



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGÅVE

Kartleggingsverktøy i skulehelsetenesta –
helsesøster sine erfaringar med bruk av
målretta helseundersøkingar

Standardized mapping tools in the school health service –
the experiences of public health nurses use of targeted
health surveys

Tove Linn Øren

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing.
Fakultet for økonomi og samfunnsvitskap. Institutt for
samfunnsvitskap.

15. juni 2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Emnekode: MR691
Emnenavn: Masteroppgåve i organisasjon og leiing
Kandidatnummer: 103
Dato for innleveringsfrist: 15. juni 2018

Forord

For ei reise dette har vore! Lærerikt og sjølvutviklande er berre ein liten del av skildringa av denne prosessen. Det har vore stundar med pur lukke, frustrasjon, tankar á la «dette går fint!», men også tankar á la «dette går slett ikkje fint!». Det har vore ei berg- og dal bane i kjensler og meistringsopplevingar, som eg kjenner meg privilegert som har fått oppleve. Det er godt å få fullført masteroppgåva, etter å ha levd så tett på den i så lang tid.

Eg vil få takke informantane som har deltatt i denne studien, oppgåva hadde ikkje blitt skrevet utan dykk. De er kunnskapsrike og flotte helsesøstre som gjer ein fantastisk jobb med barn og ungdom.

Eg vil rette ein stor takk til min veileder Olina Kolbotn, som med sine kloke innspel har leia meg gjennom prosessen. Tusen takk!

Eg vil også få takka min tolmodige familie, Terje og mine fire barn Viljar, Jarand, Irjan og Vårin, som har latt meg få bruke tid og energi på å studere og skrive denne oppgåva. Mine to yngste, Vårin (9) og Irjan (11) har innimellom sukka og spurt: «Kortid er du ferdig på skulen, mamma?» No er eg ferdig! No, mine skjønne små, skal eg bruke fritida mi på kjekke stundar med dykk og heile familien.

Mine gode søstre Lisbeth Øren Austgulen og Rønnaug Kathrin Øren Johansen, og min kjære mamma Åse Øren har vore der og heia meg fram heile vegen. For ein heiagjeng de har vore! Tusen takk!

Eg vil også takka mine gode kollegaer, som heile tida har støtta og heia meg fram. Retter også ein takk til Christine Askvik som kvalitetsjekka den engelske grammatikken.

Sist, men ikkje minst, må eg takke min gode og fine venn og medstudent Randi Træland Hella, du har vore ei fantastisk støtte heile vegen! Gode diskusjonar har vi hatt mange av, mykje lått og løye har det også vore! Du och jag, Alfred, du och jag...

Tove Linn Øren

Alversund, 15. juni 2018

Samandrag

Bakgrunn for oppgåva: Helsesøster er ein sentral aktør i det helsefremjande arbeidet og er den yrkesgruppa i helsevesenet som har mest direkte kontakt med barn og ungdom.

Standardiserte kartleggingsverktøy har auka i helsestasjons- og skulehelsetenesta siste tiår, og har vore ein del av kvalitetssikring av tenesta. Målretta helseundersøkingar i journalsystemet HsPro blei innført i Bergen kommune i 2010, og har sidan innføringa auka i omfang og treffpunkt. Eg ønskte å finne ut om dette har noko påverknad på helsesøster sin veiledning av eleven. Eg ønskte å høyre frå helsesøstre som bruker dei målretta helseundersøkingar om det får noko påverknad på kvaliteten i tenesta, om det påverkar helsesøster sin bruk av fagleg kunnskap og skjønn, og til slutt om dei opplever moglegheit til å påverke kartleggingsverktøyet dei bruker i kvardagen sin.

Problemstilling: Korleis opplever helsesøstre bruk av målretta helseundersøkingar i sin veiledning av elevar i skulehelsetenesta?

Teori: Den teoretiske ramma til studien byggjer på profesjonsteori. Ulike helsemodellar som den biomedisinske helsemodellen, empowerment og salutogenese er også ein del av teorien. Kvalitetssikring, organisasjon og læring er også presentert i det teoretiske grunnlaget.

Metode: Kvalitativt forskingsintervju er brukt som metode, og 10 helsesøstre blei intervjuet. Deira erfaringar og skildringar er analysert først gjennom inspirasjon av Malterud (2017) sin analysemodell; systematisk tekstkondensering. Dette utgjorde grunnlaget i analysen. Eg fortsatte deretter med temasentrert analyse.

Resultat: Funn frå denne studien viser at målretta helseundersøkingar påverkar helsesøster sin bruk av fagleg kunnskap skjønn. Helsesøster sitt faglege skjønn kan vera under press ved bruk av målretta helseundersøkingar. Dei målretta helseundersøkingane påverkar også elevens brukarmedverknad i møtet med helsesøster. Eleven sin brukarmedverknad kan bli redusert ved bruk av helseundersøkingar. Helsesøstre i denne studien etterlyser opplæring og arena for læring- og erfaringsutveksling ved bruk av målretta helseundersøkingar. Funn viser også at helsesøstre ikkje opplever moglegheit for å påverke bruken og utvikling av dei målretta helseundersøkingar. Det er behov for vidare diskusjon og forskning på ulike konsekvensar av helsesøster sin bruk av standardiserte kartleggingsverktøy i skulehelsetenesta.

Summary

Background: Public health nurses (PHNs) are an important part of the health promoting work and are the profession in the health care system which has the most direct contact with children and youth. The use of standardized mapping tools in the children health clinics and in the school health service have increased in the last decade. Targeted health surveys in the Electronic Health System (EHS) HsPro was introduced in the municipality of Bergen in 2010 and has since introduction increased in extent. I wanted to find out if this has an impact on the guidance that the PHN provide her pupils. I wanted to listen to the opinions of PHNs on different matters: Does it influence the quality of the service? Does it influence the PHNs opportunity to use their professional knowledge and professional judgement? Do the PHNs nurses have the opportunity to contribute in developing the standardized mapping tool that they use on a daily basis?

Thesis statement: How do PHNs experience the use of targeted health surveys in their guidance of pupils in the School Health Service?

Theory: The theoretical framework is based on professional theory, different health models like the biomedical health model, empowerment and salutogenesis. Theory of quality improvement, organization and learning are also presented in the theoretical framework.

Method: Qualitative research interview was used as a method, and 10 PHNs were interviewed. Their experiences and descriptions are analyzed first through the inspiration of Malterud's (2017) analysis model; systematic text condensation. This was the basis of the analysis. I then proceeded with theme-centered analysis.

Results: Findings from this study show that targeted health surveys affect the PHNs use of professional competence and judgment. The PHNs use of professional judgment may be under pressure when using targeted health surveys. The targeted health surveys also affect the pupils participation in the meeting with the PHN. The pupils opportunity to be an active participant can be reduced by using targeted health surveys. PHNs in this study call for training and arena for learning and experience exchange about using targeted health investigations. Findings also show that PHNs do not experience that they have the possibility of influencing the use and development of the targeted health surveys. There is a need for further discussion and research on the various consequences of the PHNs use of standardized mapping tools in school health service.

Forord.....	1
Samandrag.....	2
Summary.....	3
Innhald	
1.0 Innleiing	7
1.1 Tema og formål for oppgåva	7
1.2 Bakgrunn for val av tema:	7
1.3 Presentasjon av problemstilling:.....	8
1.4 Kontekst	8
1.4.1 Kvalitet og kvalitetsutvikling i tenesta.....	10
1.4.2 Brukarmedverknad	11
1.4.3 Historisk tilbakeblikk på helsesøstertenesta.....	11
1.5 Kunnskapsstatus/tidlegare forskning.....	12
1.6 Oppbygging av oppgåva.....	13
2.0 Teori	15
2.1 Helsemodellar i det forebyggande arbeidet	15
2.1.1 Den biomedisinske helsemodellen	15
2.1.2 Empowerment	16
2.1.3 Salutogenese.....	17
2.2 Profesjonsteori.....	17
2.2.1 Utvikling av fagleg kompetanse.....	18
2.2.2 Profesjonsutøvar versus. kartleggingssystem.....	19
2.2.3 Tamme versus uregjerlege problem	22
2.3 Organisasjon og læring.....	23
3.0 Metode.....	25
3.1 Kvalitativ studie	25
3.1.1 Forforståing	26
3.2 Datainnsamling.....	27
3.2.1 Utval og rekruttering	29
3.3 Analyse.....	30
3.3.1 Transkribering	30
3.3.2 Analyseprosessen	31
3.3.3 Metodiske vurderingar	33
3.4 Forskingsetiske vurderingar	34
3.4.1 Informert samtykke	34
3.4.2 Konfidensialitet	34
3.4.3 Konsekvensar av å delta i forskingsprosjekt	35

3.5 Validitet og reliabilitet.....	35
4.0 Empiri.....	37
4.1 Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta?	38
4.1.1 Kva helsesøstre opplever fremjar og hemmar kvalitet på tenesta	38
4.1.2 Tilpassingar ved bruk av dei målretta helseundersøkingane	41
4.1.3 Er dei målretta helseundersøkingar tilpassa dei ulike aldersgruppene?	43
4.2 Korleis opplever helsesøstre at målretta helseundersøkingar påverkar deira bruk av fagleg kunnskap og skjønn?	44
4.2.1 Fagleg kunnskap og skjønn	45
4.2.2 Målkonflikt	48
4.3 Korleis opplever helsesøster dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar? ..	50
4.3.1 Møtet med eleven	50
4.3.2 Brukarmedverknad	55
4.3.3 Helsesøster som overvakar?	57
4.4 Korleis opplever helsesøster mogelegheit for å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingane?.....	58
4.4.1 Tilbakemelding.....	58
4.4.2 Opplæring.....	60
4.4.3 Utvikling.....	63
5.0 Drøfting	69
5.1 Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta?	69
5.2 Korleis opplever helsesøstre at målretta helseundersøkingar påverkar deira bruk av fagleg kunnskap og skjønn?	75
5.3 Korleis opplever helsesøstre dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar? ..	84
5.4 Korleis opplever helsesøstre mogelegheit for å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingar i HsPro?	90
5.5 Gir tilbakeblikk på utviklinga ein peikepinn framover?.....	97
6.0 Avslutning	99
6.1 Konklusjon – med forslag til tiltak og vidare forskning.....	99
7.0 Litteraturliste	103
Tabell 1.....	32
Figur 1.....	38

- Vedlegg 1. Informasjonsskriv til einingsleiar
- Vedlegg 2. Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt
- Vedlegg 3. Informert samtykke
- Vedlegg 4. Intervjuguide
- Vedlegg 5. Godkjenning frå NSD
- Vedlegg 6. Målretta helseundersøking:
3. klasse helseundersøking og 8. klasse helseundersøking

«At man, naar det i Sanhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest maa passe på at finde han der, hvor han er, og begynde der»

Søren Kierkegaard

“Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted.”

William Bruce Cameron

1.0 Innleiing

Enkelte delar av teksten i innleiingskapittelet er henta frå eksamensoppgåva mi i kurs SA6-407 Helse- og velferdspolitikkk (vår 2016) som var eit førebuande arbeid til temaet i masteroppgåva i organisasjon og leiing. Dette gjeld enkelte delar av kapitla 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 og 1.5 (s. 7-13).

1.1 Tema og formål for oppgåva

Tema for denne masteroppgåva er bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, målretta helseundersøkingar i journalsystemet HelseProfil (HsPro) i skulehelsetenesta. Kvalitetssikring er i dag ein naturleg del av helsestasjons- og skulehelsetenesta. Kartleggingsverktøy har vakse fram som ein del av kvalitetssikring av tenesta. Sidan 2010 (då målretta helseundersøkingar i HsPro blei innført i Bergen kommune) har det kome fleire utvidingar av dei målretta helseundersøkingane, samt at kontaktpunkta for når dei skal utførast har blitt fleire. Spørsmålet er om dei målretta helseundersøkingar er ei kvalitetssikring av statistikk som ein del av helseovervaking av befolkninga, slik at ein kan sette inn tiltak basert på dette, eller om det er ei kvalitetssikring av sjølve møtet mellom helsesøster og elev.

Formålet med denne oppgåva er å undersøkje om helsesøstre opplever at dei målretta helseundersøkingar har ein påverknad på deira veiledning av eleven. Eg ønskte å høyre frå helsesøstre som bruker dei målretta helseundersøkingar om det får noko påverknad på kvaliteten i tenesta, om det påverkar helsesøster sin bruk av fagleg kunnskap og skjønn, og til slutt om dei opplever moglegheit til å påverke kartleggingsverktøyet dei bruker i kvardagen sin.

1.2 Bakgrunn for val av tema:

I 2015 deltok eg på helsesøsterkongressen i Bergen. Her blei det presentert korleis Bergen kommune samlar inn statistikk over helseåtferd og påverknadsfaktorar, og korleis ein kan bruke statistikken til å samanlikne dei ulike bydelane i forhold til helseovervaking. Denne statistikken er blant anna presentert i rapporten «Barn og unge i Bergen. Helseatferd og påvirkningsfaktorer» (Bergen kommune, 2014). Mitt inntrykk var då at eg synest det var imponerande for ein jobb Bergen kommune la ned for å samle inn denne statistikken, som var svært så detaljert. Tilfeldigheitene gjorde at eg seinare dette året byrja å jobbe i Bergen kommune. Eg såg då at dei målretta undersøkingane som helsesøstre må bruke i samtalar med

barn og ungdom, er svært detaljerte og består av mange spørsmål. Eg undra meg over om dette har ein samanheng med kommunen sin innsamling av helsestatistikk, ettersom spørsmåla helsesøstre stiller i den målretta helseundersøkinga, viser seg igjen i denne rapporten. Dette fekk meg til å stille spørsmål om kven og kva som skal styre helsesøstre sin veiledning med elevar i skulehelsetenesta. Fleire helsesøstre undrar seg over kva påverknad dette har på helsesøster sin mogelegheit for å bruke eget fagleg skjønns i møte med elevar og foreldre. I denne prosessen har eg blitt meir opptatt av profesjonar sin mogelegheit til å styre eigen profesjonsutøving og samfunnsutviklinga som i dei siste åra har ført med seg større og større omfang av standardisering og styrande kartleggingsverktøy.

1.3 Presentasjon av problemstilling:

Korleis opplever helsesøstre bruk av målretta helseundersøkingar i sin veiledning av elevar i skulehelsetenesta?

- Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta?
- Korleis opplever helsesøstre at dei målretta helseundersøkingar påverkar deira bruk av fagleg kunnskap og skjønns?
- Korleis opplever helsesøstre dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar?
- Korleis opplever helsesøstre mogelegheit for å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingar i HsPro?

1.4 Kontekst

Helsestasjon, skulehelsetenesta og helsestasjon for ungdom er lovpålagte tenester til alle barn og unge 0-20 år. Tenesta skal vere eit lågterskeltilbod, og det blir stilt krav om tilgjengelegheit. Tenestene er sentrale i det kommunale folkehelsearbeidet, og er dei einaste primærhelsetenestene som har ein helsefremjande og forebyggande formålsparagraf. Kommunen skal tilby helsefremjande og forebyggande tenester, herunder helseteneste i skular, jamfør helse- og omsorgstenestelova §3-2 (2011). Tenesta sine oppgåver er nærmare skildra i forskrift om helsestasjons- og skulehelsetenesta, særleg i §2-3 (2003). For skuleelevar er det viktig at skulehelsetenesta er lett tilgjengeleg på skulen. Tilbodet i

skulehelsetenesta skal vere gratis og elevar skal kunne ta kontakt utan avtale eller tilvising (drop-in) (Helsedirektoratet, 2017).

Folkehelselova §5 (2011) seier at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og dei faktorar som har innverknad på helse. Helsestasjons- og skulehelsetenesta skal bidra til kommunen sin oversikt over helsetilstanden og dei faktorar som kan verke inn på helsa til barn og ungdom, jamfør forskrift om helsestasjons- og skulehelsetenesta, §2-2 (2003).

Oversikt kan skaffast på mange måtar, gjennom tilgjengeleg statistikk, systematisert informasjon om brukarane sine behov og problem og brukarundersøkingar. Døme på dette kan vere Ungdata. KOSTRA-tal er også ei viktig kjelde til statistikk. Folkehelseprofilane er unike rapportar for kvar kommune og fylkeskommune. Kommunehelsa statistikkbank kan brukast for meir detaljert statistikk. Folkehelselova sin § 5 (2011) bestemmer at kommunen også skal basere sin oversikt på informasjon frå fylkeskommunen. Informasjonen frå tenestene kan finnast i rapporter eller skaffast ved møter med tenestene. Det må understrekast at den kunnskapen ein er ute etter skal vere relatert til forhold som påverkar folkehelsa. Informasjon om individ og grupper vil først og fremst vere nyttig som grunnlag for å kunne sei noko om samfunnsforhold, miljø og levekår. Det er viktig å vere klar over at individbasert informasjon er underlagt strenge personvernreglar og ikkje utan vidare kan trekkast ut og leggjast til grunn for kommunen sin oversikt (Helsedirektoratet, 2013, s. 26-32). Bergen kommune hentar ut helsestatistikk frå dei målretta helseundersøkingane for å overvake faktorar som påverkar helsa til innbyggjarane i kommunen. Bergen kommune seier i sin rapport «Barn og unge i Bergen. Helseatferd og påvirkningsfaktorer» at dei er den einaste kommunen i Norge med ein slik geografisk oversikt over barn og unges helseatferd og påverknadsfaktorar for helse, og seier at dette er nybrottsarbeid. Rapporten byggjer blant anna på informasjon henta inn frå helsekonsultasjonar utført av helsesøstre i deira daglege arbeid med barn og familiar, og er ikkje eit resultat av forskning (Bergen kommune, s. 5).

Bergen kommune har politisk vedtatt å innføre dei målretta helseundersøkingane i datajournalssystemet HelseProfil 0-20 år, dette er noko alle helsesøstre i kommunen er pålagt å bruke. I skulehelsetenesta er det innført målretta helseundersøking ved skulestart, 3. klasse, 8. klasse og på vidaregåande trinn 1. Dei blir også brukt ved ny elev-samtale og ved høgt fråvær. Eg vil i det følgjande gi nokre døme på spørsmål frå ein målretta helseundersøking som blir brukt i skulehelsetenesta: Dagleg tannpuss? ja/nei, bruker du fluortannkrem? ja/nei, bruker du fluortablettar/fluortannskyll? ja/nei, møter du til avtalte tannlegetimar? ja/nei, har du hatt hol i

tennene? ja/nei 1-2, 3-5, >6, har du fått behandling for hol i tennene? ja/nei/veit ikkje, går du på do i løpet av skuledagen? ja/nei, et du frukost? ja/nei, et du lunsj? ja/nei, tar du med matpakke? ja/nei, et du lunsj i kantine? ja/nei, kor mange måltid et du i løpet av dagen? 1-2, 3-4, 5 eller fleire. Kor mange fellesmåltid med familien? 0, 1-2, 3 eller fleire. Dette er berre ein liten del av total mengde spørsmål som skal fyllast ut i den halvtimen helsesøster snakkar med ein elev. Sjå vedlegg 6 for meir informasjon om dei målretta helseundersøkingane.

1.4.1 Kvalitet og kvalitetsutvikling i tenesta

Eg vil her gjere greie for omgrepet kvalitet og korleis tenesta har utvikla seg for å sikre kvalitetssikring av tenesta og like tenester til befolkninga. Kvalitet betyr «egenskaper eller kjennetegn som tilfredsstillar krav og forventningar. En helsetjeneste med høy faglig kvalitet tilfredsstillar både pasientens forventningar og faglige og juridiske krav til helsetjenesten» (Glavin & Økland, 2007, s. 79). Kvalitet er eit omgrep som blir vektlagt og vurdert ulikt, avhengig av ståstad og eigne oppfatningar. Kvalitetsomgrepet er i betydeleg grad verdilada og subjektivt, og ulike kvalitetselement kan kome i konflikt med kvarandre (Øgard, 2008, s. 566), noko som visast gjennom måten helsesøstre skildrar kvalitetssikring, og kor ulikt helsesøstre kan bruke dei målretta helseundersøkingane.

Sosial og helsedirektoratet (2005) skildrar 6 ulike krav for ei god helseteneste, som samla sett må ivareta innfor tenesta sine rammevilkår. Desse krava for god kvalitet inneber at tenesta verkar, at dei er trygge og sikre, at dei involverer brukar og gir dei innflytelse, at tenesta er samordna og prega av kontinuitet, at ein utnyttar ressursane på ein god måte, og at tenesta er tilgjengeleg og rettferdig fordelt (Sosial og helsedirektoratet, 2005, s. 12). Øvretveit referert i Bukve & Kvåle (2014, s. 187) seier at kvalitet kan sjåast på frå ulike perspektiv. Et pasientperspektiv vil vere oppteken av om pasienten sine behov og ønskjer blir i varetatt. Eit profesjonsperspektiv er først og fremst fokusert på kva som er vitskapleg basert og fagleg forsvarleg, medan eit management-perspektiv held fram effektivitets -og fordelingsverknader. Kartleggingssystemet kan sjåast på som ein viktig måte å standardisere korleis helsesøstre møter brukar, slik at ein sikrar mest mogeleg lik teneste.

For helsetenesta spesielt har Norsk Sykepleierforbund (1993, s. 8) denne definisjonen av kvalitet: «Kvalitet er helsetjenestens evne til å tilfredsstillar pasientens og/eller andre brukeres behov og forventningar, og å gjøre det på en slik måte at det skjer i overensstemmelse med lover, forskrifter og profesjonelle kvalitetsmål.»

1.4.2 Brukarmedverknad

I lov om pasient- og brukarrettigheter § 3-1 (1999) står det at pasient og brukar har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Vidare at tenestetilbodet skal så langt som mogeleg utformast i samarbeid med pasient og brukar. Fleire stortingsmeldingar og offentlege utgreiingar påpeikar at det er viktig å styrke og utvikle helsestasjons- og skulehelsetenesta i tråd med samfunnet sine behov (St.meld. nr. 16 (2006-2007); St.meld. nr. 20 (2006-2007); St.meld.nr.47 (2008-2009). Dette betyr at planlegging og utforming av tenesta må skje ved at dei folkevalde, forvaltninga og fagfolk må lytte til brukarane sin kunnskap og erfaringar. Barn og ungdoms sin rett til å bli høyrte og få sei si meining, følgjer av FN sin barnekonvensjon artikkel 12, som seier at eit barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt, fritt skal få gi uttrykk for desse synspunkta i alle forhold som rører ved barnet. På individnivå betyr brukarmedverknad å lytte til det barnet og ungdommen seier og ta dei med på råd i saker som angår dei sjølv (Helsedirektoratet, 2017).

1.4.3 Historisk tilbakeblikk på helsesøstertenesta

Forebyggjande sjukepleie har røter tilbake til helsemisjonærane som Florence Nightingale utdanna – sjukepleiarar som skulle arbeide i heimane som «health visitors». Menighetssøstrene og distriktssjukepleiarane sine oppgåver var på starten av 1900-talet først og fremst å stelle dei sjuke og fattige. Rundt 1920-1930 talet blei merksemda også retta mot å forebygge sjukdom. Helseproblema i Norge har endra karakter frå infeksjonssjukdommar til livsstilssjukdommar og samsjukdommar. Dette har bidratt til at det blir nytta andre metodar i arbeidet – metodar der veiledning og brukarmedverknad står i fokus. Helsesøsterrolla har endra karakter frå kontrollfunksjon til rolla som veileder og støttespelar for barn og unge og deira familiar. Det helsefremjande aspektet er blitt meir vektlagt i den seinare tid, og det blir fokusert meir på tiltak som kan bidra til styrke foreldra sine ressursar og tru på eigen kunnskap og kompetanse (Glavin & Kvarme, 2007, s. 209). Utviklinga av velferdsstaten og helsetenestene dei siste tiåra har lagt nye premiss for all profesjonsutøving. Nye styrings- og kontrollsystem (New Public Management) i velferdssektoren utfordrar oppfatningar og praksis av profesjonelt ansvar (Solbrekke & Østrem, 2011, s. 49). Intervju med etablerte og profesjonelle aktørar så vel som nyttilsette innanfor ulike profesjonsdomener viser at dei kjenner seg pressa av dagens krav om auka effektivitet og den auka marknadsøkonomiske tenking. Verdier som ærlegdom, integritet, empati, å vere grundig, openheit, å vere fordomsfri nyfiken og kritisk tenking blir rapportert som vanskeleg å fasthalde (Gardner, referert i Solbrekke & Østrem, 2011, s. 52). Framtida vil visa om den auka styring av helsesøster si

profesjonsutøving vil endre på helsesøsterrolla slik vi kjenner den i dag. Denne oppgåva vil forhåpentlegvis vere eit bidrag til å få fram korleis helsesøstre sjølv opplever si helsesøsterrolle og si utøving av profesjonen som helsesøster.

1.5 Kunnskapsstatus/tidlegare forskning

Det er skrevet ei mastergradsoppgåve om helsesøstre sine utfordringar med bruk av kartleggingsverktøy i skulehelsetenesta (Nilsen, 2013). Dette er ei undersøking blant helsesøstre der formålet var å utforske helsesøstre sine viktigaste utfordringar ved bruk av kartleggingsverktøyet HsPro (Helseprofil 0-20 år), og korleis utfordringane blei handtert. Nilsen (2013) konkluderer med at «avveieende tilpasning» er helsesøstre sin viktigaste strategi for å handtere utfordringar ved bruk av kartleggingsverktøy i skulehelsetenesta. Det består av strategiane A) Følger systemet, B) Revurderer systemet og C) Integrerer systemet. Reflektert erfaring dempar konflikten, men gir usikkerhet om gyldig kartleggingsverktøy. Helsesøstre var sterkt opptatt av korleis dei kunne handtere konflikten mellom plikt til å anvende kartleggingsverktøyet og å oppretthalde dialog og veiledning ved ei helseundersøking. Ho fant at helsesøstre distanserte seg frå eigen kompetanse, og fleire helsesøstre svarte at det ikkje var deira ansvar å avvike frå Helseprofil, men å følgje det pålagte skjemaet. Nilsen (2013) fant i sin undersøking at helsesøstre reduserte si utøving av fagleg kompetanse om dialog og veiledning når dei måtte bruke HsPro. Ein standardisering kan også vere viktig for å sikre ein kvalitetssikring av tenesta og at brukarane opplever same teneste uavhengig av kva helsesøster dei møter. Nilsen (2013) fant også at nokre helsesøstre vurderte verktøyet som ein god mal å følgje fordi det gav ein god påminning om aktuelle samtaleemne (Nilsen, 2014, s. 358-364).

Sleveland (2015) har skrevet ei mastergradsoppgåve om helsesøstre sin bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen. Helsesøstrene i studien erfarte at kartleggingsverktøy hadde betydning for deira faglege kompetanse. Funna i studien til Sleveland viser til at den støtta og tryggleiken kartleggingsverktøya gav helsesøstrene, kunne medføre ei redusert sjølvstende i helsesøstrene sitt arbeid. Helsesøstrene risikerte å ikkje stole på eigen kunnskap og vurderingsevne når dei brukte kartleggingsverktøyet på grunn av at dei støtta seg på kartleggingsverktøyet i for stor grad. Kartleggingsverktøya blei også skildra som ein kvalitetssikring av tenesta. Dette gjennom å gi brukarane ein systematisert og standardisert tilbod, noko som gav dei tryggleik på at dei utførte ein fagleg god jobb. Samstundes blei det

skildra at kartleggingsverktøy utfordra helsesøstrene sine målsettingar om å møte brukarane på ein individuell og heilskapleg tilnæringsmåte (Sleveland, 2015, s. 65-66).

Høifødt (2015) fant i si masteroppgåve at elevane er opptatt av korleis dei blir møtt av helsesøster. Gjennom intervju kom det tydeleg fram at noko av det viktigaste ved skulehelsetenesta var å ha ein vaksenperson som bryr seg og er der for ungdommane. Dei uttrykker behov for å bli møtt med ein anerkjennande veremåte av helsesøster, ved å bli sett og bekrefta. Høifødt (2015) fant i oppgåva si at noko av det viktigaste for ungdommane i møte med skulehelsetenesta var omsorg, og nettopp betydninga av å ha ein vaksenperson som bryr seg.

I denne samanhengen blir det interessant å sjå på korleis eit styrande kartleggingsverktøy som målretta helseundersøkingar kan opplevast av eleven som møter helsesøster, kanskje for første gang. Sleveland (2015) fann i si undersøking at kartleggingsverktøya kunne føre til at borna og foreldra kunne oppleve at dei kjente seg testa og kontrollert, som vidare kunne gi dei ei kjensle av nederlag (Sleveland, 2015, s. 66).

Golsäter, Lingfors, Sidenvall & Enskär (2012, s. 265) fant at elevane hadde begrensa mulighet til å påverke dialogen med helsesøster. Det er ei utfordring for helsesøster å ta opp tema ifølge kartleggingssystemet og på samme tid la eleven bestemme kva dei skal snakke om. Ein måte å auke eleven sin mulighet til påverke dialogen og vende fokus mot det dei ønskjer å snakke om, kan vere å bruke ein større del åpne spørsmål, slik som i motiverande intervju. Dette står i sterk kontrast med dei målretta helseundersøkingane i HsPro, som består av svært mange lukka spørsmål. Eg er interessert i å finne ut meir om korleis helsesøstre opplever denne konflikten mellom styrande kartleggingsverktøy og idealet om å veilede etter prinsippa om til dømes empowerment.

