

Spesialiserings- eller skolekretsmodellen:

# Hvordan bør helsesøster-tjenestene organiseres?

Vi må ta en debatt om hvilken modell for organisering av helsesøstertjenestene i kommunene som kan gi best kvalitet, stabilitet og trivsel.

## Forfattere

**Bjørg Synnøve Aglen**

Førstelektor

Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Marit Krokstrand Olsen**

Helsesøster

Familie og forebygging, Melhus kommune

## Nøkkelord

Helsestasjon

skolehelsetjenesten

Sykepleien 2018 106(70908)(e-70908)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70908>

### HOVEDBUDSKAP

I denne artikkelen undersøker vi i hvilken grad regjeringens satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten medfører organisatoriske endringer. Vi har kartlagt hvordan tjenesten organiseres i Trøndelag gjennom samtaler med ledende helsesøstre i de enkelte kommunene.

Grovt sett organiseres tjenestene enten etter skolekretsmodellen, hvor det geografiske området avgrenser hvilke familier helsesøster arbeider med, eller spesialiseringsmodellen, hvor helsesøster er ansatt enten på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten.

Vi ønsker å inspirere til en videre debatt om organiseringen av tjenesten: Hvilken modell kan bidra til stabilitet og trivsel i arbeidet som helsesøster, og hvilken modell kan gi den beste kvaliteten på tjenestene?

Målet med denne artikkelen er å drøfte og skape debatt om valg av arbeidsmodeller i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Samfunnet er i rask utvikling, og da må helsestasjons- og skolehelsetjenesten følge med.

Vi ønsker at vår tjeneste skal bygge på en bevisst og oppdatert tanke om hvordan vi løser våre oppgaver til beste for våre barn og unge.

Artikkelen er basert på en kartlegging i kommunene i Trøndelag og forfatternes egne erfaringer fra henholdsvis praksis som helsesøster i kommuner og som lærer ved helsesøsterutdanningen ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

## Bakgrunn

Kommunene organiserer helsesøsterens arbeid ulikt. I enkelte kommuner arbeider helsesøster enten i helsestasjon eller i skolehelsetjenesten – heretter omtalt som spesialiseringsmodellen – i andre med alle barn og familier innenfor et bestemt geografisk område, ofte en skolekrets, heretter omtalt som skolekretsmodellen.



**«Så langt forfatterne kjenner til, har det ikke vært noen åpen debatt blant oss helsesøstre om begrunnelser for denne inndelingen.»**

Samtidig har det så langt forfatterne kjenner til, ikke vært noen åpen debatt blant oss helsesøstre om begrunnelser for denne inndelingen. Spørsmål det kan være naturlig å stille seg, er:

Hvilken arbeidsmodell kan gi den beste kvaliteten på helsesøstertjenestene?

Hvilken modell kan bidra til stabilitet og trivsel i arbeidet som helsesøster?

## Kartlegging

Vi foretok en rask kartlegging via mail eller telefon av fagledere av helsestasjons- og skolehelsetjenester i Trøndelag. Dette ble gjort for å få et innblikk i hvordan kommunene begrunner sine valg av organiseringsmodeller.

Hensikten var å få frem så mange synspunkter som mulig. Formålet er å inspirere til videre debatt, ikke å tallfeste fordelinger. Vi ønsker derfor å anonymisere kommunene i denne undersøkelsen.

Vi spurte om hvordan de fordeler ansatte på helsestasjon og skolehelsetjeneste. I tillegg spurte vi om de hadde spesialiserte tjenester for innvandrere og flyktninger. Vi spurte også om de hadde sykepleiere i helsesøsterstilling, og om lederressurs i tjenestene.

Av de 48 kommunene i Trøndelag fikk vi kontakt med 27. Vi satte et skille ved 10 000 innbyggere for henholdsvis store og små kommuner. I vår undersøkelse var seks kommuner store, resten var små. De fleste kommunene hadde ganske lik fordeling av årsverk mellom helsestasjon og skolehelsetjeneste, noen med overvekt på skole.

