.

Hva som vektlegges, endres og bevares over tid av ulik kunnskap om barn og unges medvirkning har betydning for yrkesutøvelsen i helsesøstertjenesten. Å betrakte betydningssystemer som diskurser forbindes med diskursanalyse. Ifølge Fairclough (2008) omhandler diskurs måter å oppfatte den sosiale virkelighet på, det gjelder sosiale handlinger og praksis (Fairclough 2008). Fairclough påpeker at diskurs har «effekter på tre områder», ved at den er konstruerende fordi den skaper «sosiale identiteter», «sosiale relasjoner mellom mennesker» og «viten- og betydningssystemer» (Fairclough 2008:18). Ved å undersøke diskurser om barn og unges medvirkning i dokumenter for helsesøstertjenesten, undersøkes også hvordan kunnskap som fakta blir sosialt konstruert og reproduisert. Neumann (2001) skriver følgende:

[...] alt kan studeres *som* tekst- som fenomener bundet sammen av en kode. Dette innebærer selvfølgelig ikke på noen måte at alt *er* tekst. Det betyr snarere at alt kan leses *som tekst* (Neumann 2001:23).

Dokumenters tekster inneholder ulike aktørers stemmer, og disse kan representere ulike oppfatninger om barns medvirkning og barndom. Dette er nært knyttet til makt, kunnskap og forvaltning i praksis. Dokumentenes funksjon, og ikke bare innholdet av dem, er av betydning hvor Prior (2003) skriver følgende:

Our focus, then, will be on the study of documents in their social setting- more specifically on how documents are manufactured and how they function rather than simply what they contain (Prior 2003:4).

2.5 Diskurser om barn og unge: Subjekter versus objekter?

Kultur og fagtradisjon historisk sett byr på utfordringer når det gjelder voksnes oppfatning av barn og deres barndom. Med økende grad av institusjonalisering eksempelvis i barnehager og skoler, har også antall timers opphold for barn og unge økt utenfor familien. Norge blir beskrevet som et velferdssamfunn hvor barns tilgang til materielle goder store og hele har nesten blitt en selvfølge. Behovene endres og i ulike dokumenter kommer det fram at barns subjektivitet samt rettighetsbehov bør vektlegges for å forebygge uheldige konsekvenser senere i deres voksne liv (Sosial- og helsedirektoratet 2004, FNs barnekonvensjon 1989). Denne diskursen vektlegges også i denne studien som omhandler barn og unges medvirkning i helsesøstertjenesten.

Synet på barn har endret seg fra å se på barn og deres barndom som objekter, som «uferdige» med et utviklingsfokus. De skal oppdras som en forberedelse til «voksenlivet» og på denne måten påvirkes og formes de ut fra rammer som eksisterer rundt dem i sin kulturelle kontekst. Dette antyder at utvikling i ønsket retning styres av voksne, og at barn kommer dermed i et avhengighetsforhold til voksne. Dette er noe annerledes enn å betrakte barn og unge som subjekter helt fra fødselen av (Bae 2005). Bae betegner barn som subjekt ved at «Å anerkjenne barn som subjekt betyr å møte den enkelte som et individ som kan forholde seg til seg selv, med rettigheter i forhold til egne tanker og følelser» (Bae 2005:3).

Gjennom tekster om barn og unges medvirkning i ulike styrende dokumenter for helsetjenesten, uttrykkes perspektiver som ligger til grunn for synet på barn og unge og deres barndom. Den opplevde-, samfunnets-, og historiske barndom, slik Tiller (2000) beskriver, berører ulike barndomsoppfatninger. Dette kan kobles til hvordan virkeligheten konstrueres via definisjonsmakt, det hegemoni som finnes innenfor en kultur. Ulike ideologier og rådende diskurser i synet på barndom samt barn og unges medvirkning får konsekvenser (Fairclough 2008).

Kunnskap og vår oppfatning av den kan knyttes til den franske idéhistorikeren og filosofen Michel Foucault, som var sentral innen samfunnsvitenskap og humaniora på 1900- tallet (Rønbeck 2012). Han forsket på forholdet mellom makt og kunnskap. Diskursen er her et viktig begrep fordi tekst og tale utøves og oppfattes ulikt ut fra ulike faglige perspektiver, noe som får betydning for praksis. Ifølge Foucault er det en gjensidighet mellom kunnskap og makt som innebærer at en rådende diskurs i en periode lett vil betraktes som sannhet (Rønbeck 2012). Via diskurser knyttes kunnskap og makt til hverandre. Makt konstrueres, får «konsekvenser» og skaper et spenningsforhold (Rønbeck 2012:20). I artikkelen «Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering av voksne» skrevet av Hennem (2010), diskuteres hvordan staten indirekte kan utøve kontroll av familier, ved at «velferdsstaten i sin politikkutøvelse tar utgangspunkt i et standardisert bilde av barn- et barn uten kjønn, klasse eller etnisitet- som innebærer regulering av voksne og deres liv (Hennem 2010:2). Hennem (2010) belyser hvordan velferdsstater vektlegger utviklingspsykologiske oppfatninger i kunnskapsproduksjonen om barn og som forvaltes via en profesjonalisert omsorg. Hennem (2010) viser til MacNaughton (2005) som påpeker at statens anvendelse av denne type kunnskap i statlige dokumenter samtidig definerer hva barn og barndom er.

Samtidig er ulike profesjoner i praksis satt til å forvalte kunnskapen ifølge Hennem (Hennem 2010:7).

Individualisering av barn skal gi muligheter ut fra individuelle ulikheter og behov. Samtidig vektlegges en «individuering» av barn, som omhandler likhetsprinsipper når det gjelder barn og unges byråkratiske og demokratiske rettigheter (Qvortrup 1994; James, Jenks & Prout 1999). Ut fra sistnevnte begrep kan individuelle ulikheter bli en utfordring.

Innenfor barndomssosiologien finnes ulike syn på hvordan barn beskrives. Ett av disse er «det sosialt strukturerte barn», som Johansen (2009) presenterer i sin artikkel og karakteriseres som følgende:

Denne tilnærmingen forstår barndommen som en fast bestanddel i alle samfunn i tid og rom, dvs. den er en permanent form. Tross sin permanens, er barndommen dynamisk over tid; medlemmene skiftes ut og økonomiske, politiske, sosiale og kulturelle omstendigheter påvirker ved å ha ulikt innhold opp gjennom historien (Johansen 2009:78).

Det som er karakteristisk for denne tilnærmingen er at barn og unge omtales med noen fellestrekk. Det vil si de har noen «universelle kjennetegn», som er av økonomisk eller historisk karakter (Johansen 2009:78). Begrepet «generasjon» oppstår og slik kan barn bli benevnt som en gruppe (Johansen 2009) og generasjon betraktes som strukturelt. Dermed omtales barndom som en av tre generasjonsgrupper hvor voksen- og alderdom utgjør de to andre. På den måten blir barndom ut fra et generasjonsperspektiv knyttet til sosiale posisjoner i samfunnet, da ut fra en ny barndomssosiologisk tilnærming (Johansen 2009).

2.6 Egen forforståelse

Barn og unges vilkår for medvirkning i det helsefremmende og forebyggende arbeid har for meg vært et interessefelt ut fra min faglige bakgrunn som helsesøster. Dette har blitt styrket gjennom studiet. Begrepet medvirkning finnes i mange sentrale dokumenter og i faglitteraturen som anvendes av helsesøstrene. Å innhente kunnskap og fordype seg i temaet kan gi ytterligere bevissthet i møtet med den aktuelle populasjonen. I løpet av en arbeidsdag hvor helsesøster møter barn og unge i konsultasjoner, gruppesamtaler og annet arbeid, er deres tilstedeværelse en påminnelse om å tilrettelegge for deres aktørskap med innflytelse.

Forhold som jeg har undret meg over, er hvordan medvirkning forklares i tekster som omhandler barn og unge? Samtidig har jeg begrenset kjennskap til tidligere Veileder som har vært gjeldende før min tid som helsesøster. Jeg har ikke tidligere reflektert så mye over det historiske grunnlaget knyttet til temaet i helsesøstertjenesten, ei heller vektlagt betydningen av det. Ettersom jeg selv har praktisert og fått erfare bruk av ulik helsesøsterkunnskap, har jeg etter hvert tenkt over at medvirkning ikke nødvendigvis er så opplagt og klart som det framstilles i tekstene. Jeg har undret meg over hvordan medvirkning i praksis kommer til uttrykk, da det kan være vanskelig å beskrive. Dette har vekket en nysgjerrighet hos meg hvor det ble naturlig å undersøke nærmere hva som er skrevet om temaet.

Min forforståelse sier meg at jeg til tider kan være for kritisk når jeg leser ulik litteratur, også av faglig karakter. Derfor kreves en bevissthet om dette. Intensjonen er å forsøke å forstå tekstenes historier og samtidig fange opp eventuelle utfordringer som ligger i dem. På samme tid som jeg søker etter tekstenes produksjon av mening må jeg stille meg «litt utenfor» teksten for å tenke gjennom hvordan språket i tekstene kan virke konstituerende på virkeligheten. Dette kan være en balansekunst.

Min faglige bakgrunn og interessen for medvirkning av barn og unge, har ført til spørsmålet: Hvilken kunnskap formidles om temaet i de utvalgte dokumentene?. Hva innebærer dette for helsesøster og brukerne selv i praksis?. Et annet moment er om det eksisterer ulikheter i oppfatninger av begrepet medvirkning i de aktuelle dokumentene. Dette er nært forbundet med barndomssyn og verdier knyttet til fenomenet.

Helsesøstrenes arbeid berører sosiale fenomener. Virkeligheten kan oppfattes ulikt og likeledes tolkningen av den. Dette har betydning for hvordan det empiriske materialet blir betraktet. Kontekst har betydning for tolkning av tekst og meningsinnholdet i den, noe som igjen har betydning for mitt vitenskapsteoretiske utgangspunkt.

KAPITTEL 3 METODE OG MATERIALE

I dette kapitlet gjør jeg rede for valg av metode, materiale og tema.

3.1 Dokumentanalyse som metode

I artikkelen «*Document Analysis as a Qualitative Research Method*» redegjøres det for dokumentanalyse som forskningsmetode (Bowen 2009). Her vektlegges dokumentenes funksjon, hvor fem forhold er av betydning. Det uttrykkes slik «[...] documents provide background and context, additional questions to be asked, supplementary data, a means of tracking change and development, and verification of findings from other data sources” (Bowen 2009:30-31). Begrepet dokumentanalyse anvendes framfor innholdsanalyse i min oppgave, da begrepet tydeliggjør en eksklusjon av data eller tekst som er utarbeidet fra kvalitative intervju eller observasjon (Prior 2003, Thagaard 2013). I oppgaven er det selve dokumentenes tekster som utgjør empirien og derfor anvendes betegnelsen dokumentanalyse. Ut fra et slikt empirisk grunnlag og oppgavens problemstilling ble en dokumentanalyse et relevant metodevalg. I oppgaven er det tekst i offentlige dokumenter fra ulike tidsepoker for helsesøstertjenesten som undersøkes og som gir informasjon om brukermedvirkning. Dataene som foreligger i disse dokumentene har vært utarbeidet tidligere, uavhengig av denne studien.

For å kunne sette tekstene i de ulike dokumentene i en sammenheng, må jeg vite noe om den konteksten som de ble produsert i. En grundig gjennomlesing av de utvalgte dokumentene fra tre ulike tidsperioder var nødvendig for å kunne vite hvilken type kunnskap som ble vektlagt i forhold til helsesøstertjenesten, spesielt med tanke på sykdomsforebygging og helsefremming. Underveis noterte jeg relevant informasjon som kom fram i hvert enkelt dokument. I denne prosessen hadde jeg fokus på den overordnede problemstillingen og deler av dokumentenes informasjon ble merket som ekstra viktig. Samtidig ble annen informasjon i dokumentene oppfattet som mindre viktig for meg. Deretter foretok jeg en nærmere sortering og avgrensning av tekst relatert til problemstillingen. Dette krevde en mer systematisk gjennomgang av tekstene og ved hjelp av spørsmål som jeg utarbeidet ble tekstene mer «levende» (Bowen 2009).

Utgangspunktet for de spørsmålene som er reist til tekstene i første omgang i studien er hentet fra Prior (2003) og Bowen (2009). Prior (2003) hevder at produksjonsbetingelser eller utviklingsprosessen av et bestemt dokument er et resultat av et kollektiv (sosiale produkter). *Hvor* dokumentet produseres, *hvem* som skal anvende dokumentet og dokumentets *innhold* og

de *produksjonsbetingelser* som foreligger, er av betydning. Dokumentene som er valgt ut for denne analysen har ulike kjennetegn og kvaliteter.

3.2 Dokumentenes bruk- produksjon, funksjon og innhold

Retningslinje og Veiledere for helsesøstertjenesten er verktøy som helsesøstrene anvender i den sosiale praksis, eksempelvis i skolehelsetjenesten. Dokumentene er ment som redskap for de tiltak eller handlinger som skal utføres av yrkesutøver. Derfor har innholdet i dokumentene en bestemt betydning relatert til den institusjonen dokumentet «hører hjemme» for sin tilhørende kontekst (Prior 2003). Derfor er det relevant å undersøke dokumentenes produksjonsforhold, funksjon og innholdet av dem i forbindelse med helsesøstertjenesten. Dokumentene kan gi informasjon om hvilke forhold som gis betydning og ikke. Studiens tre dokumenter inneholder alle informasjon om brukervedvirkning. Å avdekke eventuelle nyanser som presenterer likheter og ulikheter i beskrivelsene av det sosiale fenomenet kan være et resultat av at dokumentene er knyttet til ulike kontekster.

Prior (2003) beskriver hvordan mennesker i organisatoriske omgivelser bruker dokumenter aktivt, hvordan de påvirkes og endres over tid. På denne måten er ikke dokumenter bare innhold av tekst. De symboliserer også menneskenes forhold til hverandre, deres omgivelser og praksis, men også som en del av historien. Betydningen av begrepet brukervedvirkning er avhengig av institusjonell kultur. Begrepets innhold i et dokument for denne tjenesten er situert og ikke fiksert ifølge Prior (Prior 2003).

Dokumenter kan på lik linje med intervjuer betraktes som «levende samtaler», hvor ulike forhold kommuniseres, og forskerens oppgave blir å tolke det som formidles gjennom å søke mening (Kvale 1997:116). Språket i aktuelle tekster kan oppfattes som kollektivt ved at det bærer flere stemmer. I dette stilles forskeren overfor en fortolkningsprosess hvor en forsøker å oversette og finne meningspotensialet i teksten «som en del av det generelt sosiale der mening dannes» (Neumann 2001:38). Mening kan forstås som et sosialt fenomen.

3.3 Dokumentenes standardisering/ fakta

Dokumentene tar for seg barn og unges brukervedvirkning som ansees som viktig i det norske samfunnet hvor demokrati og medborgerskap innebærer å inkludere alle mennesker. Når det er sagt, er det av interesse å undersøke hvordan medvirkning reelt sett skal foregå i den sosiale praksis ut fra dokumentenes beskrivelser. En konstruksjon av dokumenter vil

naturlig nok også reise spørsmål omkring måten dokumentene er strukturert og formulert på, det vil si dokumentenes «standardisering» (Mik- Meyer 2005:201). Her er en opptatt av å undersøke hvilke tegn leseren møter i teksten og som har en formidlende og troverdig effekt ved at leseren får inntrykk av at teksten om brukermedvirkning innebærer fakta. Dette undersøkes nærmere i de valgte tekstutdragene om brukermedvirkning.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for valgte dokumenter

Jeg ønsker å undersøke om dette materialet fra ulike tidsperioder utløser ulike diskurser om barn og unges medvirkning, et sosialt konstruert fenomen, i forhold til deres subjektposisjon. Malterud (2003) hevder at «Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetting at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp» (Malterud 2003:58). Valg av metode er foretatt ut fra problemstillingen og valgte teoretiske referanseramme samt en vurdering av hva som er faglig relevant for undersøkelsen. Ulike inklusjonskriterier er utarbeidet. Dette som et grunnlag for å etablere noen rammer og gjøre noen avgrensninger. Jeg gjorde en kritisk utvelgelse i den forstand at utvelgelsen inkluderer enkelte dokumenter ut fra visse kriterier, mens andre ekskluderes. Kriteriene er skjønnsmessig bestemt.

Et overordnet inklusjonskriterium har vært at valgte dokumenter skal være *relevante i forhold til studiens formål*, som er å undersøke barn og unges posisjon og medvirkning i helsesøstertjenesten. Mange typer dokumenter, både faglitteratur, forskrifter, lovverk og stortingsmeldinger som alle har hatt innvirkning på helsesøstertjenesten, kunne ha blitt valgt for videre undersøkelse. Likeledes kunne Rammeplan (2005) for helsesøsterutdanningen vært et aktuelt nasjonalt dokument, ved siden av andre ulike styringsverktøy, som ligger til grunn for helsesøsterutdanningen og tjenesten. Disse ble imidlertid ekskludert, dels på grunn av oppgavens omfang og fordi den faglige Retningslinjen og Veilederne kan gi en mer systematisk analyse. Dette fordi de er nært forbundet med hverandre og i tillegg gir klare føringer for brukernes medvirkning i helsesøstertjenesten.

Et overordnet mål med studien, er å undersøke og analysere ulike beskrivelser av barn, barndom og deres medvirkning i samfunnet, som gjenspeiles i dokumentene fra ulike tidsperioder knyttet til helsesøstertjenesten. Dokumentene kan vise både dybde og bredde om barn og unges posisjon relatert til medvirkning (Malterud 2003).

Etter at temaet var avklart, hadde jeg en oppfatning av hvilke dokumenter jeg ønsket å undersøke. Dette gjaldt tekster som er aktuelle for *helsesøstertjenesten* og har derfor vært ett

av flere kriterier under utvelgelsesprosessen. Jeg var på forhånd kjent med hvilke dokumenter som er *førende for helsesøsters daglige arbeid* som også er et utvalgs-kriterium. Disse offentlige dokumentene er sentrale fordi de representerer diskurser om hva som skal vektlegges, eksempelvis i forhold til barn og unges brukermedvirkning. Dokumentene kan betegnes som holdepunkter for praksis som skal tilføre kunnskap og virke rettleidende. På denne måten danner dokumentene et nettverk og et bakteppe knyttet til historiske, politiske og økonomiske forhold. Dette påvirker indirekte helsesøstrenes fag, utdanning og tjeneste. De tre dokumentene i studien representerer en faglig og historisk sammenheng der alle inneholder normative og faglige føringer for helsesøstertjenesten, i møte med barn og unges brukermedvirkning.

Dokumentenes tilgjengelighet, sentrale versus perifere, har vært avgjørende for selve utvelgelsen av tekster. En faglig Retningslinje og Veileder er for helsesøster et sentralt dokument som har betydning for tilegnelse og utøvelse av kunnskap. Thagaard (2013) presiserer følgende når det gjelder utvelgelse av kilder i en dokumentanalyse:

Vi benytter oss av en dokumentanalyse når vi orienterer oss i studier av faglitteratur om et bestemt tema. Studier av relevant faglitteratur kan betraktes som et feltarbeid på internett eller i biblioteket. Vi må først skille mellom sentrale og mer perifere verker om temaet for undersøkelsen. Dernest tar vi utgangspunkt i sentrale verker om temaet, og følger opp referanser fra disse kildene. Det neste trinnet er å studere referansenes referanser. Dermed fremstår forskningen som analyser av et nettverk av kilder som gir en faglig bakgrunn for den problemstillingen vi skal arbeide med (Thagaard 2013:59-60).

Et tredje inklusjonskriterium er avgrensning til *barn og unges posisjon og brukermedvirkning*. Et fjerde inklusjonskriterium er at dokumentene utgjør et felles bånd og tilhører samme *sjanger som type tekst*. Likeledes at de har vært og fortsatt er sentrale styringsdokument for helsesøstertjenesten. Tekstsjanger, det vil si teksttype, har betydning for hvem de er produsert for og hvordan de leses (Bergström & Boréus 2012). Datamaterialet i denne masteroppgaven er en type tekstsjanger hvor mottagerne er helsesøstre som er en del av en spesifikk kontekst, helsesøstertjenesten. Faglig Retningslinje og faglige Veiledere inngår i denne konteksten. Dokumentene bidrar til å skape rammer som igjen er et resultat av organisatoriske forhold. Dokumentene konstruerer et sosialt fenomen i sin kontekst, eksempelvis i beskrivelsen av

hvem barn og unge er, og hvordan medvirkning skal realiseres i en sosial fagspesifikk praksis. Sosiale og historiske forhold er av betydning ved at dokumentene er sammenkoblet over en viss tidsperiode på 19 år. Tidsperiodene kan gi informasjon om konteksten som dokumentene ble produsert i og selve kunnskapsgrunnlaget som vektlegges i de ulike dokumentene. Samtidig danner dokumentene en bakgrunn som er nyttige opplysninger i forhold til studiens tema og problemstilling. I forhold til dagens dokumenter, eksempelvis ny Nasjonal faglig retningslinje (2016), sammenholdes denne med tidligere styrende dokumenter for helsesøstertjenesten. Ved å sammenholde de ulike tekstene kan disse synliggjøre eventuelle endringer og utvikling i synet på barns posisjon og barndom. På denne måten stilles nye spørsmål som kan relateres til den overordnede problemstilling for denne masteroppgaven.