1.6 Oppbygging av oppgåva

Kunnskapskapittelet viser at det finns noko forskning på temaet helsesøstre og kartleggingsverktøy. Eg ønskjer å byggje vidare på funna til Nilsen (2013) og Sleveland (2015) ved å fokusere blant anna på utviklinga av dei målretta helseundersøkingane og korleis helsesøstre opplever innverknad på denne prosessen. Dei målretta helseundersøkingane blei innført i HsPro i 2010, og har seinare blitt utvida, både i tal på spørsmål og tal på konsultasjonar der det skal brukast målretta helseundersøkingar. Det er derfor naturleg at eg

også undersøker korleis helsesøstre opplever bruken av dei målretta helseundersøkingane i ein slik samanheng, då det no er åtte år sidan dei blei innført.

I **kapittel to** presenterer eg profesjonsteori som utgjer den teoretiske ramma som studien byggjer på. Ulike helsemodellar som den biomedisinske helsemodellen, empowerment og salutogenese er også ein del av teorien, som er med på kaste lys over forskingsspørsmåla mine. Kvalitetssikring, organisasjon og læring blir også trekt fram som teoretiske omgrep som blir knytta opp mot forskingsspørsmåla.

Metoden og analysen blir skildra i **kapittel tre**. Forsking med problemstillingar som er knytta til helsesøstre si profesjonsutøving, konkluderer i stor grad med at det er eit område som må forskast meir på. Denne studien, som ser på helsesøstre sin bruk av målretta helseundersøkingar i veiledning med elevar, har hatt ein kvalitativ tilnærming.

Eg presenterer dei empiriske data i **kapittel fire**.

I **kapittel fem** blir aktuelle funn drøfta opp mot tidlegare forskning (presentert i kapittel ein), og mot aktuell teori (presentert i kapittel to).

Avslutning, konklusjon og forslag til vidare forskning blir presentert i **kapittel seks**.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil eg presentere teori og omgrep som eg tenker kan vere aktuell til å belyse helsesøster sin bruk av kartleggingsverktøy. Helsesøstre får i si grunnutdanning som sjukepleiarar eit naturleg forhold til den naturvitskaplege tradisjon, der blant anna den reduksjonistiske tilnærminga er ein naturleg del. Eg vil i det følgande seie noko om kartleggingsverktøy sett opp mot aktuelle helsemodellar som kan få betydning for helsesøster som skal bruke kartleggingsverktøy, samt korleis ulike ideologiar kan kome i konflikt for helsesøster. På den eine sida har ein kartleggingsverktøy som kan passe godt opp mot reduksjonistiske helsemodellen, men som kan bli meir utfordrande å følgje når ein som helsesøster legg empowerment og salutogenese til grunn for veiledninga av eleven. Eg vil også presentere profesjonsteori, her kjem eg også inn på blant anna tamme versus uregjerlege problem for å skildre kva type utfordringar helsesøstre i skulehelsetenesta møter. Delar av teksten i teorikapittelet er henta frå eksamensoppgåva mi i kurs Helse- og velferdspolitik SA6-407 (vår 2016) og eksamensoppgåva mi i kurs Styring, omstilling og leiing i offentlege organisasjonar OR6-502 (vår 2017) som var førebuande arbeid til temaet og teoridelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing. Dette gjeld enkelte delar av kapitla 2.1, 2.2 og 2.3 (s. 15 – 17 og 19 - 24).

2.1 Helsemodellar i det forebyggande arbeidet

2.1.1 Den biomedisinske helsemodellen

Når det gjeld helsesøstre sin bruk av kartleggingsverktøy vil den biomedisinske helsemodellen vere gjeldande. I denne modellen ser ein på helse som fråvær av sjukdom, der sjukdom blir skildra som eit avvik frå sunnhetsnormen. Denne helsemodellen blir ofte skildra som reduksjonistisk, ved at sjukdommar blir redusert til tilstander eller prosessar i ulike kroppsdelar. Den biomedisinske modellen blir ein ekspertstyrt modell, ekspertane veit kva som er best for enkeltindividet. Det blir stadig utvikla stadig ny kompetanse på svært mange områder og detaljkunnskapen blir stadig meir omfattande, sjølv om enkelte vil hevde at det er ei utvikling som får stadig meir marginal betydning for folk si helse (Berg & Annandale referert i Gjernes 2004, s. 145). Det er berre medisinsk kvalifiserte som maktar å følgje sånn nokon lunde med i kunnskapsutviklinga på dette feltet. Dette betyr at ekspertkunnskapen blir meir og meir utilgjengeleg for folk som sjølv ikkje er ekspertar innanfor dette kunnskapssystemet. Spesialiseringa og kunnskapsutviklinga har også medverka til profesjonalisering av medisinen og helseomgrepet og deira innhald innanfor den medisinske

kulturen blir dominert av profesjonane og det dei driv på med. Ekspertane veit best kva som er best for den biologiske kroppen og folk blir gjort merksame på at det sunne valet alltid er det beste valet, og at dette valet er det den medisinske ekspertten som langt på veg bør ta (Nettleton referert i Gjernes, 2004 , s.146). Denne modellen blei etterkvart kritisert, og som følgje av dette blei den politiske helsemodellen utvikla. Befolkninga skulle ikkje bli styrt i bestemte retningar, men sjølv få myndigheit over eiga helse. Bakgrunnen for satsinga på den nye helsemodellen var misnøye med biomedisinen sin sjukdomsfokusering og snevre og reduksjonistiske måte å forstå helse på. Krefter innanfor det forebyggande fagmiljøet ønska å rette fokus mot positive faktorar som kan fremje helse i staden for forhold som kan føra til helsesvikt. Empowerment blei eit sentralt omgrep innanfor det forebyggande helsearbeidet (Gjernes, 2014, s. 151).

Den biomedisinske modellen synes å vere aktuell i forhold til kartleggingsverktøy. Når ein ser på utviklinga sidan innføringa i Bergen kommune i 2010, er kontaktpunkta for bruk av målretta helseundersøkingar blitt utvida, i tillegg er sjølve den målretta helseundersøkinga blitt utvida i forhold til mengde spørsmål. Dette viser at kartleggingsverktøy ikkje berre er her for å bli, men kan forventast å blir meir omfattande. Dette gjer meg nyskjerring på korleis helsesøstre, som er dei som er pålagt å bruke målretta helseundersøkingar, ser på utviklinga. Opplever dei å ha ein innverknad på utviklinga av desse?

2.1.2 Empowerment

Empowerment er eit viktig prinsipp i helsefremjande arbeid. Det kan definerast som ein myndiggjering. Sentrale styresmakter vektlegg at helsepersonell skal bruke prinsippa om empowerment i tenesta. Empowerment kan definerast som «en prosess, og er den måten som mennesker, organisasjonar og lokalsamfunn oppnår mestring over livet på» (Stang, referert i Kvarme, 2007, s. 31). WHO (Verdas helseorganisasjon) referert i Tveiten (2007, s. 174) definerer empowerment som ein prosess der folk oppnår større kontroll over avgjerder og handlingar som angår deira helse. Kontrollen føreset at ein er medviten til eigen situasjon, at ein er medviten til korleis ein kan påverke omgjevnader, utvikling av personleg kompetanse, deltaking i definering av eigne behov, problem og avgjerder som handlar om eige liv. Empowerment representerer ein motsats til den tradisjonelle «behandlingsmodellen» i helsetenesta, som inneber at fagfolka veit best og ordnar opp i folk sine problem. Veiledning er eit middel i empowerment-prosessen, og er denne samanheng ein form for helsehjelp. I Norsk Sykepleierforbund (NSF) (1997) si skildring av helsesøster sitt ansvar og arbeidsområde står det for eksempel følgande om enkeltkonsultasjonar:

«Det er viktig at det legges vekt på en åpen kommunikasjon og mulighet til å stille spørsmål etter foreldrenes behov. Helsesøster bør legge vekt på opplysning, samtale med foreldre angående familiens situasjon, råd og veiledning, observasjon og undersøkelse. Det må tilstrebes at dette er i tråd med foreldres ressurser og barnets utvikling» (NSF referert i Tveiten, 2007, s. 175-176).

2.1.3 Salutogenese

Helsefremjande ideologi fokuserer på salutogenese. Ordet salutogenese kjem av gresk *salus*, som betyr «helse», salutogenese er «det som bringer helse» - i motsetning til patogenese (det som produserer sjukdom). Sosiologen Aron Antonovsky innførte omgrepet salutogenese. Ifølge Antonovsky (1995) vil det avgjerande for korleis vi greier oss, vere vår oppleving av samanheng (sense of coherence) i vårt tilvære. For å oppnå denne kjensla av samanheng, må vi kunne forstå situasjonen, ha tru på at vi kan finne løysingar og finne meining i å forsøke nettopp det (Antonovsky referert i Kvarme, s. 29). For å kunne hjelpe folk til å bli i stand til å ta vare på eiga helse er det avgjerande med god kommunikasjon og at ein tek utgangspunkt i deira behov. Når menneske opplever at dei får meir kontroll over livet, vil det auke deira meistring og styrke sjølvbiletet. Nokre viktige faktorar som kan bidra til å fremje barn og ungdom si helse, er meistring og empowerment. Helsefremjande tiltak har til hensikt å fremje livskvalitet, overskot og mogelegheit til å kunne ta vare på eiga helse. Dette krev aktiv deltaking frå målgruppa. Gjennom aktiv deltaking kan barn, unge og deira familiar oppleve å betre kunne kontrollere og meistre forhold som verkar inn på deira helse og eigen mogelegheit til å løyse utfordringar dei står ovanfor (Kvarme, 2007, s. 29). Teori om empowerment og salutogenese kan bidra til å kunne drøfte forholdet og dialogen mellom helsesøster og elev.

2.2 Profesjonsteori

Profesjonelt arbeid blir ofte skildra som skjønnsbasert. Skjønn blir sett på som ei uomgjengeleg side ved ein type praksis som bruker generell kunnskap nedfelt i handlingsreglar, i ein eller annan form. Allmenne handlingsreglar gir sjeldan eintydige konklusjonar om kva som bør gjerast i konkrete tilfelle. For å kunne fatte slike avgjerder må ein også bruke dømmekraft. Utan avgjerdssituasjonar med ein viss grad av ubestemthet – og skjønn i utføringa av oppgåver – vil det neppe finnast grunnlag for ein profesjon sine krav om legitim kontroll over visse arbeidsoppgåver (Grimen & Molander, 2008, s. 179).

2.2.1 Utvikling av fagleg kompetanse

Patricia Benner (1995) tok utgangspunkt i modellen til Dreyfus & Dreyfus (1986), som skildra 5 trinn frå nybyrjar til ekspert (Dreyfus & Dreyfus, referert i Benner, 1995, s. 29). Desse trinna byggjer på ein empirisk studie om korleis ein oppnår dugleik. Benner (1995) er ein sjukepleieteoretikar som skildra korleis sjukepleiarar gjennom praksis utviklar kompetanse. Teorien hennar består av 5 utviklingstrinn, frå novise til ekspert. *Novisen* er nybyrjar, som på dette nivået ikkje har erfaringar frå dei situasjonar som det blir forventa at dei skal prestere i. For å få eit grunnlag å jobbe ut frå, lærer novisen seg reglar, teori og prosedyrar som ho kan jobbe ut frå. Den lærebokstyrande åtferda til novisen er avgrensa og lite fleksibel. *Den avanserte nybyrjaren* er på eit nivå der prestasjonen er på eit marginalt akseptabel nivå. Sjukepleiaren byrjar å få erfaring og kan kjenne igjen meningsfulle element ved situasjonar som er lik tidlegare situasjonar. Handling er framleis regelstyrt. *Den kompetente utøvar* er når sjukepleiaren lar sine handlingar styre av langsiktige mål eller planar, som ho er bevisst merksam på. Ho har ei kjensle av å meistre dei daglege utfordringane, men manglar den kyndige sitt tempo og fleksibilitet. *Den kyndige sjukepleiar* er på fjerde nivå, oppfattar situasjonar som heilheit snarare enn uttrykt i element. Ho ser etter prinsipp som kan styre handlingane. Ho byrjar å bruke intuisjon for å kjenne igjen mønster i situasjonen, men brukar analytiske eigenskapar når avgjerder skal takast. Ho blir frustrert over dei kontekstfrie reglar fordi ho ser at det er situasjonar der reglane ikkje passar. Eksperten er på femte nivå og har ikkje behov for å splitte situasjonar opp i enkelte delar. Ho ser kva som trengs å gjerast, men må finne ut korleis det skal gjerast. Eksperten sine handlingar byggjer på erfaringsbasert, intuitiv situasjonsforståing. Benner understrekar at dersom ein tvinger ekspertane til å følgje reglar og formelle modeller, medfører det ein svekking av deira ferdigheiter (Benner, 1995, s. 30-49).

Clancy (2012, s. 69) skildrar i «Dybden i et helsesøstermøte» at reflektert praksis bidrar til å utvikle ein klokskap som kan styrke helsesøster til å sjå variasjon i ulike situasjonar, å forstå egne avgrensingar og tilpasse tilnærming til kvart enkelt møte. Martinsen (2012, s. 69) refererer til det Aristoteles kallar handlingsklokskap, eller *fronesis*. *Fronesis* er den gode, kloke og riktige handling som krev bruk av skjønnet. Godt skjønnet er den rette bedømmelsen der handlingsfornuft, godhet og oppfinnsomhet er til stades.

Andrews & Wærness (2004) referert i Glavin (2007, s. 62) meiner det har vore ein deprofesjonalisering av helsesøsteryrket etter at kommunelova kom i 1984. Noko av årsaka er i følgje dei overgangen frå fylkeskommunal til kommunal tilknytning og tap av posisjonar

som fylkeshelsesøster. Andrews og Wærnes (2004) seier vidare at helsesøstre har vore passive i denne prosessen, som har endra deira status frå å vere einaste yrkesgruppe på sitt felt til å bli ei yrkesgruppe som deler oppgåver og myndigheitsområde med ei rekke andre yrkesgrupper. Noko av årsaka til det nokon vil sjå på som ein deprofesjonalisering av helsesøsteryrket, kan vere at helsesøstrene sjølv i liten grad har vore aktive i utviklinga av eige fag.

2.2.2 Profesjonsutøvar versus. kartleggingssystem

Ordet «profesjon» kjem av det greske *prophaino*, som betyr å «erklære offentleg». Profesjonar er yrkesgrupper som «erklærer» at dei veit noko som andre ikkje veit – at dei rår over ein spesialisert kunnskap som skil seg frå allmenn kvardagskunnskap – og at dei i kraft av denne kunnskapen er i stand til å handtere problem som angår det Stichweh (1994) skildrar som «kritiske terskler og trusler i den menneskelige livsføring» (Stichweh referert i Eriksen & Molander, 2008, s. 161).

Ein profesjon kan i følgje Svensson & Karlsson (2008) vere underlagt offentleg autorisasjon, noko som er tilfellet for helsesøster (sjukepleiar). Profesjonar forvaltar ein viss type kunnskap i ein kollegial organisasjonsform med politisk legitimitet til å gjennomføre eit samfunnsoppdrag. Kunnskapen er i hovudsak vitkapsbasert og bestemt gjennom visse krav til uteksaminering og godkjenning. Utøvarane er organisert i ein profesjonell samanslutning (eit forbund) på grunnlag av ein felles kunnskap og etikk hos medlemmene. Svensson & Karlsson (2008) skildrar korleis overvakingssystem og kontroll av profesjonsutøvar kan kome i konflikt med profesjonsutøvar sin mogelegheit til å bruke fagleg skjønn. Profesjonelle utøvarar skil seg frå andre yrker i det at utøvarane ofte må foreta kompliserte vurderingar i enkelttilfelle ved hjelp av generell kunnskap – dei må bruke skjønn. Å handle ut frå eige skjønn er ei ledestjerne i profesjonelt arbeid. Profesjonsutøving er dermed vanskeleg å overvake og kontrollere. Profesjonane har tradisjonelt i stor grad vore ansvarleg ovanfor faget og profesjonsorganisasjonen, blant anna ved hjelp av kollegial kontroll. Kontroll av profesjonar kan gå føre seg i form av reglar, rutinar, kunnskapar og ferdigheiter, samt sosialisering gjennom yrkesutdanning og yrkespraksis. Nye styrings- og leiingsreformer (New Public Management) er blitt innført. Desse er basert på legalrasjonell og hierarkisk autoritet, til forskjell frå den kollegiale autoriteten til yrkesutøvarane (Svensson & Karlsson, 2008, s. 261-263).

Järvinen & Mik-Meyer (2012, s. 16) seier at det ofte er ein konflikt mellom dei profesjonelle og dei administrative aspekt i velferdsarbeidet. Dei påpeiker at administrative rutineoppgåver

er det gode klientarbeidet sin største fiende. Dei auka krav om dokumentasjon, systematisering av klientarbeid, krav til å gjere greie for målsettingar og innrapportering av resultat, har medført ei styrking av den administrative dimensjon, som ikkje har kunne unngå å få konsekvensar for det profesjonelle arbeidet med befolkinga.

Eide (2012, s. 72) drøftar i sin artikkel «Individuelt ansvar og sløvhet i profesjonsutøvelse» korleis det personlege ansvar til ein profesjonsutøvar kan bli redusert dersom profesjonsutøvar gjennom eit omfattande regel- og prosedyreset, blir meir fokusert på å ta ansvar for å vise til at reglar og prosedyrar er blitt fylgt. Eide (2012) trekker fram omgrepet *new accountability* og det at å vere ansvarleg profesjonsutøvar går frå ansvar for arbeidet dei utfører, til ansvar for at reglar og prosedyrar blir fylgt. Eide (2012, s 72) viser til Arendt (2003) som argumenterer mot ei slik form for ansvarstenking. Arendt peiker på reglane ikkje strekker til i møte med situasjonen sin kompleksitet, og at det er anvarsfråskrivande å vise til handlinga sitt regelsamsvar framfor å vise til det vedkommande står for.

Solbrekke & Østrem (2011, avsnitt 42-45) bruker litt andre omgrep; *responsibility* og *accountability*. Sjølv om desse omgrepa ofte blir brukt om einannan, blir det påpeikt at det er nokre viktige nyanseforskjeller. Synonym til *responsibility* er “trust”, “capability” og “choice”. Denne form for ansvar spring ut frå at vi stolar på at profesjonsutøvarar forankrar praksis i både kunnskap og moral til det beste for den enkelte av oss. *Accountability*, slik det har utvikla seg i praksis innanfor offentleg styring basert på New Public Management (NPM), impliserer ein annan forståing av ansvar. Omgrepet blir assosiert med engelske ord som «count», «answerability» og «obligation», altså ord som vektar målbare resultat og rapporteringar du blir stilt til ansvar for. Ut frå *responsibility*-logikken handlar profesjonalitet om at du friviljug tek på deg å stå til ansvar for andre, noko som inneber ein moralsk dimensjon. Profesjonsutøvaren er samstundes gitt autonomi til å vurdere handlingsperspektiv og til å kunne handle proaktivt overeins med profesjonelt skjønn som byggjer på fagleg og moralsk vurdering sett opp mot profesjonen sin standard. *Accountability*-logikken impliserer regnskapsplikta og det å bli stilt til ansvar for noko andre har pålagt deg. Ansvar er her ein plikt forankra i ein kontrakt om å levere resultat i henhold til forutbestemte mål.

Vabø (2014, s. 23) seier at ein bør vere skeptisk til forenklingar som inneber at det å følgje reglar og direktiv og «å gjere det riktig» overskyggar realiseringa av dei overordna velferdspolitiske måla. Eide (2012, s. 74) seier at kartleggingssystem kan vere positivt fordi det sikrar at vesentlege spørsmål blir stilt, og det reduserer risikoen for tilfeldig behandling.

På den andre sida kan det skyve merksemda vekk frå person og over på prosedyre, med risiko for at særeigne trekk ikkje blir vektlagt.

Svensson & Karlsson (2008, s. 264) seier at slik NPM er blitt innført og praktisert i offentlege velferdsordningar, er det profesjonelt ansvar som «accountability» som synest å ha fått forrang. I staden for å vise profesjonane tillit til å definere kvalitetsstandardar og kontrollsystem ut frå deira faglege og etiske forankring, spelar styrings- og kontrollregime basert på ein marknadslogikk og standardar som er definert av anna enn den enkelte profesjon sin kunnskapsbase og profesjonsetiske retningslinjer sterkare inn.

I følgje Durkheim (2001) framstår profesjonane som ein form for mellomledd mellom enkeltindividet og staten, der ein best mogeleg løysing for individet må ivaretakast innanfor eit større samfunnsomsyn. Dette betyr at kvar profesjonsutøvar må halde seg kritisk til eigen yrkespraksis i arbeidet med så vel enkeltindividet (eleven) sine behov, som staten (arbeidsgivar) sine interesser. I dette kan det ligge spenningsfylte interessemotsetningar, som kan medføra dilemma for profesjonsutøvar på bakgrunn av sin fagkompetanse og moralske ansvar, må reflektera over og handtera i praksis. Dette gjeld i dag alle yrker som byggjer spesielt på høgare utdanning, og som har eit samfunnsmandat til å ta seg av oppgåver på vegne av fellesskapet, gitt status som profesjon (Durkheim, referert i Solbrekke og Østrem, 2011, avsnitt 37). Desse kriteria kjenneteiknar også helsesøstre.

Bourdieu (1977) referert i Bukve (2012, s. 46-48) presenterte habitus-omgrepet for å forklare korleis strukturar pregar praksis. Bourdieu seier at vi er disponerte for å handle på bestemte måtar i kraft av ei djup sosialisering. At habitus får oss til å repetere typiske handlingsmønstre i eit felt, er likevel berre ei av dei mogeleg formene for handling. Taylor (1993) referert i Bukve (2012, s. 46-48) seier at habitus hjå Bourdieu må forståast som eit sett av handlingsreglar. Slike reglar kan i prinsippet brytast, dei er ikkje naturlover som bind oss til bestemte handlingar.

Eit inntak til korleis aktørar både er bundne av konteksten og handlande aktørar, kan vi få ved å ta utgangspunkt i at aktørar er i stand til å gi grunnar for handlingane sine (Grimen & Molander, 2008, s. 182). Grunnar er nettopp konkretiseringa av generelle institusjonelle føringar i ein konkret situasjon. Grunnar bind saman føringar og handlingar, men gir også rom for refleksjon og brot på tilsvarande mønster (Bukve, 2012, s. 49).

Dahl (2015) fant i sin doktorgrad at helsesøstre kunne oppleve å kome i konflikt mellom lojalitet til familiens sine behov og lojalitet til arbeidsgivar. Sjølv om helsesøstre ønskte å

utføre sitt sosiale mandat, kunne deira respekt for brukarane påverke deira val av handlingar på ein slik måte dei valde å overstyre det standardiserte system. Dahl viser til Freidson (2001) som kallar dette etiske nivået i arbeidet «The third logic», der valet er å følgje dei institusjonelle anbefalingar eller å følgje eigne profesjonelle verdiar. Verdikonflikten som viser seg i studien kan karakteriserast som ein lojalitetskonflikt, som kan føre til moralstress som kan vere vanskeleg å takle (Freidson referert i Dahl, 2015, s. 58). Dahl seier vidare, med tilvising til Hjorth (2005) at moral stress kan samanliknast med det Hjorth fastslår er mangel på mogelegheit til å arbeide i samsvar med etiske standardar og kompetanse, som kan forårsake ein kjensle av å vere diskvalifisert (Hjorth referert i Dahl (2015, s. 59). Baxter (2011) referert i Dahl (2015, s. 59) seier at internasjonale studiar indikerer at myndigheiter og institusjonar ignorerer kjerneverdiane til profesjonane, som igjen skapar motstandsdiskurs blant dei profesjonelle.

Verdibasen i dagens profesjonelle arbeid kan vere under press på grunn av dei økonomisk-administrative reformar inspirert av kontrollaspekta i NPM. I Noreg har nokre helseprofesjonar protestert mot den eksisterande marknadsideologien i helsevesenet, med fokus på at manglande medmenneskelegdom i styringssystema har ført til negative konsekvensar for pasientar (Wyller, Gisvold, Hagen, Heggedal & Karlsen, referert i Dahl, 2015, s. 59).

2.2.3 Tamme versus uregjerlege problem

Menneskebehandlande organisasjonar handterer menneskelege problem som er samansette, vanskelege å avgrense og forklare på ein eintydig måte; «wicked problems» eller uregjerlege problem. Uregjerlege problem kan ha fleirtydige årsaker, ingen objektive kriterium for beste løysing og det er vanskeleg å seie når problemet er løyst. Kvart problem er i prinsippet unikt. «Tamme problem» lar seg avgrense og årsaksforklare på ein eintydig måte, det finns klare kriterium for beste løysing og det er openbert når problemet er løyst. Løysinga er ofte teknisk og løysinga kan overførast til andre tekniske problem (Vabø, 2014, s. 16-17). Helsesøstre jobbar hovudsakleg med uregjerlege problem, unike tilfelle som krev sin eigen måte å bli møtt på. Derfor er helsesøster sitt faglege skjønn viktig i kvar sak, for å kunne møte den enkelte elev på akkurat det som er deira behov.

2.3 Organisasjon og læring

Organisasjonskultur blir utvikla innanfor ein organisasjonsmessig samanheng. Dette har betydning når ein skal forsøke å forstå kva effekt kultur kan ha på måten organisasjonar fungerer på (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s. 129). Offerdal (2014, s. 236) seier at tilbakemelding frå grasrota er viktig i læringssamanheng. Det viktige i læringssamanheng er informasjonen som kjem nedanfrå-og-opp. Informasjonsflyten oppover avheng blant anna av kulturelle faktorar.

I følgje Jacobsen & Thorsvik (2014, s. 353-354) er læring i organisasjonar er ein prosess der menneske og organisasjonar tek til seg ny kunnskap, og endrar si åtferd på grunnlag av denne kunnskapen. Nokon i organisasjonen må erfare noko av relevans for organisasjonen si verksemd. All læring i organisasjonar startar med at individ i organisasjonen reflekterer omkring det ein erfarer. Det enkeltmennesket lærer, må spreia til andre i organisasjonen, slik at det oppstår ein kollektiv læring. Læringsprosessane på organisasjonsnivå omfattar alle dei aktivitetar som bidrar til utveksling av erfaringar og kunnskapsoverføringar blant dei tilsette. Derfor er intern kommunikasjon og overføring av kunnskap ein nøkkelføresetnad for læring i organisasjonar.

Eide (2012, s. 76) seier at den profesjonelle er der for å ivareta tenestemottakar, og god ivaretaking er ikkje berre eit spørsmål om den enkelte profesjonsutøvar si forståing, men om profesjonen og oppdragsgivar si forståing. Den enkelte sin prøving av tilnærming enn sei innvending mot desse, kan utfordre effektiviteten, som når profesjonsutøvar ber om nærmare drøfting av allereie innført prosedyre. Det kan vere grunn til å tru at ein prosedyre (som ikkje blir fylgt utan nærmare ettertanke), men som blir prøvd og søkt forstått av den enkelte, får ein annan relevans og robustleik enn om den ikkje var prøvd av utøvarane - også dei kritiske utøvarane (jf. Eide, 2012, s 76). Eg ønsker å undersøke korleis helsesøstre opplever dette, om dei opplever at det er kultur i Bergen kommune for at helsesøstre kan gi tilbakemelding for korleis dei opplever å bruke kartleggingsverktøy.

Argyris referert i Irgens (2011, s. 97-99) viser at læring i organisasjonar skjer på ulike nivå, og skiljer mellom enkelkretslæring og dobbeltkretslæring. Enkelkretslæring endrar ikkje dei grunnleggande føresetnadene – som verdiar og normer – som organisasjonen opererer innanfor. Enkelkretslæring opprettheldt status quo innanfor rammene av eksisterande policyar. Dobbeltkretslæring gir derimot moglegheit til innovasjon og nytenking ved at det blir satt spørsmålsteikn ved eksisterande normar og verdiar. Det går ein ekstra krets tilbake til

dei grunnleggande føresetnadene for åtferda. Dobbeltkretslæring krev at ein evnar å stille spørsmål ved grunnleggande handlingsnormar og styrande verdiar. Dobbeltkretslæring kan derfor virka meir truande på dei som er involvert, og blir stoppa ofte av det Argyris kallar «organsiasjonsmessige forsvarsrutiner», «skyggeboksing» og «dilemma». Argyris tankar om læring i organsisasjonar kan kaste lys over funna i mi undersøking om eventuelle mogelegheit helsesøstre opplever for å gi tilbakemelding på, og dermed påverknad på dei målretta helseundersøkingar. Blir tilbakemeldingar frå helsesøstre lytta til og brukt i utviklinga, av iverksettjar og utviklar av dei målretta helseundersøkingane i Bergen kommune? Ein lærande organisasjon blir skildra som organsisasjonar som har utvikla ein høg grad av å vere medviten om kor viktig det er å lære. Pedler referert i Irgens (2011, s. 83) hevda til dømes at lærande organsisasjonar er organsisasjonar som legg til rette for læring for sine medlemmer slik at organsisasjonen kontinuerleg transformerer seg sjølv. Eg ønskjer å belyse korleis kommunen arbeider med kvalitetssikring ut frå helsesøstre sine erfaringar med dei målretta helseundersøkingane. Eg ønskjer å finne ut av om det finns ei kvalitetssikringssløyfe tilbake til helsesøstre i Bergen kommune sitt kvalitetssikringsarbeid.

Oppsummering av teori

Eg har i dette kapittelet presentert aktuell teori som eg vidare skal bruke til å belyse helsesøster sin bruk av kartleggingsverktøy. Eg har gjennom denne presentasjonen vist kva som kjenneteiknar profesjonar og kva type problem helsesøstre handterer og kvifor dette kan kome i konflikt med konseptet styrande kartleggingsverktøy. Vidare har eg sett på kva som skal til for at organsisasjonar skal kunne tileigne seg ny kunnskap. For å arbeide med kunnskap i kvardagen er det viktig å legge til rette system og arenaer for kunnskapsutveksling.