### **Ikke spesialisering i småkommuner**

Det synes som om stimuleringsmidlene som skulle styrke skolehelsetjenesten, har ført til en økning i antallet årsverk i skolene. Ved problemer med å rekruttere helsesøstre benytter kommunene oftest sykepleiere i skolehelsetjenesten og i flyktning-/innvandrertjenesten. Kommunene vektlegger da personlig egnethet når de rekrutterer.

Felles for alle de små kommunene var at de ikke spesialiserte tjenestene. Begrunnelsen er enten at det ikke er noen stilling å dele, eller at det er for sårbart å spesialisere – for eksempel ved sykdom, ferie eller en eventuell vakanse i stillingene.

## «Felles for alle de små kommunene var at de ikke spesialiserer tjenestene.»

Informanter fra noen av de små kommunene gir uttrykk for at de ønsker seg spesialisering, og ser på kommunesammenslåing som en mulighet til dette. Blant både de små og de store kommunene er det flere som ikke ønsker spesialisering, fordi de ønsker at familiene skal møte den samme helsesøsteren både i helsestasjon og i skolehelsetjenesten. En og samme helsesøster tilbyr da både helsestasjons- og skolehelsetjenester til familiene innenfor en gitt skolekrets. Inndelingen er derfor geografisk, den følger skolekretser og er ikke en arbeidsfordeling etter spesialitet.

### **Ulike arenaer**

Kommunene kan ha blandingsvarianter av spesialiseringsmodellen og skolekretsmodellen, der blant annet den enkelte helsesøsters ønsker i valg av modell legges til grunn. Helsesøstre som er vant til å jobbe etter skolekretsmodellen, motsetter seg spesialisering fordi de vektlegger kontinuitet i relasjonene til familiene i arbeidet sitt. De mener at det er en fordel både for helsesøstre, fordi de blir godt kjent med familiene, og for familiene, som møter samme helsesøster på begge arenaene.

Noen av lederne fremhever at helsestasjonen og skolehelsetjenesten knyttes sammen gjennom et felles fokus på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Flere av lederne er opptatt av at familiene skal oppleve at helsestasjonen og skolehelsetjenesten er en tjeneste, slik forskriften sier (1).

Noen ledere påpeker at skolekretsmodellen også har noen svakheter: Helsesøstre kan skiftes ut, og det kan mangle alternativ dersom familiene er misfornøyde med sin helsesøster. Majoriteten av lederne synes å vektlegge kontinuitet og at helsesøsteren er en generalist som er utdannet til å jobbe på begge felt.



## «Noen ledere påpeker at skolekretsmodellen også har noen svakheter.»

Andre ledere er opptatt av at helsestasjonen og skolehelsetjenesten er to ulike arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid. De mener at skolen som arena for skolehelsetjenesten stiller krav til relasjonsbygging over tid og kontinuitet i tilstedeværelse for at tjenesten skal fungere etter intensjonen.

Samtidig er det enkelte kommuner som har så store skoler at hensikten med skolekretsmodellen faller bort. Disse kommunene kan organisere tjenestene i henhold til spesialiseringsmodellen.

### **Tydelig avgrensning**

Noen ledere fremhever at flere ressurser til tjenesten driver frem en spesialisering. Det blir flere årsverk i den enkelte deltjenesten, og mange nok innen hver deltjeneste til at de kan vikariere for hverandre og danne egne arbeidsfellesskap. Lederne påpeker at denne utviklingen krever systemer som sikrer gode overganger mellom helsestasjonen og skolehelsetjenesten.

Det synes som lederne i stor grad ønsker å legge til rette for den enkelte helsesøsters interesser når det gjelder arbeidsfelt og modell. Nyutdannede ser ut til hovedsakelig å ønske å jobbe på ett av feltene i starten, først og fremst helsestasjonen, fordi arbeidet der fremstår som mest strukturert og standardisert.

Lederne er opptatt av å sørge for at det er en tydelig avgrensning av henholdsvis helsestasjonens og skolehelsetjenestens oppdrag opp mot samarbeidspartnerne, som barnevern, PPT og tjenester innen psykisk helsevern.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten eller PPT) skal hjelpe barn, elever, lærekandidater, læringer, praksisbrevkandidater og voksne med behov for særskilt tilrettelegging. Hensikten er at de får et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud. PPT skal også hjelpe barnehager og skoler med å legge til rette for barn og elever med særskilte behov.