Tekstkorpuset, det vil si utvalgte tekster, i alle dokumenter som anvendes, er kilder som har vært formålstjenlig og hensiktsmessig for studien. I dette tilfellet er tidsavgrensning foretatt ut fra når første faglig Veileder for helsesøstertjenesten kom og fram til dagens nye Retningslinje som nylig har vært til høring. Dette fordi eventuelle endringer innenfor en diskurs kan avdekkes. Således kan utvalget betegnes som pragmatisk slik Neumann (2001) skriver «[...] begivenheter vil ofte kunne brukes pragmatisk [...]» (2001:57). For helsesøstertjenesten kan dokumentene betegnes som begivenheter. Dette på grunn av at tjenesten ble og blir tilført nytt styrende verktøy, i en spesifikk tidsperiode og kontekst, som igjen tydeliggjør kunnskapsgrunnlaget om medvirkning. I tillegg har kildene vært lett tilgjengelige ved å benytte bibliotekets arkiver samt søk på internett. Alt datamateriale er offentlige dokumenter og er styringsverktøy for helsesøstertjenesten. Ut fra dette er det nærliggende å anta at kildenes troverdighet er stor i den forstand at Retningslinje og Veiledere legger føringer basert på kunnskap og forskning for den offentlige helsetjenesten.

Dokumentenes innhold og hvordan de er knyttet sammen, til tross for ulik kontekst og produksjon i ulik tid, kan være informativt ved en kartlegging av dokumentenes referanser (Prior 2003). Hvilke forhold som ble vektlagt i dokumentene for helsesøstertjenesten tidligere om temaet brukermedvirkning, både helsepolitisk og faglig, kan gi beskrivelser av hvordan sosiale virkeligheter konstrueres. Dette har også en samfunnsmessig innvirkning fordi det viser hva helsesøstertjenesten skal forholde seg til. Likeledes kan det avdekke hva som ikke presenteres. Dette har betydning i forhold til at kunnskap lett kan oppfattes som selvsagt, noe som sosialkonstruktivismen forholder seg kritisk til, da objektiv kunnskap ikke finnes. Dokumentene ble produsert med ulike formål knyttet til helsesøstertjenesten, og av den grunn

er innsikt i historiske forhold av betydning. Dokumentenes tidligere tilhørende kontekst og tid kan ha innvirket på ulike måter. Dette kan igjen ha betydning for og gi andre oppfatninger av begrepet medvirkning enn det har i dag (Bowen 2009, Thagaard 2013). Ulike betingelser har betydning for dokumentenes funksjon og kan betraktes i sammenheng med en diskurs.

Informasjon om emnet kan bidra til å belyse forhold ved barns oppvekst. Diskurser som omhandler ideologier om barn og barndom er vesentlige ved endring, likeledes utvikling innenfor området (Bowen 2009). Bowen (2009) forklarer at endring kan oppdages ved å sammenligne dokumentene. Tjora hevder at «*man særlig søker å identifisere tekst/ praksis som virkelighetskonstruerende*» (2012:164). På den måten kan dagens tekst, eksempelvis ny Nasjonal faglig retningslinje (2016), betraktes som en videreføring og et resultat av tidligere sosiale kontekster med ulike forandringer gjennom ulike tidsperioder.

Kildevurderinger for denne studien reiser noen utfordringer. Disse har vært helt nødvendig å tenke gjennom, eksempelvis det å få innsikt i relevante forhold beskrevet i tidligere dokumenter. Det er også nødvendig å skille mellom primære og sekundære kilder.

Datamaterialet som består av to faglige Veiledere samt en faglig Retningslinje, kan betegnes som primære.

3.5 Materiale og tema

De kvalitative dataene som utgjør det empiriske materialet er hentet fra skriftlige kilder som omfatter tre offentlige sentrale dokumenter for helsesøstertjenesten. Disse er *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Statens helsetilsyn, 1998), *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450* (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) og dagens *Nasjonale faglige retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* (Helsedirektoratet, 2016). De tre utvalgte dokumentene benevnes videre i oppgaven som Veileder av 1998, Veileder av 2004 og Retningslinje av 2016 for å gi et lettere språk. Dagens Nasjonale faglige Retningslinje (2016) har nylig vært til høring og forventes å tre i kraft i løpet av 2017.

Datamatrikse 1:

Dokument	Publisert	Utgiver
Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten	1998	Statens helsetilsyn
Kommunenes forebyggende- og helsefremmende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450	2004	Sosial- og helsedirektoratet
Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom	2016	Helsedirektoratet

I oppgaven undersøkes barn og unges brukermedvirkning, gjennom utvalgte tekstutdrag fra disse dokumentene. Det som studeres er hvordan «verden» blir representert gjennom språk og tekst. I analysens første del studeres valgte tema brukermedvirkning ved anvendelse av en dokumentanalyse. Deretter foretas en diskursanalyse som en utvidelse av dokumentanalysen. Diskurs er hvordan vi ser verden gjennom vitenskapens sosiale og språklige representasjoner (Grue 2011, Neumann 2001). Måten vi forstår verden og snakker om den på, kan kalles for diskurser, eksempelvis hvordan vi oppfatter barn og unge og deres aktørskap. Diskurser er sosiale konstruksjoner ved at de skaper «sosiale identiteter», eksempelvis egenskaper ved barn som er representert gjennom tekst. Dette innebærer også «sosiale relasjoner mellom mennesker» og «viten- og betydningssystemer» (Fairclough 2008:18). Tekstene er knyttet til den spesifikke kontekst og kan si noe om hva som blir meningsskapende og «virkelighetskonstruerende» i en sosial praksis (Tjora 2012:164).

3.5.1 Dokumentenes tilknytning til institusjon/ kontekst

Ulike dokumenttyper, eksempelvis faglig Retningslinje og faglig Veileder, karakteriseres ulikt. I *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (Helsedirektoratet 2012) beskrives Helsedirektoratets ansvar for å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som følgende ut fra Helse- og omsorgstjenesteloven §12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3. Helsedirektoratet har som ansvar å «[...] utvikle, formidle

og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter mål satt for helse- og omsorgstjenesten» (2012:13). Når det gjelder retningslinjers innhold står følgende:

Nasjonale faglige retningslinjer inneholder systematisk utviklede råd og anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for forebygging, diagnostisering, behandling og/ eller oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene. Nasjonale faglige retningslinjer kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer og til å sikre helhetlige pasientforløp. De kan også være virkemidler for å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer og for å hindre uønsket variasjon i tjenestene. Sentrale fagmiljøer og tjenestemottakere er aktivt involvert i utarbeidelsen (2012:13).

Nasjonale Veiledere beskrives slik:

Veiledere omtaler og beskriver et fagområde på et generelt og overordnet nivå, men kan også inneholde en eller flere anbefalinger for håndtering av spesifikke tilstander innen dette fagområdet (Helsedirektoratet 2012:13).

Denne studiens dokumenter er Retningslinje av 2016 og Veiledere av 1998 og 2004, som omhandler sentrale deler av *helsesøstertjenesten*. Den sosiale institusjonen er forbundet med organisatoriske forhold, og på denne måten danner dokumentene rammer for virksomheten i forhold til tolkninger og handlinger knyttet til barn og unges medvirkning (Prior 2003, Mik-Meyer 2005).

Medvirkning er avhengig av den konkrete situasjonen som barn og unge står i sammen med helsesøster i skolehelsetjenesten og kan derfor beskrives som *situert* (Prior 2003). Slik har kontekst relevans. Brukermedvirkning kan derfor oppfattes ulikt alt ettersom hvilken institusjon og kontekst den utspiller seg i (Prior 2003). En Retningslinje eller Veileder i helsesøstertjenesten kan for helsesøster oppfattes som standardisert. Dette er noe som berører det Neumann (2001) betegner som materialitet. Et vesentlig poeng er å se bak teksten for å kunne avdekke eventuelle flertydigheter. Når helsepersonell bruker dokumenter aktivt, påvirkes det sosiale samspillet mellom bruker og utøver. Det er da av betydning å undersøke hvordan Retningslinje og Veileder produseres og hvilke stemmer som kommer fram. Representeres brukerne selv direkte i tekstene via uttrykte brukererfaringer, eller finnes det andre aktørers stemmer, eksempelvis politikere og/ eller fagpersoner?

De utvalgte dokumentene ble «levende» i den forstand at jeg stilte aktuelle spørsmål som omhandlet dokumentenes innhold, når, hvor og hvem de ble produsert av (Prior 2003). På denne måten fikk jeg en bedre oversikt. I temaanalysen foretas en slik systematisk gjennomgang av dokumentene.

3.5.2 Valgte tekstutdrag fra de tre dokumentene

En sortering av dokumentenes informasjon betegnes ofte som innholdsanalyse der aktuell og faglig relevant informasjon identifiseres (Bowen 2009). Bowen (2009) poengterer at dokumentanalyse innebærer en vekselvirkende prosess mellom tema og innhold. Utvelgelse foregår ved at forskeren leser og gransker dokumentene og gjenkjenner temaer som blir inndelt i kategorier som anvendes videre i analysen. Temaet brukermedvirkning studeres i dybden i fire utvalgte tekstutdrag som utgjør en del av datamaterialet (Thagaard 2013). Tekstutdragene inneholder ulike beskrivelser med forskjellige begreper som alle handler om brukermedvirkning.

Det er nødvendig å strukturere dataene ved hjelp av koder og kategorier for å gjøre en analyse (Bowen 2009). Dette gir et grunnlag for å sammenholde og analysere samme tema «på tvers av materialet» (Thagaard 2013:181). Alle de tre valgte dokumentene inneholder tekster som beskriver samme tema. På denne måten er det på forhånd bestemt hva som skal ha fokus når tekstene studeres. *Intertekstualitet*, det vil si hvordan de utvalgte tekstene står i relasjon til hverandre og henviser til andre tekster, har betydning for det overordnede blikket når en skal undersøke de ulike kulturer de har blitt til i (Neumann 2001). Eksempler på dette er henvisning til FN's barnekonvensjon i forhold til ett og samme begrep i de tre ulike dokumentene. Likeledes viser de til samme strategiplan og hverandre. På denne måten reproduseres tekstens forbindelser såkalte intertekstuelle kjeder (Neumann 2001). Det er derfor av betydning å kartlegge hvilke forståelsesrammer de tre dokumentene bygger på og som knyttes til et og samme begrep, brukermedvirkning. En innvending mot en slik tilnærming er faren for å utelukke den sammenheng tekstutdragene hører til i, og som gir et helhetlig bilde. Av den grunn er det nødvendig at tekstutdraget ses i den sammenheng som det i utgangspunktet hører til i (Thagaard 2013).

3.6 Analysearbeidets ulike trinn

3.6.1 Tema og innhold i dokumentene

Analysearbeidet har foregått ved en vekselvirkning mellom å studere dokumentene i sin helhet samt ved nærlesing av deler (Bowen 2009). Dette er tett knyttet til det teoretiske

grunnlaget, et barndomssosiologisk perspektiv, som er valgt ut fra studiens overordnede problemstilling. Det er av stor betydning å presentere «min virkelighet» så transparent og tydelig som mulig slik at analysen kan forfølges og forstås i denne studien.

Den temasentrerte analysetilnærmingen er systematisk arbeid med kodeord og kategorisering hvor intensjonen er å få fram meningsinnholdet i tekstene (Thagaard 2013:182-183). En slik koding og kategorisering er nyttig for å kunne identifisere dimensjoner i aktuelle dokumenter for helsesøstertjenesten, en sosial praksis som innebærer handling for helsesøster, og som vektlegger kunnskap om barn og unges brukermidvirkning. Neumann hevder at «begreper er per definisjon mangetydige; de skifter meningsinnhold med kontekst og er gjenstand for bestandig kamp» (Neumann 2001:177). I og med at brukermidvirkning var fokusområde i gjennomgangen av tekstene, førte det til en grundigere nærlesing på det området som jeg spesielt ville undersøke. Utvalgte avsnitt om brukermidvirkning ble nærmere gjennomgått. Disse består av totalt fire tekstutdrag for tre ulike tidsperioder. Bowen (2009) vektlegger betydningen av å oppdage mønstre av generell karakter og likeledes avdekke ulikheter i tekster som sammenholdes, som vesentlig i en kode- og kategoriseringsprosess (Bowen 2009).

Ingen av disse kan leses som identiske formuleringer i forhold til innholdet ved første øyekast. Derfor ble det viktig å bruke tid på å få en tydelig oppfatning av hvordan hvert enkelt tekstutdrag beskriver og definerer det sosiale fenomenet brukermidvirkning. Videre måtte jeg undersøke hvilke kilder de ulike tekstene refererte til underveis (Prior 2003). Dokumentene som foreligger er gjenstand for beskrivelse og tolkning for å identifisere ulike representasjoner i diskursen om barn og unges brukermidvirkning i helsesøstertjenesten. Tekster som vitenskapsproduksjon kan knyttes til sin spesifikke kontekst på et gitt tidspunkt. Slik skapes og knyttes vitenskap, som en del av den sosiale virkelighet, til historiske og kulturelle forhold (Kvale 1997).

I dokumentanalysen er det overordnede temaet barn og unges brukermidvirkning. Begrepet avleder noen retninger som gir betydningsinnhold og som jeg oppfatter som viktige i de ulike tekstutdragene (Thagaard 2013). Disse er brukermidvirkning som *helsefremmende strategi* (Veileder av 1998), som *empowermentstrategi* (Veileder av 2004) og som en *rettighet og kvalitet* (Faglig Retningslinje av 2016). Dette ble til *koder*, sosialt konstruerte koder, som identifiserte ulike dimensjoner etter gjennomgang av tekstmaterialet. Et viktig moment i dette

er at det jeg leser ut fra tekstene og min koding av dem, ikke nødvendigvis ville ha blitt gjort på samme måte av en annen (Thagaard 2013).

Kategorier ble deretter utarbeidet fra de fire nevnte kodene. Jeg kom fram til at helsefremmende strategi og empowermentstrategi kan begge klassifiseres som tilhørende samme kategori, da *empowermentstrategi* blir betegnet som en av flere helsefremmende strategier i folkehelsearbeidet (WHO 1986). Det som skiller de to er at tekstene kommer fra ulike tidsperioder. Når det gjelder *rettighet* forstår en at aldersdimensjon er av betydning i forhold til barn og unges medvirkning. Dette er knyttet til lovverk og relevans for sosial praksis. Ut fra beskrivelsene skal barn og unges behov innvirke på helsesøstertjenesten. Dette skal føre til bedret kvalitet av det tilbudet som gis. Av den grunn ble *kvalitetsforbedring* en annen kategori. Kategoriene danner mitt utgangspunkt for å kunne se etter ulike mønstre og utvide forståelsen av materialet. Kategoriene er tekstutdrag som ifølge Thagaard «representerer temaene i undersøkelsen» (2013:182). Hun skriver følgende:

Hvert tema presenteres med resultater som er ordnet i forhold til relevante kodeord. En viktig hensikt med kodeord er at de skal være meningsbærende, det vil si at de skal gi uttrykk for hovedpoenger i deltakernes beskrivelser. Teksten som følger kodeordene, gir et konsentrert uttrykk for de beskrivelser deltakerne har gitt (Thagaard 2013:183).

En viktig presisering i denne sammenheng er at «deltakerne» i min studie utgjør tekstutdrag om temaet. Det presenteres en oversikt over tekstutdragenes «tendenser» om samme tema, betegnet her som meningsbærende representasjoner, som kan systematisk sammenlignes med hverandre (Thagaard 2013:182).

En temasentrert analytisk tilnærming kan være et grep for å identifisere vesentlige problemrepresentasjoner i utvalgte tekster. Disse kan danne utgangspunkt for en diskursanalyse. Analysen har til hensikt å undersøke hvilke *sosiale mønstre, diskurser om temaet, som kan avdekkes og være gjenstand for videre analyse*. Ut fra problemstillingens karakter organiseres datamaterialet for å skape en oversikt, struktur, frembringe nyanser og gi et sammenligningsgrunnlag i analysen. Dette vil danne en oversikt som kan gi nyttig informasjon om hvordan meninger sosialt konstrueres og likeledes hvordan disse begrenser et område. Dermed kan en temasentrert analyse fungere som et grunnlag i forhold til videre diskursanalyse.

Datamatrikse 2:

Tekstutdragets framstilling av brukermedvirkning	Hvorfor brukermedvirkning?	Utøvelse av helsesøstertjenesten	Resultat av helsesøsters utøvelse
Veileder av 1998 Utgiver: Statens helsetilsyn	Sentralt begrep Helsefremmende strategi	Tilrettelegge -målgruppens behov Grupperettet tiltak Lytte til barnet, tas med på råd; -barnets alder -barnets modenhet	Ny kunnskap og nye ferdigheter Øke muligheten -kontrollere faktorer som påvirker helsen
Veileder av 2004 Utgiver: Sosial- og helsedirektoratet	Viktig strategi Bærende prinsipp - i helsetjeneste - i lov Empowermentstrategi	Tjenesteyter skal bidra	Reell brukermedvirkning, ikke bare formell
Faglig Retningslinje av 2016 Utgiver: Helsedirektoratet	Bedre kvaliteten på tjenestene Barns rettighet	Tjenestetilbudet utformes i samarbeid med brukeren via samtale	Brukerne får reell innflytelse

3.6.2 Diskursanalyse som en utvidet dokumentanalyse

I studien anvendes en diskursanalyse etter den temasentrerte analysen som en metodologisk tilnærming til datamaterialet. Neumann (2001) forklarer følgende om diskursanalyse:

Hovedpoenget med diskursanalyse er å frembringe en metode som kan analysere det sproglige og det materielle i et helhetsperspektiv. Dette gjøres ved å forstå diskurs som *både* et sproglig og et materielt fenomen [...] (s.81).

Hensikten er å løfte fram aktuelle diskurser som sosial praksis på bakgrunn av dokumentenes empiriske materiale, som bidrar til å produsere ulike betydninger (Tjora 2012:164). I denne oppgaven benyttes analysebegrepet *subjektposisjon* (Bergström & Boréus 2012:373,

Neumann 2001:116-117). Begrepet subjektposisjon kan relateres til diskurser om barn og unges posisjon i samfunnet. Av den grunn er subjektposisjon «mer generelle enn roller», da begrepet knyttes til diskurser som forklarer på hvilken måte barn og unge skal forholde seg til medvirkning (Neumann 2001:117). Barn og unges subjektposisjon kan komme til syne i dokumentene ved å oppdage ulike representasjoner i tekstene. Diskursanalysen i studien undersøker barn og unges posisjon samt deres vilkår for aktørskap slik det framkommer i tekstene. Hva er medvirkning som handling hos barn og unge? Finnes det noe i tekstene som eventuelt begrenser medvirkning relatert til subjektposisjoner? Måten barn og unge beskrives på, gjennom brukermedvirkning som et eksempel på handling, kan si noe om hvordan deres subjektposisjon framstilles i tekster knyttet til en overordnet kulturell kontekst.

Neumann (2001) påpeker at *tidsavgrensning* er en viktig faktor i en diskurs hvor endringer kan være av betydning. I den sammenheng er han opptatt av at diskursen «bærer med seg minnet om sin egen tilblivelseshistorie» (Neumann 2001:57). Hvordan begrepet brukermedvirkning har kommet til og representeres i tekstutdragene aktiverer diskurser om barn og unges medvirkning som har betydning for subjektposisjon. Dette forklarer Bergström og Boréus som å «beskriva diskursens innehåll med hänsyn til aktörers position» (Bergström & Boréus 2012:373).

Betraktningene kan kobles til definisjonsmakt og ideologier som omhandler måter vi skaper virkeligheten på, som igjen har betydning for den sosiale praksis (Fairclough 2008). Retoriske moment har med «overbevisende» elementer og faglige argumenter å gjøre. Ved å undersøke tekst kan en komme på sporet av oppdagelsen av hvilke diskurser som eksisterer. Av interesse er det derfor også å studere hvordan medvirkning språkliggjøres og formuleres.

Prior (2003) og Neumann (2001) poengterer betydningen av å se på diskursen som noe mer enn bare mening. For denne studien er de vitenskapelige påstandene i tekstene sentrale. Studien berører også genealogiske aspekter, da makt er nært relatert til kunnskap i en diskursanalyse. Dermed kan sistnevnte ikke utelukkes.

Egen utdannings- og yrkesbakgrunn kan knyttes til det Neumann (2001) betegner som «kulturell kompetanse» som framhever betydningen av at den som undersøker tekst søker kunnskap eller kjennskap til det området en skal forske på (Neumann 2001:50). Dette gjelder spesielt ved bruk av metoder og analyser som retter oppmerksomheten mot diskurser. I mitt tilfelle omfatter min kulturelle kompetanse både utdanning og yrkeserfaring innen

helsesøstertjenesten. Dette medfører kjennskap til viktige førende dokumenter for helsesøsters daglige virksomhet. Retningslinje og Veiledere for helsesøstertjenesten er verktøy i det daglige arbeid for helsesøster fordi de inneholder Nasjonale programmer som beskriver ansvars- og funksjonsområder for arbeidet.