3.0 Metode

Eg vil i dette kapitlet gjere greie for det vitenskapsteoretiske grunnlaget og designen i studien. Eg skildrar mi forforståing av temaet. Eg går også gjennom metode og analyseprosessen. Vidare skildrar eg metodiske og forskingsetiske vurderingar som eg har tatt gjennom forskingsprosessen. Enkelte delar av teksten i metodekapitlet er henta frå eksamensoppgåva mi i kurs Forskingsstrategiar og metode ME6-500 (haust 2016) som var førebuande arbeid til methodedelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing. Dette gjeld enkelte delar av kapitla 3.1, 3.2 (s. 25-30) og 3.5 (s. 35-36).

3.1 Kvalitativ studie

Eg vil bruke eit casesentrert perspektiv. Eit konstituerande trekk ved ein casestudie er at ein studerer eit fenomen i sin verkelege kontekst. Ein kan definere kva som er casen ut frå formålet med prosjektet, eller kva slags kunnskap ein ønskjer å utvikle (Bukve, 2016, s. 122-123).

Casestudier blir gjerne definert som intense kvalitative studiar av ein eller nokre få undersøkingseiningar (Andersen referert i Bukve, 2016, s. 121). Framgangsmåten i case-studier er å rette analysen mot ein eller fleire einingar som representerer studiens case. Dei einingar slike studiar fokuserer på kan vere personar, grupper eller organisasjonar (Thagaard, 2013, s. 56). Casen i denne oppgåva er Bergen kommune sin bruk av målretta helseundersøkingar i skulehelsetenesta, fenomenet eg undersøker er helsesøstre sine opplevingar av standardisert kartlegging versus mogelegheit for blant anna bruk av profesjonelt skjønn. Helsesøstre og intervjuar er informantar i casestudien. Studien er ein kvalitativ fleircasestudie, der eg intervjuar helsesøstre frå dei 4 byområde i Bergen kommune. Fleircasestudier kan vera innretta mot å finne typiske trekk ved eit fenomen (Bukve, 2016, s. 123).

Ulik litteratur skildrar kvalitativ metode som ein eigna metode for å studere og få fram erfaringane til eit menneske. Ein viktig målsetting med kvalitative tilnærmingar er å oppnå ei forståing av sosiale fenomen (Thagaard, 2013, s. 11). Designen til studien er skildrande og fortolkande.

Min kvalitative studie er inspirert av ei fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming.

Fenomenologi blir skildra som ein metode som blir brukt for å forstå sosiale fenomen ut frå

informanten sine perspektiv. Det byggjer på ein underliggande tanke om at realiteten er slik mennesket oppfattar den (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45). Fenomenologien tek utgangspunkt i den subjektive opplevinga, og søker å oppnå ei forståing av den djupare meininga i enkeltpersonar sin erfaringar (Thagaard, 2013, s. 40). Eg har latt helsesøstre i skulehelsetenesta fortelje om sine erfaringar med å bruke målretta helseundersøkingar i skulehelsetenesta.

Hermeneutikken framhevar betydninga av å fortolke folk sine handlingar gjennom å utforske eit djupare meningsinnhald enn det som umiddelbart er innlysande. Ein hermeneutisk tilnærming legg vekt på at det ikkje er ei eigentleg sanning, men at fenomen kan tolkast på fleire nivå. Hermeneutikken byggjer på prinsippet om at meining berre kan forståast i lys av den samanheng det vi studerer, er ein del av. Vi forstår delane i lys av heilskapen. I forhold til dette representerer hermeneutikken ei viktig inspirasjonskjelde for samfunnsvitskaplege tilnærmingar der fortolking har ein sentral plass (Thagaard, 2013, s. 41).

Røtene til den kvalitative tilnærminga ligg i den hermeneutiske tradisjon. Mange hermeneutisk orienterte forskarar meiner at samfunnsvitskapen sitt sentrale mål er å gje ei forståande tolking av sentrale fenomen, ikkje å utarbeide generelle lover eller å føreseie hendingar på grunnlag av slike lover. Forståande tolking er eit spørsmål om å sjå det enkelte fenomenet i lys av den samanhengen det inngår i (Bukve, 2016, s. 69).

Det casesentrerte perspektivet er holistisk. Vi ser studieobjektet som eit heilskapleg system, der komponentane er gjensidig avhengige av kvarandre og spelar saman på komplekse måtar (Bukve, 2016, s. 82).

Dette blir vitskapsgrunnlaget som mi oppgåve kviler i. Eg har vald den kvalitative forskingsmetoden ved å bruke intervju, deretter har eg tolka det innsamla materialet etter den hermeneutiske skildringa ovanfor. Ved å kombinere fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, kan ein få både eit skildrande og fortolkande perspektiv.

3.1.1 Forforståing

Forforståing er dei føresetnader som vi tek med oss, som avgjer om vi finn meining i ein tekst eller handling. Dette omgrepet blei introdusert av Gadamer som meinte at vi aldri vil kunne møte verda utan eit sett med «briller» eller for-dommar som hjelper oss å finne eit system, ein orden eller kort og godt meining i det vi står ovanfor (Gadamer, referert i Aadland, 2011, s. 182). Eg tenker at det er viktig å vere merksam på mi eiga forforståing av korleis eg oppfattar

fenomena som eg skal studere, slik at eg kan trå etter å frigjere meg i størst mogeleg grad frå eigen forforståing og vere open for informasjonen som kjem inn frå informantane.

Mi interesse og forforståing av temaet i denne oppgåva heng saman med mitt arbeid som helsesøster. Det var spesielt i forbindelse med at eg bytta arbeidsgivar, og dermed gjekk frå eit datajournalsystem til eit anna (frå Infodoc til HsPro), at eg såg korleis kartleggingsverktøy helsesøstre bruker i sitt arbeid, kan spele ei rolle i helsesøster si profesjonsutøving. Eg blei derfor nyfiken på korleis helsesøstre opplever bruken av kartleggingssystemet målretta helseundersøkingar.

Ettersom eg er helsesøster og jobbar i skulehelsetenesta, er eg klar over at mi tilknytning til miljøet eg skal studere, kan føre til at eg i for stor grad lar meg farge av egne erfaringar. Thagaard (2013, s. 206) seier at når forskaren er innanfor miljøet, får han eller ho eit særleg godt grunnlag for forståinga av dei fenomenane som blir studert. Dei erfaringar forskaren har i miljøet, gir grunnlag for gjenkjenning og blir eit utgangspunkt for den forståinga han eller ho etter kvart kjem fram til. Tolkninga blir utvikla i relasjon til egne erfaringar. På den andre sida kan tilknytninga til miljøet føre til at forskaren overser det som er ulikt frå egne erfaringar. Forskaren blir dermed mindre open for nyansar i dei situasjonane som blir studert. Eg har derfor heile vegen vore bevisst på min tilknytning til miljøet, og stadig løfta min bevissthet mot å frigjere meg frå mine erfaringar, slik at eg er open for intervjupersonane sine erfaringar utan at eg lar mine erfaringar bli lagt til grunn når eg skal fortolke datainnsamlinga. Samstundes er eg open på min bakgrunn, slik at lesaren får eit ærleg innblikk i min tilknytning til miljøet eg forskar på.

3.2 Datainnsamling

Eg valde å bruke intervju som kjelde til datainnsamling. Ryen referert i Thagaard (2013, s. 97) seier at intervjuet er den dominerande metoden innanfor kvalitativ forskning. Eit intervju kan ha eit relativt strukturert opplegg. Spørsmåla er då utforma på førehand, og rekkjefølga er i stor utstrekning fastlagt. Ein annan framgangsmåte, er karakterisert ved ein delvis strukturert tilnærming. Det er denne forma som særpregar kvalitative intervju og som blir framheva i litteraturen (Thagaard, 2013, s. 97). Kvale & Brinkmann referert i Thagaard (2013, s. 98) skildrar at det kvalitative intervjuet er basert på ein delvis strukturert intervjuguide. Dei tema forskaren skal spørje om, er i hovudsak fastlagt på førehand, men rekkjefølga av dei ulike tema blir bestemt undervegs. På den måten kan forskaren følgje intervjupersonens forteljing, men

samstundes sørge for at dei tema som er viktige i forhold til problemstillinga, blir diskutert i løpet av intervjusamtalen. Fleksibilitet er viktig for å tilpasse spørsmåla til den enkelte intervjupersonen sine føresetnader. Det er også viktig at intervjuaren er open for at intervjupersonane kan ta opp tema som ikkje var planlagt i forkant.

Eg vurderte også fokusgruppeintervju, men kom fram til at det opne, individuelle intervjuet var best egna til å kaste lys over mi problemstilling. Eg ville då ha moglegheit til å ha god kontroll over intervjuet, samstundes som eg kunne stille utdjupande spørsmål undervegs for å få tak i den enkelte informant sine haldningar og meiningar. Eg tenkte at den delvis strukturerte intervjuguide ville vere mest hensiktsmessig for meg å bruke, ettersom dette gir intervjupersonen større moglegheit til å formidle sine opplevingar, samt eventuelle andre innspel utanom spørsmåla eg stilte (jf. fenomenologisk forståing om å kome nær informantane si subjektive oppleving (Thaagard, 2013).

For å prøve ut intervjuguiden gjennomførte eg eit prøveintervju med ein kollega.

Prøveintervjuet gav meg nyttig erfaring i intervjusituasjonen, samt at eg brukte erfaringar frå prøveintervjuet til å justere og presisere ein del av spørsmåla. Prøveintervjuet gav meg også erfaring på kor lang tid intervjuet kunne ta. Eg hadde sett føre meg at eit intervju skulle ta cirka 45-60 minuttar. Dette stemte ganske godt med tida eg faktisk brukte på dei ulike intervju, eg brukte mellom 40 - 65 minuttar på kvart intervju. Eg gjennomførte intervju på helsesøstrene sin arbeidsplass, dette for at det skulle bli enklast mogleg for informantane å delta.

Eg synes intervju gjekk fint å gjennomføre, men gjorde nokre små justeringar undervegs. Eg brukte lydopptak ved intervju. Ved transkribering av dei første intervju, hørte eg i starten at eg innimellom gjekk for fort vidare, og justerte på dette i dei seinare intervju. Når informanten fekk meir tid på å svare, kom det ofte refleksjonar som var nyttig for å belyse problemstillinga. Eg merka ved første intervju at det var godt å ha utført eit prøveintervju, det gav meg meir tryggleik i situasjonen. Eg hadde jobba mykje med intervjuguiden og var godt kjent med spørsmåla. Eg valde å ikkje ta notat, berre stikkord, i tillegg til lydopptaket, slik at eg hadde fokus retta mot informanten. På den måten kunne eg konsentrere meg om å følge informanten i hennar formidling. Eg hadde intervjuguiden framfor meg, slik at eg kunne dobbeltsjekke av vi kom gjennom dei spørsmåla som intervjuguiden inneheldt. Eg sjekka også ut undervegs om eg hadde oppfatta informanten rett ved å stille spørsmål om dette.

Sjølve målsettinga med kvalitative intervju er å gå i djupna på dei tema ein ønskjer å få informasjon om (Thagaard, 2013, s. 95). Eg var bevisst på å ha ein open og lyttande haldning til informanten, og følgde opp med spørsmål på det informanten fortalte om, samt viste interesse for det informanten fortalte om. På grunn av at eg sjølv er helsesøster som jobbar i same kommune som informantane, reflekterte eg over min egen forforståing i møte med informantane. Eg prøvde derfor heile tida ha ei open haldning og å ikkje byrje å tolka i intervjuet, men heller lytta til informanten si fortelling.

3.2.1 Utval og rekruttering

Eg planla å intervju 8 helsesøstre. Målet var å få tilstrekkeleg og rik informasjon for å belyse temaet i oppgåva. Eg planla å ta eit strategisk utval, det vil seie at eg valde deltakarar som hadde eigenskapar eller kvalifikasjonar som er strategiske i forhold til problemstillinga (Thagaard, 2013, s. 60). Eg valde helsesøstre som jobbar i Bergen kommune, ettersom det er her målretta helseundersøkingar blir brukt. Eg kontakta einingsleiarar for helsestasjons- og skulehelsetenesta i ulike byområde (det er to bydelar i kvart byområde), ved å sende e-post for å informere om studien. Her spurte eg om einingsleiarane kunne vidareformidle informasjonen til helsesøstre som jobbar i byområda og slik at interesserte kunne kontakte meg. Eg hadde lagt inn eit kriterium om at eg ville intervju helsesøstre som har brukt journalsystemet HsPro i minimum 1 år.

Rekrutteringa starta i byrjinga av november 2017 etter godkjenning frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Eg fekk då beskjed om at prosjektet måtte godkjennast av Etat for barn og familie i Bergen kommune, og det måtte søkjast via ein forskingsportal i Bergen kommune. Eg sendte dermed søknad om dette. Eg fekk beskjed rett før jul 2017 at prosjektet ikkje blei godkjent til å gjennomførast i Bergen kommune, på grunn av at etaten meinte oppgåva var for lik ei tidlegare masteroppgåva, med same tema. Eg fekk samstundes konkrete innspel til korleis intervjuguiden kunne endrast, blant anna spesifikke omformuleringar av spørsmåla i intervjuguiden. Eg valde då å ta inn alle dei foreslåtte endringar, for å forhåpentlegvis få forskingsprosjektet godkjent. Sjølv om det i starten ikkje kjentest greitt å bli dirigert frå Bergen kommune på kva spørsmål intervjuguiden skulle innehalde, fant eg ut at dette likevel ikkje ville endre på temaet og innhaldet i oppgåva, og var derfor trygg på at forskingsprosjektet ville kunne gjennomførast som planlagt. Eg tenker også at denne prosessen i tillegg kan ha gjort intervjuguiden meir stringent. Eg fekk til slutt svar i slutten av januar på at forskingsprosjektet mitt var godkjent, 2,5 månader etter søknaden blei sendt. Eg sendte då ut brev til einingsleiarar i alle byområde i Bergen. Det gjekk veldig fint å

få informantar, helsesøstre meldte seg raskt. Eg fekk fleire informantar enn dei 8 eg opprinneleg hadde planar om å intervju. Eg intervjuar til slutt 10 helsesøstre, fordelt på dei fire byområda i Bergen. Eg tok med dei to siste informantane, fordi dette gav meg informantar frå byområde eg ikkje hadde informantar frå. Det meldte seg totalt 16 helsesøstre til intervju, så eg måtte takka nei til 6 av desse. Dette var overraskande for meg, eg hadde på førehand ein forventning om at det kunne bli vanskeleg å få tak i informantar. Eg fekk også høyre av fleire informantar at dei synest temaet er viktig å fram og at dei gjerne ville bidra til dette. Eg har reflektert over det at så mange helsesøstre meldte seg, kanskje betyr at temaet er noko helsesøstre er opptatt av. Eg valde å ikkje intervju fleire, til tross for at det var fleire som hadde meldt seg, i tillegg til dei 10 som blei intervjuar. Eg vurderte også kva tid eg hadde til disposisjon. Eg vurderte at å ha for mange intervju kunne gå ut over moglegheita til å kome i djupna i materialet. Eg vurderte også at fleire intervju truleg ikkje ville gi meir ny og avgjerande informasjon, utover materialet eg allereie hadde. Dette stemmer godt overeins med det Malterud (2011, s. 65) skildrar som studien sitt metningspunkt. Det er mogeleg at min framgangsmåte i intervjuar ikkje har utvikla seg tilstrekkeleg til at eg har klart å bringe fram ny kunnskap, men eg vurderte likevel at eg hadde fått inn tilstrekkeleg informasjon, som var eit godt grunnlag for ein grundig analyse.

3.3 Analyse

3.3.1 Transkribering

Kvalitative intervju inneber alltid ein eller annan form for tekst-tolking. Transkripsjonen skal mest mogeleg lojalt ivareta det opprinnelege materialet, slik deltakarane sin erfaringar og meiningar blei formidla og oppfatta under datainnsamlinga (Malterud, 2017, s. 77). Etter som eg brukte lydopptak, lytta eg først gjennom intervjuet, og deretter starta eg å transkribere nøyaktig ut. Forskarar som vel å transkribere sine egne intervju, lærer mykje om eigen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 207). Eg valde å transkribere sjølv, både for å gjere erfaringar, men også for å starte med ein analyse av informasjonen frå informantane så tidleg som mogeleg. Dette var ein tidkrevjande prosess. Eg transkriberte ut på informanten si dialekt, men har i oppgåva, ved bruk av sitat, redigert dette til nynorsk, slik at utsegn frå informanten ikkje skulle kjennast igjen ut frå dialekt.

3.3.2 Analyseprosessen

Eg har latt meg inspirere av Malterud (2017, s. 97-98) sin analyse modell: Systematisk tekstkondensering. Malterud skildra analysemodellen som ein pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Analysen blir gjennomført i følgande fire trinn: 1) Å få eit heilskapsinntrykk, 2) å identifisere meiningsdannande einingar, 3) å abstrahere innhaldet i dei enkelte meiningsdannande einingane, og 4) å samanfatte betydninga av dette.

Trinn 1 i analysen starta ved at eg lytta gjennom dei transkriberte intervju. Eg leste gjennom dei transkriberte intervju fleire gongar, og noterte samstundes stikkord i margin. Malterud (2017, s. 101) seier at først når ein har lest gjennom alt, kan ein spørje seg kva foreløpige tema ein kan skimte i teksten. Etter å ha lest gjennom teksten kom eg fram til 8 tema.

Eg gjekk vidare til neste fase, med å identifisere meiningsberande einingar. Eg starta med ein gjennomgang av teksten linje for linje for å identifisere meiningsberande einingar. Dette gjorde eg med alle intervju. Malterud (2017) seier at ein her skal skilje relevant tekst frå irrelevant tekst, og vi skal sortere den delen av teksten som kan tenkast å belyse problemstillinga (Malterud, 2017, s. 101). Dette var ein nyttig prosess som hjelpte meg å systematisere dei meiningsberande einingane inn i ulike kodar. Denne prosessen gjorde meg godt kjent med innhaldet i dei ulike intervju, og det gjorde at eg lett kunne huske kven som hadde sagt kva om dei ulike tema, og dermed lett å finne tilbake til det i dei ulike transkriberte intervju.

Under viser eg ein tabell av korleis analysearbeidet blei systematisert ved hjelp av Malterud sin modell.

Tabell 1

Trinn 1 Foreløpige tema	Trinn 2 Koding	Trinn 3 Subgrupper	Trinn 4 Kategoriar
1. Emneknagg 2. Inngangsport til å stille vanskelege spørsmål 3. Tidsbruk 4. Kartlegging	1. Standardiserte konsultasjonar	Kvalitetssikring av tenesta Tidsbruk Ulik oppfatning av dei ulike målretta helseundersøkingane	Helsesøster si oppleving av dei målretta helseundersøkingane på kvaliteten i tenesta
5. Opplæring 6. Møte med elev 7. Konflikt mellom å fylle ut spørsmål til punkt og prikke og eleven sine behov	2. Fagleg skjønn og kunnskap	Erfaring med bruk av dei målretta helseundersøkingar Målkonflikt	Helsesøster som profesjonsutøver
8. Tilbakemelding	3. Det individuelle møtet	Møtet med eleven Brukarmedverknad	Helsesøster sin relasjon til elev/foreldre
	4. Påverknadskraft	Tilbakemelding Opplæring	Helsesøster sin mulighet til å påvirke utvikling av kartleggingsverktøy

I analysen tredje trinn skal ein ifølge Malterud (2017, s. 105) systematisk hente ut meining ved å kondensere innhaldet i dei meiningsberande einingane som er koda saman. Når eg kom til dette stadiet i Malterud sin analyse modell, fann eg ut at det fungerte betre for meg å gå vidare med temasentrert analyse. Grunnlaget for temasentrert analyse er at vi har informasjon frå alle deltakarane om dei same tema. Mason (2002) framhevar at den systematiske kodinga som ligg til grunn for temasentrerte analyser, eignar seg best når vi har data kor tekstene vi analyserer, følgjer ein ordna struktur (Mason, referert i Thagaard, 2013, s. 183). Dette er tilfellet i mi oppgåve. Thagaard (2013, s. 158-161) seier at temabaserte tilnærmingar er basert på klassifisering av data som inneber koding av data, klassifisering i kategoriar og deretter frå kategorisering til identifisering av mønstre. Eg byrja med å bruke Malterud sin modell, og dette utgjorde grunnarbeidet i analysen, som eg deretter presenterer under dei sentrale tema i empiri-kapittelet. Eg bruker dei fire forskingsspørsmåla som overskrifter i empiri-kapittelet.

Eg var merksam på å ha med heilskapen i kvar informant sitt intervju når eg starta med å dele opp tekstane etter tema. Thagaard (2013, s. 188) seier at kombinasjonar av ulike analytiske tilnærmingar kan utfylle kvarandre. På grunnlag av temabaserte analyser kan vi utforske dei enkelte tema ved å samanhalde informasjon frå alle deltakarane.

Etiske dilemma knytta til temabaserte tilnærmingar kan vere at forskaren samanheldt informasjon om kvart tema frå alle deltakarane og dermed lausriv delar av det opprinnelege materialet frå den samheng det blei presentert i. Ein konsekvens av at teksten blir lausriven frå heilskapen den opprinneleg blei presentert i, er at deltakaren si forståing av sin situasjon får ein mindre framtrædande plass (Thagaard, 2013, s. 191). Eg var derfor påpasseleg med å sjå den enkelte informant si historie i sin heilheit i denne prosessen, slik at betydninga av dei enkelte utsegn ikkje skulle miste sin betydning. I presentasjonen av empiri har eg vald å ha ein temabasert framstilling av datamaterialet.

3.3.3 Metodiske vurderingar

Sidan eg ikkje hadde erfaring som intervjuar i forskingsprosjekt, valde eg å gjennomføre eit prøveintervju, både for å teste ut spørsmål og for å justere på spørsmål i intervjuguiden. Eg opplevde at intervjuet gjekk fint å utføre, informantane hadde mykje å fortelje. Eg opplevde derfor at det ofte blei ein fri samtale, der informanten gjerne svarte på spørsmåla før eg hadde fått stilt dei. Eg har lang erfaring med å snakke med folk og stille spørsmål frå min jobb som helsesøster og opplevde derfor å vere komfortabel i intervjusituasjonen. Eg førebudde informanten om at eg kunne kome til å stille spørsmål fleire gongar for å vere sikker på at eg hadde fått informasjonen eg var ute etter, dersom det var behov for det. Eg informerte dei på førehand om at det ikkje var noko rett eller feil svar, men at eg berre var interessert i deira erfaringar. Dette gjorde eg for å berolige informanten dersom ho var nervøs. Intervjuet begynte med generelle spørsmål om erfaring og utdanning, og dette gjorde at eg opplevde at informanten byrja å fortelje på ein avslappa måte.

Eg har intervjuet 10 helsesøstre i denne studien. Dette kan sjåast på som eit lite utval, noko som kan vere ein svakheit for studien sin validitet og reliabilitet. Samstundes har det bidratt til at eg har hatt god tid til kvart intervju og datamaterialet blei ikkje for omfattande. I følgje Kvale & Brinkmann (2017, s. 148) vil ikkje eit stort utval av informantar gjere studien meir vitenskapleg. Det kvalitative intervjuet legg meir vekt på kvaliteten til intervjuet enn kvantiteten.

Ein anna svakheit ved min metode kan vere at det berre er eg som har deltatt under intervju og lest datamaterialet. Hadde nokon andre lest datamaterialet, kunne dei ha tolka og sett andre aspekt ved temaet som eg ikkje har sett.

Mi forforståing og nære tilhøve til temaet eg forskar på, kan seiast å vere ein svakheit ved studien. Samstundes har eg drøfta funna mine i lys av både forskning og etablert teori, og gjennom dette søkt å få ein distanse.

3.4 Forskingsetiske vurderingar

Etiske retningslinjer for forskning inneber blant anna at informanten har gitt informert samtykke. Informanten skal også vere informert og trygg på konfidensialitet, samt skal vite kva konsekvensar det kan ha å delta i eit forskingsprosjekt. Studien blei meldt til NSD, som godkjente studien 1. november 2018 (vedlegg nr. 5).

3.4.1 Informert samtykke

Utgangspunktet for eitkvart forskingsprosjekt er prinsippet om at forskaren må ha deltakaren sin informerte samtykke (Thagaard, 2013, s. 26). Informert samtykke betyr at forskingsdeltakarane blir informert om det overordna formålet til undersøkinga og om hovudtrekka i forskingsdesignen. Informert samtykke inneber dessutan at ein sikrar seg at dei involverte deltek friviljug, og informerer dei om at dei kan trekke seg ut av undersøkinga når som helst (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104). Informantane fekk informasjon om dette i informasjonsskrivet «Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt» (Vedlegg nr. 2). Dei signerte også samtykke til deltaking i studien.

3.4.2 Konfidensialitet

Eit anna grunnprinsipp for ein etisk forsvarleg forskingspraksis inneber at all informasjon dei gir, blir behandla konfidensielt. Forskingsmaterialet må anonymiserast (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 28). Alt datamateriale er oppbevart etter instruks frå NSD.

Alle informantar fekk informasjon om at informasjonen dei gir vil bli anonymisert i oppgåva, eg har til dømes skrevet alle sitat på nynorsk for å unngå at dialekter skal kunne identifisere informanten. Vidare har eg informert om at lydfilear og transkribert datamateriale vil bli makulert etter at studien er fullført. Eg har i oppgåva ikkje spesifisert alder og bydel/byområde, men konsekvent brukt omgrepa helsesøstre eller informantar for å sikre anonymitet.

3.4.3 Konsekvensar av å delta i forskingsprosjekt

Eit tredje grunnprinsipp for ein etisk forsvarleg forskingspraksis er knytta til konsekvensane forskinga kan ha for deltakarane. Forskaren skal respektere informanten sin integritet, fridom og medverknad (Thagaard, 2013, s. 30). Under intervjuet var eg merksam på grensene til informanten, for å sikre at informanten skulle kjenne seg trygg i situasjonen. Eg opplevde i nokre intervju, når vi snakka om temaet tilbakemelding og utvikling av dei målretta helseundersøkingane, at informanten hadde nemnt namnet på aktuelle personar, og deretter tok seg i det: «Å, nei, no sa eg namnet, no kom det med på lydbandet!». Eg beroliga då informanten om at dette er konfidensielt, og at alt som blir brukt i oppgåva blir anonymisert. Eg informerte også på nytt om at alt materiale blir makulert når prosjektet er over.

3.5 Validitet og reliabilitet

Thaagard (2013, s. 201-203) seier at reliabilitet kan knyttast til spørsmålet om ein kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskinga er utført på ein påliteleg og tillitsvekkande måte. Reliabilitet inneber at forskaren gjer greie for framgangsmåten i prosjektet, slik at ein kan følgje dei ulike stega som forskaren tek, og såleis kunne vurdere forskaren sine konklusjonar opp mot dette. Argumentasjonen for reliabilitet inneber at forskaren reflekterer over konteksten for innsamlinga av data, og korleis relasjonen til deltakarar i prosjektet kan influere på den informasjonen forskaren får.

Validitet er knytta til tolking av data. Validitet handlar om gyldighet av dei tolkingar forskaren kjem fram til. Vi kan vurdere validiteten av forskinga med tanke på spørsmålet om resultata av undersøkinga representerer den røynda vi har studert (Silvermann, referert i Thagaard, 2013, s. 204). Thagaard (2013) påpeiker at ein kan styrke forskinga sin validitet ved å fokusere på omgrepet gjennomsiktighet. Silvermann (2011) seier at gjennomsiktighet («transparency») inneber at forskaren tydeleggjer grunnlaget for fortolkinga ved å gjere greie for korleis analysen gir grunnlag for dei konklusjonar han eller ho har kome fram til. Styrken til fortolkinga er avhengig av kor grundig forskaren gjer greie for fortolkingane (Silvermann, referert i Thagaard, 2013, s. 205).

Eg har gjengitt data i empiri-kapittelet der eg presenterer informantane sine fortellingar gjennom sitat og kondenserte tekstar. Ved å bruke sitat frå informantar, tenker eg at det er med å validere funn og diskusjon, då lesar kan sjå at dette er henta direkte frå informantane.

Dette er data som har kome fram gjennom intervju. Eg har vore bevisst på å ikkje legge inn fortolkingar i empiri-kapittelet.

Eg har i oppgåva gjort greie for korleis analyseprosessen har gått føre seg. Seale (1999) seier at for å oppnå ein reliabilitet bør forskaren vere konkret og spesifikk i rapportering av framgangsmåtar ved innsamling og analyse av data (Seale, referert i Thagaard, 2013, s. 202). Ved å gjere dette, gir eg lesaren ein mogelegheit til å få innblikk i korleis eg har kome fram til dei ulike tema som eg presenterer i empiri-kapittelet, samt korleis analysen har gått føre seg.

Ved å vere tydeleg på eigen forforståing, både for meg sjølv og i oppgåva, bidreg dette forhåpentleg til at eg er open i tolkingsarbeidet i etterkant av datainnsamlinga. Ved bruk av intervju, er det ein risiko for at ein kan feiltolke og gå glipp av viktige poeng til den som blir intervju. Eg ønskte derfor å bruke lydopptakar for å minimere risiko for dette. Vidare er det naudsynt med ein nøyaktig transkripsjon, slik at intervjupersonen sine utsegn blir korrekt attgitt (Malterud, 2017, s. 77). Eg valgte derfor å transkribere nøyaktig ut det som blei sagt på lydbandet.

