

KARI GLAVIN

EDITH ROTH GJEVJON (red.)

SYKEPLEIE

I KOMMUNEHELSETJENESTEN

HELSEØSTERTJENESTE
OG HJEMMESYKEPLEIE



FAGBOKFORLAGET

SYKEPLEIE

I KOMMUNEHELSESTJENESTEN

KARI GLAVIN

EDITH ROTH GJEVJON (red.)

SYKEPLEIE

I KOMMUNEHELSETJENESTEN

HELSEØSTERTJENESTE

OG HJEMMESYKEPLEIE



FAGBOKFORLAGET

Copyright © 2019 by
Vigmostad & Bjørke AS
All Rights Reserved

1. utgave / 1. opplag 2016

ISBN: 978-82-450-2991-8
ISBN (trykt): 978-82-450-2014-4

Tilrettelagt for e-bok: John Grieg, Bergen

Forsidedesign ved forlaget

Spørsmål om denne boken kan rettes til:
Fagbokforlaget
Kanalveien 51
5068 Bergen
Tlf.: 55 38 88 00 Faks: 55 38 88 01
e-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Materialet er vernet etter åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarframstilling
bare tillatt når det er hjemlet i lov eller avtale med Kopinor.

Forord

I mine tidlige barneår bodde vi i Svelvik i Vestfold. Rett borti gata bodde søster Margit. Hun var en institusjon i lokalsamfunnet. Menighetssøsteren som syklet rundt i bygda om sommeren og brukte sparken flittig vinterstid. Alle visste at hun var til å stole på fordi hun kunne tilkalles til hjemmene der hennes fagkunnskap, kyndige hender og gode dømmekraft ble brukt når ulykker, problemer eller sykdom preget familier og hjem. Dette var i en periode da Menighetssøsterhjemmet var en plogspiss i å bringe trygg og god kompetanse til lokalsamfunnene ved å utdanne menighetssøstre. Etter hvert så heldigvis det offentlige sitt ansvar, og hjemmesykepleiere og helsesøster ble en viktig og naturlig del av bemanningen i alle kommuner.

I dag ser vi, kanskje mer enn noen gang tidligere, behov for solid faglig kompetanse i kommunene for å kunne håndtere de utfordringene samfunnet vårt står overfor. For eksempel ser vi daglige oppslag i media som minner oss om to store utfordringer i lokalsamfunn som helsesøstre og hjemmesykepleiere skal rustes til å møte på en troverdig måte: integrering av flyktinger og asylsøkere, og mobbing blant barn og unge. For at disse store samfunnsutfordringene skal bli håndtert på en god måte, må både profesjonelle i tverrfaglige team og medmennsker som ansvarlige borgere i samfunnet trekke i lag. Med en rett bemanning av helsesøstre og bemanning i hjemmesykepleien vil hun eller han kunne være en trygghetsfaktor i lokalsamfunnet slik søster Margit var det i Svelvik for 55 år siden.

Bidragstyterne i denne boken er tilknyttet fagmiljøet ved Høyskolen Diakonova, de fleste ansatt og noen som samarbeidspartnere. Diakonova, tidli-

gere Menighetssøsterhjemmet, har i 100 år hatt et spesielt fokus på kompetanse i sykepleien i kommunehelsetjenesten. Det er slik sett en glede for meg som rektor å ønske de faglige bidragene i denne læreboken velkommen. Den forsknings- og erfaringsbaserte kunnskapen boken formidler, står i en lang og stolt fagtradisjon som strekker seg helt tilbake til pionerene som så behovet for den faglærte sykepleien i hjemmene for 100 år siden.