I den diskursanalytiske tilnærmingen tar jeg utgangspunkt i Neumanns (2001) tre trinn. Disse trinnene beskrives som *avgrensning, representasjoner og lagdeling* (Neumanns 2001). Det første trinnet, *avgrensning*, handler om hvilken diskurs en skal fokusere på. I min studie avgrenses diskursen til temaet barn og unges medvirkning for å skape en ramme for analysen. Neumann (2001) hevder at «avgrensningen av diskursen kan ikke simpelthen foretas analytisk, fordi de avgrensningene deltagerne i diskursen forsøker å foreta, er en meget viktig del av diskursen selv» (Neumann 2001:56). Med andre ord blir diskursene produsert av meg ved at det er jeg som setter navn på dem slik de framstår for meg etter gjennomgang av dokumentene hvor ulike representasjoner kommer til syne, eksempelvis bemyndigelse, behov og kvalitetsforbedring. Begrepene gir assosiasjoner til ulike diskurser. På den måten må jeg forsøke å gjenkjenne og vise hvilke representasjoner som eksisterer under en og samme diskurs. Det finnes flere ord og uttrykk i tilknytning til barns medvirkning, eksempelvis behov og medbestemmelse, som kan være representasjoner og høre innunder en og samme diskurs.

Diskursen om barn og unges subjektposisjon er sentral hvor en er opptatt av å «beskriva diskursens innehåll med hänsyn til aktörers position» (Bergström & Boréus 2012:373). Retoriske moment har med tekstens «overbevisende» budskap å gjøre. Å undersøke hva som kommuniseres bidrar til at den tekstnære analysen kan komme på sporet av hvilke diskurser som eksisterer. Prior (2003) og Neumann (2001) poengterer betydningen av å se på diskursen som noe mer enn bare mening.

Neste trinn handler om hvilke *representasjoner*, eller dominerende/ mindre dominerende virkeligheter, som kan avdekkes i en avgrenset diskurs og det den representerer. Forholdet mellom representasjonene knyttet til diskursanalyse «bygger altså på en aksept av usikkerhet og konflikt» hevder Neumann (2001:60). Videre kan disse representasjonene, ifølge Neumann virke som modeller hvor «sosialt produserte fakta» eller kunnskap «reproduseres» (2001:33). Diskursens representasjoner i denne studien relateres til barn og unges posisjon og hvordan dette kommer til uttrykk i medvirkning, ut fra helsepolitiske føringer i dokumentenes tekster. Studien identifiserer fire diskurser i diskursanalysen. Disse er *demokratidiskurs*, *rettighetsdiskurs*, *kunnskapsdiskurs* og *barndomdiskurs*. Hvordan barn og unges posisjon er i et aktørskap er derfor av stor betydning hvor eventuelle «diskursivt bestämda positioner för

människor» kommer til syne (Bergström & Boréus 2012:373). Studien reiser noen kritiske spørsmål i forhold til et omdiskutert begrep, *brukermedvirkning*, og ikke minst realiteten i praksis. Hva som beskrives å være utfordringer knyttet til temaet barns posisjon og medvirkning blir derfor nødvendig å undersøke. Av den grunn stilles det noen spørsmål, påvirket av flere forskere som Bacchi (2012), Bergström og Boréus (2012) og Neumann (2001). Disse er følgende:

- Hva utpekes som problemet og hva er årsaken til dette?
- Hvilken framgangsmåte framholdes for å «løse problemet» og hva blir utfallet?
- Hva er ikke problematisert?
- Hva henvises det til i teksten og hva sies ikke?
- Hvilke likheter og ulikheter har teksten sammenlignet med de andre tekstutdragene?

I denne studien handler det om hvordan en faglig diskurs om medvirkning som begrep, kan føre til noen utfordringer i forhold til barn og unges reelle deltagelse. I den sammenheng kan det oppstå motsetninger mellom de ulike representasjonene. Et poeng er «å skille mellom grunntrekk ved meningsmønsteret (det som forener en posisjon) og varianter (det som differensierer en posisjon)» (Neumann 2001:62). En slik posisjon ser på hvordan problem konstitueres og defineres i lys av et kritisk engasjement (Bacchi 2012). I denne studien handler det om hvordan tekstene skaper og eventuelt begrenser barn og unges posisjon i diskursen om medvirkning. På lik linje med Bergström og Boréus (2012) retter Bacchi (2012) fokuset mot selve problemet ved et fenomen, som igjen krever løsninger relatert til de «mulighetsvilkår» som finnes. Dette er også aktuelt for denne studien. Her undersøkes hva som beskrives og presenteres i dokumentene som utfordringer for barn og unges medvirkning. Likeledes hvilke mulighetsvilkår som skisseres for å løse problemet. I studien undersøkes føringer om et avgrenset område i helsesøstertjenesten, hvor tre offentlige dokumenter kan sies å være et resultat av politisk virksomhet. En slik tankegang tar utgangspunkt i noe som har et endringspotensiale ut fra politiske vurderinger og kan betegnes som «problematiske representasjoner» (Bacchi 2012). Representasjonene kan dukke fram gjennom tekstenes forklaringer med tilhørende løsninger på problemet.

Det tredje trinnet omhandler *lagdelingen* av diskursen. Dette innebærer å se på hvordan en representasjon eller oppfatning av virkeligheten kan utvikles og overføres, eksempelvis barns rettigheter relatert til medvirkning. Det som utelukkes eller ikke sies, innebærer også at noen andre alternative muligheter ikke kommer til syne (Neumann 2001). Meningsinnholdet kan ha

betydning for hvordan tjenesteutøver ser på barn og unge som medvirkere. Hvordan barn og unge som brukere konstrueres ut fra aktiverte diskurser i dokumentene om bemyndigelse, behov og kvalitetsforbedring er av betydning. Barn og unges posisjon knyttes til sosial praksis, helsesøstertjenesten. Helsesøster som profesjonsutøver er en del av den institusjonelle praksis hvor dokumentene blir av betydning i den sosiale interaksjonen. Dokumentene skal anvendes og legger føringer for hvordan praksis skal foregå. Dette skjer via det «virkelighetsbildet» som presenteres blant annet gjennom det skrevne og som helsesøster skal omsette i handling. Et resultat av en slik tilnærming via de tre ulike trinnene skaper «en modell av en diskurs» ifølge Neumann (2001:69).

Diskursen om medvirkning i helsesøstertjenesten omhandler posisjoner som barn og unge blir tilskrevet knyttet til ulike tidsperioder. Dette kan relateres til diskursens *materialitet*, et fjerde steg i en diskursanalytisk tilnærming (Neumann 2001). Dette innebærer et «helhetsperspektiv» som ser på «handlingsbetingelser» (Neumann 2001:84). Språk og eksempelvis produksjonsbetingelser for helsesøstertjenestens dokumenter har betydning for det Neumann betegner «å inngå i arkivet» (Neumann 2001:81). Arkivet sett på som praksiser bidrar til at representasjoner kan videreføres og opprettholdes (Neumann 2001). Ifølge Neumann «vil diskursen bære med seg minnet om sin egen tilblivelseshistorie, slik at hver tekst vil muliggjøres av de tekstene som er gått forut for den» (2001:57). Å se helheten i det metodologiske i diskursen handler både om det materielle og det språklige. På denne måten «er tekstens materialitet knyttet til arkivet» ifølge Neumann (2001:83). Det endelige trinnet i diskursanalysen er den bakenforliggende *makt* knyttet til diskursen.

En slik tilnærming kan bidra til å oppdage forbindelser mellom Faglig Retningslinje og Veiledere, diskursiv praksis og sosial praksis. Dokumentene legger klare føringer for at barn og unge skal medvirke på alle nivå. Dette er noe som skal prioriteres høyt og kan leses som et overordnet mål for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Den sosiale virkeligheten konstrueres gjennom språket i de offentlige dokumentene. Diskursen er strukturert via argumentasjoner og tegn og det foregår en posisjonering mellom dem. Ved hjelp av diskursanalysen kan en studere hvordan mening blir skapt gjennom språket betraktet som handling (Neumann 2011). Slik symboliseres også en forbindelse til samfunnsprosesser og velferdspolitik for øvrig, da en faglig Retningslinje eller Veileder er ment til å gi løsninger på de utfordringer som eksisterer.

Ifølge Neumann kan diskursanalyse «kaste nytt lys over de forutsetninger og betingelser som alltid er en del av politiske praksiser» (Neumann 2001:15). Neumann viser til et «feedback –

loop» system mellom verdier, institusjon og virkelighet som han betegner som en resonans ved at sosiale praksiser gjenspeiler de ulike representasjonene (Neumann 2001:44).

3.7 Etske betraktninger

I utvelgelsesprosessen av datamaterialet har det ikke vært behov for å søke Regional Etisk Komite (REK) eller å innhente tillatelse fra Statens Datasentral (NSD). Dette fordi dokumentene som anvendes er offentlige tilgjengelige kilder. Datamaterialet tar ikke for seg personbeskrivelser, da innholdet i de offentlige dokumentene er tilgjengelig for allmennheten.

3.8 Styrker og svakheter ved metodene

Dokument- og diskursanalyse har vært nye og komplekse metoder for meg. Dette kan være en svakhet for studien som følge av manglende oversikt og forståelse av relevante momenter underveis i skriveprosessen. Diskursanalyse kan representere ulike retninger, noe jeg har forstått etter gjennomgang av ulike metodelitteratur. Dette har gitt noen utfordringer i forhold til å skaffe meg en tydelig oversikt. Til tross for dette er jeg av den oppfatning av at valgte tilnæringsmåte har skaffet en rimelig god oversikt over relevante metodologiske grep som brukes i analysen. I den forbindelse har boken til Neumann (2001) vært et nyttig verktøy for meg som nybegynner innenfor feltet.

Jeg har i utgangspunktet hatt kjennskap til dokumentene ut fra min utdannings- og yrkesbakgrunn, men dokumentanalysen har ført til at jeg betrakter dokumenter på en litt annen måte nå enn før. Det som jeg tidligere betraktet som passé i dokumentene har nå blitt mer levende i den forstand at samfunnsprosesser og språk er av betydning for handlinger. Dokumentene i seg selv har derfor en empirisk verdi.

Med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt er også blikket mer kritisk rettet i den forstand at «sannheter» blir relative. Ulike kunnskapsdiskurser bidrar til å skape virkeligheten.

KAPITTEL 4 ANALYSE OG DISKURSER

I dette kapittelet foretas en dokumentanalyse av datamaterialet. I første analysedel undersøkes dokumentenes tilknytning til institusjon/ kontekst, dokumentenes bruk og standardisering/ fakta. Deretter foretas en avgrensning av temaet i en utvidet dokumentanalyse av utvalgte tekstutdrag fra de tre dokumentene. Det redegjøres for diskursens representasjoner, lagdeling, materialitet og makt.

4.1 Dokumentenes tilknytning til institusjon/ kontekst: Når og av hvem ble dokumentene skrevet?

I 1998 ble *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjeneste* publisert av Statens helsetilsyn. Helsestasjonen hadde allerede en Veileder, men denne gjaldt ikke for skolehelsetjenesten. Dette medførte en revisjon av helsestasjonens Veileder hvor det i tillegg ble laget en ny del som også inkluderte skolehelsetjenesten. Veileder av 1998 henviser til forarbeid og kartleggingsdata i utarbeidningen av ny Veileder. Daværende helsedirektør har skrevet forordet til Veilederen. I dokumentet vises det til fagmiljøets interesse for en Veileder samt hvilke arbeids- og referansegrupper som har deltatt i utarbeidelsen av dokumentet. Tre arbeidsgrupper er oppnevnt bestående av ulike fagpersoner, eksempelvis helsesøstre, leger og fysioterapeuter. Gruppens bidrag førte til en endring i forhold til helsesøstertjenesten med større vektlegging av grupperett arbeid, økt ressursorientering i forhold til brukerne og deres medvirkning (Statens helsetilsyn, 1998).

I 2004 utga Sosial- og helsedirektoratet *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr.450*. I Veileder av 2004 foreligger det ikke en presentasjon av bidragsyttere til utarbeidelsen av dokumentet. Det forklares at det er behov for revisjon av tidligere Veileder (1998) som følge av lovendringer hvor det henvises til mange ulike dokumenter, eksempelvis St. meld. nr.16 (2002-2003) (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

I 2012 fikk Helsedirektoratet i oppgave å vurdere dagens Veileder til forskrift som omhandler kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Oppdraget kom fra Helse- og omsorgsdepartementet, og i 2016 kom Helsedirektoratet med en ny Nasjonal faglig retningslinje. Den delen som omhandler skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom har blitt utarbeidet og tatt opp til høring. Retningslinjen omhandler også helsestasjon, og denne er allerede fastsatt og i bruk. Dette dokumentet, Retningslinje av 2016, benevner helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom som deltjenester

(Helsedirektoratet 2016). Retningslinjen inneholder fire deler, tre som omhandler deltjenestene samt første del som omhandler «virksomhetens drift og berører alle deltjenestene» med anbefalinger for alle deltjenestene og som er konkretisert (Helsedirektoratet 2016:3).

Ulike aktører har medvirket i utarbeidelsen av dokumentdelen som omhandler skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Disse er fagpersoner som helsesøstre, fysioterapeuter og leger, som alle er vurdert av Helsedirektoratet «med hensyn til habilitet» (Helsedirektoratet 2016:5).

Representanter fra brukerorganisasjoner står ikke oppført som deltagere i arbeids- eller referansegruppen av Veileder av 1998 og Veileder av 2004. Det henvises ikke direkte til noen brukerorganisasjoner. På samme tid er «å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/ tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten» (2004:18) og «øke brukerdeltakelsen individuelt og i grupper» (1998:1) vektlagt i de to dokumentene.

Til forskjell for Veileder av 1998 og Veileder av 2004, oppgis Retningslinjens referansegruppe som består av mange aktører, eksempelvis brukerorganisasjoner, hvor KS og Barneombudet nevnes.

4.2 Dokumentenes bruk- produksjon, funksjon og innhold: Hvem er dokumentene skrevet for og for hvilke formål?

I forordet til dokumentet fra 1998 blir målgruppen for Veilederen beskrevet og disse er «helsepersonell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjenesten, fylkeslegene og administrative og politiske myndigheter» (Statens helsetilsyn 1998). Barn, unge og foresatte nevnes ikke i forordet når begrepet målgruppe presenteres, men i dokumentets innledningskapittel som omhandler selve formålet. Det oppfordres til økt innsats blant annet i det helsefremmende arbeidet.

Prosjektet «*Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten*» (1995) med Statens helsetilsyn som initiativtaker var viktig når det gjaldt arbeidsoppgaver relatert til barn og unge (Statens helsetilsyn 1998, IK-2618). I dette prosjektet fremkom behovet for en endring i yrkesutøverens rolle. Et av hovedargumentene for ny Veileder av 1998 er «faglig forsvarlig virksomhet (1998:1). Selve formålet beskrives i Veilederen, som innebærer å «Vektlegge hver families ressurser og muligheter for selv å kunne fremme og bevare sin helse» (1998:1) og å «Øke brukerdeltakelsen både individuelt og i grupper» (1998:1).

Veileder av 2004 gir føringer for ulike aktører som «politisk og administrativt ansvarlige i kommunen, ansatte i tjenesten og for utdanningsinstitusjonene» (2004:3) og disse er dokumentets målgruppe. Selve formålet med veilederen var «å bidra til at kommunene iverksetter den nye forskriften av 3. april 2003 [...]» (2004:3). Forskriftens formål omhandler «å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (2004:3).

Ved gjennomlesing forstås Veileder av 2004 som et resultat av et behov for å utdype forskriftens formål. Dokumentet er et resultat av politiske føringer og endringer som får konsekvenser for hva som skal gjelde i helsetjenesten hvor *Regjeringens strategiplan for barn og unges helse* og *Lov om helsetjenesten i kommunene* er viktige dokumenter i den forbindelse og som det vises til i Veilederen.

Dokumentet tydeliggjør hva helsetjenesten skal vektlegge. I Veileder av 1998 vises det til kommunehelsetjenestens utfordring når det gjelder det å implementere de føringer som foreligger nasjonalt. Budskapet er at det er helsetjenestens ansvar å iverksette føringer som gis fra sentralt hold (Statens helsetilsyn 1998). Ulike lovverk, deriblant helsepersonell- og pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven ble endret. En følge av dette var at tidligere Veileder av 1998 måtte omarbeides (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Veileder av 2004 fra Sosial- og helsedirektoratet tar for seg temaer som berører blant annet lovverk og faglige spørsmål. Hensikten er å gi ytterligere konkrete beskrivelser og føringer for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Retningslinje av 2016 oppgir mange ulike aktører som målgruppe. Disse er yrkesutøverne i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, utdanningsinstitusjoner og politikere, samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, barn og unge og deres foresatte. Også «andre relevante aktører» oppgis som målgruppe, men hvem disse er spesifiseres ikke (Helsedirektoratet 2016:3).

I dokumentet begrunnes hvorfor en ny Retningslinje ble utarbeidet. Dette som en følge av «mangler på flere områder i tjenesten» (Helsedirektoratet 2016:2). Spesielt nevnes at barn og unge selv har bedt om en styrking av skolehelsetjenesten, da den har vært lite tilgjengelig. Avviksrapportering og hvordan kommunene administrerer tjenesten påpekes i dokumentet som mangelfull. I Veileder av 2004 ble også kommunenes ansvar for å sørge for en

tilgjengelig tjeneste for «målgruppene» påpekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2004:7). Dokumentet gir et svar på Regjeringens ønske om «å styrke helsetjenestene til gravide, barn og ungdom» (Sosial- og helsedirektoratet 2004:7). Psykososial kompetanse løftes fram som et viktig område i forbindelse med styrking av personell.

I dagens hørings svar til Retningslinje av 2016 kommer det fram, eksempelvis fra Norsk Sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre og Jordmorforbundet, at «Skal man lykkes med å få retningslinjens anbefalinger omsatt i praksis er det helt avgjørende hvordan retningslinjene implementeres. Forutsetninger er *informasjon, kompetanse, forankring, ressurser og system*» (NSF 2016:9). Nødvendigheten av å styrke kompetansen påpekes, likeledes at normer angående bemanning er vesentlig. Her vises det til *Utviklingsstrategi* fra 2010 utgitt av Helsedirektoratet. Også i Barneombudets hørings svar påpekes ressurser som en viktig forutsetning for implementering av Retningslinje av 2016. I dette hørings svaret står det:

[...] Helsedirektoratet setter av ressurser slik at det kan prioriteres å implementere begge retningslinjene skikkelig i tjenestene når de er ferdigstilt. Dette må gjøres for å sikre at ansatte er innforstått med hva som er å regne som god praksis for hvordan tjenesten skal arbeide for å arbeide forebyggende og helsefremmende for og med barn og unge (Barneombudet 2016:3).

Økte ressurser i tjenesten som forutsetning for implementering av Retningslinje av 2016 er tydelig poengtert fra ulike aktører. Det samme argumentet ble presisert i Veileder av 2004. Retningslinje av 2016 betegnes som et «virkemiddel» og inneholder ulike anbefalinger i forhold til tjenestens handlingsvalg ut fra de krav myndighetene stiller (Helsedirektoratet 2016:2). Retningslinjen skal bidra til å tydeliggjøre dette innholdet som omhandler «god kvalitet og forsvarlig drift, helhetlig tilbud, riktige prioriteringer og mindre uønsket variasjon» (Helsedirektoratet 2016:3). Retningslinjen skal fungere som «faglig normerende» hvor blant annet intensjonen om å «oppfylle kravet om faglig forsvarlighet» understrekes. I tillegg presiseres at «faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster» (Helsedirektoratet 2016:2). Dette fordi spesifikke arbeidsoppgaver skal ivaretas av helsesøster som har sykepleiefaglig bakgrunn.

I dokumentet vises det til «noen særlige nasjonale fokusområder» som har hatt betydning for utarbeidelsen av Retningslinje av 2016. Her angis en stikkordsliste hvor blant annet

medvirkningsretten og det som omhandler bemyndigelse eller «myndiggjøring» står oppført (2016:3). Satsningen retter seg både mot individ-, gruppe- og organisatorisk nivå. Det betyr at helsesøster i skolehelsetjenesten skal jobbe direkte på alle nivå. Dette innebærer å samarbeide med hver enkelt elev, i grupper med elever, foresatte og med skolens ansatte samt i kommunalt planarbeid.

4.3 Dokumentenes standardisering/ fakta

4.3.1 Hva sier dokumentene om kvalitetssikring?

I Veileder av 1998 vises det til *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten* (Sosial- og helsedepartementet & Statens helsetilsyn 1995). En hovedsak er ansvarsklargjøring av oppgaver som skal føre til bedre overordnet struktur og internkontroller. Hvilke krav som gjelder i forhold til regelverket er også en viktig sak for ansatte. Om kvalitetsarbeid og utvikling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten står det «Kvalitetsarbeid kan føre til økt trivsel, kompetanseutvikling og synliggjøring av personellens innsats» (1998:22).