Eg ønskte å utføre eit prøveintervju for å trene på intervjusituasjonen, men også for å gå gjennom spørsmåla i ein intervjusituasjon. På denne måten kunne eg gjere endringar og eventuelt forbetre spørsmåla. Kvale & Brinkmann (2009) framhevar at intervjusituasjonen stiller allsidige krav til intervjuaren. Erfaring i å handtere sosiale situasjonar er viktig, i tillegg til trening frå intervju-undersøkingar (Kvale & Brinkmann, referert i Thagaard, 2013, s. 100). Den beste opplæringa skjer gjennom eigen praksis. Ein god opplæringssituasjon er å intervju kollegaer og få tilbakemelding etterpå (Thagaard, 2013, s. 100). Eg er også godt van med å snakke med både elevar og foreldre i min jobb som helsesøster. Eg har derfor brei erfaring med denne typen sosiale situasjonar, noko eg tenker er ein fordel som kan samanliknast med intervjusituasjonen.

4.0 Empiri

I dette kapitlet presenterer eg funn frå intervju med helsesøstre som jobbar i skulehelsetenesta. Målet med intervju var å få svar på problemstillinga:

Korleis opplever helsesøstre bruk av målretta helseundersøkingar i sin veiledning av elevar?

Eg laga meg fire forskingsspørsmål for å kaste lys over problemstillinga:

- Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverker kvaliteten i tenesta?
- Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverker bruk av fagleg kunnskap og skjønn?
- Korleis opplever helsesøstre dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar?
- Korleis opplever helsesøstre moglegeheit for å påverke bruken og utviklinga av målretta helseundersøkingar i HsPro?

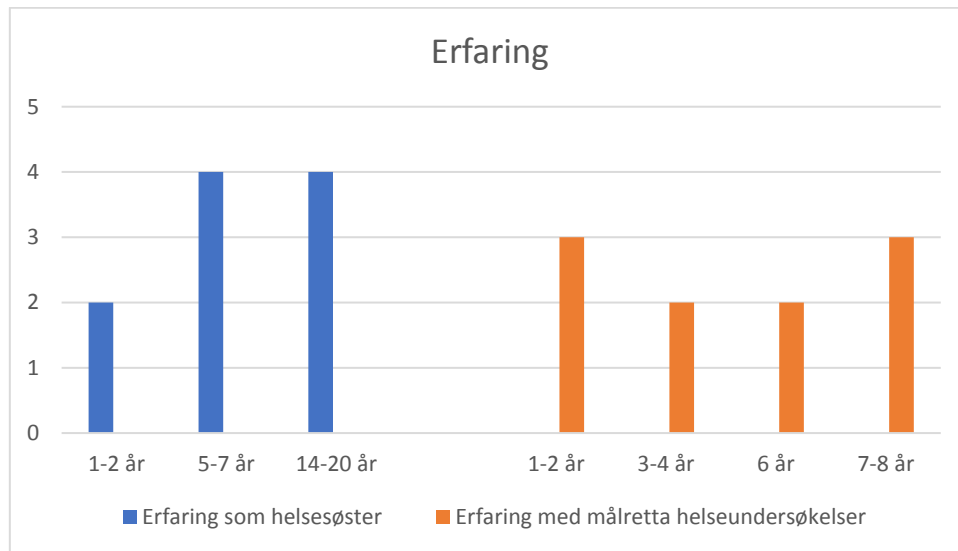
I dette kapitlet presenterer eg helsesøstre sine opplevingar knytta til bruken av dei målretta helseundersøkingar i sin kvardag. Eg har vore bevisst på å fortolke i minst mogleg grad, den einaste fortolkinga eg har gjort i denne delen av oppgåva er å gi ei meiningsfortetting av innhaldet, der data blir presentert i tversgåande skildringar. Eg har leita etter mønster på tvers av informantane, og illustrert med sitat. Eit grunnleggande premiss for temasentrerte analyser er at ein har informasjon frå alle deltakarane om dei same tema (Thagaard, 2013, s. 181), slik tilfellet er i denne oppgåva. Dei ulike tema går enkelte stader litt over i kvarandre, og det har enkelte stader vore vanskeleg å dele dei heilt frå kvarandre.

Presentasjon av funna er basert på intervju med 10 helsesøstre frå dei fire ulike byområda i Bergen kommune. Eg har intervju ei helsesøster frå eit byområde, to helsesøstre frå eit anna byområde, to helsesøstre frå det tredje byområde og 5 helsesøstre frå det fjerde byområde. Alle informantane jobba i skulehelsetenesta, då det er desse målretta helseundersøkingane eg har vald å fokusere på i denne oppgåva.

Helsesøstre hadde variert erfaring (sjå figur 1) med å bruke målretta helseundersøkingar, frå 1,5 år til 8 år (dei målretta helseundersøkingane blei innført i HsPro i 2010). Tre informantar har brukt målretta helseundersøkingar i HsPro i 1-2 år, to informantar har 3-4 års erfaring med

dei målretta helseundersøkingane, og to informantar har 6 års erfaring, medan 3 informantar har 7-8 års erfaring med dei målretta helseundersøkingane i HsPro.

Erfaring som helsesøster varierte frå 1,5 år til 20 år. To informantar hadde mellom 1,5 og 2 års erfaring som helsesøster, 4 informantar hadde mellom 5 og 7 års erfaring som helsesøster, 4 informantar hadde mellom 14 og 20 års erfaring som helsesøster.



Figur 1

I oppgåva har eg brukt omgrep som elev og foreldre, då det er ulikt kven helsesøstre møter ved bruk av dei ulike målretta helseundersøkingane. Ved 1. klasse helseundersøking og 3. klasse helseundersøking, møter helsesøster eleven saman med foreldre. Ved 8. klasse helseundersøking og på helseundersøking på vg1, møter helsesøster berre eleven. I teksten har eg også brukt omgrep som skildrar kor mange helsesøstre som står bak diverse utsegn. Eg bruker «et par» dersom det er to helsesøstre, «fleire helsesøstre» definerer eg som 3-5 helsesøstre, «dei fleste» helsesøstre er definert som 6-9 helsesøstre.

4.1 Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta?

4.1.1 Kva helsesøstre opplever fremjar og hemmar kvalitet på tenesta

Å bruke målretta helseundersøkingar blei av dei fleste helsesøstre skildra som ei kvalitetssikring av tenesta. Dette fordi alle elevane fekk det same tilbodet i skulehelsetenesta, og at arbeidet blei systematisert. Det blei også framheva at dei målretta helseundersøkingane kunne avdekke viktige avvik hjå eleven som burde følgast opp. Samstundes var dette noko

helsesøstrene hadde ulike erfaringar med. Fleire helsesøstre erfarte at det var lettare å avdekke eventuelle utfordringar hjå eleven utan å bruke dei målretta helseundersøkingane. Fleire informantarar påpeikte også at dei målretta helseundersøkingane kunne skapa distanse mellom helsesøster og elev, og at dette gjorde det vanskelegare å skape eit tillitsforhold med eleven. Dette kunne igjen føre til at eleven ikkje kom fram med det som var vanskeleg.

«Den helseundersøkinga, den følte eg var heilt øydeleggande for meg den gangen. Eg hadde ingen kontakt med den guten etterpå. Læraren forsøkte å kople meg på fleire gongar, men han ville ikkje tilbake.»

Ein informant påpeiker også at det sikkert er nyttig å kunne kartlegge ulike bydelar, og at dei målretta helseundersøkingane kan vere eit nyttig verktøy i kvalitetssikring av skulehelsetenesta i dei ulike bydelane.

Fleire helsesøstre fortel også at dei av og til har fått svar på spørsmål som dei elles ikkje hadde stilt, dersom dei ikkje hadde brukt den målretta helseundersøkinga.

«Det at du spør så systematisk, gir på en måte av og til noen sånne aha-opplevelser, altså du kjem inn på veldig mange viktige tema.»

Fleire helsesøstre understreker også at det er viktig med kartlegging, og at alle blir kartlagt likt. Ein informant peikar på at ved å bruke dei målretta helseundersøkingar som systematisk kartlegging, kan ein få tak i dei usynlege elevane, og at dette er positivt.

Fleire helsesøstre nemner at det er positivt at det er gode tema i dei målretta helseundersøkingane, og at ein på denne måten får emneknaggar som minner ein på kva ein skal ta opp i samtalen. Fleire helsesøstre seier at tema i den målretta helseundersøkinga gir ein god struktur på samtalen. Det blir også framheva at dette er ein fordel for nyutdanna helsesøstre som dermed har ein fastlagt struktur på samtalen som dei skal følgje, og at dette kan gi den nyutdanna ein tryggleik. Ein får ei huskeliste som minner ein på kva tema ein skal snakka om.

«Eg synes det gir meg ein god påminnar om at, oj, no må eg snakka litt om raude og grønne tankar, til dømes»

Dei fleste helsesøstre seier at det er gode tema i helseundersøkinga, men at det gjerne er tema ein ville tatt opp uansett, og at det blir ei sjekklisse på at ein har vore innom dei ulike tema.

Fleire helsesøstre synes det gir ein tryggleik i å ha dei målretta helseundersøkingane i konsultasjonen, og at elevane veit at alle blir stilt dei same spørsmåla, og at dei dermed ikkje kjenner seg stigmatisert. Fleire helsesøstre opplever også at elevar har snakka saman på førehand, og veit at helsesøster kjem til å stille mange spørsmål om ulike tema.

Andre seier at dei opplever at dei sitter og kryssar av på spørsmåla i helseundersøkinga for at nokon skal lage statistikk ut av det, og at det ikkje er eit tenleg verktøy for oppfølginga av eleven. Eit par helsesøstre reflekterer over at sjølv om tanken med standardiserte konsultasjonar, som målretta helseundersøkingar er, er å gi eit likt tilbod til alle elevane i kommune, så er det ikkje nødvendigvis slik at elevane får eit likt tilbod, nettopp fordi helsesøstre bruker dei målretta helseundersøkingar ulikt.

«Sjølv om kommunen seier at vi har dette her for at alle skal få det same tilbodet og vi skal kvalitetssikre at alle får eit likt tilbod i alle bydelar, hos alle helsesøstre, så er det jo ikkje sånn i praksis.»

Fleire helsesøstre påpeikte også at ein kan kjenne seg i konflikt mellom å utføre dei målretta helseundersøkinga til punkt og prikke, og samstundes ha eit ønske om at eleven skal kjenne seg ivaretatt og hørt, noko som for fleire helsesøstre kan opplevast som ein utfordrande balansegang.

«Når eg har hatt helseundersøking som eg ikkje har fått fylt ut ferdig, kjenner eg det er litt frustrerande...argh, ble ikkje ferdig, sant...Det viktigaste er at dei har ei god oppleving når dei er her inne. Så håper eg ikkje nokon seier: «Du har alt for mange ufullførte». Eg prøver verkeleg å få gjennomført alle, men eg syns ikkje det er etisk å ta inn nokon igjen, dersom det ikkje er noko annan grunn til å ta dei inn igjen enn å få gjort ferdig helseundersøkinga. Det kjenner eg blir heilt feil.»

Erfarne helsesøstre påpeiker at alle tema er viktige som utgangspunkt for samtalen, men påpeiker at dersom ein bruker det som eit avkryssingskjema, vil det vere negativt. Det blir peika på ein må bruke skjønn ved å bruke dei inn i ein reflektert tanke om førebygging. Ein informant peiker vidare på at det ikkje er så lett å komme inn ny og tenke seg til korleis ein skal bruke den målretta helseundersøkinga som eit reiskap for førebygging. Eg kjem tilbake til fagleg kunnskap og skjønn i kapittel 4.2.

4.1.2 Tilpassingar ved bruk av dei målretta helseundersøkingane

Helsesøstre fortel at det i utgangspunktet skal brukast ein halvtime til dei målretta helseundersøkingane. Fleire helsesøstre setter av ein halvtime, nokre setter av tre kvarter eller ein time. Fleire påpeiker at om dei ikkje blir ferdig på den tida dei har satt av, vel nokre helsesøstre å la resten av undersøkinga då stå ufullstendig, medan andre helsesøstre kallar inn igjen til ny time for å gjere helseundersøkinga ferdig.

«Nokre gongar vel eg rett og slett å ta det vekk, fordi eg har ikkje tid. Eg lar han berre stå open, fordi eg meiner at det foreldra tek opp, er mykje viktigare. Og dei ønskjer råd og veiledning om andre ting. Då treng dei tid, som eg gir dei, men eg går aldri tilbake og fullfører helseundersøkinga, då lar eg den stå open.»

Eit par helsesøstre peiker på at det kanskje hadde vore meir tidseffektivt å ta opp ein del tema som informasjon/undervisning i klassane.

«Undersøkingane tek jo mykje av arbeidstida, altså tek opp mykje av tida vår....veldig mange av desse tinga som eg seier, dei kunne eg jo informert om i klassar. Så kunne ein kanskje nådd like langt utan å bruke så mykje tid på den enkelte.»

Fleire informantar svarar at dei minste borna kan bli utolmodig i den halvtimen dei er inne, og at dei av og til kan vere ute av døra før helsesøster er ferdig med å stille spørsmåla i den målretta helseundersøkinga.

«Då er det sann nokre gonger at dei (eleven) er ute av døra før foreldra får svart. Og at mora og faren står i døra og berre...«no må eg gå, for no stikker han.»»

Når helsesøstrene snakkar om tidsbruken dei bruker på dei målretta helseundersøkingane, framhevar dei at dei ønskjer at foreldra på førehand kunne ha kryssa ut svar på spørsmåla på eit skjema som dei kunne fått tilsendt saman med timeinnkallinga. Helsesøstrene seier at dei då kunne sett over svara, og snakka om det som var viktig å snakke om, resten kunne dei fylt inn etter samtalen. Helsesøstrene peiker på at Bergen kommune på denne måten kunne fått sin statistikk, samstundes som helsesøstrene hadde fått meir rom og tid til å snakke om dei tema som var viktig for eleven/foreldre.

Helsesøstre svarar at dei setter opp mellom 2 og 7 målretta helseundersøkingar på ein dag. 3. klasse helseundersøkinga er den som dei fleste påpeikar at det er nødvendig å ha færrast av i løpet av ein dag, fordi den er krevjande å gjennomføre på grunn av mengde spørsmål.

«3. klassingar, der klarar eg maks tre på ein dag. Men viss eg berre kan ha to, så synes eg det er fint...for eg blir så lei...og då klarar eg ikkje ha den gode samtalen. I førre veke hadde eg tre på rad, for nokon hadde flytta på ein i min timebok...då tenkte eg berre: «Å, Nei!» Tre på rad, altså då må eg grave langt ned...Ja, det er berre fordi det er alle dei spørsmåla, det er ikkje fordi det er slitsamt å snakke med tre elever på rad, men det er fordi du veit du skal gjennom dei spørsmåla (den målretta helseundersøkinga)».

Ei anna helsesøster seier at når ho har hatt fleire 8. klasse helseundersøkingar på ein dag, kan byrje å slite med å spørje om det same tinga og gjenta dei same tinga.

«..då kan det veldig lett blir sånn: Er eg ikkje snart ferdig med det her no? Og det opplever eg aldri i ein open samtale med elever»

Ho fortel at ho derfor prøver å ha maks 5 for dagen av dei målretta helseundersøkingane. Fleire helsesøstre fortel at dei målretta helseundersøkingane kan vere utfordrande å gjennomføre mange av, og derfor avgrensar på kor mange dei sett opp i løpet av ein dag. Fleire helsesøstre påpeiker at den målretta helseundersøkinga kan vere meir utfordrande for helsesøster å gjennomføre, enn ein open samtale med eleven.

Andre helsesøstre framhevar at det stort sett går greitt å gjennomføre dei målretta helseundersøkingane på ein halvtime, spesielt dersom eleven ikkje har tatt opp noko spesielt. Ein informant peiker på at dersom ein skal få tid til refleksjon på enkelte av temaene i den målretta helseundersøkinga, rekker ein gjerne ikkje gjennom alt.

«Enten kan eg hente ut informasjon, eller eg kan gi informasjon. Men det tek mykje lenger tid med ein gong du er inne i den refleksjonen. Det tek såpass lang tid, at det er ikkje noko eg får gjort på tre minutt, slik som det kanskje er satt av tid til på kvart spørsmål.»

Eit par informantar fortel at dei mest detaljerte spørsmåla kan ta tid å få svar på fordi eleven blir opptatt av detaljar som ikkje er vesentleg. Dette kan opplevast stressande for helsesøster dersom tida er lita. Dei fortel, med humor, at dei kan tenke: dette har vi ikkje tid til!

«Når eg spør kor mange måltid dei et om dagen kan dei kan sei: «eg et frukost viss eg har tid, men det er ikkje alltid, så nokre gongar sånn og nokre gongar sånn...» Då tenker eg: Kan ikkje du berre sei eit tal? (sagt med latter)»

Desse informantane fortel at det likevel er utfordrande at ein må ha så detaljerte spørsmål, men ikkje kan snakka mykje om det, fordi det ikkje er det som er viktig, det er mest viktig for avkryssinga. Dette er med på å skyve fokus meir over på helseundersøkinga enn på eleven.

Fleire helsesøstre trekker fram at dei målretta helseundersøkinga kan føre til at ein ikkje rekker å snakke om det som eleven er opptatt av.

«Eg føler meg jo veldig bunden av dei...til at eg skal kome gjennom dei spørsmåla som er der på den tida som eg har satt av. Viss eg då kjenner at det er noko anna vi skulle ha snakka meir om, så er det ikkje alltid at eg tar tak i den...nei...for at eg tenker at eg må bli ferdig med tredjeklassingane. Og viss foreldra då ikkje, altså, tar det opp sjølv...og tenker at dette er noko vi burde snakka meir om...så kan det forsvinne.»

Fleire helsesøstre nemnar at det er frustrasjon blant helsesøstre når det gjeld bruken av dei målretta helseundersøkingane.

«Folk blir ikkje så motivert til å bruke dei dersom ein kjenner at det er ein belastning, eller at det er mange spørsmål som er slik at ein tenker: «Åh, eg kan jo ikkje stille dette spørsmålet her» Og då tenker eg at det sikkert er mange som gjer det på den måten dei vil, tilpassar det litt»

Ein annan informant seier noko om det same. Ho seier at ho ikkje lar helseundersøkinga ta veldig stor plass, men prøver samtidig å få fylt inn det ho kan. Å sette opp ekstra tid, var også eit tiltak for lettare kunne gjennomføre både helseundersøkinga, men viktigast for å ha tid til det elev og foreldre ville ta opp.

«Eg fant ut, når eg skulle jobbe her, at eg måtte gjere det på min måte.»

4.1.3 Er dei målretta helseundersøkingar tilpassa dei ulike aldersgruppene?

Helsesøstrene i denne studien bruker ulike typar helseundersøkingar: 1. klasse helseundersøking, 3. klasse helseundersøking, 8. klasse helseundersøking (vedlegg nr 6), vg1 helseundersøking, ny elev-helseundersøking. Ein bruker også målretta helseundersøking ved stort fråvær. 8.klasse helseundersøking, vg1 helseundersøking, ny-elev helseundersøking, samt stort fråvær-helseundersøking er ganske like i spørsmål og omfang og inneheldt flest spørsmål. Det kjem tydeleg fram frå alle helsesøstre som bruker 3. klasse helseundersøkingane at det er denne som skiljer seg negativt ut med å innehalde mange og detaljerte spørsmål. Dette er også ein samtale der foreldra møter, i motsetning til 8. klasse, og vg1. Ein kan derfor ikkje sjå på alle helseundersøkingar som like. Dette kjem også tydeleg

fram hjå helsesøstre som bruker 3. klasse helseundersøkinga, i tillegg til 8. klasse og/eller 1. klasse helseundersøking. Ein informant fortel dette:

«Det positive er heilt klart 8. klasse helseundersøkinga, den er eit godt utgangspunkt for ein god samtale med ungdommane. 3. klassen helseundersøkinga er dårleg, den tar heilt klart styring på samtalen, som blir forringa av alle disse detaljerte spørsmåla...»

8.klasse helseundersøkinga blir av fleire trekt fram som eit godt arbeidsreiskap. Ein informant fortel at ho på denne undersøkinga får fletta inn informasjon og helseopplysning, samt at ho klarar å bruke den til veiledning. Til tross for at denne helseundersøkinga er meir omfattande enn 3. klasse helseundersøkinga, opplevast den av fleire helsesøstre som eit godt verktøy. Fleire helsesøstre peiker på at ungdom er van med å fylle ut undersøkingar. Nokre vel å la eleven i denne aldersgruppa krysse ut svara sjølv.

«Eg har enno ikkje hatt ein 8. klasse samtale der eg følte at det ikkje blei bra. Nei, det blir ein veldig god setting og gode samtalar»

Same informant er tydeleg på at 3. klasse helseundersøkinga har ho ingenting positivt å seie noko om, og at ho meiner denne er heilt unødvendig. Dette illustrerer kor ulikt ei helsesøster kan oppfatte to typar helseundersøkingar.

En kan ut frå dette trekke fram at helsesøstre både kan oppleve målretta helseundersøkingar som eit godt verktøy som er positivt rammeverk i samtalen, og at det også kan opplevast som vanskeleg å forholde seg til. 8. klasse helseundersøkelen blir av to informantar skildra som eit godt utgangspunkt for ein god samtale med ungdommane. 8. klasse helseundersøkinga blir av fleire andre informantar skildra som omfattande med for mange spørsmål, og at dette gjer det vanskeleg å få den gode samtalen med ungdommen.

4.2 Korleis opplever helsesøstre at målretta helseundersøkingar påverkar deira bruk av fagleg kunnskap og skjønn?

Dette underkapittelet kastar lys over det andre forskingsspørsmålet, og handlar om korleis helsesøster opplever at dei målretta helseundersøkingar påverkar hennar mogelegheit for å bruke fagleg kunnskap og skjønn. Helsesøstre skildrar ulik bruk av dei målretta helseundersøkingar.

4.2.1 Fagleg kunnskap og skjønn

Nokre av informantane med meir erfaring fortel at dei vel å bruke dei målretta helseundersøkingane som eit skjelett for samtale, og omformulerer spørsmåla slik at dei blir opne spørsmål, og deretter henge på informasjon på kvart tema. Dei er tydeleg på at dersom ein bruker den som den står, så er det negativt for både helsesøster og elev.

Ein informant fortel at når ho starta med å bruke dei målretta helseundersøkingane, blei ho veldig styrt av dei, men med meir erfaring har begynt å tenke på ein annan måte og spørje på ein annan måte.

«Etter som eg har fått meir erfaring, så tenker eg på ein annan måte og spør på ein anna måte. Eg tenker meir forebyggande, enn at det er dei som skal gi meg informasjon»

Denne informanten fortel at ho bruker den målretta helseundersøkinga som eit skjelett som er utgangspunkt for spørsmåla, og at ho omformulerer alle spørsmåla til opne spørsmål.

«Eg omformulerer alle spørsmåla, sånn at dei blir opne spørsmål, og så bruker eg å henge på informasjon i alle spørsmåla. Eg har tenkt at det då blir meir ein forebygging.»

Ho reflekterer vidare over at dette medfører at ho aldri greier å halde tidsplanen. Det kan føre til at ho hoppar litt fort over andre tema, for eksempel tenner.

«Då spør eg først: Har du hatt hol? Viss dei svarar nei, kryssar eg berre av resten av spørsmåla på tenner...så eg tek meg jo litt friheter.»

Informanten fortel at ho opplevde dei målretta helseundersøkingane som veldig frustrerande i byrjinga, men etter kvart klarte å reflektere over korleis ho kunne bruke den på ein annan måte.

«Det var frustrerande i byrjinga, då tenkte eg at dette berre er eit spørreskjema, eg får ikkje gjort noko god jobb. Men når eg klarte å øve og tenke at eg kunne bruke den som ein forebyggande samtale, så blei det litt lettare og kjekkare å ha den»

Fleire informantar framhevar at erfaring som helsesøster er viktig for å kunne bruke dei målretta helseundersøkingane på ein god måte, i motsetning til å følgje spørsmåla i den målretta helseundersøkinga slavisk.

Ei helsesøster fortel at ho får brukt sin kompetanse og erfaring som helsesøster meir når ho ikkje bruker dei målretta helseundersøkingane, men også at nettopp det at ho har kompetanse og erfaring som helsesøster, gjer at ho greier å putte inn meir i løpet av helseundersøkinga enn kanskje ei nyutdanna klarar. Ho seier at ho derfor skulle ønske det var lagt inn fleire opne spørsmål som kunne hjelpe nyutdanna og uerfarne helsesøstre å få barn og ungdom til å opne seg meir.

«Eg har jo hatt helsesøsterstudentar som eg har høyrte på, der eg høyrer at dei får ikkje noko meir ut av det enn det dei spør om.»

Ei anna helsesøster peiker på at det vil bli ei veldig kunstig samtale om ein berre bruker spørsmåla slik dei står i den målretta helseundersøkinga. Ho vel derfor å snakke meir om dei store trekka. Ho seier at helsesøstre har eit godt fagleg skjønn og at ho tenker det må brukast. Denne informanten seier også at erfaring og fagleg skjønn er viktig for å kunne gi foreldre og elev det dei trenger, og at ho er bekymra for nyutdanna, dersom dei bruker den målretta helseundersøkinga slavisk.

«Dei detaljerte spørsmåla syns eg er ein forstyrrende faktor, og mi bekymring rundt det med 3. klassen er...når ein har jobba nokre år, då har ein såpass stort fagleg skjønn og tryggleik i den jobben ein gjer at ein kan drive med dei samtalane og føle at dette blei bra for alle. Men dei nyutdanna bekymrar meg, for dei har ikkje den erfaringa. Dersom dei bruker 3. klasse helseundersøkinga som den er, så blir det ein veldig dårleg samtale. Eg tenker den blir kunstig, med spørsmål, svar, spørsmål, svar. Den gode relasjonen blir øydelagt.»

Ei helsesøster seier at ho ikkje greier å bruke dei målretta helseundersøkinga slik den står.

«Eg berre ser at dette går ikkje...eg kan ikkje jobbe sånn...fagleg blir det dårleg, det kan eg ikkje stå inne for.»

Fleire helsesøstre fortel at dei vel vekk å fullføre helseundersøkinga, dersom det dukkar opp tema som helsesøster opplever er viktigare å snakke om. Fleire helsesøstre fortel at nokre av spørsmåla ønskjer dei ikkje stille eleven.

«Det er enkelte ting eg droppar. Altså, viss der er ein elev på 9 år framfor meg, så spør eg ikkje om ho har fått menstruasjon. Eg gjer ikkje det.»

Denne informanten fortel at ho stilte spørsmålet i starten, og at ho opplevde å få rare blikk frå foreldra. Ho fortel også at det ein periode var eit spørsmål om kva eleven synest om sin egen

kropp i 3. klasse helseundersøkinga og om dei hadde slanka seg. Dette spørsmålet stilte ho nokre gongar, men fant fort ut at ho ikkje kunne stille eleven om dette. Ho fortel at ho då fekk litt pepper frå foreldra. Helsesøster fortel vidare at det siste spørsmålet visstnok var kome inn i feil undersøkinga og i ettertid er tatt vekk igjen, og at ho er glad for det.

Fleire helsesøstre fortel at dei opplever at det er lite plass til verdiar frå helsesøsterutdanninga, som empowerment og salutogenese, inn i dei målretta helseundersøkingane. Fleire seier at dei gjer så godt dei kan, og at erfaring kan gjere helsesøster betre i stand til å bruke desse verdiane i konsultasjonen. Dei målretta helseundersøkingane blir likevel framheva som styrande i ein slik grad at det er vanskeleg å ha empowerment og salutogenese som utgangspunkt utan å legge vekk dei målretta helseundersøkingane til ein viss grad. Nettopp dette gjorde fleire av helsesøstrene, dei la vekk spørsmåla når dei såg elevane eller foreldre trengte det.

Fleire helsesøstre seier at dei frå utdanninga er opplært til å finne eleven der han/ho er, og så ta utgangspunkt i det. Den målretta helseundersøkinga er så styrt at det er vanskeleg å ta utgangspunkt i eleven sine behov i samtalen, og dermed blir det vanskeleg å bruke empowerment som utgangspunkt i samtalen.

Fleire helsesøstre seier at det er vanskeleg å bruke empowerment og samstundes fylle ut spørsmåla i den målretta helseundersøkinga.

«Det er litt kræsje mellom empowerment og dei målretta helseundersøkingane...det er jo ikkje noko open samtale, berre bang, bang, bang...»

Fleire helsesøstre påpeiker den målretta helseundersøkinga er meir problemfokusert, og dersom helsesøster skal bruke empowerment og salutogenese, må eleven kome til ein oppfølgingssamtale seinare.

Ei helsesøster påpeiker at dersom ein elev skal dra nytte frå veiledning med empowerment som utgangspunkt, er det avgjerande for ei eventuell endring at eleven sjølv har fått kome fram med det han eller ho er opptatt av. Ho seier vidare at det kan vere vanskeleg dersom helsesøster då har fokus på å stille spørsmål for å samle inn informasjon slik dei gjer når dei bruker den målretta helseundersøkinga.

4.2.2 Målkonflikt

Enkelte helsesøstre fortel at dei er opptatt av å få fylt ut spørsmåla, fordi det er noko dei har ansvar for å gjera. Helsesøstre viser ein lojalitet til systemet, det er ein del av arbeidsoppgåvene som skal gjerast. Fleire påpeiker at dei kjenner at dei blir styrt av kartleggingssystemet målretta helseundersøkingar, og at samhandlinga med eleven blir påverka av dette. Dette er sitat frå to helsesøstre som har mindre erfaring med dei målretta helseundersøkingane:

«Eg har som mål at dei skal vere fullstendig utfylt, for eg veit at det blir krevd av oss»

«Eg gjer sånn som eg blir bedt om, og det som er forventet av meg, eg er litt sånn som person.»