Kari Gran Bøe

Rektor, Høyskolen Diakonova

Innhold

Innledning	12
Del 1 Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie	
Kapittel 1	
Utvikling av kommunale sykepleietjenester utenfor institusjon	16
<i>Kari Glavin, Åse Snøtun, Edith Roth Gjevjon og Lisbeth Gravdal Kvarme</i>	
Introduksjon.....	16
Utvikling av hjemmesykepleien.....	16
Helsesøstertjenesten og helsesøsterutdanning	25
Oppsummering	32
Kapittel 2	
Hjemmesykepleietjenesten	38
<i>Edith Roth Gjevjon og Ann-Kristin Fjørtoft</i>	
Introduksjon.....	38
Bakgrunn.....	38
Organisering, ledelse og bemanning.....	40
Hjemmesykepleierens arbeid	44
Avslutning	49
Kapittel 3	
Helsesøstertjenesten i helsestasjon	55
<i>Kari Glavin</i>	
Bemanning i helsestasjon	56
Helsesøsters arbeid i helsestasjonen	57
Helsestasjonens betydning for barns helse	57
Foreldrestøttende arbeid.....	58
Veiledning om amming.....	61
Veiledning om ernæring og forebygging av overvekt	63
Helsesøsters arbeid med utsatte grupper	65
Samarbeid med jordmor	66
Avsluttende kommentar	67

Kapittel 4	
Helsesøstertjenesten i skolen.....	73
<i>Lisbeth Gravdal Kvarme</i>	
Innledning	73
Helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten.....	74
Studier om helsesøsters rolle i skolehelsetjenesten	74
Helsesøsters rolle i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet	75
Helsesøsters rolle i det sekundær- og tertiærforebyggende arbeidet	77
Bemanning av helsesøster i skolen.....	79
Hvorfor er det viktig med en helsesøster i skolen?	80
Samarbeid	80
Oppsummering	81
 Kapittel 5	
Anvendelse av livskvalitet som begrep i kommunehelsetjenesten	86
<i>Mary H. Kalfoss</i>	
Innledning	86
Bakgrunn.....	87
Teoretiske perspektiver	90
Teorier om QoL	91
QoL-instrumenter og kartleggingsverktøy	93
Helserelatert livskvalitet	94
Vurdering av QoL.....	95
QoL for sykepleiere i kommunehelsetjenesten.....	96
Konklusjon.....	97
 Kapittel 6	
Forebyggende intervensjoner av sykepleiere i kommunehelsetjenesten	102
<i>– beskrivelse av Public Health Intervention Wheel</i>	
<i>Kari Glavin og Jenny Owe</i>	
Introduksjon.....	102
Public Health Intervention Wheel (PHIW).....	103
Rød sektor	107
Grønn sektor	109
Blå sektor.....	111
Oransje sektor	112
Gul sektor	114
Avsluttende kommentar	115

Del 2 Eksempler på helsefremmende og forebyggende sykepleietjenester

til familier, barn og unge

Kapittel 7

Gruppetilbudet på helsestasjon – helsesøstres praksis og erfaring 122

Kari Glavin, Toril Økland, Sidsel Tveiten og Esther Hjälmhult

Innledning 122

Metode 123

Resultater 125

Diskusjon..... 129

Styrker og svakheter..... 133

Konklusjon..... 134

Kapittel 8

Muligheter og utfordringer ved gruppe som metode i skolehelsetjenesten .. 138

Hilde Egge og Lisbeth Gravdal Kvarme

Innledning 138

Gruppe som metode i skolehelsetjenesten 139

Diskusjon, forslag til implementering og videre forskning 144

Konklusjon..... 150

Kapittel 9

Ungdoms psykiske helse 153

Anne Kjersti Myhre Steffenak

Innledning 153

Helsetjenester til ungdom 154

Psykiske helseproblemer blant ungdom..... 155

Forekomst av psykiske helseproblemer blant ungdom..... 157

Bruk av medisiner mot psykiske lidelser blant ungdom..... 159

Helsesøsters rolle relatert til ungdom med psykiske helseproblemer 162

Del 3 Sykepleie i hjemmet

Kapittel 10

Holdninger til aldring blant hjemmeboende eldre 170

Mary H. Kalfoss

Innledning og bakgrunn..... 170

Teoretisk perspektiv 171

Metode 172

Resultater 174

Diskusjon..... 176

Konklusjon..... 179

Kapittel 11

Muligheter og utfordringer ved bruk av livskvalitetsmålinger i hjemmesykepleietjenesten	182
<i>Trude Haugland</i>	
Introduksjon.....	182
Metode	184
Resultater	185
Diskusjon.....	187
Konklusjon.....	190
Kliniske implikasjoner	191

Kapittel 12

Meningsfull hverdag som et mål for arbeidet i hjemmetjenesten.....	193
<i>Ann-Kristin Fjørtoft og Ingun Pahr</i>	
Innledning og bakgrunn.....	193
Metode	195
Resultat.....	197
Diskusjon.....	203
Konklusjon.....	207