Ulike folkehelseproblemer sett i et historisk perspektiv beskrives i Veileder av 1998. I tillegg belyses «stress- og relasjonsproblemer i samliv og samhandling, og andre problemer relatert til samfunnsutviklingen» (1998:4). Lokalt folkehelsearbeid er et viktig område hvor «Gjennomføringen baseres på demokratiske prosesser, deltakelse og konsensus i befolkningen». Ekspertrolle skal nedtones fordi brukerne, herunder foreldrene, skal «finne egne løsninger» (Statens helsetilsyn 1998:29, 31). Videre står det «I det helsefremmende arbeid i skolen er det et viktig moment å involvere barn og unge i forhold som påvirker deres helse» (1998:31). Hvordan involveringen skal foregå forklares ikke. Helsepersonellens respekt og positive tilnærming til foreldrene vektlegges for å bedre samarbeidet. I dette avsnittet tillegges foreldrenes engasjement og egne løsninger stor betydning, dette vil indirekte virke positivt overfor barn og unge. Brukermedvirkning på gruppenivå sies å være mer effektivt enn individuelle tiltak.

Det vises videre til *Stortingsmelding 37(1992-93)* og betydningen av barn og unges helse og oppvekstmiljø, eksempelvis arbeidet «mot psykososiale problemer» (1998:4). Målsettingen for tjenesten er «å fremme god helse blant barn og unge», dette skal oppnås gjennom veiledning og programmer for helseopplysning (1998:4). I Veileder av 1998 settes familien som enhet i sentrum:

Utgangspunktet for innsatsen er at foreldrene har hovedansvaret for omsorgen av sine barn. Helsepersonells rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med familien. Helsepersonell må derfor fokusere mer på metoder og prosesser som gjør foreldre, barn og unge i stand til å kunne påvirke faktorer som fremmer deres helse, trivsel og mestring. Tjenestene trenger en nyorientering fra problem- og risikotenkning til større vektlegging av familiens og nærmiljøets ressurser (Statens helsetilsyn 1998:5).

Begrepet brukermedvirkning blir omtalt og relatert til helsetjenestens mål, ansvar og strategi. Likeledes tas etiske betraktninger fram i forhold til et sykdoms- friskfokus. I Veileder av 1998 presiseres at «barn og unge er prioriterte målgrupper med hensyn til å opprettholde eller iverksette nye helsefremmende og forebyggende tiltak, fordi dette er grupper som er i en fase av livet hvor blant annet helsevaner formes og utvikles» (1998:15).

Veileder av 2004 tar for seg kvalitetsarbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten og dokumentet viser til nasjonal strategiplan *Og bedre skal det bli* (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Kvalitetsarbeidet omhandler kvalitetsforbedring. Det tilsiktes høy kvalitet på tjenesten hvor yrkesutøveren skal «fokusere på møte mellom bruker og utøver» (2004:19) og «initiere til medvirkning fra brukere og utøvere i alle ledd» (2004:20). Ifølge daværende direktør for Sosial- og helsedirektoratet, vektlegges «et helhetlig perspektiv» hvor blant annet helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i folkehelsearbeidet (2004:3).

I Veileder av 2004 vises det til *Stortingsmelding 16- Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen)* hvor folkehelse knyttes til ulike helseutfordringer. Det begrunnes med et behov for nye tilnæringsmåter i forhold til nye utviklingstrekk «i barne- og ungdomsbefolkningen» relatert til levevaner og psykiske forhold (2004:7).

Også tjenestens tilgjengelighet betegnes som viktig i anbefalingen om kommunenes tilrettelegging. I tjenestens tilbud og tilgjengelighet anføres at «[...] man blir tatt på alvor med sine små og store helseproblemer og utfordringer» (2004:7). Det prioriteres å styrke personers miljø- og nettverk, og det som medfører helserisiko skal reduseres. Likeledes understrekes også behovet for å styrke den psykiske helsen. Dette knyttes til handling og uttrykkes som

«legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet og respekt» (2004:8).

Veileder av 2004 viser til Regjeringens Strategiplan for barn og unges helse hvor ett av fem sentrale perspektiver forbundet med folkehelsearbeid fremmes (I- 1088). Dette omhandler synet på brukeren hvor det står følgende:

Brukerperspektivet vil i denne sammenheng både omfatte foreldre, barns og unges alminnelige deltagelse i samfunnet, og at den enkeltes behov, ønsker og forståelse av egen situasjon bør legges til grunn ved utforming av tiltak og tjenester. Det innebærer at alle foreldre, barn og unge tas på alvor og møtes med respekt og verdighet [...] (2004:8).

Et moment er at brukerperspektivet relateres til begreper som respekt og verdighet. Dette er verdier som er av stor betydning for alle mennesker. I tillegg berører begrepene etiske forhold som omhandler menneskesyn. Et viktig utgangspunkt i en holistisk tilnærming til bruker, uavhengig av alder, kjønn eller etnisitet, er helsesøsters sykepleiefaglige etiske grunnlag hvor alle skal møtes på en verdig måte (Norsk Sykepleierforbund 2011).

I Retningslinje av 2016 blir kvalitetsforbedringsarbeidet knyttet til å tydeliggjøre krav fra myndighetene når det gjelder tjenestenes innhold. Tilsyn i 2012- 2013 utført av Statens helsetilsyn viste mangler (Helsedirektoratet 2016). Som en følge av dette er kvalitetsforbedring et område som skal vektlegges og blant annet «gjøre bruk av erfaringer fra barn og ungdom/ tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten» (Helsedirektoratet 2016:11). Dette relateres til ledelsesansvar for virksomheten og det vises til internkontrollforskrift § 4 samt *Og bedre skal det bli- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005- 2015* (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Brukermedvirkning knyttes til kvalitetsforbedring.

4.3.2 Hva sier dokumentene om kunnskapsbasert praksis?

Kunnskapsbasert praksis er et gjennomgående begrep i de tre utvalgte dokumentene. I Veileder av 1998 står det at «evidence based medicine» innebærer å «integrere den beste tilgjengelige kunnskap om en klart definert problemstilling for å underbygge praksisen

metodisk» og det refereres til Forlands (1997) artikkel i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* (Statens helsetilsyn 1998:7).

I Veileder av 2004 vises det til utfordringer når det gjelder virkningsfulle tiltak i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Her står det «Det er viktig å kunne svare på hvorfor vi gjør det vi gjør, om vi gjør de rette tingene og om vi gjør det vi gjør på en riktig måte» (2004:22). Det vises til god forskning som kan svare på eventuelle effekter av de tiltak som gjennomføres. Kunnskap som et resultat av god forskning knyttes sammen med blant annet lovverk og «brukernes ønsker» (2004:22). På samme tid taler teksten om det erfaringsmessige på følgende måte:

Selv om god vitenskapelig dokumentasjon bør styrkes, så vet man erfaringsmessig at gevinsten ved godt helsefremmende og forebyggende arbeid er vesentlig sammenlignet med å sette inn ressurser på et senere tidspunkt (Sosial- og helsedirektoratet, 2004:8).

To ulike betraktninger illustreres, den ene ut fra erfaringer den andre ut fra forskning. Det vises ikke til noen referanser. Ut fra dette formidles en dobbeltkommunikasjon i teksten. Helsefremming- og forebyggingsperspektivet knyttes til folkehelsearbeidet og Regjeringens strategiplan står oppført som referanse. I dokumentet løftes kunnskapsbasert praksis fram:

Ønsker man å iverksette nye tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bør man først søke om det finnes forskning som tilsier at tiltaket kan ha den ønskede effekt. Hvis slik forskning ikke finnes, bør tiltaket prøves ut i et definert forskningsprosjekt, før man eventuelt vedtar å implementere tiltaket i tjenesten som helhet (Sosial- og helsedirektoratet 2004:22).

Ved gjennomgang av denne teksten sammenlignet med den forrige, kan leseren få en oppfatning av at denne teksten ut fra et forskningsståsted anbefaler det motsatte. På den ene siden formidler teksten at en har et grunnlag ut fra erfaringer om hva som må til, men på samme tid er en opptatt av å forske på effekter av tiltak. Hvilke tiltak i den kunnskapsbaserte praksis det er snakk om, presiseres ikke. I forskningsbasert kunnskap bør brukernes erfaringer og behov være et prioritert forskningsfelt noe kunnskapsbasert praksis understreker. Dette

fordi den forskning som gjøres i tilknytning til tjenesten skal være relevant og ut fra brukernes behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

I Retningslinje av 2016 som omhandler «kunnskapsgrunnlag og retningslinjemetodikk» beskrives kunnskapsbasert tilnæringsmåte (Helsedirektoratet 2016:13). Det vises til DECIDE rammeverk (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice based on Evidence):

Retningslinjen er i størst mulig grad basert på beste tilgjengelige kunnskap. Dette innebærer at forskningsbasert kunnskap, brukernes ønsker og behov, samt erfaringsbasert (klinisk) kunnskap er vurdert i forhold til ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak. Denne kunnskapen er deretter vurdert i en kontekst av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter. Retningslinjens anbefalinger bygger på avveininger mellom de ulike kildene til kunnskap (Helsedirektoratet 2016:13).

I dokumentets del som forklarer Retningslinjens hensikt står det «Et effektivt folkehelsearbeid består av koordinerte innsatser rettet mot både individer og det sosiale og fysiske miljøet det lever i. Effekten påvirkes også av de institusjonelle og politiske rammene» (Helsedirektoratet 2016:7). Ut fra dette er skolehelsetjenesten en arena hvor forskning har et utviklingspotensiale. Med dette menes å utvikle relevant kunnskap som systematisk innhentes. Det etterlyses evidensbasert kunnskap angående helseforhold og intervensjoners effekt (2016:7). I dokumentet forklares at «Forskning kan skje på mange måter og omfatte mange aspekter, for eksempel tilfredshet blant brukere [...]» (Helsedirektoratet 2016:7). I NSF's hørings svar (2016) til Retningslinje av 2016 påpekes dette som et viktig område i forbindelse med barn og unges rett til å si sin mening.

Retningslinje av 2016 inneholder forklaringer på anbefalingene i forhold til ulike tiltak der anbefalingene graderes rent språklig, «ved sterke anbefalinger brukes «bør» eller «anbefales», og ved svake anbefalinger brukes «kan» eller «foreslås»» (Helsedirektoratet 2016:6). Videre forklares at «formuleringen «skal» eller «må» brukes på områder som er begrunnet ut fra gjeldende lov og forskrifter» (2016:6). Eksempler på slike anbefalinger finnes i dokumentet hvor blant annet brukermedvirkning omtales. Der står det at «Barn og ungdom *bør* ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom»

(Helsedirektoratet 2016:13). Videre anføres at «Barn og ungdom har *rett* til å si sin mening og *bli hørt* når de er i kontakt med helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (Helsedirektoratet 2016:14). Det ene sitatet viser en sterk anbefaling som «indikerer at det er klart at fordelene veier opp for ulempene», mens det andre viser til en rettighet som er begrunnet i lov (Helsedirektoratet 2016:6).

I Retningslinje av 2016 vises det også til «Erfaringsbasert kunnskap fra barn og ungdom» uavhengig av alder både på individ og systemnivå (Helsedirektoratet 2016:15). Det vises til brukerorganisasjoner som Voksne for barn og Redd Barna nøytrale bidragsytere i forbindelse med barn og unges egne erfaringer og kunnskap, også når det gjelder det å ytre sine meninger. Landsgruppen av helsesøstre uttaler i sitt høringssvar at også andre barn og unge må få anledning til å uttale seg utenom «formelle brukerorganisasjoner» (NSF, Landsgruppen av helsesøstre og Jordmorforbundet 2016:14). Eksempler er ung.no og Barneombudet som formidler barn og unges erfaringer «som også kan bidra til grunnlag for utvikling av tjenestetilbudet lokalt». I forhold til de minste påpekes betydningen av å betrakte også dem som «aktive deltakere i konsultasjonen» (NSF 2016:14). Hvilke anbefalinger Veileder av 1998, Veileder av 2004 og Retningslinje av 2016 gir i forhold til brukermedvirkning undersøkes nærmere i denne studien.

4.4 Temaets avgrensning i en utvidet dokumentanalyse, trinn 1

En mer utdypende analyse gjøres videre for å forfølge tema- og innholdsanalysen som er foretatt. Å avgrense diskursen innebærer konstruksjoner i forhold til det jeg vil belyse. Dette betyr at jeg løfter fram noe spesifikt, et sosialt fenomen, i diskursen om brukermedvirkning som jeg vil undersøke nærmere. Problemstillingen er utgangspunktet for analysen. Språket, tekstene, fra de tre dokumentene representerer ulike tidsperioder knyttet til helsesøstertjenesten og med publisering av faglige føringsdokumenter for yrkesutøvelsen. Brukermedvirkning blir omtalt i tjenesteutøvelse. Bergström og Boréus (2013) påpeker at «diskursanalys inneholder fler dimensioner än enbart textanalys, eller annorlunda uttryckt: ett vidare diskursbegrepp innebär att analysen inkluderar också exempelvis sociala praktiker (Bergström & Boréus 2013:358).

Den første faglige Veileder for helsesøstertjenesten kom i 1998. Veilederen skulle sikre «faglig forsvarlig virksomhet» (Statens helsetilsyn 1998:1) og «Øke brukerdeltakelsen både individuelt og i grupper» (1998:1). Veileder av 1998 kan betraktes som den første

arbeidsmanual hvor skolehelsetjenesten også var inkludert og som forelå for helsesøstrene. Veileder av 1998 har bånd til produksjonen av Veileder av 2004, som igjen har ført til utarbeidelse av faglig Retningslinje av 2016. På samme tid kan dette utvalget representere et «typifiseringsutvalg» (Veum 2011:91) som representerer «ein viss type normer i en tekstkultur» (Veum 2011:91). Ut fra dette foreligger det et datamateriale hvor alle er tekstkilder. Tekstutdragene utgjør det Neumann beskriver som «*monumenter*» (Neumann 2001:177). Disse peker seg ut som sentrale for diskursen om medvirkning. Dette fordi de representerer handlingsbetingelser for bruker og utøver ut fra statlige føringer.

Diskursen om barn og unges medvirkning knyttet til subjektposisjon er sentral (Bergström & Boréus 2012:373). Her ser jeg på tekstenes forklaring av hvordan reell medvirkning skal foregå. Slik kan tekstene overbevise og tilsynelatende gi klare svar og føringer på området. Dette kan kobles til definisjonsmakt og ideologier, avhengig av hvordan virkeligheten framstilles og konstrueres.

Dette har også betydning for helsesøstertjenesten som er en sosial praksis (Fairclough 2008, Neumann 2001). Hva som finnes av overbevisende argumentasjoner i tekstene kan også si noe om hvilke diskurser som får råde og hvilke som ikke vektlegges. En slik tektnær analyse av dokumenter kan vise hvilke handlinger slike dokumenter kan føre til ved å oppdage de diskurser som eksisterer. Denne tilnærmingen har betydning for et mer overordnet samfunnsblikk. Vitenskapelige påstander i tekstene er sentrale hvor kunnskap er nært relatert til makt (Prior 2003, Neumann 2001).

Brukermedvirkning som tema kan inngå i flere diskurser i dagens samfunn (Neumann 2001). I denne studien avgrenses brukermedvirkning til et eget tema etter endt gjennomgang av de tre utvalgte dokumentene. Dette for å identifisere begrepets ulike diskurser. Overordnet inngår barn og unges brukermedvirkning i en fagdiskurs i helsesøstertjenesten da dokumentene er «verktøy» for akkurat denne tjenesten. Ut fra dette forsøker jeg å gjenkjenne og samtidig tydeliggjøre hvilke representasjoner som finnes innenfor en og samme fagdiskurs i studien. Ulike ord og uttrykk kan knyttes til begrepet medvirkning, eksempelvis medbestemmelse i spørsmål omkring egen helse, som er et eksempel på en representasjon og som hører innunder en og samme diskurs.

Som tidligere nevnt, påpeker Prior (2003) at tekstens tilknytning til handling, er av betydning når det gjelder studier av dokumenter. Neumann (2001) er også opptatt av handlingsbegrepet

knyttet til diskursanalyse. Han skriver at «det man leser, det skrevne og for den saks skyld det talte, er for diskursanalytikeren en handling [...]» (Neumann 2001:51). Betrakter en brukermedvirkning som et fenomen, er begrepet mer enn bare et skrevet ord, det impliserer også handling i praksis ut fra et diskursanalytisk perspektiv. Analysen er knyttet til både nåtid og fortid, en undersøkelse et felles sosialt konstruert fenomen, brukermedvirkning, som er å finne i alle de tre dokumentene for helsesøstertjenesten.

Tekstutdragene betegnes alfabetisk. Der datamaterialet presenteres med flere enn ett tekstutdrag benevnes disse videre alfabetisk, eksempelvis tekstutdrag A, B osv.

4.4.1 Presentasjon og analyse av tekstutdrag om brukermedvirkning fra Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IK- 2617 Statens helsetilsyn, 1998)

Tekstutdrag A omfatter brukermedvirkning og er som følgende:

Brukermedvirkning er et sentralt begrep i helsetjenesten. Den helsefremmende strategien tar bl.a. sikte på å tilrettelegge tilbud slik at brukerne kan få ny kunnskap og nye ferdigheter. Tilbudene bør relateres til de forskjellige målgruppers behov (førstegangsfødende, tenåringsforeldre m.fl) for å øke deres mulighet til å kontrollere faktorer som påvirker helsen.

Grupperettede tiltak i tjenestene kan tilrettelegges slik at brukerne får medvirke i større grad i planlegging og gjennomføring enn det som lar seg gjøre i individuelle tiltak (1998:31).

Brukermedvirkning forstås her i tilknytning til helsefremmende strategi. Det finnes ingen direkte referanser det henvises til i dette tekstutdraget.

4.4.2 Tekstutdragets innhold, mening og referanser

Ved gjennomlesning av tekstutdragets avsnitt forstås at «helsetjenestens ekspertrolle skal nedtones, og helsepersonell skal i større grad bistå foreldre i å finne egne løsninger» (1998:31). Avsnittet om brukermedvirkning tar tak i samarbeid som en viktig komponent hvor også barn og unge inkluderes og involveres «i forhold som påvirker deres helse» (Statens helsetilsyn 1998:31).

I Veileder av 1998 omtales FN's barnekonvensjon som et betydningsfullt lovverk. Samtidig reises etiske problemstillinger i forhold til «Individ versus samfunn» (Statens helsetilsyn 1998:15). Barn og unge omtales som målgruppe hvor helsepersonells og myndigheters

inn gripen overfor «enkeltindividets rett til å foreta egne valg» belyses (Statens helsetilsyn 1998:15). I den forbindelse oppfordres det til en yrkesetisk bevissthet hos utøver og kunnskap om tiltakenes virkning på det enkelte individ. I det helsefremmende og forebyggende tiltaksarbeidet er barn og unge «prioriterte målgrupper» (Statens helsetilsyn 1998:15). Videre forklares at «[...] dette er grupper som er i en fase av livet hvor blant annet helsevaner formes og utvikles» (Statens helsetilsyn 1998:15).

Internkontroller av virksomheten vektlegges og involvering av personellet i kvalitetssikringsarbeidet. Tekstutdraget om brukermedvirkning er hentet fra Veilederens kapittel som omhandler «mål, ansvar og strategi» (Statens helsetilsyn 1998:26). Det forklares at valget av strategier er en følge av det overordnede «verdi-, teori- og kunnskapsgrunnlaget» (1998:28), hvor folkehelsearbeid betegnes som «den samlede strategiske innsatsen» (1998:29). Dette knyttes til blant annet helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet. Videre forklares det at et befolkningsrettet arbeid bør vektlegges mer enn et individrettet arbeid.

Helsefremmende strategier blir vektlagt, og det reises tvil ved risikotekning. Videre anføres det at «et annet vesentlig moment er den kunnskap som skaffes over tid gjennom systematisk kontakt med alle barn og unge» (Statens helsetilsyn 1998:31). Hvilken kompetanse helsesøstertjenesten har behov for må sees i sammenheng med samfunnsendringer. Myndighetenes anerkjennelse av barn og unges kunnskap samt helsesøstrenes kunnskap og styrking av denne har betydning for «Barnekonvensjonens prinsipper» og barn og unges subjektposisjon (Bae 2005). I Veileder av 1998 betraktes brukermedvirkning som en strategi i det helsefremmende arbeidet hvor vektlegging av tiltak på gruppenivå vektlegges fordi dette har større gjennomslagskraft.

4.4.3 Presentasjon og analyse av tekstutdrag om brukermedvirkning fra Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 (Utgitt 2004)

Tekstutdrag A omfatter brukermedvirkning og beskrives som følgende:

Brukermedvirkning er en viktig strategi og et bærende prinsipp i norsk helse- og sosialtjeneste. Det gjenspeiles også i helse- og sosiallovgivningen blant annet i pasientrettighetsloven og forskrift om individuell plan. Videre vektlegges medbestemmelse og medvirkning gjennom empowermentstrategier i

folkehelsearbeidet. Tjenesteytere skal bidra til at brukermedvirkningen blir reell, ikke bare formell (2004:27).