Ei helsesøster påpeiker dilemmaet med at det er mogeleg å fylle ut spørsmåla slik dei står utan å gi eleven noko meir, og at det kan vere ein enkel måte å jobbe på. Dette kan i følge denne helsesøstera bli ein sovepute, der helsesøster kan vere meir opptatt av å utføre sitt ansvar for å fylle ut dei målretta helseundersøkingane, men der ein fjernar seg frå kjerneoppgåvene til ei helsesøster.

«Då kan du liksom krysse nedover på spørsmåla. Men det gir ikkje noko til meg, og eleven sitter nok sikkert igjen med masse spørsmål om kva som var vitsen med at han/ho var her. Nei, eg synes ikkje det er ein fagleg god måte å møte elevane på. Men det hadde gått heilt fint, ingen som kunne sagt at eg ikkje hadde gjort jobben min... sånn ut frå journalen...»

Fleire helsesøstre fortel også om at dilemmaet mellom plikta til å fylle ut dei målretta helseundersøkinga til punkt og prikke og ønske om ivareta fokus og dialog med eleven, kan opplevast vanskeleg fordi ein kan sitte igjen med ei kjensle av å ikkje ha gjort jobben skikkeleg.

«Det kan gi ein kjensle av at du ikkje meistrar å prestere... no får eg ikkje levert dei talla... det sitt litt på skuldrene...»

Ein annan informant seier at helsesøstre gjerne er litt «flink pike», som gjer det dei får beskjed om å gjere.

«Du har desse punkta, og eg kjenner eg må svare på dei, kanskje litt flink pike...»

Fleire informantar reflekterer rundt det med ansvarsforskyvning frå kjerneoppgåver til ansvar for det å berre fylle ut dei målretta helseundersøkingane.

«Du kan sei at det er ein enkel måte å jobbe på, dersom du tenker det er sånn du skal gjere for å få gjort jobben din. Du slepper liksom å gå inn i noko, og...du får svar på ja og nei og ja og nei. Et du frokost? Ja. Et du lunsj? Ja. Et du grønnsaker? Ja. Dersom du er utbrent treng du ikkje gjere noko meir...».

Ein annan informant reflekterer rundt dette med konflikt til å fylle ut dei målretta helseundersøkingane og å kunne bruke fagleg skjønn:

«Det eg synes er problematisk med dei helseundersøkingane, er at viss det at eg fyller ut dei til punkt og prikke er det viktigaste, viktigare enn dei vi har inne, eg trur jo ikkje at nokon meiner det, men av og til kan det kjennast sånn ut. Det er problematisk viss det blir mas om det, og at ein kjenner at ein ikkje har gjort jobben sin, fordi ein ikkje fyller dei ut ordentleg.»

Informanten reflekterer vidare over at det også er viktig at dei fyller ut dei målretta helseundersøkingane ordentleg, fordi dei (Bergen kommune) skal hente ut data. Ho er likevel opptatt av at det tross dette må vere eleven sine behov som kjem først.

«Eg tenker å sjå på det som eit godt hjelpemiddel, og eg skal prøve å fylle ut så godt eg kan, men det viktigaste er jo at dei (elevane) har ei god oppleving når dei er her inne og at dei føler at eg er der, og ikkje inne i PC'en.»

Andre informantar stiller spørsmål om kor informasjon kjem inn i ein statistikk, korleis det blir telt, og kva som er meininga med det.

«Kvifor skal vi gjere det? Kvifor er det mi oppgåve? Det er jo ikkje min rolle. Eg har lyst til å bli kjent med barnet og familien, og hjelpe dei og veilede dei.»

Fleire helsesøstre er tydelege på at kartlegging er viktig og at dei heilt klart ønskjer å bidra til dette, og til at Bergen kommune skal kunne samle informasjon som gir kommunen oversikt over helsetilstanden i befolkninga. Dei er samstundes tydeleg på at dette ikkje kan vere deira viktigaste oppgåve som helsesøster, og at dei ikkje ønskjer å miste sin relasjon med elev og foreldre for å samle inn statistikk.

«Eg har jo mange gangar tenkt: «Kva tener dei der spørsmåla til? Er dei tenleg til eleven, eller er det for at vi samlar data til statistikk?» Og det syns eg ikkje...eg kan

ikkje forstå at det er det vi skal drive med, at det skal vere hovudmålet vårt. Og det har eg tenkt på mange gangar»

4.3 Korleis opplever helsesøster dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar?

Ein god relasjon mellom helsesøster og eleven blir framheva som viktig av alle helsesøstre og har intervjuar.

4.3.1 Møtet med eleven

Fleire helsesøstre fortel at dei målretta undersøkingane kan vere ein god inngangsport til samtale med ein elev, dersom den opnar opp for at helsesøster kan bruke dei tema som er aktuelle ut frå sitt skjønn. Eit eksempel er blant anna spørsmåla om rus, røyk og alkohol. Desse spørsmåla gir ein god inngangsport til å snakke om viktige tema i ungdomsgruppa.

«Då ser dei at dette er ikkje noko eg kjem på fordi eg lurar på dette akkurat med deg, dette er noko vi spør alle om. Då er det ikkje så skummelt for dei, trur eg. Dei veit at alle skal inn og snakke om dei same tinga. Så det tenker eg er veldig bra.»

At helsesøster då kan sei til eleven at dette er noko eg snakkar med alle om, kan då gjere det lettare å stille vanskelege spørsmål. Standardiserte kartleggingsverktøy kan då hindre at nokon kjenner stigmatisert, nettopp fordi dei veit at alle blir spurt.

På denne måten kan ein sei at ein standardisering av konsultasjonane kan verke skjermende for helsesøstre, ved at ho kan forklare dette som årsak til kvifor ho spør om dei aktuelle spørsmåla.

«Dei sitt med meg ved skjermen og ser på spørsmåla og veit at det er akkurat dei same spørsmåla eg stiller til alle, så dei kjenner seg ikkje stigmatisert på noko måte. Vi kjem inn på røyking og snus og såne ting, og du kan få ein fin samtale med dei ut frå dei spørsmåla.»

Samstundes fortel helsesøstre om at det kan vere ubehageleg for både foreldre og helsesøstre at enkelte spørsmål blir stilt, og at det derfor er ekstra viktig å førebu foreldre på at alle blir stilt desse spørsmåla. Ein informant fortel at ho ved fleire anledningar har fått kritiske tilbakemeldingar i etterkant, fordi temaet barnevernsteneste blei tatt opp, og foreldre ikkje ønskte at dette temaet skulle bli tatt opp framfor barnet.

«Det var ei mor som ringte meg ganske kjapt etter at dei hadde gått... og då... ho nærmast skjelte meg ut, fordi eg hadde nemnt det (med barnevernstenesta) når barnet satt her... ho meinte det ikkje var riktig å gjere...»

Informanten lærte seg at det blei viktig å informere alle foreldre i forkant om at alle spørsmåla i helseundersøkinga blir stilt alle og at det er Bergen Kommune som har bestemt at dei skal stille disse spørsmåla for å samle statistikk. Informanten forklarar at ho kjenner på eit behov for å få foreldre til å forstå kvifor ho stiller alle spørsmåla i den målretta helseundersøkinga, og at ho ved å gjere dette ønskjer å unngå ubehag i situasjonen. Ei anna helsesøster fortel at ho nesten unnskyldar at ho stiller så mange spørsmål, men seier at det er fordi det er pålagt ho å gjere det.

«Altså, eg pleier å sei at det er noko vi er pålagt å... ja, unnskyldar det litt nokre gongar, og i alle fall når eg syns at spørsmåla er dårlege, eller det ikkje er noko eg kunne tenkt meg å spørje om sjølv, så har eg vel sagt at det er pålagt. Og til nokre har eg jo sagt at dei samlar statistikk og at det er anonymt.»

Ein annan informant fortel at det kan kjennes ubehageleg å stille enkelte spørsmål til elevar, til dømes spørsmålet om eleven er fornøgd med egen kropp.

«Eg liker ikkje å spørje det spørsmålet der når det er overvektige elevar som sitt der. Eg synes ikkje det er kjekt å spørje det spørsmålet der.»

Informanten seier at ho opplever det ubehageleg å stille eleven spørsmålet, fordi ho ser det er vanskeleg for eleven å svare. Helsesøster opplever at ho setter eleven i ein vanskeleg situasjon, utan noko god grunn, anna enn å hake av spørsmålet i den målretta helseundersøkinga.

Fleire informantar fortel at det av og til kan vere vanskeleg å få gjennomført spørsmåla fordi dei ser på barn og foreldre at dei heldt på å gå lei. Ein helsesøster seier at dette gjeldt spesielt 3. klasse undersøkinga, sidan den er så detaljert i spørsmåla. Ho seier at ho blir flau til slutt, fordi ho går så detaljert inn i spørsmåla.

«...men eg blir flau til slutt, for eg går så utruleg inn i spørsmåla: kor ofte pussar du tenner, har du fluortannkrem, tar du fluortablett, eller er det fluorskylling du bruker... det er ikkje noko kjekt...»

Informanten fortel at ho har ulike strategiar når ho ser at familien heldt på å gå lei av spørsmåla:

«Nokre gonger har eg latt vere å spørje nokre av detaljspørsmåla, fordi eg ser at eg mister familien. Då har eg kanskje ikkje spurt alle detaljspørsmåla om tannpuss...det blir for detaljert. Eg kan lese på kroppsspråket at no...no er det rett før dei reiser seg og går. Eg må forklare at dette er statistikk-spørsmål frå Bergen kommune...for at det skal bli meir forståeleg kvifor eg spør...ja, for det er ikkje eg som spør fordi eg syns det er veldig viktig, men Bergen kommune som skal føre statistikk. Det er rett og slett for å gjere stemninga lettare»

Helsesøstre fortel at dette kan gjere noko med korleis eleven oppfattar det å gå til helsesøster.

«...dei blir jo så lei. Dei begynner å hoppe rundt på kontoret, klatrar på veggene til slutt. Det blir liksom ikkje det positive treffet hos helsesøster. Det blir kjempekjedeleg å snakke om det her så lenge.»

Fleire informantar fortel om det same, at det kan kjennast ubehageleg å stille spørsmåla fordi dei blir for detaljerte til at dei klarar å få det inn i ein naturleg samtale. Fleire helsesøstre fortel at dei kjenner på at dei gjer ein jobb for andre, og at dei ikkje skjønner at det er naudsynt med den mengda detaljerte spørsmål.

Ei helsesøster fortel at spørsmåla ikkje alltid opplevast som nyttig i møte med eleven. Ho vil heller snakke om til dømes variert kosthald og måltid som en funksjon inn i familien, i en samtale framfor å hake av om dei et frukt og grønnsaker og kor mange gonger i veka dei et det.

«Eg føler ikkje, og mange med meg, at det ikkje er ein nyttig måte å stille spørsmåla på...det der at vi føler at det er meir for statistikken sin del, enn for vårt møte med ungdommen, det er det som er vanskeleg for oss.»

Fleire helsesøstre stiller spørsmålet om det blir eit nyttig arbeidsverktøy for helsesøster, eller om det er eit verktøy for å samle inn informasjon. Fleire helsesøstre stiller spørsmål om kvifor det er så mange og detaljerte spørsmål, og om det er naudsynt at helsesøstre stiller alle desse spørsmåla.

«Eg kjenner jo ikkje at eg gjer den jobben som er viktig å gjere. Eg får kanskje ikkje fram det som er viktig å få fram i den samtalen»

Fleire helsesøstre fortel at når dei bruker dei målretta helseundersøkingane er det dei som styrer samtalen, og at det kan vere vanskelegare for eleven å kome fram med det dei er oppteken av.

«Når vi driv med den helseundersøkinga, er det vi som stiller spørsmåla. Det blir ei sjekklister, og det trur eg kan opplevast som ein kontroll. Og då mister vi mykje av det som ei god helsesøster skal vere...ein trygg og god relasjon som dei skal kunne ta kontakt med dersom dei har behov.»

Alle informantane er opptatt av at det er viktig at eleven skal få komme fram med det dei er opptatt av. Helsesøstre nemner også at det er viktig for dei å skape tillit og bli kjent med elevane. Ein informant seier at ho er opptatt av å finne ut kva dei strevar med og hjelpe dei å løyse opp i det, ved å fokusere på deira ressursar. Det er også viktig for ho å rydde litt med dei, dersom eleven står i kaos, og deretter gi dei verktøy til å handtere utfordringane. Ho er opptatt av at dei skal gå ut frå kontoret hennar med ei god kjensle om seg sjølv.

Ein informant seier at det aller viktigaste er at eleven føler seg sett, høyrte og forstått. Informanten seier at ho prøver å legge opp til ein refleksjon, og at ho og eleven kan reflektere rundt ting saman. Ho seier at det kan vere enklare å vere meir lydhøyr for kva eleven er opptatt av når ho ikkje bruker dei målretta helseundersøkingane.

«...då er ein jo meir lydhøyr for det eleven fortel, eg trur eg fangar opp mykje meir når det ikkje er den målretta helseundersøkinga»

Ein annan informant seier at ho i samtale med elevar der ho ikkje bruker målretta helseundersøkingane, sitt på eit annan stad, vekk frå datamaskina, og då pratar meir avslappa rundt det eleven tek opp.

«Eg føler det blir ein meir god samtale, utan dei målretta helseundersøkingane»

Informanten fortel at ho også kan oppleve å få tilbakemelding av elever i form av: «Er vi ikkje snart ferdige? Er det lenge igjen?» Informanten seier at ho derfor skulle ønske at dei målretta helseundersøkingane, og spesielt 3. klasse helseundersøkinga, hadde vore mykje kortare. Informanten har også fått tilbakemeldingar frå foreldre, ho fortel om eit døme på ei mor som reagerte negativt på spørsmålet om eleven er fornøgd med kroppen. Mora sa at ho ikkje vil ha fokus på kropp, fordi hennar dotter hadde dårleg sjølvbilete, og ho ville ikkje at det skulle bli ytterlegare understreka. Informanten fortel at fleire foreldre hadde reagert negativt på dette.

«Dei gav beskjed, og det syns eg er veldig fint, at vi ikkje kan ture fram akkurat sånn som vi vil, og at folk faktisk reagerer på det same som vi reagerer på. Eg hadde også reagert, viss eg var mor som satt der, og helsesøster skulle spørje om kroppsoppfatninga til mi dotter, når det er så mykje kroppspress elles i samfunnet...eg skjønner ikkje at det kan vere ei helsesøster som kan ha laga desse spørsmåla...»

Fleire helsesøstre som jobbar med dei eldre elevane (8. klasse og vg1), spør av og til elevane korleis det var for dei at helsesøster bruker dei målretta helseundersøkingane. Dei fleste elever svara då at det er heilt greitt. Nokre elevar kan vise med kroppsspråk at dei går lei, for eksempel ved at dei gjespar, men helsesøstrene tenker stort sett at det opplevast greit for elevane. Ein informant fortel at elevane stort sett seier at det var greitt med den målretta helseundersøkinga, men at ho også har opplevd ein elev gi tilbakemelding om at det er betryggande at helsesøster spør om dei ulike spørsmåla.

«Det var ein som sa: «Jo, eg syns det er litt betryggande at du spør så mykje». Det var det ein som sa. Dei fleste svarar at det gjekk bra med den målretta helseundersøkinga: «Jo, det gjekk bra»...som om det var ein prøve dei hadde bestått».

Ein informant fortel at ho har opplevd at enkelte av temaene som blir tatt opp kan vere vanskeleg for foreldra å snakke om framfor eleven, og tek fram eit døme som gjeld spørsmålet som går på buforhold.

«I 1. klasse helseundersøkelsen stiller vi eit spørsmål som går på buforhold. Og då opplever eg, dersom dei ikkje har det så greit, at foreldra er veldig unnskyldande... og skal forklare...dei kjenner kanskje at dei må gi ein forklaring på kvifor det er sånn. Og då kjem det gjerne fram ting som barnet kanskje ikkje bør høyra på...at dei har det trangt økonomisk, eller at dei vil bu i det området, men ikkje har råd til å kjøpe noko anna.»

Ein informant seier at ho lurar på korleis det er for foreldre å bli spurt om alle spørsmåla i den målretta helseundersøkinga, ho etterspør ei spørreundersøking på foreldra si oppleving på dette.

Ei helsesøster seier at ho synest det er spesielt vanskeleg når det gjeld dei elevane som ikkje har bruk for noko meir oppfølging anna enn den målretta helseundersøkinga.

«Men dei som kjem berre den eine gongen...det er det dei får frå skulehelsetenesta...»

Ho seier at det er viktig for ho å understreke for desse elevane at dette berre er ein screeningundersøking, og at ho er her for dei om dei ønskjer å ta kontakt med ho seinare.

4.3.2 Brukarmedverknad

Fleire helsesøstre er opptatt av at dei målretta helseundersøkingane kan få innverknad på dialogen mellom helsesøster og eleven/foreldre. Då dei målretta helseundersøkingane kan innehalde mange spørsmål, fortel fleire helsesøstre at dei kan bli opphengt i spørsmåla og at det kan bli vanskelegare å ha ein naturleg samtale, og at kan opplevast som ein intervjuseanse. Helsesøstre fortel at det opplevast vanskeleg å måtte snu seg vekk frå den dei snakkar med, fordi dei må snu seg til PC'en med jevne mellomrom.

«Eg får jo ikkje den konstante blikkontakten med eleven som eg skulle ønske, slik som eg har i andre samtaler. Eg er nødt til å snu meg, sånn frem og tilbake heile tida, eg syns jo egentleg det er på grensa til å vere uetisk, å heile tida skulle snu seg vekk frå den ein snakkar med.»

Informanten seier også at det for eleven ikkje kan vere så enkelt å komme der til alle dei spørsmåla, og at helsesøstre forventar at dei skal vere opne på det første møtet, og at ein kanskje ikkje kan forvente at eleven skal vere det. Ho fortel vidare at ho ikkje synes den målretta helseundersøkinga ikkje er så god til å få fram det dei strever med, fordi det er for mange punkter som ein skal gjennom.

Fleire helsesøstre fortel at dei har opplevd å kome til helsesøstre med sine egne barn, der helsesøster har sitta og sett inn i skjermen, og har då opplevd korleis det er å sitte på den andre sida.

«Eg har jo opplevd helsesøstre sjølv som eg har gått til med egne barn, som har sitta og sett inn i skjermen og ikkje på meg. Det tenker eg at ein må kunne frigjere seg frå, at ein ikkje må bli for opptatt av den helseundersøkinga.»

Andre helsesøstre fortel at den målretta helseundersøkinga ikkje nødvendigvis er eit godt utgangspunkt for å finne ut korleis eleven har det. Ei helsesøster fortel om døme der ho har brukt den målretta helseundersøkinga i møte med elever som har stort fråvær, eller der lærar har hatt bekymring for elever og dermed tilvist dei til helsesøster. Helsesøster fortel at alle spørsmåla ho stilte, skapte ein distanse mellom elev og helsesøster, og at dei ikkje kom fram til det som var vanskeleg for eleven. Læraren prøvde å få eleven til å fortsette med å gå til helsesøster, men han ville ikkje tilbake. Denne helsesøstera reflekterte over dette, og sa at det

hadde vore mykje betre å ta eleven inn til ein open samtale, og at ho etter dette bestemte seg for å gjere dette heilt annleis med neste elev. Ein annan informant fortel at ho fleire gongar har opplevd at eleven, etter å ha gjennomført heile den målretta samtalen, ser ut til å ha det heilt fint, men at det ikkje treng å vere riktig.

«Når eg har kjørt gjennom heile undersøkinga, uansett korleis eg har spurt og opna opp...så er alt fint. Og då høyrest det ikkje ut til at det er eit einaste problem. Så kjem ein til det siste spørsmålet: Oppfølging. Ja, då får dei oppfølging hjå BUP. Då har dei oppfølging for angst og andre ting, men det har ikkje kome fram i undersøkinga i det heile tatt.»

Helsesøstre seier sjølv at dei opplever dei målretta helseundersøkingane som ein kræsje opp mot verdiar som for eksempel empowerment, fordi det hovudsakeleg er lukka spørsmål, og veldig mange spørsmål dei må stille.

Helsesøstre fortel om at dei målretta helseundersøkingane kan opplevast som ein kunstig samtale og at dette kan gå ut over relasjonen og dialogen mellom helsesøster og eleven. Helsesøstre er opptatt av at dei skal vere eit lågterskeltilbod, og at dei ønskjer at elevane skal ha lyst til å kome tilbake når dei har behov. Helsesøstre formidla at det er lett å bli for opphengt i dei målretta helseundersøkingane, og at dette kan vere øydeleggande for den gode samtalen.

«Det å bruke ein sånn mogelegheit til å få kontakt, den mister vi kanskje litt i forhold til at det er så mange spørsmål. Og viss du då har fokus på å få svar på spørsmåla, så mister du litt den der dialogen.»

Ein informant fortel at elevane i 8. klasse ofte sitt framfor PC'en saman med helsesøster, og fyller ut svara. Ho har fått reaksjonar ved at elevar har stilt spørsmålsteikn ved kvifor det på nokre spørsmål kjem opp eit raudt kryss når dei har haka av.

«Raudt kryss fordi du ikkje har fått mensesen når du er 13 år...det er jo ikkje unormalt å ikkje ha fått mensesen når du er 13 år»

På spørsmål om eleven kan vere med å styre samtalen ved bruk av dei målretta helseundersøkingane, svarar dei fleste helsesøstre at det er lite rom for det, at det er helsesøster som styrer ved å følge spørsmåla.

«Eg styrer det, og dei sitt litt på sidelinja og svarar...det blir litt sånn autoritært»

Fleire helsesøstre peiker på at mengda spørsmål gjer at dei må styre samtalen slik at dei får kryssa ut svara på spørsmåla i den målretta helseundersøkinga. Dersom dei lar foreldre eller eleven styre for mykje, seier helsesøstre at dei då ikkje rekker gjennom spørsmåla.

«Eg lar dei jo snakke litt, men eg må jo styre dei inn igjen på desse spørsmåla, dersom eg skal blir ferdig. Men det er jo viktig at dei kjenner seg møtt og sett. Det er derfor ikkje sånn at eg ikkje lar dei snakka, men kanskje ikkje like lenge som om eg ikkje hadde hatt dei spørsmåla.»

4.3.3 Helsesøster som overvakar?

Fleire helsesøstre i denne studien nemner blant anna ord som gransking, grilling, etterforsking, intervjuanse og kontrollorgan når dei fortel om korleis det er å bruke dei målretta helseundersøkingane. Helsesøstre opplever at dette står i sterk kontrast til det dei ønsker å vere for eleven. Ein informant seier at helseundersøkinga er eit avkryssningskjema, og at ho lurar på om foreldre opplever det som at helsesøstre målar dei, eller etterforskar dei.

«Vi skal jo styrke foreldrerolla, vi skal hjelpe dei, vi skal støtte dei. Vi skal ikkje trakke på dei og få dei til å føle seg som ein dårleg mor eller far. Og det kan det vere at nokon av dei opplever»

Ein informant seier at dette kan øydelegge for den relasjonen helsesøstre ønsker å ha til elev og foreldre.

«...så blir vi sånne som skal føre tilsyn, eller undersøke meir, spionere på eller sjekke ut...og då kan vi øydelegge den rollen med at vi skal vere ein som det skal gå an å komme til, og ha tillit til»

Ein informant fortel at spesielt 3. klasse undersøkinga gir kjensla av at ho utfører eit forhøyr.

«...det blir for omfattande med den 3. klasse helseundersøkinga, det blir sånn grilling....altså eg føler at eg berre kan sette på flombelysninga...ja, sånn forhøyrrom...»

Same informant fortel at 1. klasse helseundersøkinga og 8. klasse helseundersøkinga er enklare å gjennomføre og at ho på desse ikkje får den same kjensla av at ho «grillar» elev og foreldre. Eit par helsesøstre seier at ho trur ungdomar er vant med å fylle ut undersøkingane.

«..men eg syns det er lettare å kome gjennom skulestartundersøkinga (1. klasse helseundersøkinga), det går mykje lettare og fortare, eg kjenner ikkje at eg grillar folk. Eg syns skulestarten er betre, den går greitt. 8. Klasse kjennest også ganske greitt.»

4.4 Korleis opplever helsesøster mogelegheit for å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingane?

4.4.1 Tilbakemelding

Det kjem fram at det er uklart for helsesøstre kor dei eventuelt skal gi tilbakemeldingar på dei målretta helseundersøkingane. Eit par helsesøstre tenker at dei skal gi tilbakemelding til HsPro superbrukarar i bydelen, andre til næraste leiar (gruppeleiar eller einingsleiar), andre seier at det er systemansvarleg for HsPro det er naturleg å gi tilbakemelding til, medan andre igjen at det er rådgivar for Etat for barn og familie dei tenker det er naturleg å gi tilbakemelding til. Andre informantar er ærleg på at dei ikkje anar kor dei skulle tatt kontakt med ei eventuell tilbakemelding. Dette kan tyde på at informantane er usikker på kva som er rett kanal å gi tilbakemelding til og kven som er rett mottakar for ein eventuell tilbakemelding.

Fleire av helsesøstre fortel at dei har prøvd å gi tilbakemelding, anten personleg eller samla frå sin avdeling. Dei fleste helsesøstre fortel at dei blir møtt med forståing av sin næraste leiar, og at avdelingsleiarar sender tilbakemeldingane vidare opp i systemet. Fleire fortel om at dei anten ikkje høyrer noko tilbake, eller at dei får muntleg tilbakemelding om at det skal vere slik det er. Fleire helsesøstre seier derfor at det ikkje nyttar å gi tilbakemelding. Informantar seier også at dei derfor kjenner at dei ikkje har mogelegheit til å påverke dei målretta helseundersøkingane.

«Eg trur det er slik at dei fleste av oss har gitt opp når det gjeld å gi tilbakemelding.»

Fleire helsesøstre seier at dei ønskjer å bli høyrte på kva dei meiner bør vere med i dei målretta helseundersøkingane. Dei peiker også på at helseundersøkingane kan vere tilstades, og at det også kan vere bra å ha dei, men at dei då vil bli høyrte på korleis dei meiner helseundersøkinga bør vera.

Et par informantar fortel også om at dei har fått tilbakemeldingar på at det berre er deira bydel som ikkje er fornøgde med dei målretta helseundersøkingane, og at alle dei andre bydelane er heilt fornøgde med å bruke dei målretta helseundersøkingane. Dette gjer at informantane tenker

at det ikkje er vits i å gi tilbakemelding om korleis dei opplever å bruke dei målretta helseundersøkingane.

«Dei seier at vi kan melde inn, men så får vi tilbake at det er vår bydel som ikkje er fornøgd, og at dei andre bydelar er heilt fornøgd. Javel. Så då blir det ikkje gjort noko. Så då har vi berre gitt opp å gi tilbakemelding.»

Desse helsesøstrene peiker på at dette ikkje er ein god måte å ta i mot tilbakemeldingar på og at ein gjerne berre sluttar å gi tilbakemeldingar når ein blir møtt på denne måten. Samtlege helsesøstre frå dei 4 ulike byområda fortel at dei opplever at dei ikkje har mogelegheit til å påverke bruken og utvikling av dei målretta helseundersøkingane.

«No har vi berre gitt opp i forhold til det, og tenker då...okei, då må eg gjere jobben min litt interessant på ein annan måte...for viss du berre sitt med sånne helseundersøkingar...altså då kan du miste litt glede ved jobben, rett og slett.»

Fleire helsesøstrene svarar at dei ikkje har fått oppfordring om å gi tilbakemelding på korleis dei opplever dei målretta helseundersøkingane. Eit par helsesøstre fortel at dei har fått oppfordring om å gi tilbakemelding ein gong, men at det var med kort frist i forbindelse med ein ferie, og at det derfor var mange som ikkje fekk mogelegheit til å svare.

Fleire informantar fortel om at svaralternativa i dei målretta helseundersøkingane ikkje alltid passar. Ei helsesøster tek fram eit eksempel: «Er du fornøgd med kroppen din?» Om eleven svarar «Nei», er det fire alternativ: Litt for tynn, altfor tynn, litt for tjukk, altfor tjukk. Ho påpeiker at elever kan vere misfornøgd med kroppen sin av andre grunnar, men at ho då ikkje får kryssa ut årsak. Informanten påpeiker at det burde vore eit alternativ som heiter «Anna», slik at ein då kunne kome med ein kommentar der. Ein anna informant fortel om at alternativa under «Utilfredsstillande søvn» ofte ikkje passar med det som er årsaka til kvifor eleven søv dårleg, og at det også der burde vore eit alternativ «anna» som ein kunne kryssa av på og deretter kommentert på.

Alle helsesøstrene påpeiker at dei ønsker å ha ein mogelegheit for å både kunne diskutere seg i mellom korleis dei skal bruke dei målretta helseundersøkingane, men også at det skal vere tydeleg for alle korleis dei kan gi tilbakemelding. Nokre helsesøstre foreslår at ein mogelegheit kan vere at ein jobbar med det på fagmøte i bydelen, og at ein deretter kunne gi felles tilbakemeldingar. Andre tenker at det bør vere ein mogelegheit til at kvar og ein kan gi

individuelle tilbakemeldingar, for eksempel ved at det kom ein årleg førespurnad om tilbakemeldingar, som deretter blei gjennomgått.

Fleire informantar svarar at ein gjerne tenker at ein skulle gitt tilbakemelding, men ettersom det ikkje er noko system for tilbakemelding, kan dette gjere ein usikker på korleis ein skal gjere det. Samstundes er kvardagen travel og dermed blir det ikkje prioritert. Fleire påpeiker at det burde vore ein system for tilbakemelding som var kjent av alle. Fleire påpeiker også at det må vere kjent at tilbakemeldingar blir tatt på alvor, og at dersom ein berre får svar om at «slik skal det vere», fører det til ein oppleving av at det ikkje nyttar å gi tilbakemelding. Ein informant nemner at ho er usikker på om tilbakemeldingar blir sett på, og derfor legger ein kanskje ikkje så mykje arbeid i å gi tilbakemeldingar.