Kapittel 13

Når profesjonell omsorg møter den eldre pasientens personlige liv	212
<i>– juridiske, etiske og faglige utfordringer i hjemmesykepleien</i>	
<i>Edith Roth Gjevjon</i>	
Bakgrunn.....	212
Faglig forsvarlig hjemmesykepleie	214
Profesjonell omsorg i møte med pasientens personlige liv	218
Avslutning	222

Kapittel 14

Partnerens opplevelse av hjemmesykepleiens tilstedeværelse ved terminal sykdom	226
<i>Anne Øverlie</i>	
Innledning og bakgrunn.....	226
Partnerens utfordringer.....	227
Hjemmesykepleien	231
Diskusjon.....	232
Implikasjoner for praksis.....	238

Kapittel 15

Indlagt i eget hjem, når døden nærmer sig 242
Selvbestemmelse, ansvar og skyld i samspill med de nære relationer
Helle Nordestgaard Matthiesen og Charlotte Delmar

Resume 242

Indledning 242

Baggrund 243

Teoretisk analyseramme 244

Design og metode 245

Etik 247

Fund 247

Selvbestemmelse, ansvar og skyld 249

Diskussion 252

Implikationer for praksis – Indlagt i eget hjem 254

Konklusjon 255

Kapittel 16

Godhetens alminnelighet 258
Et møtepunkt mellom sykepleie og diakoni sett i et lokalsamfunnsperspektiv
Tormod Kleiven

Innledning 258

Godhetens ontologi 260

Kommunehelsetjeneste og diakonalt menighetsarbeid – tjenesteforståelse 263

Samspill mellom formell og uformell omsorgsutøvelse 266

Drøfting – oppsummerende konklusjon 269

Innledning

Kari Glavin og Edith Roth Gjevjon

Kommunale helse- og omsorgstjenester har vært i endring siden innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1982. Etter samhandlingsreformens forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og fokus på forebygging og helsefremming utgjør nå kommunale helsetjenester utenfor institusjon tyngdepunktet i helsetjenestene våre. Kommunenes innbyggere skal i økende grad behandles for sine sykdommer i eget hjem fremfor i sykehus. Samtidig gir Folkehelsemeldingen føringer for kommunenes forebyggende og helsefremmende arbeid for å forhindre sykdom og utsette behov for langvarig pleie og omsorg. Kommunene er forpliktet til å ta på seg ansvaret for helsefremming og forebygging, behandling, pleie og omsorg for en variert gruppe mennesker – fra fødsel til død. Mangfoldet av mottakere i alle aldersgrupper, friske eller med ulike typer sykdommer, funksjonsnedsettelse og sosiale og personlige utfordringer fordrer høy og til dels avansert kompetanse hos kommunens helsepersonell. Den nye primærhelsemeldingen peker på at kommunehelsetjenesten skal styrkes, både gjennom økt kapasitet, økt kompetanse og økt kvalitet. Blant virkemidlene er økt satsing både på helsesøstertjenesten og på hjemmesykepleietjenesten. Helsetjenester utenfor institusjon er av politikere, forskere og fagfolk ansett å være en viktig del av løsningen på helsetjenestenes ressursutfordringer, men er også viktig for befolkningens livskvalitet. Hjemmet og familien betyr mye for oss.

Dette er en bok som beskriver de to store sykepleietjenestene og retter seg mot de to dominerende grupper av sykepleiere utenfor institusjon i kommunene: helsesøstre og hjemmesykepleiere. Første del av boken inneholder seks