Brukermedvirkning omtales i denne teksten som en betydningsfull strategi. Likeledes er det et bærende prinsipp knyttet til helselovgivningen. Et «nytt» begrep introduseres, empowerment. Medbestemmelse og medvirkning relateres til empowermentstrategier. Et bakgrunnsdokument for Veileder av 2004 var helsesøstertjenestens første Veileder fra 1998, med inkludert del om skolehelsetjenesten.

4.4.4 Tekstutdragets innhold, mening og referanser

Strategibegrepet knyttes til folkehelsearbeid. Dette karakteriseres som «befolkningsrettet strategi» og «høyrisikostrategier» (2004:9). Begge strategier er tiltaksrettet med den hensikt å fremme helsen til befolkningen eller å forebygge sykdom slik det beskrives i Veileder av 2004. De to benevnelsene som det refereres til er hentet fra *Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Nordhuus & Ree 2002).

Det finnes ingen direkte referanse i dokumentet knyttet til empowermentstrategier. Etter gjennomgang av dokumentet og tekstutdraget knyttes begrepet til helsefremmende arbeid, som er en del av folkehelsearbeidet. Beskrivelse av Folkehelsearbeid vektlegges i dokumentet og det henvises innledningsvis til Stortingsmelding 16 (2002-2003) - *Resept for et sunnere Norge (Folkehelsepolitikken)*. Meldingen viser til to overordnede mål som er «Flere leveår med god helse i befolkningen og redusere i helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn» (Stortingsmelding 16, 2002- 2003:8). Det framholdes at det er «fire veier til et friskere Norge» (2002-2003:8). I meldingen brukes begreper som «Diagnosen» og «Reseptene» (Stortingsmelding 16, 2002- 2003: 8) som overskrifter, noe som forstås som et uttrykk for samfunnets status i forhold til folkehelsen. Diagnosen forklarer utgangspunktet i forhold til de helseutfordringer som eksisterer i samfunnet. Utgangspunktet eller *diagnosen* vektlegger ytterligere forebygging for å kunne «reparere mindre» (Stortingsmelding 16, 2002-2003:5). Folkehelsearbeidet framholdes som et viktig område for å kunne møte nye utviklingstrekk, eksempelvis rusproblematikk og sosial ulikhet. Et samfunnsansvar påpekes «som ligger i å legge til rette og å gi mulighet for en sunn oppvekst og sunne valg i forhold til kosthold, fysisk aktivitet, tobakk og rusmidler» (Stortingsmelding 16, 2002- 2003:19). Det kommer også fram at unge opplever mer stress enn tidligere og hvor psykisk helse bør være et prioritert tema. Følgende står videre i Stortingsmelding 16:

Myndighetenes tilnærming må i større grad ta utgangspunkt i en forståelse av ungdomskulturen, og de må være på ungdommens premisser. Vi må kjenne utviklingstrekkene for å kunne spille på lag med de trekkene som fremmer helse, og offensivt kunne møte negative trekk (2002-2003:20).

I meldingen står folkehelsearbeidet sentralt med vektlegging av beskyttelsesfaktorer mot sykdom samt det å ha oversikt over hva som skaper helseutfordringer. Reseptene innebærer ulike strategier, eksempelvis «Skape forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse. Vi er avhengig av en allianse mellom den enkelte og myndighetene- hvor begge parter tar ansvar og bidrar» (Stortingsmelding 16, 2002-2003:8). I teksten framkommer det dermed et samfunnsansvar og et ansvar hos den enkelte.

I Veileder av 2004 forklares strategier som viktige i folkehelsearbeidet for en «bedret folkehelse» (2004:7). Følgende forklares når det gjelder barn og unge:

Barn og ungdom er en sentral målgruppe for folkehelsearbeidet fordi mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livsløpet. Foreldrene har ansvaret for at barna får sine omsorgsbehov dekket. Samfunnet skal legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i nært samarbeid med dem (2004:7 Sosial- og helsedirektoratet).

En av målsettingene formulert i Veileder av 2004 er en tjeneste som er «bedre tilpasset alle i målgruppene og nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner» (2004:7). Likeledes vektlegges «nytt personell med psykososial kompetanse» (2004:7). Dette er faktorer som innvirker positivt og er styrkende for individet. Eksempelvis omtales nettverket, en faktor som bidrar til å beskytte, fremme mestring, gi «bærekraft og slitestyrke» (2004:8). Psykososialt arbeid beskrives å være av forebyggende karakter ved at det «fremmer gode mellommenneskelige, sosiale og miljømessige forhold for å forhindre psykiske plager/sykdom og problemskapende atferd» (2004:34). I Veileder av 2004 vises det til Regjeringens strategiplan «... *sammen om psykisk helse*» (2003). Den samme Strategiplan som Stortingsmelding 16 (2002-2003) også viser til og har gitt føringer for.

Strategiplanen (2003) vektlegger betydningen av et kompetanse- og kunnskapsgrunnlag basert på barn og unges behov hvor mestring og brukermedvirkning er verdier som framholdes. Mestring innebærer at den enkelte kan håndtere ulike utfordringer ved å oppleve at det eksisterer muligheter som kan føre til positive utfall, noe som innebærer å styrke kvaliteten.

Om barn og unges medvirkning står det at «Barn og unges egne erfaringer og synspunkter er sentrale i utvikling og gjennomføring av gode tjenester. Barn og unges medvirkning bør etableres som praksis både på systemnivå og individnivå» (Regjeringens strategiplan 2003:22). Det påpekes at barn og unges medvirkning bør forsterkes og det presenteres ulike tiltak. Et eksempel er «tiltak 56» som det i Strategiplanen vises til (2003:46). Dette som et samarbeidsprosjekt mellom brukerorganisasjoner og Sosial- og helsedirektoratet. Også her vises det til Barnekonvensjonen som et sentralt utgangspunkt for utarbeidelse av tiltaksplan knyttet til barn og unges psykiske helse og medvirkning. Aldersdimensjonen har betydning i forhold til tekstens budskap i Veileder av 2004 angående det å kunne ta vare på egen helse ved hjelp av ulike mestringsstrategier. I dette ligger også forutsetningen om at barn og unge selv kan ta del i helsefremmende tiltak.

Ved nærmere gjennomgang av tekstens henvisninger finnes *FNs barnekonvensjon, artikkel 12*. Tekstutdraget om brukervedvirkning inngår i kapittelet «metoder og verktøy». Også i dette dokumentet vises det til myndighetskrav og «kvalitetsarbeid» (2004:19). I Veileder av 2004 vises det til de samme målene som for Retningslinje av 2016, som er hentet fra dokumentet ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Også i Veileder av 2004 refereres det til det som «involverer brukerne og gir de innflytelse» i målsettingen for bedret kvalitet (2004:20).

I Strategien for kvalitetsforbedring sies det at både utøver og bruker skal styrkes for å sikre «god kvalitet» på tjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:19). Brukeren skal «sikre innflytelse både på individnivå og systemnivå». Det vises til «ordninger» som skal sikre at brukernes innsikt kommer til nytte. Det spesifiseres ikke hva slags ordninger dette kan være (Sosial- og helsedirektoratet 2005:35).

Videre står det at «Ved å styrke brukerens posisjon, legges det til rette for reell medvirkning og innflytelse på systemnivå, og i det enkelte møte (Sosial- og helsedirektoratet 2005:35). Ett av tiltakene er å forbedre informasjonen til brukerne. Teksten kan kobles til bemyndigelsesaspekter som *empowerment* hvor bruker og utøver er i en prosess som skal føre til at brukeren selv har påvirkning på tjenesten. Empowermentstrategi er en del av det helsefremmende arbeidet. De to dokumentene, Veileder av 2004 og Strategiplanen har en og samme utgiver. Teksten inneholder verbet *skal* som understreker helsesøsters forpliktelse til at brukervedvirkning realiseres.

I forhold til brukervedvirkning på gruppenivå står det i Veileder av 2004 følgende:

Det er nyttig å bruke fora som ungdommens kommunestyre, barne- og ungdomsråd, elevråd, kontaktutvalg mv. til å innhente barn og ungdoms egne synspunkter på hva som er risikofaktorer i nærmiljøet. Utfordringen ligger i å lykkes med at barn og unge opplever at deres erfaringer og innspill får konsekvenser når beslutninger tas og nye tiltak skal utformes (Sosial- og helsedirektoratet 2004:27).

Her framholdes en demokratisk tilnærming til barn og unge ved at de skal høres. Her inkluderes også et handlingspotensiale i forhold til tiltakene som tjenesten skal utføre. Det vises til risikofaktorer hvor det er ønskelig med innspill på dette området. Et demokratisk prinsipp signaliseres. Begrepet *risikofaktorer* brukes og ikke *ressursfaktorer*, noe som kan begrense barn og unges mulighet til å formidle hva som er helsefremmende faktorer for dem i nærmiljøet. Spencer (2014) understreker betydningen av å erkjenne at det eksisterer ulike oppfatninger av barn og unges helse. Eksempelvis i dagens offentlige helsediskurser som bærer preg av forutsetningen om normative referanserammer. Ifølge Spencer (2014) viser helsepolitiske dokumenter og faglitteratur om helse en dominerende diskurs som fokuserer på risikofaktorer og uheldige helseutfall. En konsekvens blir da et begrenset syn på hvordan strukturelle og kontekstuelle forhold kan påvirke «perpectives, practices and outcomes» (Spencer 2014:119).

4.4.5 Presentasjon og analyse av tekstutdrag A om brukermedvirkning fra Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet 2016)

Tekstutdrag A omfatter brukermedvirkning og beskrives som følgende:

Målet med brukermedvirkning er å bedre kvaliteten på tjenestene ved at brukerne får reell innflytelse på valg og utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker. Målet er at tjenesteyter gjennom samtale med brukeren kan yte helse- og omsorgstjenester som er best mulig tilpasset den enkeltes behov og ønsker (Retningslinjens fellesdel, kapittel 1.4, 2016:12).

Retningslinjen viser til myndighetenes krav om å forbedre kvaliteten på ved la brukerne påvirke tilbudet (2016:3). Bedre kvalitet på tjenesten ut fra brukerens behov er et klart mål, noe som skal sikres gjennom åpen dialog med helsesøster. På denne måten skal brukeren gis

reell innflytelse. I Retningslinjens fellesdel foreligger egne kapitler som omhandler brukermedvirkning som retter seg mot leder og yrkesutøver. Barns og ungdoms rett til å si sin mening, bli hørt og et tilbud som er tilpasset deres behov vektlegges som sentrale punkt Retningslinje av 2016 har tatt utgangspunkt i og henviser til Veileder av 2004.

4.4.6 Tekstutdragets innhold, mening og referanser

Ved analyse av tekstens innhold og mening er det informativt å studere henvisningene i teksten. Det henvises til kvalitet og kvalitetsforbedring i en Strategiplan utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2005 som heter ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver* (IS- 1162). Denne Strategien inneholder seks områder som skisseres som målsettinger for å bedre kvaliteten. Et av punktene påpeker at yrkesutøver «involverer brukere og gir dem innflytelse» (Sosial- og helsedirektoratet 2005:12). En mener at «god kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2005:23). Videre sies det:

God kvalitet innebærer at brukeren og pasienten blir sett og tatt på alvor. Med brukere menes i denne strategien personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn (2005:23).

Det tydeliggjøres også at kvalitetsforbedring har til hensikt å gagne brukerne ved at deres synspunkter og egne erfaringer blir møtt og tatt hensyn til. Strategien viser til brukermedvirkning som en rettighet på alle nivå, det være seg individ-, gruppe-, eller samfunnsnivå. Å styrke brukeren oppfattes som en nøkkelfaktor for å sikre god kvalitet. Ifølge Strategien er helsesøsters holdninger av avgjørende betydning i møtet med brukeren.

Bedre kvalitet betegnes som en målsetting, dette skal oppnås ved å gi brukeren reell innflytelse (Helsedirektoratet 2016). Kvalitet knyttes til brukermedvirkning, og på denne måten blir kvalitet stående som en vesentlig faktor.

I tilknytning til siterte tekstutdrag fra Retningslinje av 2016, er det skissert fire punkter. Det ene omhandler nødvendigheten av at brukeren får «tilstrekkelig og tilpasset informasjon» for å kunne sikre brukeren reell rett til medvirkning (Helsedirektoratet 2016:13). Det andre punktet påpeker dialogens betydning hvor personellet skal gi brukeren en opplevelse av «trygghet, forståelse og likeverd» (2016:13). I det tredje punktet står det følgende:

Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet (2016:13).

Det fjerde punktet omhandler brukerens påvirkningsmuligheter ved hjelp av «egne valg og ressurser» i forhold til sine omgivelser som igjen kan virke motiverende for brukeren (Helsedirektoratet 2016:13).

For å kunne bedre kvaliteten på tjenesten skal helsesøster gjennom dialog med brukeren kunne utforme et tjenestetilbud. I teksten er det entallsformen «brukeren» som anvendes. En tolkning vil i så fall være at helsesøster i møte med hver og en av barn og unge får rede på hva som er av betydning for tjenestetilbudet til den enkelte. Her opererer en på et individrettet nivå der brukernes behov får komme til uttrykk. Et viktig moment er at summen av alle de tilbakemeldinger som helsesøster mottar, blir videreformidlet til ledelsesnivå som har ansvaret for tilrettelegging av virksomheten.

I Retningslinje av 2016 vises det også til ulike utvalg og råd der barn og unge selv er representert og kan fremme egne interesser. Dette trenger nødvendigvis ikke å gjelde alle barn og unges stemmer, men det synliggjør en vesentlig «ytringskanal».

Retningslinje av 2016 og Veileder av 2004 viser til samme strategi *og bedre skal det bli!* (2005) hvor *kvalitetsfaktoren* er av vesentlig betydning hvor *brukernes innflytelse og involvering er forutsetning for god kvalitet*. Dokumentene har ulik framstilling og vektlegging av området. I Retningslinje av 2016 knyttes kvalitet direkte til brukermedvirkning, mens i Veileder av 2004 framholdes empowermentstrategier som viktig i brukermedvirkning.

I Retningslinje av 2016 vises det til at barn og unge har gitt tilbakemelding om at det etterlyses en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste (2016:2). Denne tilbakemeldingen er et eksempel på medvirkning på systemnivå i forhold til dagens forståelse av kvalitetsbegrepet. Tjenesten bedres ved at den blir mer tilgjengelig.

I Veileder av 2004 blir også behovet for en mer tilgjengelig tjeneste påpekt. Forskjellen er at barn og unge selv direkte har uttrykt behov som Retningslinje av 2016 tar opp i seg.

Kvalitetsdiskursen som fremkommer av tekstutdragene viser flertydighet i forhold til kvalitetsbegrepets innhold. Kvalitet kan knyttes til individuelle behov og til behov på

systemnivå. I tillegg gis det føringer i teksten for hvordan helsesøster skal bidra til å fremme kvaliteten. Kvalitetsbegrepet knyttes i tekstene til utformingen av tjenesten som et svar på brukernes behov. Et individuelt ansvar vektlegges også i forhold til det å innhente kunnskap og å ivareta sin egen helse.

4.4.7 Presentasjon og analyse av tekstutdrag B fra Nasjonal faglig retningslinje (2016)

Tekstutdrag B omfatter også brukermedvirkning som er knyttet til rettigheter:

Barn har rett til å bli hørt. I dette ligger det at voksne skal lytte til det barnet og ungdommen sier, og ta dem med på råd i tråd med barnets alder og modenhet. Dette vil også gjelde for helsepersonellet som møter barnet/ ungdommen i forbindelse med sin tjenesteytelse, og for barnets- eller ungdommens foresatte (2016:14).

Barnas rett til å bli hørt er blant annet nedfelt i FNs barnekonvensjon, barnelova § 31 og i Pasient- og brukerrettighetsloven (2016: 14).

I dette tekstutdraget er barns rettigheter i fokus. Rettigheter skal sikres og helsesøster skal lytte til barn og unge og ta dem med på råd tilpasset barnas alder og modenhet.

4.4.8 Tekstutdragets innhold, mening og referanser

En av referansene til dette tekstutdraget er FNs barnekonvensjon. *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989* ble ratifisert av Norge i 1991. Denne fikk stor gjennomslagskraft. I FNs konvensjon, artikkel 12, står det blant annet:

1. Partene skal garantere et barn som er i stand til å gjøre danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.
2. For dette formål skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett (Barne- og familiedepartementet 2003:13).

FNs barnekonvensjon presiserer at «barn har rett til å uttale seg og bli hørt» (FNs barnekonvensjon, artikkel 12). Dette innebærer å ivareta barn og unges medvirkning og deres aktive innflytelse i ulike forhold som berører deres helse og de beslutninger som tas. FNs konvensjon angående barnets rettigheter understreker *barn som medborgere*.

Å ta avgjørelser knyttet til sin egen helse relateres til kunnskap som den enkelte har tilgang til (2003:20, art.24). Begrepet *skal* anvendes, noe som betyr at helsesøster er forpliktet til å lytte aktivt til det barnet formidler. Dette gjelder også ved beslutninger om vedrører egen helse. Samtidig er helsesøster forpliktet til å styrke barn og unges kunnskaper om helse.

Retningslinje av 2016 anvender denne formuleringen fordi den er begrunnet i «gjeldende lov og forskrifter» (Helsedirektoratet 2016:6). Det gis gir føringer for helsesøsters utøvelse, og i dette ligger en tydelig forpliktelse om at helsesøster skal være lydhør overfor barn og unge. I tillegg refereres det til barnelovens §31 og pasient- og brukerrettighetsloven som underbygger barn og unges rettigheter. *Rettighet* blir stående som et viktig prinsipp knyttet til *behovet for å bli hørt i forhold til egne meninger*.

Tekstene det henvises til, eksempelvis FNs barnekonvensjon, signaliserer både en omsorgs- og beskyttelseskomponent samt barns individuelle rettigheter (Näsman 2004). Barn og unges subjektposisjon kommer ikke tydelig fram i førstnevnte dimensjon, men får i stedet en mer passiv objektposisjon. Barnekonvensjonen blir omtalt og diskutert i mange ulike dokumenter, likeledes etiske dilemmaer og utfordringer i forhold til barns rettighet som deltakere. Dette kan sees i sammenheng med endrede roller hvor medvirkning skal sikres ut fra et demokratisk syn. Den offentlige tjenesten, som dokumentene skal representere, skal være basert på en demokratisk prosess, både når det gjelder tjenestens innhold og utøvelse. Barn og unge skal høres og selv være aktører. På samme tid formidles behovet for ytterligere kunnskap for å sikre barn og unge reell medvirkning.

Aldersdimensjonen er her en vesentlig faktor, barn og unge defineres som myndig fra og med fylte 18 år. Dette har juridiske implikasjoner. De betraktes da som voksne og har ikke lenger den beskyttelse som barnerollen gir dem. Likeledes har de før myndighetsalder både rettigheter som barn, og på samme tid rettigheter som voksne. Aldersdimensjonen og barndomssyn er av betydning for barn og unges subjektposisjon. Begrepet brukermedvirkning blir gjentagende knyttet til barnets modenhet. Alle de tre dokumentene viser til FNs Barnekonvensjon. På bakgrunn av denne analysen har jeg valgt å ta fram fire diskurser som alle er aktuelle i forhold til det overordnede temaet om barn og unges medvirkning i neste kapittel.

4.5 Diskursens representasjoner, trinn 2

Ulike representasjoner i medvirkningsdiskursen om barn og unge kan identifiseres etter gjennomgang av utvalgte tekstutdrag. Ifølge Neumann (2001) kan disse forstås som modeller eller som «sosialt reproduserte fakta» (2001:33). De fire omhandler:

- Demokratidiskursen
- Rettighetsdiskursen
- Kunnskapsdiskursen
- Barndomsdiskursen

Disse representasjonene undersøkes nærmere i neste trinn i diskursanalysen (Neumann 2001). Ulike sider ved brukermedvirkning framstilles som «virkeligheter» i faglig Retningslinje og Veileder for helsesøstertjenesten. Dette rommer både faglige og kulturelle aspekter (Neumann 2001:33). Disse får en posisjon i tekstene og kan knyttes til politiske momenter:

Det metodiske poenget er i denne omgang simpelthen at man på grunn av politikkenes vesen, som en strukturert aktivitet mellom grupper, som regel vil ha en situasjon der politisering av en diskurs nettopp skjer ved at to eller noen få meningsmønstre utskiller seg (Neumann 2001:62).

I dokumentene framstår brukermedvirkning som et viktig prinsipp i velferdssamfunnet, med et overordnet hegemoni. Til tross for dette inneholder brukermedvirkningsdiskursen ulik grad av hvilke fenomen begrepet knyttes til og «ulike meningsmønstre utskiller seg» (Neumann 2001:62). Faglig Retningslinje og faglige Veiledere er alle sosialt konstruert og et resultat av tenkningen som styrer i helsepolitikken innenfor en viss kultur i en viss tidsperiode. Hva som forener og skiller deres ståsted i forhold til synet på barn, barndom og medvirkning kan også relateres til begrepet makt.