Fleire informantar seier at det er viktig med ein klargjering av bruken av dei målretta helseundersøkingane, og at dei saknar å få ei stadfesting på at det er ok å bruke fagleg skjønn i møte med eleven, som då kan medføre at ein ikkje fyller ut den målretta helseundersøkinga heilt fullstendig.

4.4.2 Opplæring

Det kjem fram at helsesøstre peiker på det er rom for ulik tolking av korleis dei ulike spørsmåla i den målretta helseundersøkinga skal fyllast ut og at fleire saknar opplæring på dette. Fleire helsesøstre stiller derfor spørsmål om kvaliteten på statistikken som Bergen kommune hentar ut frå dei målretta helseundersøkingane.

Når det gjeld opplæring i bruk av dei målretta helseundersøkingane, svarar alle informantane at dei ikkje har fått noko formell opplæring. Fleire har fått kollega-opplæring, dei har spurt sine kollegaer når dei har lurt på noko. En bydel hadde ein fadderordning, der ein som nyttilsett hadde ein spesifikk kollega dei kunne spørje om hjelp ved behov. Fleire fortel at dei har oppdaga etter kvart at dei skulle gjort ting annleis ved bruk av dei målretta undersøkingane, men ikkje hadde denne informasjonen frå starten. Fleire helsesøstre seier at dei er egnelært, det vil sei at dei har prøvd seg fram på eiga hand. Dei som har vore helsesøsterstudent i kommunen, fekk noko opplæring av sin veileder på praksisstaden. Helsesøstrene i denne studien fortel at dei ikkje har fått noko systematisert opplæring på korleis dei skal bruke dei målretta helseundersøkingane.

«Opplæring har mangla. Så eg hadde ein veldig bratt læringskurve. Det var to dagar med ho som skulle slutte, og så var det sånn...nei, no må du klare deg sjølv. Så

egenlært, omtrent. Så eg visste egentleg ingenting, før eg satt der første gangen, med helseundersøkinga.»

Helsesøstre fortel at dei ønskjer ein systematisert opplæring for alle nyttilsette, då dette er noko som har vore sakna av mange. Fleire seier at dei også ønskjer at dei er ein kontinuerleg opplæring, for eksempel på halvårleg basis, der ein tek opp seg i mellom korleis dei målretta helseundersøkingane skal brukast.

Nokre helsesøstre fortel at dei har diskutert seg i mellom korleis dei bruker dei målretta helseundersøkingane, og dei har oppdaga at dei bruker dei ulike målretta helseundersøkinga på ulik måte, og at ulike helsesøstre tolkar spørsmåla i dei målretta helseundersøkingane ulikt.

«Det er mange forskjellige måter vi kan gjere dette på. Dersom dei tenker, dei som har laga dette, at dei skal bruke det til forskning, eller dra ut tal av det og sånn...og det skal vere reelle tal, så er det kjempeviktig at vi gjer det likt og tenker likt. Og det er det ikkje no.»

Samtlege helsesøstre i studien peiker på eit behov for ein systematisk opplæring, nettopp for å kvalitetssikre at helsesøstre bruker dei målretta helseundersøkingane på ein meir lik måte.

«Vi har det eine spørsmålet om fysisk aktivitet, det trur eg er 1. klasse, sant...der står det jo ikkje om det er frileik eller om det er organisert...så viss du ikkje har snakka om det, så tenker nokon at det er organisert og nokon tenker at det er frileik. Og då kryssar nokon for 7 dagar i veka, og nokon ingen fordi at dei går ikkje på organiserte aktivitetar. Og det har vi gjort, mange av oss, vi har tenkt heilt ulikt...og kryssar med beste intensjon...men likevel heilt feil»

Dette er eit av fleire døme som helsesøstre fortel om, der dei har oppdaga at dei tolkar innhaldet i eit spørsmål på ulik måte. Fleire helsesøstre stiller derfor spørsmål om kvaliteten på dei ulike dataene.

«Det ser du jo litt på statistikken, for noko av det er jo litt overraskande...og då lurar eg veldig på om det heller er korleis vi spør og korleis vi kryssar av, enn at det er reelle forskjellar.»

Ein informant seier ho tenker at data som blir henta ut frå dei målretta helseundersøkingane er til å stole, i alle fall dei store trekka, men kanskje ikkje heilt på underspørsmåla.

«Den informasjonen dei får ut tenker eg ein kan stole på. Sjølv om nokre spørsmål som kor mykje frukt dei et og om dei bruker fluorskylling, det er nok nokre sånne smådetaljar som ikkje er 100%, men dei store linjene tenker eg du kan stole på.»

Fleire andre helsesøstre er tydeleg på at data og statistikken som blir henta ut, må vere veldig usikre data nettopp fordi helsesøstre fyller inn svara på ulik måte.

«Det blir jo veldig usikre data, fordi vi gjer akkurat det vi har tid til. Og det blir ikkje likt på nokon av dei eg gjer det på. Det kan også blir heilt ulikt innanfor same bydel, fordi helsesøstrene tolkar spørsmåla ulikt.»

Helsesøstre fortel at dei ønskjer ein arena i bydelen der dei kan møtes og saman gå gjennom korleis dei bruker og tolkar spørsmåla i dei målretta helseundersøkingane. Ei helsesøster fortel at dei i sin bydel har eit opplegg der dei eit par gongar i året gjer nettopp dette, ein går her gjennom korleis ein tolkar dei ulike spørsmåla, og så kjem dei andre helsesøstre med innspel. Dette er ikkje noko systematisk gjennomgang satt i verk over heile kommunen, men eit initiativ satt i verk via ein gruppeleiar i den aktuelle bydelen. Andre helsesøstre fortel at dei ikkje har noko arena for å diskutere korleis dei bruker dei målretta helseundersøkingane.

Ein informant fortel at ho opplever at spørsmåla i dei målretta helseundersøkingane er ganske sjølvforklarande og dei derfor er grei å fyller ut.

«Spørsmåla går greitt, du berre klikkar inn på dei... ganske sjølvforklarande å gjere dei»

Det er med andre ord eit stort sprang på korleis helsesøstre opplever spørsmåla, frå at dei er sjølvforklarande til at dei kan tolkast ulikt.

Fleire av helsesøstrene skildrar eit behov for å evaluere og oppgradere dei målretta helseundersøkingane for å oppretthalde kvalitet i tenesta. Dette på grunn av at dei målretta helseundersøkingane, slik dei er i dag, kan medføre misforståingar og frustrasjon blant helsesøstre. Nokre helsesøstre seier at dei fyller inn svar på enkelte av underspørsmåla, sjølv om dei ikkje har fått spesifikt svar frå eleven eller foreldre, men at ein tek ein cirka gjetting ut frå det dei har snakka om. Grunnen til at nokre helsesøstre gjer det er at dei seier at ein må ha kryssa av alle spørsmål for å få kontrollert og signert notatet. Dersom eit spørsmål ikkje er svart på, kjem det opp ei rute med det aktuelle spørsmålet som står open. Andre helsesøstre fortel at dei vel å trykke på «Lagre», då får ein lagra den målretta helseundersøkinga, sjølv om det er fleire spørsmål som ikkje er svart på.

Fleire helsesøstre stiller seg undrande til at det ikkje har vore noko evalueringa av dei målretta helseundersøkingane sidan dei blei innført i 2010. Alle helsesøstrene har innspel til korleis dei tenker dei målretta helseundersøkingane kunne fungert betre i praksis, og dei gir også uttrykk for at dei ønskjer å delta i ein evaluering ved å fortelje om sine erfaringar.

Ei helsesøster påpeiker at ein del av underspørsmåla kanskje ikkje er naudsynt, dersom helsesøstre likevel hoppar over dei. Ho etterlyser meir samhandling mellom helsesøster og dei ansvarlege for dei målretta helseundersøkingane i kommunen

«Vi kunne hatt ei gruppe med dei som sitter med dei målretta helseundersøkingane til dagen og kommunen, gått gjennom dei...trur det kunne vore nyttig. Trur det manglar litt forståing begge veier.»

Fleire helsesøstre etterlyser meir informasjon om kva statistikken blir brukt til, samt fortel at dei har vanskeleg for å forstå kvifor Bergen kommune er interessert i detaljnivået i dei ulike spørsmåla.

«Eg kan ikkje skjønne at dei vil ha statistikk på kor mange gongar eit barn vaknar opp i løpet av ei natta.»

Helsesøstre seier at det er naturleg å snakka om søvn, dersom det er ein utfordring for eleven, men at det er mindre vesentleg om barnet vaknar 1-2 gongar om natta eller 3-4 gongar om natta.

4.4.3 Utvikling

Fleire informantar stiller spørsmålsteikn ved kven det er som har laga spørsmåla, og om det er helsesøstre som er med i det arbeidet. Det same gjeld kven som lagar oppdateringar og endringar i dei målretta helseundersøkingane, fleire helsesøstre seier dei ikkje veit kven som står for dette.

«Er det en helsesøster som har laga spørsmålene? Det er faktisk eit arbeidsverktøy til ei helsesøster og då må ein kanskje vite kva som er en grei måte å stille spørsmål på, og kva som er viktig å stille spørsmål om...eg veit ikkje, kanskje er det ein byråkrat som har lagd dei, eg veit ikkje. Men eg skulle gjerne visst det. Er det ein fagperson?»

Fleire helsesøstre fortel om at dei veit lite om dei målretta helseundersøkingane, kven som har laga spørsmåla, og kven som er ansvarleg for oppdateringar. Fleire helsesøstre fortel at ein gjerne skulle visst korleis datamaterialet blir brukt, om det for eksempel er hovudspørsmåla som blir brukt i statistikk, eller om alle detaljspørsmåla også blir brukt i statistikk.

Fleire helsesøstre fortel at dei opplever at det over tid er blitt fleire spørsmål og fleire målretta helseundersøkingar, og at dette kan opplevast belastande i kvardagen. Fleire av helsesøstre som har brukt dei målretta helseundersøkingane sidan dei kom i 2010, seier at dei sidan den gang har auka i mengde spørsmål og at det også er blitt fleire målretta helseundersøkingar.

«Ting har endra seg. Det er blitt meir styrt, det er blitt meir kontrollspørsmål. Det er ikkje så opent som det var i starten, det er meir lukka spørsmål.»

Oppsummering av funn frå intervju med helsesøstre

I denne delen av oppgåva vil eg oppsummere funn basert på intervju med ti helsesøstre i skulehelsetenesta i Bergen kommune. Eg vel å presentere oppsummeringa ved hjelp av dei fire hovudtema som både empiri og drøftingskapittelet er oppdelt etter.

Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta?

Helsesøstre i min studie påpeiker at det er viktig med kvalitetssikring av tenesta, og at målretta helseundersøkingar er ein viktig del av dette. Det at helsesøstre i heile kommunen brukar det same kartleggingsverktøyet blir sett på som viktig for å sikre kvaliteten på skulehelsetenesta. Sjølv om informantane på generelt grunnlag meiner at målretta helseundersøkingar kan vere ei kvalitetssikring når det gjeld standardiserte spørsmål, viser funna likevel at når det kjem til helsesøstre sin praktiske kvardag, kjem det fram ein del faktorar som kan hemme kvaliteten på tenesta. Døme på dette er at dei målretta helseundersøkingar tek for stor plass i konsultasjonen, som igjen fører til mindre fokus på eleven. Til tross for at ei målretta helseundersøkingar er meint å vere eit nyttig verktøy for å avdekke utfordringar hjå eleven, seier fleire helsesøstre at det er enklare å kome fram til det eleven strevar med når dei ikkje bruker dei målretta helseundersøkingane. Eit sterkt styrande kartleggingsverktøy kan vere vanskeleg for helsesøstre å bruke når dei samstundes ønskjer å ha fokus på eleven sine behov. Ein annan hemmande faktor av å bruke dei målretta helseundersøkingane er av helsesøstre skildra som at dialogen mellom helsesøster og elev kan bli påverka negativt, ved at dialogen blir kunstig og ved at den gode samtalen kan bli øydelagt.

Det går igjen at helsesøstrene har oppdaga at dei bruker dei målretta helseundersøkingane på ulike måte, og tolkar spørsmåla på ulike måte. Dette medfører at helsesøstre stiller spørsmål om kvaliteten på datamaterialet som blir henta ut frå journalane. Helsesøstrene undrar seg over kor gyldig denne helsestatistikken er, då det ikkje finns noko mal for utfylling av dei målretta helseundersøkingar.

Korleis opplever helsesøstre at dei målretta helseundersøkingar påverkar deira bruk av fagleg kunnskap og skjønn?

Dei empiriske funna i min studie viser at det profesjonelle skjønnnet kan vera under press. Funn i min studie viser at helsesøstre får brukt sin kompetanse og skjønn meir når ho ikkje bruker dei målretta helseundersøkingane. Det kjem fram at helsesøstrene kan vere usikker på om det er handlingsrom til å bruke det faglege skjønnnet, til dømes til å vurdere å kutte ut delar av den målretta helseundersøkinga. Dei meir erfarne helsesøstrene fortel at det er viktig med erfaring, fagleg kompetanse og skjønn for å kunne bruke dei målretta helseundersøkingane på ein god måte. Funna i studien viser også at helsesøstrene meiner at det er lite plass til kjerneverdier i profesjonen, som salutogenese og empowerment, ved bruk av dei målretta helseundersøkingane. Funn frå min studie viser at helsesøstre problematiserer mogelegheita for at dei målretta helseundersøkingane opnar opp for at det er mogeleg for helsesøster å fylle ut spørsmåla slik dei står utan å gi eleven noko meir, og at det kan vere ein enkel måte å jobbe på. Ein har fylt ut spørsmåla i den målretta helseundersøkinga, men har ikkje gitt eleven det han/ho treng. Dette kan igjen føre til at helsesøster fjernar seg frå sine kjerneoppgåver og blir meir fokusert på sitt ansvar for å fylle ut dei målretta helseundersøkingane.

Korleis opplever helsesøstre dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar?

Dei empiriske funna kan tyde på at den målretta helseundersøkinga kan påverke kvaliteten på dialogen. Fleire helsesøstre i min studie peikar på at dei ikkje kan ha for mange målretta helseundersøkingar på rad, fordi det er krevjande å gå gjennom den på grunn av mengda spørsmål som skal kryssast ut, dette er ikkje er gjeldande ved vanlege samtalar med elevane. Informantane peiker sjølv på at den målretta helseundersøkinga kan vere øydeleggande for den gode samtalen.

Funn frå min studie viser at helsesøstre kan oppleve ubehag ved å stille enkelte spørsmål i den målretta helseundersøkinga. Dei fortel om negative tilbakemeldingar frå foreldre på enkelte spørsmål. Funn frå min studie viser at helsesøstre derfor er opptatt av å forklare kvifor dei stiller spørsmåla og at det er fordi dei er pålagt det av kommunen. Helsesøstrene unnskyldar spørsmåla.

Dei empiriske funn påpeiker at helsesøstrene undrar seg over korleis elev/foreldre opplever å bli stilt så mange spørsmål og om dette gjer at dei opplever at helsesøstre måler dei, eller etterforskar dei. Fleire av informantane i min studie kjenner på ei oppleving av å vere eit kontrollorgan ved å bruke dei målretta helseundersøkingane. Dei bruker ord som grilling, forhøyr, intervjuanse når dei fortel om sine opplevingar ved å bruke dei målretta helseundersøkingane. Når helsesøstre bruker denne typen ord, kan det forståast slik at kartleggingsverktøya kan gi ein negativ og kontrollerande oppleving. Helsesøstrene ønskjer ikkje å ha ei slik rolle. Helsesøstre har i dag stor tillit i befolkninga, og denne tilliten ønskjer dei å behalde.

Funn i min studie viser at dei målretta helseundersøkingane kan utfordre eleven sin mogelegheit til brukarmedverknad. Dette fordi helsesøstrene seier dei styrer dialogen, og har fokus på at dei skal rekke å bli ferdig med spørsmåla på den tida som er satt av. Dersom eleven pratar om ting dei er opptatt av, seier fleire helsesøstre at dei styrer samtalen inn igjen på spørsmåla i den målretta helseundersøkinga.

Korleis opplever helsesøstre mogelegheit for å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingar i HsPro?

Dei empiriske funna tyder på at dei målretta helseundersøkingane ikkje nødvendigvis er et tenleg verktøy i møte med eleven, og at informantane opplever at dei skal hente ut opplysningar frå eleven som skal inn i ein statistisk oversikt, heller enn eit verktøy som er nyttig i deira oppfølging av eleven. Dei empiriske funna viser også at helsesøstrene ikkje opplever at dei har mogelegheit til å gi tilbakemeldingar, då det er uklart kva kanal dei skal melde innspel til endringar av dei målretta helseundersøkingane til. Dei ønskjer mogelegheit for å gi tilbakemelding for på den måten å delta i kvalitetsutviklinga av dei målretta helseundersøkingane, men at dei ikkje veit om det eksisterer noko system der dei kan gjere det. Dei er usikker på om tilbakemeldingar blir sett på, og dermed fører det til at dei tenkjer at det ikkje er vits i å gi tilbakemeldingar. Funn i studien viser at dei helsesøstre som har gitt

tilbakemelding, anten ikkje har høyrte noko tilbake, eller fått beskjed om at dei målretta helseundersøkingar skal vere slik dei er. Dette har ført til ei kjensle av oppgitthet og ei oppleving at det ikkje er vits i å gi fleire tilbakemeldingar. Det kan dermed sjå ut til at det ikkje er system og kultur i organisasjonen for å legge til rette for tilbakemelding frå helsesøstre som bruker dei målretta helseundersøkingar, og dermed frå dei som sitt med erfaringar om kva som fungerer godt, og kva som fungerer mindre godt. Dei etterspør også ein evaluering av dei målretta helseundersøkingane.

Empiriske funn i denne studien viser at ingen av helsesøstrene som er blitt intervjuet har fått noko systematisert opplæring på korleis dei skal bruke dei målretta helseundersøkingane. Fleire fortel at dei ønskjer ein systematisert opplæring for alle nytilsette, samt eit fora for regelmessig erfaringsutveksling, då dette er noko som har vore sakna av mange.

5.0 Drøfting

Målet med dette kapittelet er å drøfte problemstillingar knytta til helsesøstre sine opplevingar og erfaringar med å bruke dei målretta helseundersøkingane i sin veiledning av elevar i skulehelsetenesta. Eg har i denne delen brukt temasentrert analyse (Thagaard, 2013, s. 183). Informasjonen som eg har samla inn frå intervju med 10 helsesøstre, vil her bli drøfta opp mot kunnskapsstatus og aktuell teori om temaet. Dette kapittelet er delt inn i fire underkapittel, som representerer dei fire forskingsspørsmåla. I kvar underkapittel vil eg presentere funn relatert til det aktuelle tema. Dei ulike tema går enkelte stader litt over i kvarandre, og det har enkelte stader vore vanskeleg å dele dei heilt frå kvarandre. Enkelte delar av teksten i drøftingskapittelet er henta frå eksamensoppgåva mi i kurs Helse- og velferdspolitik SA6-407 (vår 2016) og eksamensoppgåva mi i kurs Styring, omstilling og leiing i offentlege organisasjonar OR6-502 (vår 2017) som var førebunde arbeid til temaet og teoridelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing. Dette gjeld delar av kapitla 5.1, 5.2, 5.3 og 5.4 (s. 67-95). Delar av teksten henta frå dei tidlegare eksamensoppgåver kan også vere omarbeidd frå opphavsleg form.

5.1 Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta?

Kvalitet og målkonfliktar

Utfordringa med kvalitetsomgrepet er når det blir brukt utan ein overordna, felles fagleg definisjon av kva tenesta legg i omgrepet kvalitet. Øvretveit (1989) referert i Bukve og Kvåle (2014, s. 187) seier at kvalitet kan sjåast på frå ulike perspektiv. Eit pasientperspektiv vil vere oppteken av om pasienten sine behov og ønskje blir ivareteken. Eit profesjonsperspektiv er først og fremst fokusert på kva som er vitenskapleg basert og fagleg forsvarleg, medan eit management-perspektiv held fram effektivitets- og fordelingsverknader. Dette belyser noko som fleire helsesøstre påpeikte, nemleg at ein kan kjenne seg i konflikt mellom å utføre den målretta helseundersøkinga til punkt og prikke (som ein kan tenke seg kan vera kvalitet for kommunen) og samstundes ha eit ønske om at eleven skal kjenne seg ivaretatt og høyrte (som ein kan tenke seg kan vera opplevd kvalitet frå brukar sitt perspektiv), noko som dei empiriske funna viste kunne vere ein utfordrande balansegang for helsesøstre. Dette samsvarer med Nilsen (2013, s. 28), som i sin studie fant at hovudutfordringane til helsesøstre var korleis dei kunne handtere konflikten mellom plikt og fagleg kompetanse når dei brukte journalsystemet.

Det profesjonsfaglege perspektivet blir også trekt fram av helsesøstrene i denne studien. Erfarne helsesøstre skildrar at å bruke dei målretta helseundersøkingane slik dei er, utan tilpassingar, som noko dei ikkje kan stå inne for fagleg. Det viser at helsesøstre ser på målretta helseundersøkingar som tiltak for å heve kvaliteten på tenesta, på ein annan måte enn arbeidsgivar.

Folkehelselova §5 (2011) seier at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og dei faktorar som har innverknad på helse. Helsestasjons- og skulehelsetenesta skal bidra til kommunen sin oversikt over helsetilstanden og dei faktorar som kan verke inn på helsa til barn og ungdom, jamfør forskrift om helsestasjons- og skulehelsetenesta, §2-2 (2003). Funn i min studie viser at helsesøstrene er tydeleg på at å samle inn opplysningar for å bidra til statistikk over helsetilstanden til befolkninga ikkje kan vere deira hovudoppgåve, men at dei gjerne bidreg dersom ein kan gjere det på ein måte som ikkje får like stor innverknad på deira relasjon med eleven som det får i dag. Som nemnt i kapittel 1.4, kan oversikt over helsetilstanden til befolkninga kan skaffast på mange måtar, gjennom tilgjengeleg statistikk, systematisert informasjon om brukarane sine behov og problem, brukarundersøkingar for å nemne noko. KOSTRA-tal er også ei viktig kjelde til statistikk (Helsedirektoratet, 2013, s. 26-32). Det kan dermed ligge til rette for at helsesøstre kan bidra til kommunen sin oversikt over helsetilstanden i befolkninga på fleire måtar. Dette kan igjen gi helsesøstre ein moglegheit til ta ein skjønsmessig vurdering på kor stor plass den målretta helseundersøkinga skal ta i den enkelte konsultasjon.

Kartlegging = Kvalitet?

Dei empiriske funna i min studie viser at helsesøstre meiner at dei målretta helseundersøkingane kan bidra til ein kvalitetssikring av tenesta ved at den hjelper helsesøstrene til å minne dei på kva tema dei skal ta opp med eleven. Det går også fram frå funna at dei målretta helseundersøkingane blir av helsesøstrene sett på som ein viktig måte å standardisere korleis helsesøstre møter brukar, slik at ein sikrar mest mogleg lik teneste og dermed kvalitetssikrar tenesta. Samstundes kjem det fram frå helsesøstre at standardisering i form av dei målretta helseundersøkingane påverkar deira bruk av fagleg kunnskap og skjønn, samt påverkar deira relasjon med eleven. Spørsmålet er om kartlegging gjennom standardiserte spørsmål betyr det same som kvalitet for den enkelte elev? Tidlegare leiar i Landsgruppa av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik (2012, s. 68), påpeiker ei bekymring for

at helsesøstre gjennom den systematiske leitinga etter avvik, bidreg til å skape meir problem enn god helsefremming, vekst og utvikling. Pettersvold og Østrem (2012, s. 19) skildrar også den aukande bruk av kartlegging i barnehagen som «jakten på det normale barnet»: eitkvart mogeleg avvik må identifiserast så tidleg som mogeleg. Å oppdage avvika og sette inn målretta tiltak for å få flest mogeleg barn til å passe inn i standarden, blir viktigare enn det som er barnehagen sitt viktigaste formål: å fremje demokrati og felleskap, å møte barn med respekt, og anerkjenne barndommens sin eigenverdi. Dette kan overførast til funna i min studie, som viser at helsesøstre påpeiker at dei målretta helseundersøkingane ikkje må blir viktigare å gjennomføre, enn opplevinga eleven får av å bli møtt på det som er viktig for eleven. Å sikre at kartlegging skal føre til kvalitet kan i denne samanheng bety at helsesøstre må få mogelegheit til å bruke fagleg kunnskap og skjønn i møte med eleven, sjølv om målretta helseundersøkingar blir brukt.

Sjølv om helsesøstre i starten av intervjuet påpeiker at likt tilbod til alle er ein viktig del av kvalitetssikringa av tenesta, seier dei samstundes at dei har oppdaga at helsesøstre utfører dei målretta helseundersøkingane på ulike måter, samt at dei tolkar spørsmåla ulikt. Dei stiller spørsmål om kva dette kan bety for statistikken som blir henta ut, og dermed kvaliteten på data som blir henta ut. Helsesøstre undrar seg over kor gyldig denne helsestatistikken er, då det ikkje finns noko mal for utfylling av dei målretta helseundersøkingar. Spørsmålet er då om ein kan få ulike helsestatistikk ut frå faktorar som ikkje har med reell helseåtføring, men i staden for korleis den aktuelle helsesøster fyller ut spørsmåla. Nilsen (2013, s. 30) fann også i sin studie at helsesøstre tolka spørsmål ulikt, samt at dei var spørjande til kor gyldig datamaterialet er. Funn i min studie bekreftar at helsesøstre fem år etter Nilsen (2013) sin studie, framleis stiller spørsmålsteikn ved kvaliteten på datamaterialet som dei målretta helseundersøkinga produserer. Er det då slik at kartleggingsverktøyet faktisk fungerer som ein kvalitetsheving av tenesta, i dette tilfellet forstått som ein kvalitet på datamaterialet? Helsesøstre i min studie peiker på eit samansett bilete av dette. Tross faktorar som viser at dei målretta helseundersøkingar kan fremje kvaliteten på tenesta, kjem det også fram faktorar som viser at dei målretta helseundersøkingane hemmar kvaliteten på tenesta.

Sjølv om informantane på generelt grunnlag meiner at målretta helseundersøkingar kan vere ei kvalitetssikring når det gjeld standardiserte spørsmål, viser funna likevel at når det kjem til helsesøstre sine praktiske kvardag, kjem det fram ein del faktorar som kan hemme kvaliteten på tenesta (men då kvalitet forstått som til dømes samhandling og brukarmedverknad). Det kjem fram at informantane opplever dei målretta

helseundersøkingane som eit sterkt styrande system og at dette får innverknad på samhandlinga med eleven/foreldre. Helsesøstre fortel at dei kjenner på at dei sitt og fyller ut spørsmåla og kartlegg eleven for å samle inn informasjon som skal brukast i statistikk, meir enn at verktøyet er tenleg for dei i møte med eleven som sitt framfor seg. Spørsmålet er då om kven dei målretta helseundersøkingar representerer ein kvalitetssikring for. Er det for eleven? Eller for skulehelsetenesta? Eller for arbeidsgivar (kommunen)? Dette illustrerer det Øgar (2008, s. 566) seier, at kvalitet kan vere eit produkt av ulike element som blir vektlagt og vurdert ulikt, avhengig av ståstad og eigne oppfatningar. Kvalitetsomgrepet er i betydeleg grad verdilada og subjektivt, og ulike kvalitetselement kan kome i konflikt med kvarandre. Funn i min studie viser også at helsesøstre kryssa ut enkelte svar på spørsmål i den målretta helseundersøkinga utan at dei har fått svaret. Dette kunne skje blant anna på grunn av at helsesøstre ikkje fekk «kontrollert og signert» helseundersøkinga utan at alle spørsmåla var kryssa av. Dette kan då medføre at kvaliteten på datamaterialet som blir henta ut til statistikk ikkje er heilt korrekt. På denne måten kan det styrande kartleggingssystemet i seg sjølv bidra til at ein kryssar av spørsmål utan at ein har fått svaret, som igjen kan medføre lågare kvalitet på datamaterialet som blir henta ut i statistikk.

Spør, så får du svar?

Funn frå min studie viser at enkelte helsesøstre opplever at ein fordel med den målretta undersøkinga er at dei kan få svar som dei kanskje elles ikkje hadde fått, dersom dei ikkje hadde stilt akkurat desse spørsmåla. Det kom også fram at dei målretta helseundersøkingane kunne avdekka avvik hjå eleven som burde fangast opp. Samstundes var dette noko helsesøstre hadde delte meiningar om, då helsesøstre også erfarte at det var enklare å avdekka eventuelle utfordringar hjå eleven når dei ikkje brukte dei målretta helseundersøkingane. Dei målretta helseundersøkingane er i utgangspunktet tenkt som eit hjelpemiddel til å avdekke helseproblem (Glavin 2007, s. 106). Dei empiriske funna viser at helsesøstre kan oppleve at dei ikkje får fram det eleven strevar med, etter å ha brukt den målretta helseundersøkinga. Ein kan då stille seg spørsmål om kvaliteten på kartleggingsverktøyet målretta helseundersøkingar er god nok, eller om slike kartleggingsverktøy i det heile tatt er den beste metoden.