*Kilde: Utdanningsdirektoratet*

## **Innvandrere og flyktninger**

Spesialisering ser også ut til å forekomme i helsestasjoner for ungdommer og for dem som jobber med tjenester til innvandrere og flyktninger. De fleste kommunene har bestemte helsesøstre som arbeider i helsestasjon for ungdom; de små kommunene kan samarbeide om tilbudet. Når det gjelder tjenester til innvandrere og flyktninger, varierer kommunene mellom å legge helsesøsters arbeid med disse gruppene til bestemte stillinger og å ha dem integrert i ordinær helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Uavhengig av modell har de fleste kommunene helsesøstre med spesiell kompetanse i å møte innvandrere og flyktninger og deres familier og ungdommer. I disse tilfellene er det personavhengige faktorer som avgjør organiseringen. De har en eller flere helsesøstre som er motivert til å arbeide med denne målgruppen, og som har tilegnet seg kompetanse utover den generelle helsesøsterkompetansen.



**«De fleste kommunene har helsesøstre med spesiell kompetanse i å møte innvandrere og flyktninger.»**

Når det gjelder lederressurs, har de aller fleste, i både små og store kommuner, utøvende tjeneste ved siden av eller integrert i lederstillingen sin. Lederne sier at det ikke hadde vært noe problem å drive ledelse på heltid. På den andre siden gir enkelte uttrykk for at de også ønsker å jobbe i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som helsesøstre og ikke bare som ledere, både fordi de trives med det selv, og for å ha legitimitet i møte med sine ansatte.

## Oppsummering

I tallmaterialet vårt er flertallet små kommuner, men tallene representerer også noe større kommuner. Mange fylker i Norge består av flere små og noen store kommuner. Vi antar derfor at mange helsestasjoner og skolehelsetjenester rundt omkring i Norges land vil kunne kjenne seg igjen.

Mange av lederne vi spurte, vektla kontinuitet i relasjonene mellom helsesøster og familiene og organiserte tjenestene slik at helsesøster arbeider i både helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For lederne betyr kontinuitet både at det er stabile personrelasjoner mellom helsesøster og familiene, men også at helsestasjon og skolehelsetjenesten har et felles idégrunnlag som tjeneste. Mange kommuner, både små og store, benytter skolekretsmodellen.

Samtidig er lederne ganske pragmatiske. De avviker fra prinsippet om kontinuitet dersom de mener at det er vektige grunner for det. En viktig grunn er den enkelte helsesøsters individuelle preferanser for arbeidsmodell. En annen grunn for å avvike fra prinsippet er der begrunnelsen for skolekretsmodellen faller bort fordi skolene slås sammen og blir store enheter som krever en eller flere helsesøstre i større stillingsandeler.

Økt bemanning i tjenesten synes å drive frem spesialiseringsmodellen. Kommunene som har valgt spesialiseringsmodellen, legger vekt på kontinuitet i forholdet til samarbeidspartnere i henholdsvis helsestasjon og skolehelsetjenesten. Lederne legger spesielt vekt på kontinuitet i forholdet til samarbeidspartnere når det gjelder skolehelsetjenesten.



## «Økt bemanning i tjenesten synes å drive frem spesialiseringsmodellen.»

Kommunene organiserer flyktning- og innvandrertjenester både som integrert og spesialisert tjeneste. Det vil si at i noen kommuner arbeider alle helsesøstre med denne målgruppen i helsestasjon og skolehelsetjenesten, mens det i andre kommuner er en eller to av helsesøstrene som tar seg av denne målgruppen. På samme måte representerer helsestasjon for ungdom også en arbeidsspesialisering som ikke alle helsesøstre i en kommune tar del i.

### Mer tid til lederskap

Når det gjelder lederressurs, ser det ut til at mange ledere trives med å kombinere utøvelse av lederskap med å jobbe som helsesøster. På den andre siden ser mange at det kunne vært behov for mer tid til lederskap enn de har rom for i stillingene sine.