Foregår en eventuell endring i meningsinnholdet i løpet av tidsspennet i materialet?. Dette kan forbindes med *rekontekstualisering*, hvordan medvirkning som begrep overføres og hvordan betydningen eventuelt forandres i en prosess hvor det eksisterer ulike «handlingsbetingelser» (Neumann 2001:84).

Representasjonene viser at reell brukermedvirkning blir en følge av at barns behov sikres ved å vise til rettigheter nedfelt i FNs barnekonvensjon. På samme tid skal dette sikre bedre kvalitet på helsesøstertjenesten ved å vektlegge empowermentprosesser i det helsefremmende arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Barn og unge kan selv ha innflytelse gjennom

bemyndigelse slik at de får uttrykt sine behov i kontakt med helsesøstertjenesten. Det kan finnes både likhetsforhold og motsetninger i forhold til hvordan barn og unges medvirkning oppfattes (Neumann 2001). Ulike aktører kan ha ulike interesser, eksempelvis politikere versus brukerorganisasjoner. Hvilke posisjoner barn og unge får gjennom diskursen er også interessant (Bergström & Boréus 2012). Finnes det noen utfordringer ved barns posisjon i forhold til medvirkning som kan vanskeliggjøre den reelle deltagelse?. I den sammenheng avtegnes mønstre i tekstene som både forener og gir motsetninger i de ulike konstruerte representasjonene (Bacchi 2012, Bergström & Boréus 2012, Neumann 2001). I den sammenheng stilles følgende spørsmål som diskuteres fortløpende. Disse er også tidligere nevnt i studiens metodekapittel (kap.3.6.2):

- Hva utpekes som problemet og hva er årsaken til dette?
- Hvilken framgangsmåte framholdes for å «løse problemet» og hva blir utfallet?
- Hva er ikke problematisert?
- Hva henvises det til i teksten og hva sies ikke?
- Hvilke likheter og ulikheter har teksten sammenlignet med de andre tekstutdragene?

4.5.1 Barn og unges bemyndigelse - Demokratidiskursen

Det overordnede problemet uttrykt i Veileder av 1998 er at helsetjenesten har vært for *ekspertstyrt* med et *risikofokus* i forhold til ulike helseutfordringer (Statens helsetilsyn 1998). I Veileder av 2004 kom nye helseutfordringer med en større vektlegging av *samfunnets ansvar*. Dette berører både helsepersonell, den enkelte familie og enkeltindividet. I Retningslinje av 2016 vises det til *mangler og behovet for bedret kvalitet* i tjenesten, som også innebærer en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste. I dagens høringssvar fra Norsk Sykepleierforbund (NSF 2016) mener enkelte helsesøstre at risikotenkning fortsatt er gjeldende framfor helsefremmende tilnærming slik det presenteres i Retningslinje av 2016. Videre gis det tilbakemelding på at «Betydningen av en helsefremmende tilnærming, det å bygge og utvikle relasjoner til foreldrene, til barnet og ungdommen bør i enda større grad vektlegges og tydeliggjøres» (NSF 2016:7).

Brukermedvirkning er en sentral dimensjon i helsesøstertjenesten. Et risikofokus som kun ser barn og unge i utvikling som trenger beskyttelse, som «becomings», kan hindre et jevnbyrdig forhold mellom de to partene. Utviklingsperspektivet får dominans. Brukermedvirkning

knyttet til empowerment som innebærer en prosess hvor individets egen makt til å ta kontroll over sitt liv eller sin helse er av betydning (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Aldersdimensjonen relatert til barn og unges medvirkning har betydning for bemyndigelsesområdet, men også for hvilke behov som skal få komme til uttrykk. Dette gjelder også i forhold til kvalitetsforbedring. Hva som er karakteristisk for alderen, deres modningstegn kan lett bli fokuser, og makt kommer til syne. Barn og unge som ikke viser aldersadekvate modningstegn kan dermed lett bli ekskludert fra medvirkning i helsetjenesten.

Freires (1999) tenkning om utjevning av forskjeller i tilgang på ressurser, eksempelvis rik versus fattig og bevisstgjøring av kunnskap, har påvirket det helsefremmende arbeidet inkludert empowerment. Empowerment i lokalsamfunnet, «community empowerment», innebærer at menneskene som lever i lokalsamfunnet skal selv kunne styrke livskvaliteten og helsen. Dette ved å ha makt til å kunne påvirke. Individuell empowerment innebærer i den helsefremmende tankegangen selvbestemmelse i saker som angår den enkelte ved å ha egenmakt (Sletteland & Donovan 2012).

Freire er opptatt av verdien i aktiv dialog i en prosess hvor barn og unge deltar med sin kritisk tenkning (Freire 1999). Dette har betydning for undertrykte hvor utdanning kan betraktes som politikk og hvor rettighetsprinsipper er viktige (Freire 1999). Dette har påvirket empowermenttenkningen. Rettferdighet handler blant annet om å redusere store helseforskjeller, gi lik tilgang til ressurser og sørge for gode oppvektsvilkår for alle barn og unge. Ved at voksne definerer hva som er bra og ikke bra for barn og unge, uten bevisstgjøring, kan en lett gå glipp av barn og unges oppfatninger som har betydning for hvordan de opplever å være inkludert i samfunnet. Freire (1993) reiser blant annet spørsmålet om kunnskap er makt og hvordan den kan gi makt ut fra et endringsperspektiv (Freire 1993). Maktbegrepet kan komme til syne i dialog mellom aktive deltakere ved bevisstgjøring. Dialogen er derfor sentral. Dersom helsesøster alltid opplyser om forhåndsbestemte temaer om risikoforhold, kan empowerment bli «symbolsk» dersom dialogen ikke tar utgangspunkt i hva barn og unge selv mener er viktig. Individets mulighet til å tenke fritt for å kunne se hva som styrer og påvirker deres omgivelser og forutsetninger er et sentralt utgangspunkt (Freire 1999). Han hevder følgende:

Dialogen krever en intens tro på mennesket, en tro på dets evne til å lage og lage på nytt, til å skape og gjenskape, tro på dets streben etter å nå et rikere menneskeverd

(som ikke er en elites privilegium, men alle menneskers fødselsrett) (Freire 1999 [1968]:75).

Helsefremming innebærer å anvende blant annet empowermentstrategier. En strategi kan være rettet mot å utjevne sosial ulikhet i helse, eksempelvis overfor «sårbare grupper». En annen kan rette oppmerksomheten mot selve empowermentprosessen, som kan gi betydningsfulle opplevelser og dermed være en helsegevinst i seg selv (Naidoo & Wills 2011). I Veileder av 2004 kobles brukermedvirkning og empowerment med hverandre. I faglitteraturen skriver Glavin og Kvarme (2003) at «brukermedvirkning og empowerment bør være det naturlige grunnlaget for alle metoder, arbeidsmåter og strategier i helsestasjonsarbeidet» (Glavin & Kvarme 2003:140).

Hvordan barn og unge oppfatter seg selv og i relasjon til andre, eksempelvis i det psykososiale miljøet på skolen, har betydning for deres «being». Det å bety noe for andre og ha påvirkningskraft i forhold til sin hverdag, har stor betydning for selvbildet. Det foregår en interaksjon mellom den enkelte og miljøet rundt. Å påvirke og å ha handlingskraft kan relateres til empowerment. Barn og unge kan identifisere, beskrive og vise, oppdage ulike løsninger og handle deretter i forhold til egne behov.

Askheim (2012) gir en inngående beskrivelse i forhold til empowermentbegrepet, i boken *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?*, eksempelvis når det gjelder ulike individorienterte tilnærminger til empowerment knyttet til praksis. Disse har noe til felles og forklares på følgende måte:

Et grunnleggende felles trekk er at alle deler et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det (Askheim 2012:17).

Til tross for fellestrekk, eksisterer det også ulikheter i de individorienterte tilnærmingene knyttet til empowerment. Den ene er influert av New Public Management hvor tjenester skal tilrettelegges for individet ut fra et forbrukerperspektiv. Denne markedstenkingen påvirket også de nordiske land (Askheim 2012). Politikken struktureres for individet som anses som egenansvarlig for sine valg (Askheim 2012). Retten til å foreta egne valg ut fra egen etterspørsel står sentralt. Dette kan knyttes til økt individualisering hvor barn og unge blir en forbrukergruppe. Barnekonvensjonen viser både et objekt-, og subjekt perspektiv på barn og unge. Omsorg og beskyttelsesaspekter i Barnekonvensjonen viser barn som objekt ved at de

voksne har ansvar for barn. På samme tid skal barn og unge som subjekt ha en deltagende posisjon hvor det å ytre sine egne meninger og handle deretter er vesentlig. De voksne skal lytte til barn og unge (Schultz Jørgensen 2000).

Empowerment som «individuell selvrealisering», knyttet til forbrukerperspektivet, omhandler individets mulighet til å realisere seg selv ved å fremme positiv tenkning uavhengig av sosial kontekst (Askheim 2012). Mentale prosesser hos enkeltindividet har betydning for opplevelsen av avmakt mens positiv tenkning er sentralt når det gjelder å oppnå velstand og god helse (Askheim 2012).

Askheim (2012) viser også til en «terapeutisk posisjon» når det gjelder helse- og sosialfagenes tilnærming til empowerment overfor individer. Dette eksemplifiseres med selvhjelpsgrupper, «fellesskapet». Målet med denne typer grupper er «å styrke den enkeltes evne og mulighet til å delta i sin egen endringsprosess og få ny styrke og kraft til å håndtere hverdagen ved hjelp av gruppene (Askheim 2012:47). Selvhjelp knyttes med andre ord til endring, og denne endringen skal bedre den enkeltes hverdag. Fellesskapet skal styrke den enkeltes valg. I en slik tilnæringsmåte skal helsepersonell tilrettelegge for at individer skal kunne ta i bruk sine egne ressurser slik at endring eller bedring kan skje i forhold til livssituasjonen eller helsen. Askheim (2012) forklarer at dette synliggjøres innen helsefag, og som «er naturlig ut fra den sterke dominansen den medisinske, individorienterte tradisjonen har» (Askheim 2012:48). Askheim påpeker følgende:

Fra en vektlegging av planlagt, målrettet påvirknings- og opplysningsarbeid har perspektivet dermed dreid seg mot empowerment av pasienten. I praksis dreier det seg om involvering av pasienten gjennom dialog, medvirkning og ressursmobilisering (2012:50).

Kunnskap om empowerment kan illustrere at det foreligger ulike fortolkninger av begrepet. En slik teoretisk tilnærming til kunnskap om begrepet kan synliggjøre det Askheim (2007) betegner som idealtypiske konstruksjoner. Han sier i den forbindelse:

Å rendyrke de teoretiske posisjonene vil likevel være funksjonell for å tydeliggjøre likheter og forskjeller mellom dem, og for å vise hvordan de vil ha ulike praktiske konsekvenser (Askheim 2007:21).

New Public Management har hatt innvirkning på politikken som berører forholdet til barn i dag. Uttrykk som kostnadseffekt og egenansvar blir lett assosiert med risikotenkning knyttet til barn og unge, som betraktes som «kommende» vesener når det gjelder nytte for samfunnet i forhold til arbeid og helse. Dette kan forbindes med barns medborgerskap hvor delaktighet er en vesentlig komponent. Näsman (2004) viser til delaktighet som et forhold der «alla har rättigheter såväl som skyldigheter, en balans som traditionellt hör til medborgarbegreppet» (2004:65). Brukermedvirkning og empowerment står nært hverandre. Empowerment kan knyttes til delaktighet i et *medborgerskap*. Empowerment på individnivå innebærer en strategi som gir en person mulighet til å kunne uttrykke sine behov og samtidig oppdage løsninger med støtte av helsesøster. Empowerment knyttes til det helsefremmende arbeidet hvor menneskets egne ressurser kan styrkes ved å motta støtte. Brukermedvirkning kan da forstås som en del av en empowerment- og demokratiprosess, hvor egne ressurser bidrar til påvirkning av egen situasjon som gir egenmakt og autonomi.

Scultz Jørgensen (2000) tar fram tre ulike nivåer av deltagelse hos barn. Disse er medinnflytelse, medbestemmelse og selvbestemmelse. Medinnflytelse innebærer at barn bidrar og informerer i forhold til den kunnskap de har. Voksnes oppfatninger eller tolkninger av det som formidles får derfor betydning for videre egne handlinger, finne løsninger i fellesskap med barn og unge eller støtte aktørskapet hvor barn og unge handler selv. Medbestemmelse betyr at både barn og unges kunnskap og holdninger blir uttrykt gjennom dialog. Den voksnes posisjon er sentral fordi en dialog stiller krav til voksne og aktiv lytting. Selvbestemmelsesbegrepet innebærer handling hvor egne avgjørelser tas av barn og unge, og de er aktører (Schultz Jørgensen 2000). Scultz Jørgensen påpeker hvordan selvbestemmelsesbegrepet også berører voksnes roller. Dette fordi «voksne skal indgå med perspektiver i retning af advokatorisk etik» (Schultz Jørgensen 2000:20). De tre nivåene har betydning for foreldreskapet og for helsesøsters funksjon. Barn og unge som selvstendige aktører i et medborgerskap, krever fleksibilitet. Barnekonvensjonen har betydning for barns bemyndigelse og selvstendighet. Schultz Jørgensen (2000) skriver følgende:

Selvstændiggørelsen er derfor et samfundsmæssigt vilkår, der medfører nye sociale og psykologiske betingelser for dannelsesprocessen. En af disse betingelser er, at børn skal ind som deltagere i deres eget liv på en ny og langt mere autentisk måde, end det var tilfældet tidligere (Schultz Jørgensen 2000:10).

4.5.2 Barn og unges rettigheter- *Rettighetsdiskursen*

Barn og unge som medborgere omhandler enkeltindividets rettighet som følge av et demokratisk samfunn. I Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan *Barnas framtid. Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007- 2016* vises det til FNs barnekonvensjon som «gir barn og unge rett til medvirkning i alle forhold som vedrører dem og barnets meninger skal tillegges vekt» (2007:25). Alle de tre analysedokumentene viser til FNs barnekonvensjon som signaliserer at barn og unges medvirkning og rettigheter er av stor betydning. I Stortingets vedtak om Barnekonvensjonen (2003) ble også betydningen av barns rettigheter understreket, og dette skulle gjenspeiles i norsk lovverk.

Å forholde seg til barn og unge som aktive aktører med påvirkning på omgivelsene blir vektlagt i dagens føringer for helsesøstertjenesten. FNs barnekonvensjon er her sentral. Dette kan symbolisere det Näsman (2004) hevder:

På det allmänpolitiska planet kan utvecklingen av FN`s konvention om barnets rättigheter ses som uttryck för en utveckling mot ett liknande synsätt, även om konventionene kombinerar aktörperspektivet med ett liknande synsätt där barn mer är objekt, i behov av och föremål för skydd och omsorg (Näsman 2004:58).

Barns deltagelse rommer både barn som en kategori, men også som enkeltindivider (Näsman 2004). Hvilke handlingsvilkår som skal ligge til grunn og som eksisterer er knyttet til ideologi. Ifølge Näsman synliggjør aldersdimensjonen både de rettigheter og «plikter» som barnet har ved at det fritt skal få uttrykke seg i forhold til sine behov. Dette signaliserer et krav om aktørskap på «bestilling» av de voksne (Näsman 2004). Aldersdimensjonen, reguleringen av denne, viser barndommen som en livsfase med andre vilkår enn som voksen. Näsman (2004) hevder at FNs konvensjon inneholder både objekt- og subjekttilnærming i forhold til fordeling av rettigheter. Retten til beskyttelse og omsorg speiler en barndom «här och nu» der barnet betraktes som et behovsobjekt (2004:58). Ressurser for barn og unge som en del av det å kunne *utvikles*, signaliserer et perspektiv framover i tid hvor barnet betraktes som «behövande objekt» (2004:59). Eksempelvis er det å søke eller motta hjelp nødvendig for barn og unge i enkelte situasjoner. Her har voksne ansvaret for å gi god omsorg.

På den andre siden kan hjelpeperspektivet i teksten symbolisere et avhengighetsforhold som ikke fremmer barn og unges aktørskap. Å formidle egne synspunkter kan være uavhengig av behovet for hjelp. Rettigheter kan inneholde flere komponenter som kan knyttes til

medborgerskap. Näsman (2004) viser til Marshall (1964) og kaller dette for sosiale, sivile og politiske rettigheter (2004).

God kvalitet er en sentral faktor i Retningslinje av 2016 forbundet med barn og unges brukermedvirkning da de er «personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn» (Sosial- og helsedirektoratet 2005:23). Ut fra dette ligger det også en forventning om at de er aktive i sin tilbakemelding og påvirkning som samarbeidspartner til det offentlige. Et eksempel på barn og unges behov skissert i retningslinje av 2016 er en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste. Her ligger en utfordring knyttet til organisatoriske forhold da tjenesten må tilpasses etterspørselen med økte ressurser.

Å utvikle kvalitet i skolehelsetjenestens arbeid er sentralt hvor elevenes egne erfaringer og påvirkning vektlegges. I 2013 ble Barneombudets rapport utgitt. Denne tar fram det barn og unge selv mener er sentrale områder for at skolehelsetjenesten skal bli bedre tilpasset behov. Barneombudet har tidligere gitt tilbakemelding på en mangelfull «direkte innflytelse på kommunale prosesser» når det gjelder å utvikle tjenester som berører barn og unges helsetilbud (Lindboe, Barneombudet 2013:33). Likeledes etterlyses internkontroll med brukerundersøkelser direkte til barn og unge. I Nasjonal strategi er brukerundersøkelse et eksempel på ett tiltak for at brukermedvirkning kan styrkes (Sosial- og helsedirektoratet 2005:23). En kan tolke det som et medborgersyn som vitner om en demokratisk tenkemåte. Utfordringen blir å følge opp et slikt tiltak ved at det gjennomføres i praksis og resulterer i et bedre tilbud.

I høringsvaret til Retningslinje av 2016 fra NSF (2016) påpekes nødvendigheten av å «[...] være tilstede for det foreldre og barn ønsker å snakke om» (NSF 2016:5), likeledes at «den erfaringsbaserte kunnskapen er tillagt for liten vekt» (2016:5). Det etterspørres også ytterligere forklaringer på hvordan helsesøstertjenesten skal følge opp de ulike anbefalte tiltakene som Retningslinje av 2016 legger fram.

Det eksisterer utfordringer med tanke på en reell medvirkning av barn og unge som aktører, likeledes barndomssyn hvor opplevd barndom «being», lett kan bli usynlig i lys av samfunnets offentlige barndom (Tiller 2000). Hvilken definisjonsmakt som råder er derfor relevant i forhold til diskursen om barn og unges behov og hvordan rettigheter ivaretas. Blom sier dette i forhold til barndomsbegrepet:

De ulike avgrensningene og vår opptatthet av å skille ut barna som en egen gruppe er også en sosial konstruksjon og en del av historien. I dag ser vi barna som aktive deltakere i å forme sitt eget liv og tilværelsen til dem som omgir dem. Alle er «barn av sin tid» og må forstås ut fra sin tids muligheter og begrensninger. Uavhengig av tid og sted er barn aktører i sin egen sosialiseringssprosess og er derfor både subjekt og objekt i forhold til omgivelsene. Slik formes barndommen i en dynamisk prosess der barnet selv spiller en sentral rolle. Et slikt konstruktivistisk syn får konsekvenser for hvordan vi handler i forhold til barn (2004:12).

Et barndomssosiologisk perspektiv, slik Halldén (2007) forklarer det, er opptatt av hvordan barndommen blir konstruert. Denne konstruksjonen, som foregår av ulike aktører innenfor ulike diskursive felt og i sosiale interaksjoner med barn, innebærer «å gjøre barndom» (Halldén 2007:29). Et substantiv omgjøres til et verb slik Halldén poengterer. Barndomssosiologien vektlegger barn og unges livsverdener i seg selv, her og nå. Dette innebærer noe mer enn bare å betrakte barn og unge som en sosial gruppe som en dag skal bli voksne (Halldén 2007). Hvilke begreper som anvendes i beskrivelser av medvirkning og barndom kan synliggjøre fenomenenes sosiale konstruksjon hvor livfaseperspektivet blir ikke-eksisterende.

Gullestad (2006) tar for seg den «transformerte (og transformerende) modernitet», og diskuterer hvordan endringer kan relateres til samfunnet hvor blant annet barns «selvstyrt frie lek» har blitt begrenset (Gullestad 2006:46). Et eksempel på dette er familiestrukturens endringer siden etterkrigsårene. Familien som en enhet er i et påvirkningsforhold til storsamfunnet og samfunnets institusjoner.