Glavin (2007, s. 108) seier at gode metodar er avgjerande for å unngå at viktige forhold blir oversett, og for å skape tryggleik. Ho seier også at kartleggingsverktøy aldri kan erstatte den

kliniske vurderinga ei helsesøster gjer, eller samtalen ho har med foreldre barn og ungdom. Dette samsvarer med funn i Sleveland (2015) sin studie, der det også var delte meiningar om kartleggingsverktøy betyr kvalitetssikring. Nokre helsesøstre opplevde kartleggingsverktøy som kvalitetssikring ved at ein kunne oppdage fleire utviklingsavvik, medan andre helsesøstre i same studie skildra at dei ikkje oppdaga fleire avvik ved å bruke kartleggingsverktøy (Sleveland, 2015, s. 37). Det kan tyde på at helsesøstre har ulik oppfatning av om kartleggingssystem er ein indikator på kvalitet knytta til mogelegheit for å avdekke avvik, eller ikkje. Her kan nok erfaring vere ein avgjerande faktor, dei meir erfarne helsesøstre i min studie framhevar at det er enklare å finne ut kva eleven strevar med dersom dei ikkje bruker den målretta helseundersøkinga. Dei har opparbeidd seg kompetanse og erfaring til å få i gang ein dialog som tryggar eleven og som gir eleven tillit til helsesøster.

Dei empiriske funna i min studie viser også at informantane opplever at dei målretta helseundersøkingane kan skapa ein distanse mellom helsesøster og elev. Funna viser også at dette kan påverke kvaliteten på samtalen mellom helsesøster og elev i negativ retning. Dette kunne til dømes føre til at elevar viste med kroppsspråk at dei var lei spørsmåla, eller at eleven ikkje ønskte å kome tilbake til oppfølgingssamtalar hjå helsesøster. Her ser ein at effekten av at helsesøster spør så mange og detaljerte spørsmål rett og slett kan føre til at eleven vel å halde seg borte frå vidare oppfølging. Det er altså ikkje alltid helsesøstre får svar, til tross for at dei spør. Ein kan til og med miste vidare mogelegheit til fortsatt kontakt med eleven. Dette er i tråd med funna i studien til Nilsen (2013, s. 35) som tyder på at ein distanse mellom helsesøster og elev kunne oppstå dersom helsesøster lar seg styre av systemet. Martinsen (2005, s. 41-42) hevdar at samtalen er trua i dagens helse- og sosialvesen. Den profesjonelle lyttar ikkje til pasienten for å føre ein samtale ut frå pasienten sin situasjon og problem, men trenger seg på utan eigentleg omtanke og interesse. Dersom helsesøster har fokus på å stille eleven alle dei ulike spørsmåla i den målretta helseundersøkinga, er det dermed mogeleg at dette medfører ein distanse mellom elev og helsesøster. Denne distansen kan gjere at eleven ikkje kjem fram til det som er viktig for dei. PsykiskHelseproffer i Forandringsfabrikken (2018) seier at mange barn og unge ikkje snakkar med behandlar hjå BUP om det som er vondt og vanskeleg på grunn av mykje standardisert kartleggingsverktøy. Eg kjem meir tilbake til dette i kapittel 5.3. Ut frå dette kan ein undre seg over at det å stille så mange spørsmål, som i utgangspunktet har som formål å avdekke utfordringar hjå eleven, rett og slett kan føre til det motsette, nemleg at eleven ikkje kjem fram til det han/ho strevar med.

Som eg var inne på tidlegare seier informantane at dei målretta helseundersøkingane kan vere ein inngangsport til å ta opp vanskelege spørsmål med eleven og foreldre. Det blir i tillegg framheva at dette kan bidra til at eleven ikkje kjenner seg stigmatisert. Dette kan også verke skjermende for helsesøster, som då kan peike på den målretta helseundersøkinga som årsak til at ho spør dei aktuelle spørsmåla. Eit døme er blant anna spørsmåla om rus, røyk og alkohol. Desse spørsmåla gir ein god inngangsport til å snakke om viktige tema i ungdomsgruppa. Dette er i tråd med funna til Nilsen (2013), som fant i si undersøking at nokre helsesøstre opplevde at kartleggingsverktøyet gav legitimitet til å stille nærgående spørsmål (Nilsen, 2013, s. 35). Det er derfor grunn til å tenke at det er både positive og negative sider ved kartleggingsverktøy. Målet bør då vere å framheve dei positive sidene, og aktivt gå i dialog med helsesøstre på korleis ein kan redusere dei opplevde negative sidene ved bruken av dei målretta helseundersøkingane.

Det går igjen hos informantane i min studie at dei meiner at dei målretta helseundersøkingane bør vere både eit verktøy som er hensiktsmessig for dei i møtet med eleven, og som Bergen kommune også kan hente ut informasjon frå. Helsesøstrene er tydeleg på at det i dag er meir motsett, meir eit instrument for å hente ut statistikk, enn eit nyttig verktøy for helsesøster i møtet med eleven og foreldre. Samstundes seier nokre informantar at enkelte målretta helseundersøkingar fungerer betre enn andre, til dømes at 1. klasse helseundersøkinga er betre enn 3. klasse undersøkinga. Funn frå min studie viser altså at det er ulike oppfatningar i høve ulike alderstrinn. Fleire av informantane trekkjer fram 3. klasse helseundersøkingar som spesielt negativ fordi den inneheldt stor mengde detaljerte spørsmål, som helsesøster opplever kan føre til at både eleven og foreldre blir utolmodig og lei. Det er også delte meiningar om 8. klasse helseundersøkinga, nokre trekkjer denne fram som ein god helseundersøking som kan gi gode samtalar med eleven, medan andre seier at den inneheldt for mange spørsmål og kan vere hinder for at eleven kan vere med og styre samtalen, og dermed til hinder for brukarmedverknad. Ein kan ut frå dette stille seg spørsmål om dei ulike målretta helseundersøkingane er tilpassa dei ulike aldersgruppene. Det kan sjå ut til at spesielt 3. klasse helseundersøkinga ikkje er alderstilpassa. Mange trekker fram at det ikkje passar å spørje 8-9-åringar om dei har fått mensesom døme på manglande alderstilpassing av dei målretta helseundersøkingane. Helsesøstre fortel om negative tilbakemeldingar frå foreldre i forbindelse med at desse spørsmåla blei stilt til eleven som er 8-9 år. Ein kan då undre seg over om dette kvalifiserer til kvalitetsomgrepet til Glavin og Økland (2007, s. 79) «egenskaper eller kjennetegn som tilfredsstillar krav og forventningar». Helsesøstre fortel om

reaksjonar frå foreldre som viser at spørsmåla i den målretta helseundersøkinga ikkje innfridde foreldra sine forventningar, nettopp på grunn av negative tilbakemeldingar. Eg kjem tilbake til brukarmedverknad under kapittel 5.3.

5.2 Korleis opplever helsesøstre at målretta helseundersøkingar påverkar deira bruk av fagleg kunnskap og skjønn?

Frå novise til ekspert

Dei empiriske funna viser at helsesøstre med mest erfaring (både meir erfaring som helsesøster og meir erfaring med bruk av dei målretta helseundersøkingane) understreka at dei målretta helseundersøkingane ikkje burde brukast slik dei er, men at det var naudsynt med tilpassingar frå helsesøster. Dette fordi kvaliteten på samhandlinga blei dårleg dersom helsesøster bruker den målretta helseundersøkinga slik den er. Benner (1995, s. 30-49) påpeikar at kompetanse hos til dømes sjukepleiarar utviklar seg i fleire trinn gjennom praksis. *Novisen* er nybyrjar. For å få eit grunnlag å jobbe ut frå, lærer novisen seg reglar, teori, prosedyrar som ho kan jobbe ut frå. Den lærebokstyrande åtferda til novisen er begrensa og lite fleksibel. Dette vil tilsvara den nyutdanna helsesøster som bruker den målretta helseundersøkinga slik den er. Døme på dette hadde helsesøstre sett når helsesøsterstudentar utførte dei målretta helseundersøkingane og helsesøstre såg at dei ikkje fekk ut noko meir enn akkurat svar på spørsmåla. *Den avanserte nybyrjaren* er på eit nivå der prestasjonen er på eit marginalt akseptabel nivå. Handling er framleis regelstyrt. *Den kompetente utøver* har ei kjensle av å meistre dei daglege utfordringane, men manglar den kyndige sitt tempo og fleksibilitet. Dette tilsvarar helsesøstre som seier dei prøver å lausrive seg frå dataskjermen, men likevel er avhengig av å ha dei målretta helseundersøkinga på PC'en framfor seg. *Den kyndige sjukepleiar* er på fjerde nivå, oppfattar situasjonar som heilskap snarare enn uttrykt i element. Ho blir frustrert over dei kontekstfrie reglar fordi ho ser at det er situasjonar der reglane ikkje passar. Døme på dette frå min studie er helsesøstre som påpeiker at dei målretta helseundersøkingane ikkje alltid er alderstilpassa og heller ikkje alltid passar å bruke i møte med utfordringane til den enkelte elev. *Eksperten* er på femte nivå og har ikkje behov for å splitte situasjonar opp i enkelte delar. Ho ser kva som trengs å gjerast, men må finne ut korleis det skal gjerast. Eksperten sine handlingar byggjer på erfaringsbasert, intuitiv situasjonsforståing. Benner (1995) understrekar at dersom ein tvinger ekspertane til å følgje reglar og formelle modeller, medfører det ein svekking av deira ferdigheiter. Dette kan sjåast på som at slike standardiserte spørreskjema, som kan vere positivt og trygt for ein nyutdanna

helsesøster i møte med eleven, kan vere tilsvarande negativ for ei erfaren helsesøster. Den standardiserte målretta helseundersøkinga sørgjer for eit kvalitets-minstekrav til korleis den nyutdanna helsesøster møter eleven. Den trygge og erfarne helsesøster derimot (det som Benner (1995) kallar *eksperten*), som «glittrar» i sin møte med eleven, kan bli tvinga vekk frå sitt faglege skjønns og miste noko av hennar kompetanse ved å bli styrt av standardiserte spørsmål. Det faglege skjønnet kan bli undergrava.

Clancy (2012, s. 69) skildrar i «Dybden i et helsesøstermøte» at reflektert praksis bidreg til å utvikle ein klokskap som kan styrke helsesøster til å sjå variasjonar i ulike situasjonar, å forstå egne begrensningar og tilpasse tilnærming til kvart enkelt møte. Martinsen (2012) refererer til det Aristoteles kallar handlingsklokskap, eller *fronesis*. Fronesis er den gode, kloke og riktige handling som krev bruk av skjønnet (Martinsen, 2012, s. 69). Reflektert praksis vil kunne hjelpe helsesøster til å utvikle sin kompetanse til det Benner (1995) skildrar som den *kyndige sjukepleiar og eksperten*.

Dei empiriske funna viser at helsesøstrene set inn ulike tiltak for å løyse målkonflikten mellom å fylle ut dei målretta helseundersøkingane og å møte eleven på det som er viktig for vedkommande. Slike tilpassingar kunne vere å sette av meir tid, slik at ein rakk å kome gjennom alle spørsmåla, og samstundes ha tid til det eleven ønskte å ta opp. Å ikkje fylle ut alle spørsmåla, var også ein tilpassing helsesøstrene gjorde, med grunngjeving i eige faglege skjønns. Funn i min studie viser at dei erfarne helsesøstrene var klar på at dei ikkje faglege kunne stå inne for å bruke den målretta helseundersøkinga slik den er. Andre tilpassingar kunne vere at helsesøster gjorde om på spørsmåla slik at dei blei til meir opne spørsmål, eller at ho brukte dei ulike tema i helseundersøkinga som eit skjelett for samtalen, heller enn å følge spørsmåla slik dei står. Dette er i tråd med det Benner (1995) seier om den kyndige sjukepleiar, som blir klar over situasjonar der reglane ikkje passar. Den erfarne helsesøster frigjer seg frå verktøyet og bruker det som eit utgangspunkt for samtalen (Benner, 1995, s. 40-45). Dette samsvarar også med funn i Nilsen (2013, s. 32-33) sin studie, der helsesøstre ivaretek samhandling med eleven når dei bruker journalsystemet HsPro, ved elevfokusering og moderering av journalsystemet. Empiriske funn frå min studie tyder på at helsesøstre med minst erfaring er meir bunden til systemet, og at dei kyndige helsesøstre (med meir erfaring) finn sin eigen veg i måten å bruke dei målretta helseundersøkingane. Nybyrjarane er kanskje dei som leverer beste kvalitet (sett frå statistikk-omsyn), medan dei erfarne leverer best kvalitet sett frå eit faglege synspunkt. Det kjem også fram at det er dei erfarne helsesøstrene som «bryt» reglane for korleis gjennomføre dei målretta helseundersøkingane.

Spørsmålet er om kartleggingsverktøy kan føre til at ein gjer seg avhengig og lener seg i for stor grad på verktøya for å kjenne at ein gjer ein god fagleg jobb. Sleveland (2015, s. 46) seier at når ein bruker kartleggingsverktøy som ein systematisert og standardisert tilnærming, veit ein kanskje ikkje lenger korleis ein skal handle ut frå erfaring, på grunn av at ein må ha verktøya tilgjengeleg for å kjenne at ein gjer ein fagleg god jobb. Helsesøster sin bruk av kartleggingsverktøy samsvarar då med det Benner (1995) skildrar, om at ulike prosedyrar og verktøy vil kunne gi ein negativ effekt på profesjonsutøveren sin kompetanse (Benner, referert i Sleveland, 2015, s. 46). Dette peiker i retning av at vi må stille spørsmål om aukande bruk av kartleggingsverktøy kan føre til ein risiko for at helsesøstre som fagprofesjon står i fare for å redusere tiltru til eigne faglege standardar og kompetanse, dersom ein lener seg i for stor grad på kartleggingsverktøy som standard for godt fagleg arbeid. Vil aukande grad av målretta helseundersøkingar i framtida gjere det vanskelegare å utvikle seg til den kyndige helsesøster som kan vurdere når det er naudsynt å lausrive seg frå strukturane i eit standardisert kartleggingsverktøy? Dei mest erfarne helsesøstre i min studie har erfaring frå si profesjonsutøving også FØR dei målretta helseundersøkingane blei innført. Funna mine visar at dei erfarne helsesøstre heldt på sin faglege standard. Men kva med helsesøstre som ikkje har denne variasjonen med erfaring frå journalsystem, men som heilt frå starten av sitt helsesøsterarbeid bruker målretta helseundersøkingar og dersom desse stadig blir brukt oftare? Vil framtidas helsesøstre bli styrt og sosialisert inn i nye standardar for sin profesjon, der kunnskapen i kartleggingsverktøya blir vekta meir enn fagleg kompetanse og skjønn? Dette spørsmålet gir ikkje denne studien svar på, men det kan det vere interessant å forske meir på. Evetts (2015) seier at profesjonar har gjennomgått endring, og at desse endringane har vore ein del av eit statleg prosjekt for å fremje kommersialiserte og organisatoriske former for profesjonalitet. Organisatoriske prinsipp, strategiar og metodar har stor innverknad på dei fleste faglege yrke, og endrar deira identitet, strukturar og praksis (Evetts, 2015, s. 412).

Funn i min studie viser at dei erfarne helsesøstre reflekterte rundt korleis dei brukte dei målretta helseundersøkingane og kunne grunngi kvifor dei i enkelte samtalar valde vekk delar av den målretta helseundersøkinga. Andre helsesøstre gjorde ikkje dette, dei fylte ut dei målretta helseundersøkinga med grunngjevinga at dette var pålagt dei av arbeidsgivar. Det som går igjen hos helsesøstre som valde å ikkje bruke alle spørsmåla i den målretta helseundersøkinga, er at dei brukte fagleg skjønn i situasjonen, og tok ein vurdering på kvifor det i enkelte tilfelle ikkje var riktig å fylle ut heile den målretta helseundersøkinga. Bourdieu (1977) presenterte habitus-omgrepet for å forklare korleis strukturar pregar praksis. Taylor

(1993) seier at habitus hjå Bourdieu må forståast som eit sett av handlingsreglar. Slike reglar kan i prinsippet brytast, dei er ikkje naturlover som bind oss til bestemte handlingar (Bourdieu og Taylor referert i Bukve, 2012, s. 46-48). Eit inntak til korleis aktørar både er bundne av konteksten og handlande aktørar, kan vi få ved å ta utgangspunkt i at aktørar er i stand til å gi grunnar for handlingane sine (Grimen og Molander, 2008, s. 182). Grunnar er nettopp konkretiseringa av generelle institusjonelle føringar i ein konkret situasjon. Grunnar bind saman føringar og handlingar, men gir også rom for refleksjon og brot på tilsvarande mønster (Bukve, 2012, s. 49). Dersom strukturane rundt helsesøstertenesta i framtida går i retning av fleire og fleire kartleggingsverktøy, kan ein då stille seg spørsmål om det vil vere ein trussel mot fagprofesjonen sine egne standardar for god profesjonsutøving, slik dei er i dag. Spørsmålet er om dette kan medføre at helsesøstre i framtida blir i mindre stand til å bruke erfaring, kunnskap og fagleg skjønn til å reflektere rundt når det er naudsynt å bryte strukturar og handlingsmønstre.

Kan evidensbaserte pakkeløysingar overta for profesjonell dømmekraft i unike situasjonar? Helsesøstre arbeider etter forskingsbasert og kunnskapsbasert praksis. Satterfield et al. (2009, s. 372) presenterer ein tre-sirkel-modell for evidensbasert klinisk beslutningstaking, der forskingsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og pasienten sine ønskjer er dei tre sirklar. Det blir framheva at dei tre sirklane er like i størrelse, men den kliniske ekspertisen blir framheva som verdifull. Dersom helsesøstre får større tiltru til kunnskapen som ligg i kartleggingsverktøya enn til egen fagleg kunnskap og skjønn som dei har fått frå utdanning og deretter frå erfaring i praksisfeltet, vil dette stå i fare for å redusere helsesøster sin kliniske ekspertise. Dette viser seg ved at helsesøstre, også erfarne, kan kjenne på at dei ikkje har gjort jobben ordentleg dersom dei ikkje har fylt ut dei målretta helseundersøkingane. Dette til tross for at dei seier at dei fagleg har møtt eleven på det som var viktig for han/ho.

Ulike helsemodellar på kollisjonskurs?

Som vist i teorikapittelet, ser ein i den biomedisinske helsemodellen på helse som fråvær av sjukdom, der sjukdom blir skildra som eit avvik frå sunnhetsnormen. Denne helsemodellen blir ofte skildra som reduksjonistisk, ved at sjukdommar blir redusert til tilstander eller prosessar i ulike kroppsdelar (Berg og Annandale, referert i Gjernes 2004, s. 145). Målretta helseundersøkingar er eit kartleggingssystem som passar godt til den biomedisinske helsemodellen. Ein slik tilnæringsmåte kan altså relaterast til den biomedisinske

helsemodellen, der individet gjennom kontroll og regulering blir eit passivt objekt for den ekspertstyrte kunnskapen. Helsefremjande ideologi byggjer derimot på salutogenesen. Ordet salutogenese kjem av gresk *salus*, som betyr «helse», salutogenese er «det som bringer helse» - i motsetning til patogenese (det som produserer sjukdom) og den biomedisinske helsemodellen (Kvarme, 2007, s. 29).

Salutogenese og empowerment er kjerneverdier i helsesøsterutdanninga. Funn frå min studie viser at det er lite plass til salutogenese og empowerment i samtalar der helsesøster bruker dei målretta helseundersøkingane. Dei målretta helseundersøkingane er styrande i ein slik grad at helsesøstrene opplever det som vanskeleg å ta utgangspunkt i eleven sine behov i samtalen og dermed vanskeleg å gi veiledning med bakgrunn i empowerment og salutogenese.

Empowerment er eit viktig prinsipp i helsefremjande arbeid. Empowerment representerer ein motsats til den biomedisinske helsemodellen. Veiledning er eit middel i empowermentprosessen, og er i denne samanheng ein form for helsehjelp. I Norsk Sykepleierforbund (NSF) si skildring av helsesøster sitt ansvar og arbeidsområde står det til dømes om enkeltkonsultasjonar at det er viktig å legge vekt på ein open kommunikasjon og å stille spørsmål etter foreldra sine behov (NSF, referert i Tveiten, 2007, s. 176).

Dette illustrerer funn i min studie, som viser at helsesøstrene strevar med ønske om å møte elevane der dei er, og at elevane skal få ta opp det dei ønskjer å snakke om, samstundes som helsesøstrene kjenner ansvar for å fylle ut dei målretta helseundersøkingane, som dei er pålagt av sin arbeidsgivar. Dette samsvarar med funna i Nilsen (2013, s. 28) sin studie. I NSF sine yrkesetiske retningslinjer (2014, s. 8), skildrar punkt 2.3 at «sykepleier ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg». Her må ein stille seg spørsmål om å bruke standardiserte avkryssingsskjema, kan føre til ein risiko for at helsesøster mister fokus på det enkelte individ sine behov. Helsesøster har ei utdanning og erfaring som skal sørge for at ho har kunnskap som setter ho i stand til å vurdere behova til eleven.

Eit anna funn i min studie, viste at helsesøstre kjenner seg bunden til å utføre spørsmåla i den målretta helseundersøkinga, og at det kan føre til at helsesøster ikkje tek tak i tema som kjem fram, som ho egentleg tenker er viktig for eleven å snakka om. Dette skjer fordi helsesøster kjenner plikt til å bruke tida slik at ho blir ferdig med å fylle ut resten av spørsmåla i den målretta helseundersøkinga. Her ser ein at kartleggingsverktøyet i seg sjølv kan bidra til at helsesøstre distanserer seg frå eigen fagleg kunnskap og skjønn. Ei helsesøster i denne studien peiker på at dersom ein elev skal dra nytte frå veiledning med empowerment og salutogenese

som utgangspunkt, er det avgjerande for ei eventuell endring at eleven sjølv har fått kome fram med det han eller ho er opptatt av. Ho seier vidare at det kan vere vanskeleg dersom helsesøster då har fokus på å stille spørsmål for å samle inn informasjon slik dei gjer når dei bruker den målretta helseundersøkinga.

Samstundes er bruk av kartleggingsverktøy også viktige arbeidsverktøy i både helsestasjons- og skulehelsetenesta. Det er nødvendig at helsesøstre jobbar systematisk med vurdering av barn si utvikling etter standardar som er forankra i det profesjonelle. I masteroppgåva til Sleveland (2015) skildra helsesøstre at kartleggingsverktøy var ein kvalitetssikring av tenesta. Dette ved å gi eit systematisert og standardisert tilbod, noko som vidare gav dei ein tryggleik på at dei utførte ein fagleg god jobb (Sleveland, 2015, s. 65).

Menneskebehandlande organisasjonar handterer menneskelege problem som er samansette, vanskelege å avgrense og forklare på ein eintydig måte. Kvart problem er i prinsippet unikt. «Tamme problem» lar seg avgrense og årsaksforklare på ein eintydig måte, det finns klare kriterium for beste løysing og det er openbert når problemet er løyst (Vabø, 2014, s. 16-17). Helsesøstre jobbar hovudsakleg med uregjerlege problem, unike tilfelle som krev sin eigen måte å bli møtt på. Derfor er helsesøster sitt faglege skjønn viktig i kvar sak, for å kunne møte den enkelte elev på akkurat det som er deira behov. Dei målretta helseundersøkingane er eit kartleggingssystem som kan seiast å vere ei løysing som passar på dei tamme problema, som lar seg kjenneteikna av at dei lar seg avgrense og årsaksforklare på ein eintydig måte, med bakgrunn i den biomedisinske helsemodellen. Den målretta helseundersøkinga består av mange lukka spørsmål. Helsesøster kan stille eleven spørsmål etter spørsmål og krysse av på skjemaet, og helsesøster kan då i teorien vere fornøgd med at ho har tatt ansvaret sitt og fylt ut den målretta undersøkinga som arbeidsgivar har pålagt ho å gjere. Funn frå min studie viser likevel at dei fleste av informantane ikkje synest at dei målretta helseundersøkingane er eit tenleg verktøy i møte med eleven, men meir eit verktøy for å samle inn informasjon til statistikk, og at dei ikkje ser på dette som ein fagleg god måte å arbeide på. Dei målretta helseundersøkingane, som passar godt saman med den biomedisinske helsemodellen, passar tilsvarande dårleg saman empowerment og salutogenese.

Fagleg autonomi eller styring av profesjonen

Kva kan vere årsaka til at helsepersonell blir meir opptatt av kartleggingsverktøyet enn behova til personen framfor seg? Järvinen & Mik-Meyer (2012, s.16-17) påpeiker at dei auka krav til dokumentasjon og systematisering av klientarbeid er det gode klientarbeidet sin største fiende. Dei seier vidare at den profesjonelle i stadig større grad skal standardisere og rapportere arbeidsoppgåvene i diverse monitoreringssystem, som overvaker deira profesjonalisme og som stiller dei til ansvar for det arbeidet dei gjer.

Kvalitet og mål blir i aukande grad definert av politikarar, medan dei enkelte institusjonar sjølv må avgjere korleis måla skal møtast, for å deretter å skulle stå til ansvar for om dei har innfridd måla eller ikkje (Solbrekke & Heggen, 2009, s. 53). Fleire helsesøstre i min studie kjenner på dette, dei kjenner på at det sitter på skuldrene, dersom dei ikkje fekk fullført den målretta helseundersøkinga. Dei kan oppleve at dei ikkje har gjort jobben ordentleg, sjølv om dei har møtt eleven på det som er viktig for han eller ho, og opplever at eleven har fått hjelp. Dei veit at ei av oppgåvene deira også er å fylle ut dei målretta helseundersøkingane. Dei opplever det Evetts (2006) referert i Svensson & Karlsson (2008, s. 261) kallar spenningar og motsetningar mellom kollegialitet og byråkrati, samt mellom yrkesprofesjonalisme og organisatorisk profesjonalisme. Dette kan opplevast som eit dilemma for helsesøstre, som fortel at dei ønskjer å møte eleven på det som er eleven sine behov ut frå fagleg kompetanse og skjønn på den ein sida, og å møte arbeidsgivar sitt krav om å fylle ut dei målretta helseundersøkingane til punkt og prikke på den andre sida. Dette framstår som to målsettingar som til tider er uforeinelege å oppfylle. Verdikonflikten som viser seg i studien kan karakteriserast som det som Dahl (2015, s. 58) kallar ein lojalitetskonflikt, som kan føre til moralstress som kan vere vanskeleg å takle.

Det som kjenneteiknar ein profesjon er stor grad av autonomi og kollegial kontroll. Svensson & Karlsson (2008, s. 261-263) seier at profesjonelle utøvarar skil seg frå andre yrker i det at utøvarane ofte må foreta kompliserte vurderingar i enkelt-tilfelle ved hjelp av generell kunnskap – dei må bruke skjønn. Helsesøstre opplever at dei kjem i ein skvis mellom krav til å gjennomføre dei målretta helseundersøkingane slik dei er, og å møte eleven på det som er hans/hennar behov. Det blir ein konflikt mellom deira eigen fagprofesjon og kva arbeidsgivar forventar av dei.

Eide (2012, s. 72) trekker fram omgrepet *new accountability* og det at å vere ansvarleg profesjonsutøvar går frå ansvar for arbeidet dei utfører, til ansvar for at reglar og prosedyrar

blir følgt. Arendt (2003) argumenterer mot ein slik form for ansvarstenking. Arendt peiker på reglene ikkje strekker til i møte med situasjonen sin kompleksitet, og at det er anvarsfråskrivande å vise til handlinga sitt regelsamsvar framfor å vise til det vedkommande står for (Arendt, referert i Eide, 2012, s. 72). Informantar i min studie seier at dei målretta helseundersøkingane opnar opp for at det er mogeleg for helsesøster å fylle ut spørsmåla slik dei står utan å gi eleven noko meir, og at det kan vere ein enkel måte å jobbe på. Ein har fylt ut spørsmåla i den målretta helseundersøkinga, men har ikkje gitt eleven det han/ho treng. Dette kan igjen føre til at helsesøster fjernar seg frå sine kjerneoppgåver og blir meir fokusert på sitt ansvar for å fylle ut dei målretta helseundersøkingane, slik Eide (2012, s. 72) peikar på med omgrepet *new accountability*. Solbrekke og Østrem (2011) peikar på det same med omgrepa *responsibility* versus *accountability*. Dei kaller det spenninga mellom profesjonelt (moralsk) ansvar og teknisk regnskapsplikt. Ut frå *responsibility*-logikken handlar profesjonalitet om at du frivillig tek på deg og står til ansvar for andre, noko som inneber ein moralsk dimensjon. Profesjonsutøveren er samstundes gitt ein autonomi til å vurdere handlingsalternativ og til å kunne handle proaktivt overeins med profesjonelt skjøn som bygger på profesjonen sine standardar. Lojaliteten ligg hjå den profesjonsutøveren har ansvar for, som eleven helsesøster har inne til samtale. *Accountability*-logikken impliserer regnskapsplikta og det å bli stilt til ansvar for noko andre har pålagt deg. Lojaliteten her handlar om å handle lydig i forhold til pålagte ytre krav, som når helsesøster blir pålagt å bruke bestemte standardiserte kartleggingsverktøy i sitt kvalitetsarbeid. Solbrekke & Østrem (2011) seier at dersom ein ser profesjonelt ansvar i lys av desse to omgrepa, innser ein at ein treng begge dimensjonane. Det offentlege har rett til å etterspørre korleis midlane til offentlig utdanning blir brukt. Det er legitimt å ønske ein så effektiv og «accountable» utnytting av ressursar som mogeleg. Det problematiske er om regnskapsplikta får ein slik dominans at den moralske dimensjonen blir underminert (Solbrekke & Østrem, 2011, avsnitt 42-46). Dette opptek helsesøstrene i min studie. Dei ønskjer å bidra med informasjon til helseovervaking, men er tydeleg på at dette ansvaret ikkje kan vera deira fremste fokus.