Flere av lederne er opptatt av å løfte frem helsestasjonens og skolehelsetjenestens generelle oppdrag som noe som er felles, og som holder disse deltjenestene sammen. Felles idégrunnlag, kunnskapsgrunnlag og lovverk gjør blant annet

- at det er naturlig at alle helsesøstre i en kommune har felles oppmøtested og felles møtepunkt,
- at det er naturlig med én leder for begge tjenestene, og
- at det er naturlig at en binder deltjenestene sammen for å skape et felles grunnlag for både skolehelsetjeneste og helsestasjon.



Enkelte informanter fremmer dette synet som et argument for å holde fast på skolekretsmodellen, mens andre mener at dette rammer inn spesialiseringsmodellen, slik at man unngår å stykke opp helsesøstertjenesten.

## **Innspill til videre debatt**

### **Hvilken arbeidsmodell kan gi den beste kvaliteten på tjenestene?**

Kriterier for kvalitet kan være at tjenestene 1) er virkningsfulle, 2) har god ressursutnyttelse, 3) er tilgjengelige og rettferdig fordelt, 4) involverer brukerne og gir dem innflytelse, 5) er samordnet og preget av kontinuitet og 6) ikke er skadelige (2).

Hvilken arbeidsmodell som innfrir flest av disse kravene best mulig, er ikke innlysende for forfatterne. Trolig vil skolekretsmodellen eller en annen modell der familien møter en eller to helsesøstre frem til ungdomsskolealder, gjøre at tjenesten fremstår som samordnet og preget av kontinuitet i personkontakt.

På den andre siden er kunnskapsgrunnlaget ulikt for helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten; utfordringene endres med barnas alder og antallet arenaer de ferdes på, blant annet i sosiale medier. Det økte behovet for spesialisering av kunnskapsgrunnlaget kan tale for spesialiseringsmodellen.

### **Ressursutnyttelse i spesialisering**

Andre land spesialiserer tjenestene. Eksempler på dette er henholdsvis *school nurses* og *home visitors* (3).

School nurses tilsvare våre helsesøstre i skolehelsetjenesten, mens home visitors kan sies å tilsvare våre helsesøstre i helsestasjonen. Men selv om tjenestene spesialiseres på denne måten, vil det generelle kunnskapsgrunnlaget om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid være felles.

Det kan også være god ressursutnyttelse i spesialisering, selv om det kan gi en mer sårbar tjeneste. Spesialisering kan gi god ressursutnyttelse fordi helsesøstrene får mer ensartede problemstillinger å jobbe med, de får mer erfaring og bedre dømmekraft og kan dermed jobbe mer effektivt. Med bedre bemanning blir man mindre sårbar ved en eventuell spesialisering, og økt bemanning synes i seg selv å være en drivkraft mot spesialisering og oppdeling av tjenesten.

Med økte ressurser følger krav om bedre tjenester. Har vi egentlig gode nok systemer og nok lederressurser til å kunne evaluere kvalitet, uavhengig av modell? Ansvar for kvalitetsforbedringsarbeid ligger hos kommunens ledelse, deriblant ledende helsesøstre (4).

## **Kvalitet i tjenestene**

I forbindelse med utarbeidelse av kvalitetsindikatorer for tjenesten har Olufsen og medarbeidere vist at kommunens ledelse, og også ledelsen blant helsesøstre selv, i liten grad har skaffet seg oversikt over hvordan ressursene i helsestasjon og skolehelsetjeneste blir brukt, og i hvilken grad samfunnsoppdraget løses (5).

En diskusjon om kvalitet i tjenestene må bygge på et felles språk for hva vi forstår med kvalitet, og hva vi oppfatter at vårt samfunnsmandat er. Kan Olufsen og medarbeidere sitt arbeid (5) bidra til at vi blir bedre i stand til å vurdere kvalitet på arbeidet vårt? Opplever den enkelte helsesøster det som relevant å tilegne seg dette språket?