På samme tid har det også oppstått en sterkere «individualisering» (Arvesen 2014:75, Qvortrup 1994:22), hvor barn og unges individuelle rettigheter markeres blant annet i offentlige dokumenter. Dette innebærer også at barn og unge må foreta selvstendige valg, noe som er mer vektlagt i dag enn tidligere. Dersom «voksensentriske beskrivelser av barnas livsverden» får råde, slik Arvesen påpeker, kan en gå glipp av at barn og unges reelle oppfatninger og liv ikke kommer til uttrykk (2014:75). I så fall blir den reelle innflytelse som verdi svekket. Dette vil også påvirke kvaliteten på tjenesten da den skal styrkes av barn og unge selv. Rettighetsprinsippet kommer i den forbindelse også i bakgrunnen.

Reell deltagelse eller tokenism er en diskusjon som blant annet omhandler de voksnes vilje til å la barn og unge ha innflytelse. Ut fra dette blir også makt avgitt til barn og unge. Dette kan være en utfordring i praksis, det reises lett spørsmål om deltagelsen er reell eller falsk, såkalt tokenism (Backe- Hansen 2011). Dersom de voksne har en holdning om at de alltid vet hva som gagnar barn og unge best kan maktaspektet lett utfordres i forhold til medvirkning.

Hvordan det dialogiske og relasjonelle foregår i praksis er nært forbundet med etiske betraktninger. Glavin, Helseth og Kvarme (2007) skriver følgende:

Vi må klargjøre epistemologiske og ontologiske premisser som et grunnlag for den forskningen vi skal utføre. Den kunnskapen som utvikles, må være relatert til alle aspekter av helse, helsetjeneste og brukererfaringer. Derfor vil det i helsesøsterpraksis være nødvendig med kunnskap fra mange kilder (2007:59).

4.5.3 Barn og unges behov- *Kunnskapsdiskursen*

Helsesøstrenes mer tradisjonelle undervisning og helseopplysningsvirksomhet kan i dag møte noen utfordringer som berører helsesøsterrollen og kompetanseområdet (Barnes, Courtney, Pratt & Walsh 2004). Det helsefremmende arbeidet har møtt kritikk da det mangler etiske retningslinjer i forhold til utviklingen av et kunnskapsbasert grunnlag (Sletteland & Donovan 2012). I den forbindelse skriver Sletteland og Donovan følgende (2012):

Når programmer for endring av helseatferd i ulike varianter tilbys befolkningen, enten det er tiltak på individ-, gruppe- eller befolkningsnivå, er det viktig at man kjenner til de ulike tilbudene, og løfter fram debatter omkring disse slik at befolkningen både får delta i debattene og får muligheten til å bli veiledet i hvilke programmer som eventuelt passer dem (Sletteland & Donovan 2012:51).

Kunnskapsdiskursen i dokumentene inneholder et endringsfokus som kan relateres til forhåndsbestemte statlige anbefalinger. Helsefremming symboliserer en grunnleggende funksjon i sykepleie, samtidig etterlyses en tydeligere beskrivelse av hva helsefremming i sykepleiefaget er (Norsk Sykepleierforbund 2011, Whitehead 2006). Kunnskapsdiskursen innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid relatert til praksis kan betegnes som tosidig. Det vektlegges effekt av ulike tiltak på den ene siden og samtidig at det skal foreligge tilstrekkelig erfaringsgrunnlag (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Dette synliggjør en faglig ambivalens på området. Nortvedt og Jamtvedt (2007) påpeker at det å kunne ta faglige

beslutninger på bakgrunn av brukernes ønsker og behov, helsepersonalets egne erfaringer og aktivt innhente forskningsbasert kunnskap, utgjør kjernen til utøvelse av kunnskapsbasert praksis i en spesifikk situasjon. Helsesøster må vite noe om hva som kreves i en spesifikk situasjon og samtidig ha et handlingsrepertoar. Helsesøster må ha kjennskap til kontekst og kunnskap, om brukernes mulighet til medvirkning når praktisk kunnskap kommer til uttrykk gjennom handling. I dokumentene er kunnskapsbasert praksis og evidensbasert kunnskap vektlagt. Et relevant område er evidensbasert praksis relatert til helsefremmende arbeid (Sollesnes 2007). Dette blir betegnet som kunnskapsbasert praksis, og som vektlegges innen helsefagene. Sollesnes (2007) skriver følgende:

Det synes å være enighet om at den beste `evidens` når det gjelder helsefremmende intervensjoner omfatter kvantitative og kvalitative studier, og at både prosess, kontekst og resultat må evalueres (Naidoo & Wills 2000; Tones & Green 2004). Men det er viktig å være klar over det metodiske grunnlaget for det som opprinnelig kalles forskningsbasert eller evidensbasert kunnskap er utviklet i en annen forskningstradisjon enn det som gjelder f.eks. kvalitative studier. Kvalitative studier vil kunne gi en forståelse av ulike fenomener, men vil ha begrensninger i forhold til objektivitet og generaliserbarhet, noe som har vært sentralt innen evidence based medicine og kunnskapsbasert praksis (Sollesnes 2007:92).

I kunnskapsdiskursen kommer brukermedvirkning fram når erfaringsbasert kunnskap omtales i dokumentene i forhold til evidensbasert kunnskap. Å sikre kvalitet av tjenesten innebærer å se på kontekstens betydning hvor brukermedvirkning og erfaringskunnskap, en del av den kunnskapsbaserte praksis, har betydning for hvem og hvordan tjenesten skal være. I Barneombudets (Lindboe 2012) innspill til Folkehelsemeldingen står det følgende:

Barneombudets utgangspunkt er at barn og ungdom sitter med unik kompetanse som samfunnet må dra bedre nytte av. De siste tiårene har det skjedd en vesentlig endring i synet på barn og unge. Der man tidligere så ungdomstiden som ventetid, anerkjenner man i dag større grad barn og unges kompetanse og rett til å delta i samfunnet, noe blant annet barnekonvensjonen har bidratt til (Lindboe, Barneombudet 2012:3).

I rapporten fra Barneombudet (2013) kommer det fram at barn og unge har god kompetanse på «hvilke tjenester de vil bruke» (2013:3). Dette innebærer en økt vektlegging av

brukererfaring i den kunnskapsbaserte praksis. Skærbæk og Nissen (2014) knytter handlingskompetanse og utvikling til det psykososiale arbeidet i praksis. Dette innebærer «[...] å utforske, analysere og utvikle evnen til samhandling med brukere, pårørende, kolleger og andre profesjonelle (Skærbæk & Nissen 2014:14). Samhandlingsevne innebærer å anerkjenne den andre. Dette er nært knyttet til å betrakte medvirkning ut fra et relasjonelt perspektiv (Backe- Hansen 2011). I dag vektlegges dialog «[...] gjennom økende krav om å anerkjenne hele variasjonen i `stemmer`» (Backe- Hansen 2011:11). Relasjoner og kontekst har betydning også for barn og unges medvirkning. Oppfatninger ut fra et bruker-, eller forsknings-, og/ eller fagperspektiv ser derfor ulikt ut på et og samme område. De ulike aktørers innspill, hva som tillegges vekt, får betydning i møtet med barn og unge i praksis.

4.5.4 Barn som being & becoming- Barndomsdiskursen

Definisjonsmakt og ideologier som omhandler måter vi skaper virkeligheten på, har betydning for den sosiale praksis (Fairclough 2008). Barneombudet skriver om utviklingstrekk i forhold til synet på barn knyttet til deres behov, interesser og rettigheter på 90- tallet. Behov knyttes til utvikling av barns velferd og «[...] ved ulike forsøk på å kople behov og rettigheter» (NOU 1995:26, s.106). Barns behov knyttes med andre ord til velferd og det samfunnet som forvalter ressursene.

Barn som subjekt kan ha andre behov enn de voksne (NOU 1995:26, s.106). Halldén (2007) ser på barndom som et resultat av kulturelle og sosiale fenomen. Forestillinger om hva barn har behov for og hva de kan, er ofte skapt ut fra de voksnes oppfatninger. I møtet mellom barn og voksne kan disse oppfatningene legge føringer og regler for selve interaksjonen og det sosiale fellesskapet dem imellom. Halldén skriver at «De människor som barnet möter i sin vardag måste orka se denna egenart och på så sätt acceptera barnet som varande och inte enbart ett projekt för den vuxne» (Halldén 2007:78). Halldén (2007) viser til James og James (2004) som vektlegger betydningen av barndomsstudier for å kunne få bedre innsikt i hvilke nødvendige forutsetninger eller vilkår som kreves for «det konkreta aktörsskap» (Halldén 2007:11). Arvesen (2014) beskriver følgende når det gjelder barndom:

Det er fare for at vi i gapet mellom på den ene siden våre idealer om hva barndommen burde være, og bekymringen over et overveldende omfang av problemer og utfordringer, mister av syne barns faktiske liv. Forestillingene kan betegnes som ideologier, ladet med normative forventninger om hva barnet skal bli som voksen,

blandet med retrospektive idealer om hvordan barndommen burde være (Arvesen 2014:72).

Ifølge Näsman (2004) kan et utviklingsperspektiv begrense det å se «kollektiven av barn under barndomen», og kun det individuelle barnet (Näsman 2004:55). På denne måten betraktes ikke barndommens sammensetningsvilkår og dens verdi i nået (Näsman 2004). Kunnskap og makt er sammensatt, og som Rønbeck (2012) skriver «Oppgaven er ikke primært å forklare, forstå og tolke makt, men å beskrive hvordan makt konstrueres, og hvilke konsekvenser den fører til» (Rønbeck 2012:20). Slik Askheim (2012) påpeker, kan helsefremmende arbeid være tosidig, hvor individorientering også må relateres til samfunnsmessige forhold og utfordringer. Dette har også relevans for barn og unge og deres helse og medvirkning i hverdagen.

4.6 Diskursens lagdeling, trinn 3

I diskursen om barn og unges medvirkning er neste trinn i analysen å se nærmere på hvilke trekk ved representasjonene som varierer, «differensierer», og hvilke som virker samlende (Neumann 2001:62). Diskursen om barn og unges rettigheter relatert til FNs barnekonvensjon kan betegnes som et *forankringspunkt* for alle representasjonene. Den utgjør en «posisjon» i diskursen om barn og unges medvirkning (Neumann 2001:33). Det henvises, gjentas og refereres til konvensjonen i argumentasjoner som omhandler brukermedvirkning for barn og unge over en lengre tidsperiode.

I Veileder av 1998 nevnes Barnekonvensjonens prinsipper og samtidig nedtones helsetjenestens ekspertrolle hvor det reises spørsmål ved risikotenkning. Tjenesteyter har et ansvar for at brukermedvirkning blir reell. Dette tydeliggjøres ved begrepet *skal*. Barn og unge beskrives som å være i en fase. Brukermedvirkning i 1998 betegnes som en *helsefremmende strategi* og knyttes til grupperettede framfor individuelle tiltak for at brukerne skal kunne medvirke i større grad. Begrepet *behov* anvendes (1998). Internkontroll knyttes til *kvalitet*. Å involvere barn, unge og foreldre til et samarbeid som omhandler deres helse med et kunnskapsfokus vektlegges i 1998. Dette ligner på det Schultz Jørgensen (2000) betegner som *medinnflytelse*. Begrepet «målgruppe» anvendes i Veileder av 1998, som vitner mer om ekspertrolle og sykdomsforebyggende perspektiv. Dette fordi individer ikke omtales med dette begrepet i det helsefremmende arbeidet ifølge Sollesnes (2007).

Fra 2004 vektlegges tydeligere dialogens betydning mellom brukere og helsesøster hvor bemyndigelsesaspektet via empowerment kommer til syne. Prosessen mellom utøver og brukerne får større plass. Begrepet empowerment skiller seg ut som et nytt begrep fra tidligere Veileder (1998) og signaliserer et *demokratisk* prinsipp. WHO (1986) har vært viktig i det helsefremmende arbeidet hvor empowerment er ett av flere tiltak som belyses.

Brukermedvirkning betegnes som en *strategi og et bærende prinsipp*. Barn og unges posisjon skal styrkes og gis reell medvirkning på system- og individnivå i folkehelsearbeidet. I 2004 løftes begrepet *medbestemmelse* fram. Slik Schultz Jørgensen (2000) belyser vil det i denne sammenheng bety at premissene for helsehjelp søkes ut fra barns egne kunnskaper og holdninger i dialog.

I 2016 refereres det direkte til FNs barnekonvensjon når brukermedvirkning blir definert, barn som medborgere synliggjør en videreføring av en demokratisk utvikling. Retten til å si sin mening og bli hørt kommer klart fram. En tydeligere henvendelse til systemnivå fra barn og unge forsterkes i 2016 i forhold til 1998 og 2004. Her har Barneombudet vært et viktig mellomledd. I Retningslinje av 2016 viser Helsedirektoratet til barn og unges direkte etterspørsel av en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste. I 2016 knyttes også medvirkning til en reell innflytelse, et aktørskap, ut fra brukerens ønsker og behov. Barn og unges handlinger skal vektlegges i utformingen av helsetilbudet og retten til å ta egne valg, *selvbestemmelse* (Schultz Jørgensen 2000). Det vises i tillegg til barnelov og pasient- og brukerrettighetslov (2016). Likeledes er barn og unges innflytelse og involvering en forutsetning for god kvalitet. Til forskjell fra Veileder av 1998 og 2004 henvises det til en studie som er foretatt og som tydeliggjør at det foreligger ulike perspektiver på barn og unges medvirkning (Backe- Hansen 2011). Dette viser en åpenhet om at begrepet er sammensatt. Ved å vite om en slik referanse og gjøre den tilgjengelig for utøver kan det gi ytterligere bevisstgjøring og refleksjon i sosial praksis.

Konvensjonen berører alle som har med barn og unge å gjøre. Rettighetsdiskursen er et eksempel på en representasjon som er samlende ved at den vektlegger viktige prinsipper for alle barn og unge i samfunnet samtidig som den gir noen utfordringer. Dette berører etikk, fag, juss og politikk.

Det som differensierer i en og samme representasjon om rettighet er hvordan rettigheten skal forstås. Barns rettigheter kobles til holdninger, både hos barn og unge så vel som de voksne.

Likeledes hvordan barn og unges medvirkning til sine rettigheter kan betraktes ut fra ulike faglige ståsted, eksempelvis ut fra et mangelperspektiv som «becomings» eller som aktører «beings» hvor barndom forstås som en sosial konstruksjon. Det juridiske aspektet omhandler aldersdimensjonen som får konsekvenser for omsetting av konvensjonen til handling. Her er det ikke bare barn og unge som står overfor et samfunn som krever deltagelse. Det krever også en omstilling fra de voksne i forhold til fleksibilitet når det gjelder ansvaret for omsorg og samtidig ta på alvor barn og unges selvbestemmelse. Velferds-, og helsepolitikken, staten, viser tilbake til rettighetene i konvensjonen og på den måten ansvarliggjør alle parter. Ut fra dette blir barn og unges rettigheter viktige verdier i dagens samfunn.

På samme tid er det ulike oppfatninger av hvordan barns rettigheter skal omsettes i praksis fordi synet på barndom kan være ulikt. Fenomenet betraktes ulikt, eksempelvis som en livsfase på vei mot voksenlivet eller et sosiokulturelt fenomen. Å teoretisere barndommen betyr å illustrere at fenomenet ikke er noe gitt og statisk, men sosialt konstruert. I den forbindelse har Backe- Hansen (2011) sett på ulike barrierer som finnes i forhold til deltagelse hos barn og unge, som igjen kan føre til eksklusjon. Dette kan være av institusjonell, strukturell, språklig og kulturell karakter som kan føre til praksiser som virker diskriminerende ved at enkelte ikke blir medregnet som deltagere «på grunn av kjennetegn» (Backe- Hansen 2011:24). En annen barriere som tas fram i forbindelse med det å kunne ha muligheten til å medvirke i den offentlige arena. Retningslinje av 2016 belyser dette og slik er skolehelsetjenesten et godt tilbud da den er for *alle* barn og unge uavhengig av sosiokulturell bakgrunn, kjønn, klasse eller etnisitet. Den er et lavterskeltilbud.

En samfunnsskapt barndom innebærer påvirkning og konstituering fra ulike interessefelt. En institusjonalisering av barndommen innebærer «organisert og lagt i faste rammer i det meste af hverdagen». Institusjonalisering, vektlegging av selvstendighet eller individualisering, har betydning for de handlingsvilkår og rettigheter barn og unge har innenfor disse rammene (Højlund 2009:23). Dette får betydning for barn og unges hverdagsliv og «den moderne barndom» (Halldén 2007). Gullestad (2006) skriver følgende:

Troen på likhet og universelle menneskerettigheter på den ene siden, og troen på barndommens naturlige uskyld som en egen verden, på den andre. Etter hvert som likhetsverdiene blir utvidet til også å gjelde barn, er de med på å omskape barndommen fra et selvstyrt område i de små mellomrommene i nabolaget til en

profesjonelt styrt utdanning, kombinert med synlig medlemskap i offentligheten (Gullestad 2006:49).

Brukerne selv, deres egne direkte stemmer blir lite synlig i representasjonene. Rettigheter og behovsfokuset framstilles av andre aktører enn barn og unge. Barneombudet blir den nærmeste representant gjennom deres kontakt med barn og unge i skolehelsetjenesten. Språket er på områder normativt og forteller hva helsetjenesten *bør* forholde seg til og likedan hvordan dette er knyttet til bestemte forhold, eksempelvis kvalitet i tjenesten. I den forbindelse blir den dominerende diskursen om rettigheter nært relatert til det juridiske hvor begrepet *skal* impliserer forpliktelse.

Rettigheter for barn og unge er av stor betydning. Brukermedvirkning kan likevel betegnes som relasjonell og ikke «en konsekvens av individuelle rettigheter» slik Backe- Hansen skriver (2011:25). Hun skriver videre (2011):

For sterk betoning av unges rettigheter som individuelle kan marginalisere foreldre som viktige ressurser for sine barn, og dessuten åpne for at staten kanskje intervernerer mer i vanlige foreldres foreldregjerning enn nødvendig (Backe- Hansen 2011:25).

Dagens forhold for barn og unge står i kontrast til Sosialdepartementets beskrivelser fra 1960-årene i forhold til barns posisjon. Det har skjedd en utvikling fra et «kommende medborgerskap» hos barn og unge i samfunnet, mot en tydeligere markering av *demokratiske* prinsipper for barn og unge også som en *del av* storsamfunnet i dokumentene. Likeledes stilles tydeligere krav til referanser og et evidensbasert vitenskapelig grunnlag når det gjelder råd og anbefalinger fra myndighetene. I Retningslinje av 2016 oppgis referansegrupper bestående av ulike aktører hvor også brukerorganisasjoner nevnes. Dette står i kontrast til Veileder av 1998 og 2004. På denne måten er språket i tekstene konstituerende, de «hjelper oss med å forstå hva samfunnets offisielle, normative posisjon er på et gitt område» (Grue 2011:121). Det har kommet til flere aktører som har ulike oppfatninger om hvordan de demokratiske rettigheter skal praktiseres av barn og unge, eksempelvis via høringsuttalelser fra brukerorganisasjoner. Det finnes referanser i noen av dokumentene til barn og unges tilbakemelding via eksempelvis Barneombudet og Voksne for barn. Det foreligger ikke eller henvises til brukerundersøkelser blant barn og unge selv.

Kunnskapsbasert praksis i den offentlige helsetjenesten innebærer en *kunnskapsdiskurs*. I den evidensbaserte kunnskapen blir brukermedvirkning et `ikke-eksisterende`. Når det gjelder det erfaringsbaserte blir brukermedvirkning tydelig og viktig. Dette innbefatter barn og unge som aktører og medvirkere. Den historiske bakgrunnen og utviklingen uttrykt som handling i tekst gir et innblikk i faglig innhold i helsearbeidet, barndomssyn og barn og unges posisjon.

Barn og unges rettigheter forstås som en representasjon som blir sosialt reproduert som fakta, de blir re-presentert (Neumann 2001:33). På denne måten er diskursen om barn og unges rettigheter *institusjonalisert* hvor den har en vesentlig posisjon i diskursen om barn og unges brukermedvirkning (Neumann 2001).

4.7 Diskursens materialitet

Diskursen om barn og unges medvirkning i helsesøstertjenesten kan knyttes til de tre ulike tidsperioder ut fra et «helhetsperspektiv» og de «handlingsbetingelser» som foreligger (Neumann 2001:84). Dette inngår i arkivet ved at representasjoner som eksempelvis rettigheter, demokrati og kunnskap videreføres og opprettholdes i diskursen om barn og unges medvirkning (Neumann 2001:81). Samtidig konstrueres ulike betydninger ut fra de ulike tidsperiodene. Hvordan helsesøstertjenesten blir influert av et begrep som brukermedvirkning er relevant for denne studien. Henvisninger og referanser som ligger til grunn for tekstene viser til hva samfunnet eller konteksten vektlegger som essensielt i forhold til barns medvirkning i de tre tidsperiodene. Det eksisterer et nettverk av dokumenter i diskursen som `følger med` ved at det refereres til disse i ulike perioder. Dette betyr at det ikke bare er nye ting som kommer til, men også at det som har vært forblir.