kapitler som beskriver disse tjenestene, fra tjenestenes opprinnelse og utvikling til hvordan disse tjenestene fremstår i dag. Vi gir et innblikk i oppgaver og hverdager med 150-års mellomrom, som er fjernt fra hverandre, samtidig som mye av virksomheten og tenkingen og mange av oppgavene tilsvarer det vi ser i dagens virkelighet. Denne delen viser også tydelig at kommunale sykepleiertjenester utenfor institusjon er blitt stadig mer avanserte og komplekse og krever høy faglig kompetanse. I denne boken belyses to tradisjonelle sykepleierroller i kommunehelsetjenesten. Det er viktig å merke seg at det i skrivende stund skjer en utvikling som sannsynligvis vil endre sykepleierrollen og sykepleiers ansvar og funksjon i kommunehelsetjenesten. I Primærhelsemeldingen skisseres flere slike, som primærhelseteam og roller vi kjenner internasjonalt som «nurse practitioner» og «family nurse». Selv om vi vil se nye roller, nytt ansvar og nye funksjoner i kommunehelsetjenesten, vil det fremdeles være behov for de «tradisjonelle» generalistene i tjenestene. Et samspill mellom de ulike rollene vil være avgjørende for å lykkes med å utvikle tjenestene i tråd med gjeldende behov i befolkningen.

Helsestasjonstilbudet når fram til nesten alle barn de første leveårene uavhengig av foreldrenes sosiale posisjon og medvirker til utjevning av sosiale ulikheter med hensyn til helse. En velfungerende skolehelsetjeneste og ungdomshelsetjeneste er viktig for at barn og unge skal ha en tilgjengelig helsetjeneste. Samfunnsutviklingen fører til nye helseproblemer hos barn og unge i form av psykosomatiske, psykologiske og atferdsmessige forstyrrelser. Barselkvinner sendes tidligere hjem fra sykehuset, og vi lever i et samfunn med økende flyktningeproblematikk. Helsesøstre er autoriserte sykepleiere med videreutdanning som bygger på Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet 1. desember 2005. Helsesøsters arbeidsområde i kommunehelsetjenesten er i hovedsak knyttet til helsestasjon, skolehelsetjenesten og ungdomshelsetjenesten. Helsesøstertjenesten favner vidt og skal håndtere komplekse problemområder.

Å motta hjemmesykepleie blir for dem som mottar hyppige og langvarige tjenester, en del av hverdagen og livet; ikke bare for pasienten selv, men også for de pårørende rundt pasienten, som kan være familie eller venner. Å motta hjemmesykepleie og måten denne gis på, kan påvirke pasienters og pårørendes livskvalitet, og for noen kan det kanskje være vanskelig å finne mening i hverdagen. Hjemmesykepleie er en omfattende tjeneste der sykepleierne møter ulike

mennesker i alle aldre og i ulike situasjoner – helsemessig, personlig og sosialt. Dette fordrer klinisk sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse, men også kompetanse i å møte mennesker der de er. Kunnskap om etikk og jus er i tillegg nødvendig for å gi riktig helsehjelp på riktig måte.

Boken har en bred tilnærming og vil være nyttig for både bachelorstudenter, studenter i videreutdanning og masterstudenter, høyskolelektorer og forskere. Den kan også være nyttig for dem som arbeider i praksis i kommunal sykepleietjeneste utenfor institusjon.

DEL 1

Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie

Kapittel 1

Utvikling av kommunale sykepleietjenester utenfor institusjon

Kari Glavin, Åse Snøtun, Edith Roth Gjevjon og Lisbeth Gravdal Kvarme

Introduksjon

Sykepleie utenfor hjemmet har sine røtter i England, der Florence Nightingale organiserte distriktssykepleiere. Nightingale beskrev to oppdrag for sykepleiere: å pleie syke og å arbeide forebyggende for å holde folk friske (Green, 1993). Lillian Wald regnes som grunnleggeren av distriktssykepleie i USA fra slutten av 1800-tallet. Offentlige sykepleiere var først og fremst opptatt av å ta vare på de syke fattige i deres hjem. Gjennom sitt arbeid kom Wald frem til at mange sykdommer hadde sin opprinnelse i større samfunnsmessige problemer. Hun kanaliserte sykepleiernes innsats mot å forbedre miljøet gjennom å bedre sanitære forhold og øke muligheter for sysselsetting, utdanning og rekreasjon. Det var Wald som innførte begrepet «public health nursing» (Green, 1993; Ruel, 2014). I Norge sørget menighetssykepleiere og mannlige diakoner for sykepleietjenester i kommunene fra begynnelsen av det 19. århundre. Senere ble oppgavene splittet til å omfatte helsesøstre som fungerte som familie og skolesykepleiere (1947), og hjemmesykepleiere som sørget for sykepleie i hjemmet (1972). I dette kapitlet skal vi beskrive utviklingen av hjemmesykepleien og helsesøstertjenesten i Norge.