**«En diskusjon om kvalitet i tjenestene må bygge på et felles språk for hva vi forstår med kvalitet.»**

Erfaringer lærere ved helsesøsterutdanningen gjør seg, er at studentene ikke forstår betydningen av å kunne snakke godt om tjenestene med kolleger, ledere og allmennheten. Noe av dette mener vi beror på at de i liten grad hører slikt språk i praksisstudiene sine.

Flere av disse kriteriene kunne ha vært diskutert, men det overlater vi til helsesøsterkollegiet over det ganske land.

### **Hvilken modell kan bidra til stabilitet og trivsel i arbeidet som helsesøster?**

Helsesøstre kan betraktes som kunnskapsarbeidere i tjeneste for bestemte verdier. De kan betraktes som kunnskapsarbeidere fordi problemformuleringene, vurderingene og beslutningene de gjør, skal være forskningsbasert, erfaringsbasert og tilpasset den aktuelle situasjonen (6, 7).

Helsesøsters arbeid kan betraktes som verdibasert fordi arbeidet skal tjene bestemte verdier som ligger til grunn for helsefremming og sykdomsforebygging. De fleste kunnskapsarbeidere har opparbeidet et personlig forhold til kunnskapen sin, den er blitt en personlig kompetanse som de vil forsvare og videreutvikle (8). De vil ikke uten videre akseptere å måtte abdisere fra sine faglige prinsipper og ønsker dersom en leder beordrer dem til det (9).

Vår undersøkelse viser at ledende helsesøstre synes å tilstrebe det å oppfylle personlig jobbutforming i den grad det er mulig innenfor rammene av driften.

### **Tertiært forebyggende arbeid**

Enkelte ledere fremholder nødvendigheten av spesielt å veilede nyutdannede helsesøstre, slik at de ikke strekker seg for langt inn i behandling og tertiært forebyggende arbeid. Med økt bemanning i skolehelsetjenesten må man spørre seg: Er det legitimt at en helsesøster benytter sin personlige kompetanse i for eksempel kognitiv terapi for å holde en bestemt elev på skolen, og at dette terapiforholdet strekker seg over alle årene i ungdomsskolen?

### TERTIÆRFOREBYGGING

Tertiært forebyggende arbeid skal forhindre forverring hos personer som har betydelig funksjonsnedsettelse og/eller sykdom.

Kilde: [forebygging.no](http://forebygging.no)

Vi erfarer at det i stor grad er opp til den enkelte helsesøster å avgjøre hvor grensen går mellom befolkningsrettet helsefremmende og forebyggende arbeid og behandling og tertiært forebyggende arbeid rettet mot pasienter. I sin forskning har Berit Misund Dahl (10) funnet at heller ikke helsesøsterutdanningene synes å være helt stødige på grenseoppgangene mellom folkehelsearbeid, tertiært forebyggende arbeid og behandling.

Forfatterne ser det derfor nødvendig med en diskusjon, i første omgang blant helsesøstre i Norge, om disse grenseoppgangene. Konklusjonene fra en slik diskusjon vil ha betydning for hva en eventuell spesialisering av helsestasjon og skolehelsetjenesten skal inneholde. Vil en spesialisering innebære økning av tjenester rettet inn mot behandling og tertiært forebyggende arbeid, eller innebærer spesialisering en økt innretning mot befolkningsrettet helsefremmende og forebyggende arbeid?

**Bør helsesøsterutdanningene gi mulighet for spesialisering i sine utdanningsplaner?**

Våre erfaringer er at helsesøsterstudentene føler seg overveldet av mengden fagstoff og krav til kompetanse i møte med yrket. De mener at det er altfor mye for ett års videreutdanning. Vi erfarer også at flere praksisveiledere etterspør lengre praksisperioder, der studentene får anledning til å erfare mestring og mulighet for innsikt i de enkelte deltjenestenes utfordringer.

Samtidig går utdanningen i retning av en akademisering, der teoretisk kunnskap får innpass på bekostning av praktisk læring (11). Det innebærer at andelen teoretisk kunnskap i metode, vitenskapsteori, kvalitetsutviklingsarbeid og tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid øker.