Representasjonene speiler innhold og mening som har blitt vedlikeholdt og samtidig blitt endret i forhold til barn og unges posisjon. Medborgerskapet kommer tydeligere fram i dag enn i 1998, noe som kan knyttes til velferdsstatens utvikling av det offentlige helsetilbudet, eksempelvis en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste. Det foreligger en demokratisk grunntone i alle tre dokumenter når det refereres til brukermedvirkning.

Utdanningen av helsesøstre kan knyttes til kunnskapsutvikling hvor det i dag vektlegges en kunnskapsbasert praksis. Barn og unges posisjon har endret seg i samfunnet, også i den enkelte familie. Demokratiske rettigheter via FNs barnekonvensjon får en større plass og er mer tydelig i sin ytringsform sammenlignet med Veileder av 1998. I dagens Retningslinje står barns rettigheter som et eget punkt i dokumentet.

4.8 Makt i diskursen

Språket kan betraktes som en sosial aktivitet skapt i en sosial kontekst. Språket representerer ikke en «gitt virkelighet», det kan inneholde flere enn en stemme. En diskursanalyse kan bidra til å «rekonstruera sociala identiteter» da identiteter kan skapes gjennom en konstruksjon. Slik kan identiteter også rekonstrueres. Følgende er diskursanalyse nært knyttet til makt da «diskurser ses som en kamp om meningsskapande [...]». Hvilke normer som skapes av diskurser er derfor av betydning (Bergström & Boréus 2012:378-381). Gjennom de sentrale dokumenter for helsesøstertjenesten fremkommer et normgrunnlag i språkets tendens til å forme barn og unges posisjon og deres medvirkning i helsesøstertjenesten.

Den moderne barndommen som leves, eksempelvis i skolen og skolehelsetjenesten, er et interessant område å studere ut fra et barndomssosiologisk perspektiv. I tekstene kommer det tydelig fram at barns behov er av vesentlig betydning for å kunne ha innflytelse på det som foregår av kunnskapsproduksjon. Selve omsorgsaspektet er lite vektlagt. Skolen betraktes som en «lærearena» hvor barn og unge daglig lærer og mottar kunnskap.

Skolehelsetjenesten har likhetstrekk med skolen da det foregår helseopplysning og formidling av kunnskap. Begge arenaene er også et utgangspunkt for å gi omsorg til barn og unge i dagens samfunn med økt institusjonalisering. Hvordan utøver forholder seg til omsorgsaspektet kan ha betydning for barnas muligheter for å bli sett og betingelsen for å oppleve tillit. Det er forskjell på beskyttelsesomsorg som gjør barn til passive mottagere av informasjon kontra det å la barn og unge være aktive i en kontekst med trygge voksne som vektlegger gode relasjoner og dialog (Halldén 2007).

Et godt psykososialt barne- og ungdomsmiljø kan karakteriseres som et sted med omsorg hvor barn og unge er «being», og ikke betraktes som «becomings». Halldén påpeker forskjellen mellom «barnkollektivet» og «det som leder till att barnet blir vuxen» (2007:183). Dette innebærer at barn og unge selv er værende overfor hverandre, og hvor de identifiserer seg med jevnaldrende. Aldersdimensjonen har selvsagt betydning for hvordan vi tenker om omsorg og de behov som skal vektlegges i språket.

De tre utvalgte dokumentene som er gjenstand for analyse er alle et resultat av politiske føringer og beslutninger som har innvirkning på helsesøsters daglige praksis. utfordringer eller forhold det reises spørsmål ved, defineres innenfor et velferdssamfunn hvor det i dag eksisterer et endringspotensiale i kampen om goder og ressurser. Brukermedvirkning og

barndom som verdi kan betegnes som gjenstand for en slik debatt i det offentlige (Qvotrup 1994).

Dette er nært opp til de problematiske representasjoner som kommer fram i diskursen (Bacchi 2012). Halldén (2007) bringer fram likheten med «becoming» mellom barn og voksne ved at vi alle «är på väg». Det vil si at vi utsettes for krav om fleksibilitet og endring, hvilket kommer til uttrykk gjennom dokumentene (Halldén 2007:176). Hun skriver følgende:

Individualiseringsprocesserna under 1900- tallet, som har kommit att omfatta också barnen, har lett till att barns rättigheter markeras, något som gör att likheten mellan barn och vuxna lyfts fram (Halldén 2007:176).

På denne måten kan en se hvordan det foregår en diskurs i helsepolitikken der barns beste handler om ulike diskurser og hvor de blir en sosial kategori i «välfärdsstatens omvandling» (2007:177). Barnet blir likestilt med voksne i den forstand at «barnet uppträffas och hittas som samarbetspartner till de professionella» (2007:177). Halldén hevder at i politikken blir dette ideologiske begrep som kan inneholde ulike meninger og «med stor retorisk kraft» (Halldén 2007:178).

Forebygging og helsefremmende arbeid rettet mot barn og unge kan omhandle ulike forhold. Det som kommer fram er at utøver skal ha en mindre ekspertstyrt orientering. Det kan bety at brukerne, barn og unge selv, skal komme tydeligere fram. I helsefremmende arbeid forutsettes at barn og unge er aktive og fremmer egne synspunkter i forhold til sin helse når de er i kontakt med helsesøster.

KAPITTEL 5 OPPSUMMERING

Studien tar utgangspunkt i tre offentlige dokumenter fra 1998, 2004 og 2016. Dokumentene har vært styrende for helsesøstertjenesten i møte med barn og unges medvirkning. Ulike diskurser om barn og unges subjektposisjon ved brukermedvirkning kan identifiseres i disse dokumentene. Analysen viser at selve temaet, et sosialt konstruert fenomen, har holdt seg stabilt i de tre tidsperiodene. Likeledes eksisterer det intertekstualitet, eksempelvis henvisning til FNs Barnekonvensjon i alle de tre dokumentene når det gjelder barn og unges rettigheter. En forskjell er en mer tydeliggjøring og vektlegging av barn og unges rettigheter i Retningslinje av 2016 i forhold til Veileder av 1998 og 2004.

I de ulike diskursene får begrepet brukermedvirkning noe ulikt meningsinnhold. I analysen avdekkes noen gjentakende representasjoner som bidrar til at diskursen om barn og unges medvirkning holdes ved like, eksempelvis rettighetsdiskursen. Barn og unges subjektposisjon trer tydeligere fram i dagens dokument enn tidligere. Det uttrykkes også behov fra barn og unge om en mer synlig og tilgjengelig helsesøster i skolehelsetjenesten. Dette viser økt vektlegging av barn og unges bemyndigelse og medborgerskap i storsamfunnet. I den forbindelse har Barneombudet vært en viktig bidragsyter i å tydeliggjøre barn og unges posisjon. Mye av informasjonen er å finne i deres egen rapport fra 2013.

På samme tid er språket lite konkret om hvordan utøver kan sikre erfaringskunnskapen mottatt fra brukerne på individnivå. Dette gjelder for alle tre perioder. Diskursene viser at brukermedvirkning i dag innebærer mer enn at barn og unge blir tatt med på råd eller ytrer synspunkter via brukerorganisasjoner ut fra demokratiske prinsipper. Medvirkning skal også realiseres på individnivået hvor dialog med tilgjengelige voksne er viktig. Brukermedvirkning er derfor relasjonell. I den forbindelse er omsorgsbegrepet nærmest ikke-eksisterende i dokumentene. Via språket introduseres begreper som evidens, økt kompetanse og kvalitet som kan relateres til et formelt språk. Slik blir barn og unges subjektposisjon mindre tydelig fordi forventninger om bemyndigelse, det å hevde sine rettigheter og synspunkter, lett blir tilhørende voksnes terminologi og perspektiver. På denne måten kan brukermedvirkning tillegges mening styrt ut fra voksnes oppfatninger om barn og unges behov.

Foreldrenes medansvar og grupperettet virksomhet vektlegges tydeligere i 1998 og 2004. I 2016 er språket mer rettet mot det enkeltes barns rettigheter og brukerens behov. Dette kan

indikere en økt individualisering. Samtidig kreves mer fleksibilitet både hos barn og voksne fordi samfunnet stiller andre krav til individene i dag enn tidligere.

Ulike historiske og kontekstuelle betingelser har hatt betydning for hva brukermedvirkning innebærer, eksempelvis forebyggende versus helsefremmende arbeid blant barn og unge. Begrepet brukermedvirkning kan lett bli anvendt uten bevissthet om hvilket meningsinnhold et slik sosialt konstruert begrep gir og de posisjoner barn og unge tilskrives i det. De ulike representasjonene berører vesentlige aspekter i alles liv og hverdag fordi kunnskap, rettigheter og demokrati er vesentlig for ethvert menneske. Disse ressursene kan nærmest betegnes som «hovednøkler» for å kunne ta del i samfunnet.

Helsesøster møter alle barn og unge som er en del av det norske skoleverket. Hva som er faglig relevant kunnskap for helsesøstertjenesten er vesentlig i arbeidet med forbedring av tjenesten. Noe av denne kunnskapen kan leses i Barneombudets fagrapport fra 2012 der barn og unges egne meninger kommer til uttrykk. Mye gjenstår å få kartlagt hva brukerne selv oppfatter som viktig for dem. Forskning av og med barn krever en bevisst kritisk refleksjon. En forutsetning bør være at den har verdi for barn og unge som selv ser nytten av den.

Barndomsbegrepet kan være komplekst eller enkelt, det handler om hva vi voksne gjør det til og om barn og unge får slippe til. På samme tid blir det interessant om helsesøstertjenesten får øremerket ressurser for de behov som signaliseres. Først da blir økt tilgjengelighet et resultat av reell brukermedvirkning av barn og unge på systemnivå. Medvirkning via bevisstgjørende dialog, å se verdien av barn og unges kunnskap i omsorgsfulle relasjoner er en forutsetning for barn og unges handlingsrom og posisjon. Studien gir et grunnlag for videre bevisstgjøring. Likeledes kan den utvides ved videre forskning for helsesøstertjenesten, men da med utgangspunkt i barn og unge selv som informanter.

LITTERATUR

- Alanen, L. (1988). Rethinking Childhood. *Acta Sociologica, Vol.31* (1): 53-67.
- Andrews, T. (2002). Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, HEMIL- senteret.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Kap.2 (s.38-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arvesen, P. (2014). Barn- «Et fremmed folk»? Psykososialt arbeid i et grenseland. I Skærbæk og Nissen (red.). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Kap.4 (s.63-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O.P. & Starrin, B. (red.). (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Kap.1-3 (s.13-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bacchi, C. (2012). «Introducing the What`s the Problem Represented to be?» approach. I Bletsas, A. & Beasley, C. *Engaging with Carol Bacchi. Strategic Interventions and Exchanges*. Kap.2 (s.21-24). South Australia: The University of Adelaide.
- Backe- Hansen, E. (2011). Teoretiske perspektiver i synet på ungdoms medvirkning- en litteraturgjennomgang. Nova. s.3-29. Oslo.
- Bae, B. (2005). *Å se barn som subjekt- noen konsekvenser for pedagogisk arbeid i barnehage*. Kan lastes ned på Regjeringen.no <http://www.regjeringen.no/no/dep/kd/id586/>
- Barnes, M., Courtney, M.D, Pratt, J. & Walsh, A.M. (2004). School- Based Youth Health Nurses: Roles, Responsibilities, Challenges, and Rewards. *Public Health Nursing, Volume 21* (4) 316- 322.
- Barne- og familiedepartementet. *FNs barnekonvensjon. FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989. Ratifisert av Norge 8.januar 1991. Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller.
- Barneombudet (2016). Høring- Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. 15. november 2016.
- Bergström, G. & Boréus, K. (red.). (2012). *Textens mening och makt. Metodbok i samhälls- vetenskaplig text- och diskursanalys*. Kap.1 (s.13-48), 9 (s.353-415). Lund:

Studentlitteratur.

- Blom, K. (2004). *Norsk barndom gjennom 150 år. En innføring*. s.9-18, 93-97. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bowen, G.A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, Vol.9 Iss 2 pp.27-40.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitskaplege forskningsprosjekt*. Kap.2-3 (s.38-79). Oslo: Universitetsforlaget.
- Corsaro, W.A. (1997). *The Sociology of Childhood*. Kap.1-2 (s.7-44). California: Pine Forge Press.
- Dahl, B.M., Andrews, T. & Clancy, A. (2014). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42 (1):32-37.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse*. Kap.1,3 (s.15-62, 93-118). København: Hans Reitzels Forlag.
- Folkehelseinstituttet (2015). *Folkehelse i Norge 1814- 2014. Folkehelse rapporten*. Oslo.
- Forente Nasjoner. (1989). *The Convention on the Rights of the Child*. Adopted by the General Assembly of the United Nations on 20th November 1989.
- Forland, F. (1997). Arbeid med faglege vegleiarar. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* (1997). 117:545-6.
- FNs konvensjon om barnets rettigheter. (2000). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk*. s.9-23, kap.1-3 (24-111). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Freire, P. (1993). *Paulo Freire. A Critical Encounter*. s.25-35. London: Routledge.
- Gee, J.P. (2011). *How to do Discourse Analysis. A toolkit*. New York and London: Taylor & Francis Group.
- Glavin, K. & Kvarme, L.K. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe AS.
- Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. (red.). (2007). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Kap.1, 2 (s.35-65, 79-100), kap.5 (1.utg.,2.opplag.). Oslo: Akribe AS.
- Grue, J. (2011). Maktbegrepet i kritisk diskursanalyse: mellom medisinske og sosiale forståelser av funksjonshemming I Hitching, T.R, Nilsen, A.B. og Veum, A. (red.).

- Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse.* Kap.3 (s.116-135). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Gullestad, M. (2006). Barndom i Norge. *Barn* nr. 2, s.41-56, ISSN 0800-1669.
- Hallandvik, JE. (1997). *Helsetjeneste og helsepolitikk.* Kap.1 (s.23-44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halldén, G. (red.). (2007). *Den moderna barndomen och barns vardagsliv.* Kap.1-6,10. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Hart, R.A. (1992). Children`s Participation. From Tokenism to Citizenship. 1-39. *Innocenti essays No.4*, ISSN 1014- 7829. Italy: UNICEF International Child Development Centre.
- Helsedirektoratet (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer.* IS- 1870. Oslo.
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og Forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* Ikrafttredelse 01.07.2003. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Barnas framtid. Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007- 2016.* Oslo.
- Hennum, N. (2010). Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering av voksne. *Sosiologi i dag*, årgang 40, nr 1-2 (57-75).
- Højlund, S. (red.). (2009). *Barndommens organisering- i et dansk institusjonsperspektiv.* s.7-13, 89-112. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- James, A. & Prout, A. (1997). *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood.* Kap.1 (s.7-33). London: Falmer Press.
- James, A., Jenks, C. & Prout, A. (1999). *Den teoretiske barndom.* Kap.1-7, 9-10 (s.9-205, 239-305). København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S.
- Jensen, B.B & Simovska, V. (2005). Involving students in learning and health promotion processes: clarifying why? What? And how? *International Journal of Health Promotion and Education*, 12:150-156.
- Johansen, B & Solbjør, M. (2012). Brukermedvirkning som “universalmiddel” for helsevesenets problemer. I Tjora, A. (red.). *Helsesosiologi. Analyser av helse,*

- sykdom og behandling*. Kap.16 (s.307-326). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Johansen, V. (2009). Teoriperspektiver på barndom og betydningen av sosiale strukturer. *Barn*. Nr.1 (69-85). ISSN 0800-1669. Norsk senter for barneforskning.
- Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Kap.1 (s.31-34). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Kap.7 (s.101-108). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Lindboe, A. (2013). *Helse på barns premisser*. Barneombudets fagrapport. Oslo: Barneombudet.
- Lindboe, A. (2012). *Barneombudets innspill til folkehelsemeldingen 2013*. Oslo: Barneombudet.
- Lov om helsearbeid i skolen og andre undervisningsinstitusjoner av 28. juni 1957.*
- Lov om helsetjenester i kommunen av 1982 (Kommunehelsetjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om helsepersonell av 02.07.1999 (Helsepersonelloven)*. Oslo: Justisdepartementet.
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999, nr. 63. (Pasientrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 01.01.2001 (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (Spesialisthelsetjenesteloven) av 01.01.2001*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.2011*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 01.10.2012*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Kap.4 (s.57-66), 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mik- Meyer, N. (2005). Dokumenter i en interaksjonistisk begrepsramme. I Järvinen, M (red.) & Mik- Meyer, N. (red.). *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Kap. 9 (s.193-214). København: Hans Reitzels Forlag.
- Myhra, A B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner. Realisering av brukermedvirkning*. s.53-75. Bergen: Fagbokforlaget.

- Mæland, J.G (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Kap.1 (s.13-24),4-5 (s.49-76), 12 (s.145-153). 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naidoo, W & Wills, J. (2011). *Developing Practice for Public Health and Health Promotion*. Edinburg: Bailliere Tindall/ Elsevier.
- Näsman, E. (2004). Barn, barndom och barns rätt. I Olsen, L.(red.). *Barns makt*. (s.53-72).
- Neumann, I.B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Samlede utgaver. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsen, R.D. (2000). *Metoder og begreper i barndomssosiologiske studier av sosialiseringprosessen. En diskusjon med utgangspunkt i barnet som sosial aktør*. s.57-73. Artikkel av manus til prøveforelesning for graden dr.polit., NTNU, SVT-fakultet.
- Nordhuus, I & Ree, A.O (2002). *Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2002). Kompetanse for IT i helsevesenet AS.
- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2016). *Høringssvar: Høring- Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon 0- 5 år og fellesdel for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom*. Landsgruppen av Helsesøstre. 15.04.2016.
- Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av Helsesøstre (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig. Rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten*.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. S.13-18. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- NOU 1979:53 *Skolehelsetjenesten*. Oslo.
- NOU 1995:26. *Barneombud og barndom i Norge*. Kap.5.2.1. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 1998:18. *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2015:2. *Å høre til. Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

- Prior, L. (2003). *Using Documents in Social Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Qvortrup, J. (1994). *Børn halv pris. Nordisk barndom i samfundsperspektiv*. Kap.1-3, 9
Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag og forfatteren.
- Raustøl, T. (1996). *Fra medviter til medvirker. Brukermedvirkning i kommunale sammenhenger*. Kap.1-2 (s.9-37),7 (s.78-98). Oslo: Tano Aschehoug.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003). ... *Sammen om psykisk helse ...* I-1088. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rønbeck, A.E (red.). (2012). *Inspirert av Foucault. Diskusjoner om nyere pedagogisk empiri*. s.9-29, 220-224. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skard, Å.G (1947). *Barn i dagliglivet*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
- Skard, Å.G (1964). *Hva kan vi vente av barn på ulike alderstrinn*. Sosialdepartementets småskrift. Nr.1. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sletteland, N. og Donovan, R.M (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Kap.5 (s.41-61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spencer,G. (2014). *Empowerment, Health Promotion and Young People. A critical Approach*. Kap.3 (s.23-40), 8-9 (s.116-145). London:Routledge & Taylor & Francis Group.
- Statens helsetilsyn. (1998). *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IK- 2617.
- Statens helsetilsyn. (1998). *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IK- 2618.
- Schjønby, H.P. (2001). Innføringen a sunnhetsloven i 1860. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 121 (1), 80.
- Schultz Jørgensen & Jan Kampmann (red.). (2000). *Børn som informanter*. Antologi. Kap.1 (s.9-21). København: Børnerådet.
- Skærbæk, E. & Nissen, M. (red.). (2014). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Kap.1 (s11-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1154.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver*. 2005- 2015 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS- 1162.
- Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn. (1995). *Nasjonal strategi for*

- kvalitetsutvikling i helsetjenesten. IK- 2482. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sollesnes, R. (2006). Utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis i Helsefremmende arbeid. Vestnorsk Nettverk- Forskarutdanninga. Vitenskapsteoretisk essay. Bergen.
- Sollesnes, R. (2007). Kunnskapsbasert praksis og helsefremmende arbeid- noen utfordringer. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, vol.3 (2): 81- 94.*
- St.meld.nr.19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr.34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse- felles ansvar.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr.16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge (Folkehelsepolitikken).*
- St.meld.nr.37 (1992-93). *Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid.* Oslo: Sosialdepartementet.
- St.prp.nr 63. *Opptrappingsplan for psykisk helse 1996- 2006.*
- Støvring, T. (2005). *Helse- og sosialfaglig ordbok.* s.142. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Kap.1-3, (s.11-68), 7-8 (s.157-198). 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tiller, P.O. (2000). *Studier i barndom.*s.13-56, 137-149. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis.* Kap.4-5 (s.162- 195). 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker ... Om veiledning som middel i empowermentprosessen.* Kap.2-4 (s.24-126). Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning. 60 studiepoeng.* Fastsatt 1. desember 2005. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Veum, A. (red.). (2011). Kva er diakron diskursanalyse I Hitching, Nilsen & Veum (red.). *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse.* s.81-87, 91. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Whitehead, D. (2006). Reviewing health promotion in nursing education. *Nurse Education Today (2007), 27, 225-237.*
- WHO (1986a). *Ottawa Charter for Health Promotion: an international Conference on Health Promotion, the move towards a new public health.* 17- 21 Nov.,Ottawa, Geneva,Canada