Utvikling av hjemmesykepleien

Pleie av syke i hjemmene har skjedd til alle tider. Her i landet var det vanlig at nærmeste familie skulle ta seg av dem som på ulike måter ikke kunne greie seg selv. Familiens kvinner tok hand om barn, syke og gamle ut fra erfaringer de

hadde tilegnet seg og ellers lært av generasjonene før dem (Wyller, 1990; Solheim og Aarheim, 2004). Selv om sykepleie var hjemmets oppgave, ble det etter hvert også behov for annen hjelp. Den eksplosjonsartede veksten i medisinsk kunnskap på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, med blant annet identifiseringen av bakterier og økt kunnskap om smitte og hygiene, medførte at fremveksten av sykehusene kom i gang. Hospitalene var i starten få og små, og lite hyggelige oppholdssteder. Allerede i 1850-årene var mange leger misfornøyde med det ufaglærte pleiepersonalet i sykehusene, de hadde behov for å samarbeide med faglært personell (Melby, 1990; Solheim og Aarheim, 2004).

Med røtter i diakonissetradisjonen

Mange kvinner var genuint opptatt av omsorg og pleie av syke. Noen fikk kjennskap til diakonissesaken fra Europa og dro til Tyskland for å utdanne seg til diakonisser. Blant disse var Rikke Nissen (1834–1892) og Cathinka Guldborg (1840–1919) som ble sentrale aktører da Kristiania Indremisjon startet Diakonisseanstalten «for utdanning av christelige sykepleiersker» i 1868. Grunnleggelsen av Diakonisseanstalten innebar ikke bare starten på en organisert kvinnelig diakoni, men ble også opptakten til faglært sykepleie i landet vårt.

Det som i tiden før første verdenskrig var gjort for å skaffe sykepleiehjelp til landsbygdene, skjedde på privat initiativ og gjennom innsats fra kirkelig og humanitært hold. Cathinka Guldborg og Rikke Nissens grunnleggende innsats innebar ikke bare grunnleggelsen av den første sykepleierutdanningen her i landet, men medvirket også til å bevisstgjøre behovet for sykepleie til befolkningen. I stadig flere bygder våknet forståelsen for at noe måtte gjøres. Diakonisseanstalten ble helt fra starten av utfordret på oppgaver utenfor institusjonens egne vegger. De første diakonissene var primært utdannet til arbeid i hjemmet, enten som sykepleier i menighetspleie og fattigpleie eller til privatpleie i velstående hjem. På den tiden ble de syke som hadde råd til det, behandlet og pleiet hjemme. De offentlige sykehusene, der de smittsomme sykdommene lett spredte seg, var stort sett et sted for fattige.

Den første registrerte menighetspleien i Kristiania finner vi i Trefoldighet menighet i 1876. I årene som fulgte, forsøkte flere menigheter å skaffe sine syke hjelp på denne måten. I det lille skriftet «Om frivillig Fattig- og Sygepleie» ga prost Strømme i Elverum i 1897 blant annet rettleiding i organisering av en menighetstjeneste for syke og trengende (Knudsen, 1976). Praktisk gjennom-

føring av ideene hans i egen menighet ble et viktig eksempel for å vekke sansen for menighetsansvar og initiativ i omsorgen for syke og fattige.

Fra menighetsdiakonisser til menighetssøstre

I 1880-årene åpnet Diakonisseanstalten for at unge kvinner kunne delta en begrenset tid i den opplæringen diakonissene fikk. Det var gjerne den lokale sykepleierforeningen, fattigpleien eller indremisjonsforeningen som påkostet oppholdet for jenter fra bygdene. Disse reiste så tilbake for å ta seg av arbeidet blant syke i hjembygden. Opplæringen ble fra 1898 utvidet til ettårige kurs, og kvinnene fikk tittelen «menighetsdiakonisser».

I en periode hadde vi derfor to typer diakonisser: de med minimum to års utdanning og menighetsdiakonissene som hadde gjennomgått kortere kurs ved Diakonisseanstalten. Diakonissene arbeidet oftest ved sykehusene, i menigheter i byene og ved Diakonisseanstaltens egne institusjoner, mens det ved århundreskiftet var over 70 menighetsdiakonisser i arbeid rundt om i bygdene (Knudsen, 1976; Melby, 1990).