## «Flere praksisveiledere etterspør lengre praksisperioder.»

Samtidig øker omfanget av den forskningsbaserte kunnskapen innen alle deltemaene i utdanningen som en konsekvens av generelt økt forskningsaktivitet og utvikling av forskningsbasert kunnskap, som anbefales tatt inn i utdanningene (12). I løpet av det året helsesøsterutdanningen varer, erkjenner de fleste studentene at de har startet på en livslang læringsprosess, der utdanningen først og fremst gir dem en «startpakke» med den mest nødvendige kunnskapen (13).

### Livslang læring

Stadig tilgang til ny forskning og en forventning om kunnskapsbasert praksis fordrer at praksis organiseres slik at livslang læring blir mulig (12, 14, 15). I lys av en slik erkjennelse er det forståelig at nyutdannede helsesøstre kan ha behov for å fordype seg i enten helsestasjonsarbeid eller skolehelsetjenesten i sine første år etter endt utdanning.

Som for de fleste andre videreutdanningene går utviklingen i retning av enten en mulig påbygging av en ettårig helsesøsterutdanning til en mastergrad eller at hele utdanningen blir et toårig mastergradsløp (11). Denne utviklingen kan åpne for spesialisering gjennom at studentene skriver mastergradsoppgaven sin med enten helsestasjon eller skolehelsetjeneste som kontekst. Det kan igjen gi økte krav fra kommende helsesøstre om å få bruke spisskompetansen sin, og få anledning til videre utvikling av den i retning av en doktorgrad.

Er dette en ønsket utvikling sett med en praktikers øyne? Er kommunene klare for denne utviklingen? Kan en slik utvikling bidra til både rekruttering og mer virkningsfulle tjenester med god ressursutnyttelse?

## Avslutning

Vi håper at Landsgruppen av helsesøstre, arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner kan være en arena for diskusjon og meningsutveksling rundt disse problemstillingene. Kanskje et mangfold av modeller tilpasset lokale forhold er best? Kanskje flere veier fører til Rom?

Vi ser behovet for å undersøke nærmere om det kan være en sammenheng mellom arbeidsmodeller, ledelse av tjenesten og konsekvenser for kvalitet og innhold i tjenesten. Målet må være å fremstå som en hensiktsmessig, målrettet og faglig forsvarlig helsetjeneste som blir synlig i det helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeidet.

## Referanser

1. Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450> (nedlastet 20.06.2018).

2. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: FHI; 2015. Rapport 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring—utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/> (nedlastet 15.01.2018).
3. Wilson P, Furnivall J, Barbour RS, Connelly G, Bryce G, Phin L, et al. The work of health visitors and school nurses with children with psychological and behavioural problems. *J Adv Nurs*. 2008;61(4):445–55.
4. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 20.06.2018).
5. Olufsen V, Sliper JO, Aune I. Kartlegging av ledelse i skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag; 2015.
6. Grimen H, Molander A. Profesjon og kjønn. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 179–96.
7. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe; 2012.
8. Dahl BM. Et yrke i endring. (Doktorgradsavhandling.) *Tidsskrift for helsesøstre*. 2016;1:18–21.
9. Irgens EJ, Wennes G. Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner. I: Irgens EJ, Wennes G, red. *Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Oslo: Fagbokforlaget; 2005. s. 12–22.

10. Dahl BM. Critical discourse analysis perspective on Norwegian public health nursing curriculum in a time of transition. *Sociolinguistics* Xiaoming Jiang, IntechOpen; 2017. DOI: 10.5772/intechopen.68533. Tilgjengelig fra: <https://www.intechopen.com/books/sociolinguistics-interdisciplinary-perspectives/critical-discourse-analysis-perspective-on-norwegian-public-health-nursing-curriculum-in-a-time-of-t> (nedlastet 18.07.2018).
11. Laiho A. Academisation of nursing education in the nordic countries. *Higher Education*. 2010;60(6):641–56.
12. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376(9756):1923–58.
13. Smeby J-C, Vågan A. Fra utdanning til arbeid. I: Alsvåg H, Førland O, red. Engasjement og læring – fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe; 2007. s. 81–98.
14. Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday; 2006.
15. Meld. St. nr. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd: samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/> (nedlastet 20.06.2018).