Etter hvert ble det klart at Diakonisseanstalten ikke kunne dekke det økende behovet for menighetsdiakonisser utover i landet. De kunne ikke gi avkall på fullt utdannede diakonisser til menighetene på bygdene. Dette hadde nok også sammenheng med utviklingen av den kvinnelige diakoniutdanningen. Det var stort frafall fra diakonisseutdanningen, noe som tydet på at det kunne være behov for en alternativ utdanning. Selv om Diakonisseanstalten årlig tok inn 16 menighets elever, var søkningen til utdanningen langt større enn opptakskapasiteten. Det kan også tyde på at mange kvinner ønsket utdanning som sykepleiere, men at ikke alle fant seg til rette i diakonisseutdanningen. Før århundreskiftet var det allerede startet fem skoler for utdanning av sykepleiere, og i 1919 var tallet kommet opp i 14 (Melby, 1990, s. 29–30). Likevel søkte private sykepleierforeninger, indremisjonsforeninger og stadig flere kommuner etter menighetsdiakonisser (Knudsen, 1976, s. 11).

I kampen mot tuberkulosen spiller de en viktig rolle, hvorfor Nationalforeningen yder 200 kr til utdanning av hver menighetssøster.

Menighetsdiakonissene ble spredt utover store deler av landet. De hadde ikke som diakonissene noen fast tilknytning til Diakonissehuset. De hadde store

utfordringer i arbeidet og kjente seg ofte alene, så etter hvert begynte de som var i nærheten av hverandre, å søke sammen. Til disse samlingene, som etter hvert ble årlige, kom også «distriktssøstre» med bakgrunn fra utdanninger ved ulike sykehus. Felles interesser som alderdomsforsørging og behov for regelverk for tjenesten bandt dem sammen. I 1906, under landsmøtet på Eidsvoll, ble derfor Norske Lutherske Menighetsdiakonissers Forening (LMDF) startet.

Tallet på menighetsdiakonisser økte sakte, men sikkert. I 1910 var 125 søstre samlet til landsmøte på Hamar, men likevel var det ikke nok menighetsdiakonisser til å dekke etterspørselen. LMDF gjorde et fremstøt mot Diakonissehuset for å få dem til å øke kapasiteten på utdanningen, men det så de seg ikke i stand til. Menighetsdiakonissene tok dermed saken i egne hender. Det måtte utdannes flere søstre til arbeidet blant syke og gamle i menighetene. Etter iherdig innsats og med mange støttespillere var det derfor en stor merkedag da den nye institusjonen Menighetssøsterhjemmet – med sykehus og elevskole – kunne innvies 17. oktober 1916. Samtidig ble tittelen på søstrene endret fra menighetsdiakonisser til menighetssøstre, og det store målet for den nye institusjonen var tydelig formulert: «Hver bygd i Norge mindst én menighetssøster! Det er maalet!» (Menighetssøsterhjemmets årsmelding, 1917).

Vekst og utvikling

Gjennom de første tiårene kunne etterspørselen etter menighetssøstre på ingen måte dekkes, selv om mange fikk sin utdanning. Mot slutten av 1920-årene, da depresjonstiden satte inn, gikk etterspørselen tilbake fordi det var knapt med penger rundt om i bygdene. Situasjonen snudde på nytt mot slutten av 1930-årene, og i 1941 var det igjen stor mangel på menighetssøstre. Hovedgrunnen til dette var innføringen av 8-timers arbeidsdag på sykehusene og behov for flere ansatte. Mange menighetssøstre fant dermed veien til en bedre regulert tjeneste der. Dessuten hadde det blitt behov for flere menighetssøstre i helsesøsterarbeid, dels som helsesøstre og dels i kombinert funksjon. Mange steder på bygdene hadde det fremkommet ønske om å gjøre helsesøsterarbeidet til en gren av menighetssøstrenes arbeid da det ikke var arbeid nok til en helsesøster på heltid. Flere menighetssøstre fikk derfor stipend for å delta på kurs for helsesøstre, og mange ble etter hvert helsesøstre på heltid (Aschim, 1956; Knudsen, 1976).