Vabø (2014, s. 23) seier at ein bør vere skeptisk til forenklingar som inneber at det å følgje reglar og direktiv og «å gjere det riktig» overskyggar realiseringa av dei overordna velferdspolitiske måla. Helsesøster må derfor ikkje miste av syne sitt ansvar for profesjonsutøving i møte med eleven, til tross for arbeidsgivar sitt krav til at dei målretta helseundersøkingane skal bli fylt ut til punkt og prikke. Eide (2012, s. 73-74) seier at ein kartleggingssamtale kan vere positivt fordi det sikrar at vesentlege spørsmål blir stilt, og det

reduserer risikoen for tilfeldig behandling. På den andre sida kan det skyve merksemda vekk frå person og over på prosedyre, med risiko for at særegne trekk ikkje blir vektlagt (Eide, 2012, s. 74). «Nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (2017) understrekar at helsetenester for ungdom skal vere tilpassa unge sine premisser og ungdommen sine behov. Enkelte helsesøstre i min studie har opplevd å ikkje ta tak i problemstillingar som kjem opp i samtalen, fordi dei heller vel å fortsette med resten av spørsmåla i den målretta helsesamtalen. Dette er eit døme på korleis kartleggingsverktøy kan skyve fokus vekk frå person og over på prosedyre.

Kan det individuelle ansvaret bli pulverisert? Dersom helsesøster ser det som sitt personlege ansvar å følgje reglar og prosedyrar, for eksempel å fylle ut kvar einaste spørsmål til kvar einaste elev i dei målretta helseundersøkingane, kva skjer då med helsesøster sitt ansvar for å gi helsetenester til elevar som er tilpassa ungdom sine premisser og behov? Eide (2012, s. 64) seier at den profesjonelle som sjølvstendig tenkande og vurderande person, blir meir perifer når profesjonsutøvar knytter sitt ansvar til spørsmål om handlinga sitt samsvar med reglar og prosedyrar. Dette er kjernen i konflikten mellom helsesøster sin profesjonelle kompetanse og ønske om å bruke sitt faglege skjønns på den eine sida, og det styrande kartleggingsverktøyet målretta helseundersøkingar på den andre sida. Det kjem fram i min studie at informantane kan vere usikker på om det er handlingsrom til å bruke det faglege skjønnet til å vurdere korleis dei skal bruke den målretta helseundersøkinga i tråd med eigne faglege standardar.

Dahl (2015) fant i sin doktorgradsavhandling at helsesøstre kunne oppleve å kome i konflikt mellom lojalitet til familien sine behov og lojalitet til arbeidsgivar. Sjølv om helsesøstre ønskte å utføre sitt sosiale mandat, kunne deira respekt for brukarane påverke deira val av handlingar på ein slik måte dei valde å overstyre det standardiserte system. Dette etiske nivået i arbeidet, kallar Freidson (referert i Dahl, 2015, s. 58) «The third logic», der valet er å følgje dei institusjonelle anbefalingar eller å følgje eigne profesjonelle verdiar. Verdikonflikten som viser seg i studien til Dahl (2015) kan karakteriserast som ein lojalitetskonflikt, som kan føre til moralstress som kan vere vanskeleg å takle. Moral stress kan samanliknast med det Hjorth (referert i Dahl, 2015, s. 59) fastslår er mangel på mogelegheit til å arbeide i samsvar med etiske standardar og kompetanse, som kan forårsake ei kjensle av å vere diskvalifisert. Internasjonale studiar indikerer at myndigheiter og institusjonar ignorerer kjerneverdiane til profesjonane, som igjen forårsakar motstandsdiskurs blant dei profesjonelle (Baxter, referert i

Dahl, 2015, s. 59). Dei empiriske funna i min studie kan tyde på at det profesjonelle skjønnet er under press ved bruk av dei målretta helseundersøkingar. Funna viser også at helsesøstre får brukt sin kompetanse og skjønn meir når ho ikkje bruker dei målretta helseundersøkingane. Samstundes viser funna at informantane sjølv finn sine egne måtar å tilpasse dei målretta helseundersøkingane. Kartleggingsverktøy kan dermed sjå ut til å påverka helsesøster sin bruk av fagleg kompetanse. Helsesøster skal drive veiledning til elevane, som skal sette dei unge positivt i stand til å påverke eiga helse, trivsel og meistring. Bodskaen må stimulere til refleksjon og handling (Helsedirektoratet, 2017). Det kan sjå ut til at kartleggingssystem kan vere ein risiko for at helsesøstre distanserer seg frå eigen kompetanse og skjønn. Sjølv om dei målretta helseundersøkingar er meint som eit verktøy for helsesøster i møte med eleven, opplever helsesøstre at den tek for stor plass. Hovudfokus kan lett bli på sjølve den målretta helseundersøkinga, i staden for på eleven sine behov. Dette krysspreset kan vere vanskeleg for helsesøstre å stå i. Vike et al. (2002) dokumenterte korleis organisering og styring av helsetenester skapte motstridande lojalitetar hjå helsearbeidarar, der administrativ lojalitet oppover i systemet ofte kolliderte med sterk lojalitet nedover til brukaren (Vike et al., referert i Heggen og Solbrekke, 2009, s. 53).

5.3 Korleis opplever helsesøstre dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar?

Manglande vilkår for dialogen mellom helsesøster og elev?

Dei empiriske funna kan tyde på at den målretta helseundersøkinga kan påverke kvaliteten på dialogen med elevane. Fleire helsesøstre i min studie peikar på at dei ikkje kan ha for mange målretta helseundersøkingar på rad, fordi det er krevjande å gå gjennom den på grunn av mengda spørsmål som skal kryssast ut, dette er ikkje er gjeldande ved vanlege samtalar med elevane. Informantane peiker sjølv på at den målretta helseundersøkinga kan vere øydeleggande for den god samtalen. Helseth (2007, s. 23) seier at den kontakten som blir etablert mellom helsesøster og bruker, er avgjerande for helsesøster sin moglegheit til å lukkast i arbeidet. Det kan då vere grunn til å stille spørsmålsteikn om den målretta helseundersøkinga kan hindre helsesøster i sitt arbeid med å veilede den enkelte elev, dersom dialogen mellom helsesøster og elev blir utfordra gjennom det styrande kartleggingsverktøyet. Å skape eit kommunikativt rom for læring om helse er i følge Borup (2007, s.194- 202) ein modell for helsesamtalar. Borup (2007) seier at å skape eit kommunikativt rom er avhengig av interaksjonen mellom *kompetenser* (gjensidig støtte, kompetenser i eige liv og drivkraft),

autensitet (ekthet, tillitskapande og synleg sunnhetsproessor), *reflekterande åpenhet* (situasjonsavhengighet, felles val av emne og skape kommunikativt rom), og *støtte frå omgjevnadane* (tidsavhengighet, omgjevnader, innbydande haldning til barn, samarbeid og gjensidig respekt). For at ein elev skal kunne lære av samtalen, skal kommunikativt rom vere skapt. Ein vellukka helsesamtale resulterer i sunne refleksjonar og endringar.

Kommunikasjonsforskarer Bateson referert i Borup (2007, s. 202) argumenterer for at struktur og prosess påverkar kvarandre. Struktura kan vere avgjerande for korleis prosessar utviklar seg, og prosessar kan vere avgjerande for korleis struktura blir. I forhold til helsesamtalar betyr dette i følge Borup (2007) at dersom helsesamtalen ikkje er grunna i kommunikativt rom, ville det minska eleven sin mogelegheit til å lære av samtalen, og elevane ville kanskje derfor nøle med å ta kontakt med helsetenesta igjen. Ei helsesøster skildrar nettopp dette. Ho har opplevd at elevar ikkje vil ha vidare oppfølging etter først å ha vore gjennom den målretta helseundersøkinga. Eit døme på dette var ein elev som opphavelg var tilvist på grunn av stort fråvær. Han ville ikkje kome tilbake til helsesøster etter den første timen med gjennomgang av målretta helseundersøking. Helsesøster fortel at ho bestemte seg for å ikkje bruke den målretta helseundersøkinga på neste elev ho fekk tilvist, fordi ho opplevde at den øydela dialogen mellom dei, og at eleven derfor ikkje fekk tillit til ho. Det kan altså sjå ut som at samtalen i seg sjølv kan vere eit verktøy helsesøstre bruker i veiledning av elevar, og at samtalen som verktøy blir påverka negativt ved å bruke dei målretta helseundersøkingane.

Funn frå min studie viser at helsesøstre opplever den målretta helseundersøkinga utfordrar dialogen mellom helsesøster og eleven. Dette skjer gjennom at blikkontakten blir annleis ved bruk av målretta helseundersøkingar, då helsesøstre fortel at dei ofte må flytte blikket frå eleven og over på dataskjermen. Det skjer også gjennom at dialogen i veiledning inneber både verbal og nonverbal kommunikasjon. Tveiten (2007, s. 181) seier at evna til å lytte er av stor betydning for kvaliteten på dialogen. Aktiv lytting inneber at helsesøster rettar merksemda mot brukaren, ikkje mot seg sjølv. Funn frå min studie viser at dei målretta helseundersøkingar utfordrar nettopp dette. Helsesøstre prøver å la eleven snakke om det dei er oppteken av, men har heile tida i bakhovudet mengde spørsmål som dei ikkje har fått svar på, og styrer derfor eleven inn igjen på den målretta helseundersøkingane slik at denne blir fylt ut i størst mogleg grad. Barnes, Courtney og Bratt, referert i Tveiten (2007, s. 187) konkluderer med at den nye helsesøsterrolla er utfordrande og krev sjølvstende og autonomi.

Dei målretta helseundersøkingane kan då sjå ut som ein motsats til dette, i følgje funn i min studie, ved at dei representerer mindre sjølvstende og autonomi til helsesøstre.

Empiriske funn viser at informantane meiner at den målretta helseundersøkinga er tidkrevjande å fylle ut, og at ein knapp tidsressurs kunne gjere det vanskeleg å bruke både dialog og dei målretta helseundersøkingane. Dette medførte at helsesøstre kunne oppleve at dei enten måtte fylle ut spørsmåla, eller å la den stå open og heller la eleven få ta opp det han/ho var oppteken av. Dette samsvarar med det Dahl (2016 s. 250-263) seier, om at helsesøstre i hennar studie kunne stå i ein lojalitetskonflikt mellom forventningar frå leiinga om effektivitet og frå brukarane om å bli sett som enkeltindivid. Denne verdikonflikten kan kome til uttrykk i to ulike kommunikasjonsformer, instrumentell konsultasjon og kommunikativ konsultasjon. Den første handlar om lojalitet til det institusjonelle nivået ved bruk av standardisert verktøy, altså ein instrumentell konsultasjon. Den andre har fokus på dialog og fronesis, ein kommunikativ konsultasjon. Det er gjort ein undersøking blant helsesøstre i 2013 der 7 av 10 helsesøstre svarar at dei har unnlata å stille spørsmål, fordi dei ikkje har tid til å følge opp svaret (Helmers og Dolonen, 2013). I denne samanheng kan ein stille spørsmål om tida ein bruker til å spørje og haka av alle spørsmåla i dei målretta helseundersøkingane, går på bekostning av tida ein kunne brukt på det eleven har behov for å snakka om? Informantane kjem med forslag til at eleven/foreldre på førehand kanskje kunne ha fylt ut spørsmåla på eit skjema, og deretter ta dette med til timen med helsesøster. Helsesøstrene peikar på at dei då kunne sett over svara og deretter snakka om det som var viktig å snakka om. Helsesøstrene peiker på at dette ville kunne frigjere meir tid til at helsesøster kunne brukt på det som eleven er oppteken av.

Informantane i min studie viser at helsesøstre kan oppleve ubehag ved å stille enkelte spørsmål i den målretta helseundersøkinga. Dei fortel om negative tilbakemeldingar frå foreldre på enkelte spørsmål. Helsesøstre er derfor opptatt av å forklare kvifor dei stiller spørsmåla og at det er fordi dei er pålagt det av kommunen. Helsesøstrene unnskyldar spørsmåla. Dette samsvarar med funn i Nilsen (2013, s. 362) sin studie. Det er interessant å registrere at ein fagprofesjon som helsesøstre, som ein skulle tru hadde autonomi og sjølvstende til å sette foten ned på detaljstyring av dialogen ut frå eige fagleg kunnskap og skjønn, lar seg styre i den grad at dei fortsett med å stille dei aktuelle spørsmåla, til tross for at dei kjenner på ei kjensle av ubehag og til og med blir flau av å stille spørsmåla. Dette viser kor styrande kartleggingssystem, som dei målretta helseundersøkingane er, kan vera.

Dialog eller kontroll?

Høifødt (2015, s. 39) fann i si masteroppgåve at elevane er opptatt av korleis dei blir møtt av helsesøster. Gjennom intervjuva kom det tydeleg frem at noko av det viktigaste ved skulehelsetenesta var å ha ein vaksenperson som bryr seg og er der for ungdommane.

Dei empiriske funna mine viser at helsesøstrene stiller spørsmål om korleis elev/foreldre opplever å bli stilt så mange spørsmål og om dette gjer at dei opplever at helsesøstre måler dei, eller etterforskar dei. Sleveland (2015, s. 66) fann i si undersøking, at kartleggingsverktøya kunne føre til at borna og foreldra kunne oppleve at dei kjente seg testa og kontrollert, som vidare kunne gi dei ei kjensle av nederlag. Fleire av informantane i min studie kjenner på ei oppleving av å vere eit kontrollorgan ved å bruke dei målretta helseundersøkingane. Dei bruker ord som grilling, forhøyr, intervjuseanse når dei fortel om sine opplevingar ved å bruke dei målretta helseundersøkingane. Når helsesøstre bruker denne typen ord, kan det forståast slik at kartleggingsverktøya kan gi ei negativ og kontrollerande oppleving. Helsesøstrene ønskjer ikkje å ha ei slik rolle. Glavin, Helseth og Kvarme (2007) påpeiker at helsesøstertenesta har lang tradisjon som eit friviljug tilbod og er respektert i befolkninga. Helsesøster er for dei fleste barn og foreldre ein trygg og ufarleg person som har stor tillit i befolkninga (Glavin et al, 2007, s. 324). Ein kan stille seg spørsmål om kva konsekvensar dette kan ha for denne tilliten, dersom trenden med aukande grad av kartleggingsverktøy kjem til å fortsette. Helsesøster har tradisjonelt hatt ei rolle der barn og unge kan kome med store og små utfordringar. Det er eit mål om at det skal vere lav terskel for å gå til helsesøster (Helsedirektoratet, 2017). Dersom store delar av eleven sine møter med helsesøster blir sett på som ein kontroll, må ein stille spørsmål om dette vil endre eleven sitt syn på helsesøster, og dermed ønske om å bruke helsesøster.

PsykiskHelseproffer i Forandringsfabrikken skriv i eit innlegg i Dagsavisen 19. mai 2018 at dei ikkje får snakka om det vonde dei av opplevd, når dei går til behandling hjå BUP, på grunn av at dei har mista tilliten til dei vaksne der. Viktige grunner til at dei mistar tilliten er skjema med standardspørsmål, rask diagnosesetting, og standardbehandlingar for å ta bort symptoma som viser at dei har det vondt eller strevsamt. Ein ungdom fortel:

«Jeg har gått i BUP i flere år og hatt 6–7 behandlere. De har kartlagt meg flere ganger, mest med skjema. Skjemaene kom ofte første timen, før jeg hadde blitt kjent med behandleren. Et av spørsmålene var om jeg tenkte på å ta mitt eget liv. Hvordan kunne jeg svare på det på et skjema, første gangen jeg møtte en fremmed?»

Dei ber i innlegget om at psykisk helsevern for barn må målast på tryggleik og på korleis BUP jobbar for å kome inn til det som er strevsomt eller som gjer vondt inne i barnet. No vil Regjeringa innføre «pakkeforløp» i psykisk helsevern. Ideen er å lage standardiserte, likeverdige tilbod til folk i heile landet. PsykiskHelseproffene er bekymra for at fokuset på symptom og diagnoser skal bli enda sterkare og BUP får enda fleire standardiserte svar på korleis møte dei som har det vondt inni seg (PsykiskHelseproffer i Forandringsfabrikken, 2018). Dette støttar opp om det helsesøstre seier i min studie, at dei målretta helseundersøkingane ikkje må bli viktigare enn det at helsesøster kan møte elevane på det som er deira behov. Samstundes viser det seg at det kan skje, informantane i denne studien fortel at dei ikkje alltid tek tak i tema eleven fortel om, fordi helsesøster heller prioriterer å bli ferdig med spørsmåla i den målretta helseundersøkinga.

Jentoft (2005, s. 47) seier at eit snevert kommunikativt rom, eit disharmonisk møte som ikkje byggjer på samarbeid og partnerskap vil i beste fall berre vere ei dårleg oppleving. Jentoft seier vidare at når informantar i hennar studie fortel om helsepersonell som berre fortast mogleg vil bli ferdig, er rutineprega, uinteressert og avvisande, vil det få konsekvensar som er det motsette av empowerment; hjelpeløse, maktesløse og kjensle av vere håplaus. Funn frå min studie viser at helsesøstre av og til opplever at dialogen blir kunstig og kan bli øydelagt ved bruk av dei målretta helseundersøkingane. Dei stiller seg spørsmål om korleis det blir opplevd av eleven, og om dei kan oppleve å sitte igjen med spørsmål om kva poenget var med at han/ho kom til helsesøster. Høifødt (2015, s. 39) fann i sin studie at ungdommen hadde behov for å bli møtt på ein anerkjennande måte ved å bli sett og bekrefta.

Dette stemmer godt overeins med det helsesøstre i denne studien seier, nemleg at det viktigaste for dei i møte med eleven, er ein god relasjon mellom helsesøster og elev. Dei empiriske funna tyder på at helsesøstre er opptatt nettopp av at eleven skal kjenne seg sett og hørt, men at dei målretta helseundersøkingane kan gjere dette vanskeleg. Golsäter et al. (2012, s. 265) fann i sin studie «Health dialogues between pupils and school nurses: A description of the verbal interaction» at når profesjonsutøvar styrte samtalen, var det avgrensa moglegheit for eleven til å påverka dialogen. Studien til Golsäter et al. (2012) viser vidare at elevane skildra at moglegheit for meningsfulle diskusjonar rundt helse og livsstil, auka dersom elevane fekk høve til å svare og styre samtalen framover basert på det som han/ho hadde behov for å snakka om. Resultata i studien til Golsäter et al. (2012) viser også at helsesøstre (school nurses) trår etter å oppmuntre eleven til å bli aktive deltakarar i dialogen og til å sikre at dei har forstått kva eleven fortel dei. Helsesøstre sin utstrakte bruk av

spørsmål, samt at helsesøster er den som styrer dialogen, viser at det er naudsynt at helsesøster er open for elevane sine forteljingar og merksam på det eleven ønskjer å ta opp (Golsäter et al., 2012, s. 266). Dette underbyggjer funn i min studie, som viser at meir erfarne helsesøstre fråviker å fylle ut dei målretta helseundersøkingane dersom dei meiner det er viktigare å bruke tid på det eleven tek opp. Det kan sjå ut til at det er naudsynt at helsesøster gjer nettopp dette, for på den måten å bli meir lyttande og merksam på det eleven ønskjer å fortelje. At helsesøstre lyttar og gir eleven mogelegheit og tid til å ta opp det han/ho strevar med, vil vere med på å bygge opp tillit mellom elev og helsesøster. Det er eleven sjølv som kjenner egne behov og grenser. Tillit og respekt er viktige verdiar i helsesøstertenesta, noko som stemmer godt overeins med det profesjonelle verdigrunnlaget til helsesøstrene (NSF, 2011). Dette vil også legge til rette for at eleven får oppleve brukarmedverknad i møte med helsesøster.

Redusert brukarmedverknad?

Funn i min studie viser at dei målretta helseundersøkingane kan utfordre eleven sin mogelegheit til brukarmedverknad. Dette fordi helsesøstrene seier dei styrer samtalen, og har fokus på at dei skal rekke å bli ferdig med spørsmåla på den tida som er satt av. Dersom eleven pratar om ting dei er opptatt av, seier fleire helsesøstre at dei styrer samtalen inn igjen på spørsmåla i den målretta helseundersøkinga. Brukarmedverknad til eleven kan på denne måten bli redusert. Skulehelsetenesta skal sikre at barn og ungdom blir høyrte, blir involvert og får innflytelse i kontakt med tenestene, på individ og systemnivå. På individnivå betyr brukarmedverknad å lytte til det barn og ungdom seier og ta dei med på råd i saker som angår dei sjølv (Helsedirektoratet.no). Sosial og helsedirektoratet (2005) skildrar 6 ulike krav til kvalitet for ei god helseteneste, eit av desse er at tenesta involverer brukar og gir dei innflytelse. Dei empiriske funna i min studie viser at helsesøstrene opplever at dei målretta helseundersøkingane har ein motsett effekt. Kvarme (2007, s. 31) seier at brukarmedverknad bør vere ein grunnstein i det helsefremjande arbeidet blant barn og unge og deira familiar. Brukaren har rett til å bidra med egne erfaringar, kunnskap og ønskjer. Barn har rett til å sei si meining og bli høyrte, ifølgje FN sin barnekonvensjon. Målet med brukarmedverknad er at den kan bidra til å auke kvaliteten på helsesøstertenesta, og at brukaren har påverknad på egen livssituasjon.

Dei empiriske funna i min studie viser at målretta helseundersøkingane kan minske helsesøster sin mogelegheit til å la eleven/foreldre vere ein aktiv part i dialogen, då den styrer dialogen i stor grad. Tveiten (2007, s. 181) seier at dialogen krev evne og vilje til å lytte. Hensikta er å kome fram til ei felles forståing av det brukaren er oppteken av, utan å bruke makt eller å overtale brukar. Denne forståinga av dialogen er i tråd med prinsippa i empowerment-tenkinga og brukarmedverknad. Mitcheson og Cowley referert i Tveiten (2007, s. 189) fann i sin studie at foreldre føretrekk opne samtalar framfor samtalar som er strukturert ut frå førehandsdefinerte punkt. Rose referert i Tveiten (2007, s. 189) viser til at ein annan studie konkluderer med at reell brukarmedverknad truleg vil auke brukaren si deltaking. Funna frå min studie viser at helsesøstre seier at det er enklare å finne ut kva eleven strevar med når dei bruker opne samtalar, framfor dei målretta helseundersøkingane. Dette kan vere fordi det er enklare for helsesøstre å vere meir lydhøyr for kva eleven er opptatt av, når fokuset er på eleven og ikkje på dei målretta helseundersøkingane. Eleven får då mogelegheit til å vere ein meir aktiv part i samtalen med helsesøster.

5.4 Korleis opplever helsesøstre mogelegheit for å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingar i HsPro?

Elektronisk helseteknologi – fungerer det etter hensikten?

Bach & Vatnøy (2007, s. 126) seier at dersom elektronisk pasientjournal skal vere eit nyttig reiskap er det avgjerande at den informasjon som blir produsert og lagt inn i journalen har betydning for behandling eller annan helsehjelp ved neste konsultasjon. Dei målretta helseundersøkingane er ein del av eleven sin elektroniske pasientjournal (EPJ). Helsesøstrene peiker på at systemet er laga slik at dei ikkje alltid får notert ein kommentar i journalen, dersom dei har haka av i ruta for «tilfredstillande» på dei ulike spørsmål. Dette kunne vere naudsynt fordi eleven sin situasjon ikkje alltid er svart/kvitt, men meir nyansert enn det ein får registrert inn i målretta helseundersøkinga slik den er i dag. Dette kan vere opplysningar som kan vera viktig for helsesøstre til neste konsultasjon. Fleire helsesøstre peiker på at dei ønskjer at det skal vere mogeleg å krysse av på fleire alternativ. Dette samsvarar ikkje med korleis Bach & Vatnøy (2007) definerer elektronisk pasientverktøy som eit nyttig verktøy. Informantane i min studie er tydelege på at dei saknar ein evaluering av dei målretta helseundersøkingane på bakgrunn av deira erfaring med å bruke den. Ein oversiktsstudie av Procter, Pagliari, McKinstry og Sheikh (2011) om elektronisk helseteknologi, viser at det er svak og inkonsistent forskning som støttar slik teknologi, og at det er naudsynt med meir

forskning. Det blir også konkludert med at det er ofte er manglande empirisk støtte for fordelar med elektronisk helseteknologi, i beste fall beskjeden effekt. Vidare blir det understreka at medan manglande empirisk forskning på effekten av elektronisk helseteknologi ikkje betyr det same som ineffektivitet, så blir det likevel rapportert negative konsekvensar som indikerer at evaluering av risiko er essensielt (Procter et al., 2011, s. 10-12).

Helsesøstre jobbar i eit fagfelt der klare krav om å vere fagleg oppdaterte og levere ei kunnskapsbasert helsesøsterteneste. Auka krav frå myndighetene er at dei tiltak helsestasjon og skulehelsetenesta utøver, skal bygge på eit solid forskingsbasert kunnskapsgrunnlag. Dei metodar som blir nytta for målretta helseundersøkingar må til ei kvar tid vere fagleg begrunna, og det må vere ein stadig pågåande evaluering av metodane (Glavin, 2007, s. 48-61). Det kan då seiast å vere eit paradoks at dei målretta helseundersøkingane i Bergen kommune ikkje møter same krav, samt at dei ikkje er blitt evaluert. Fagerli, Fossum og Terjesen (2007, s. 183) påpeiker også kor viktig det er at EPJ-utviklarar og systemleverandørar bør samarbeide nært med sluttbrukarane, slik at dei faglege løysingane blir vidareutvikla på bakgrunn av systematiserte erfaringar. Funn frå min studie viser at helsesøstre ikkje opplever dette, og dei stiller spørsmålsteikn med kven som har laga spørsmåla i dei målretta helseundersøkingane. Det kan tyde på at informantane i min studie ikkje opplever at dei målretta helseundersøkingane fungerer som eit nyttig verktøy. Ein informant seier at ho lurar på om det i det heile tatt er ein fagperson som har laga spørsmåla.

Manglande system for tilbakemelding

Det fjerde forskingsspørsmålet handlar om helsesøstre opplever at dei har mogelegheit for å påverke utviklinga av dei målretta helseundersøkingar. Dei empiriske funna viser at informantane ikkje opplever at dei har mogelegheit til å gi tilbakemeldingar, då det er uklart til kva kanal dei skal melde innspel. Nasjonal fagleg retningslinje for det helsefremjande og forebyggande arbeidet i helsestasjon, skulehelseteneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017) slår fast at leiinga i kommunen, som er ansvarleg for verksemda, må ha tilstrekkeleg innsikt i kva som fungerer og kva som bør forbetrast i tenesta. For å oppnå dette må det innad i verksemda etablerast ei felles forståing for kva som er verksemda sine hovudoppgåver og mål. Vesentlege element i dette vil vere å utvikle, iverksette, kontrollere og forbetre naudsynte rutinar, instruksar, prosedyrar eller andre tiltak (Helsedirektoratet, 2017). Empiriske funn i min studie tyder på at helsesøstre ønskjer mogelegheit for å gi

tilbakemelding for på den måten å delta i kvalitetsutviklinga av dei målretta helseundersøkingane, men at dei ikkje veit om det eksisterer noko system der dei kan gjere det. Dei etterspør også ein evaluering av dei målretta helseundersøkingane. Deming sin sirkel er skildra som eit verktøy for systematisk forbetningsarbeid. Å evaluere blir skildra som eit av fire trinn i Deming sin sirkel. Å evaluere er naudsynt for å kunne sjå om prosedyren (i dette tilfellet dei målretta helseundersøkingane) er vellukka eller ikkje. Dersom den ikkje er det, må det til ei forbetring og/eller måla justerast (Arntzen, 2014, s. 86). Nilsen (2013, s. 31) fann i sin studie at helsesøstrene allereie då etterlyste ein evaluering av dei målretta helseundersøkingane.

Manglande kultur for tilbakemelding

Organisasjonskultur blir utvikla innanfor ein organisasjonsmessig samanheng. Dette har betydning når ein skal forsøke å forstå kva effekt kultur kan ha på måten som organisasjonar fungerer på (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s. 129). Offerdal (2014, s. 236) seier at tilbakemelding frå grasrota er viktig i læringssamanheng. Det viktige i læring-samanheng er informasjonen som kjem nedanfrå-og-opp. Informasjonsflyten oppover avhenger blant anna av kulturelle faktorar. Eide (2012, s. 76) seier at den profesjonelle er der for å ivareta tenestemottakar, og god ivaretaking er ikkje berre eit spørsmål om den enkelte profesjonsutøvar si forståing, men om profesjonens og oppdragsgivar si forståing. Den enkelte sin prøving av tilnærming enn sei innvendingar mot desse, kan utfordre effektiviteten, som når profesjonsutøvar ber om nærare drøfting av allereie innført prosedyre. Det kan vere grunn til å tru at ein prosedyre som ikkje blir følgt utan nærare ettertanke, men som blir prøvd og forsøkt forstått av den enkelte, får ein annan relevans og robustleik enn om den ikkje var prøvd av utøvarane - også dei kritiske utøvarane.

I denne samanheng kan det ligge ein mogelegheit for utvikling og forbetring av dei målretta helseundersøkingane, ved at helsesøstre kan gi tilbakemelding om korleis dei opplever å bruke dei målretta helseundersøkingane i praksis. Dette vil kunne vere eit ledd i ein kvalitetssikring av tenesta. Det vil krevje at det er rom for tilbakemelding i organisasjonen, og at tilbakemeldingar frå helsesøstre kan nå opp til dei som har ansvar for utviklinga av dei målretta helseundersøkingane. Helsesøstrene i min studie opplever ikkje at det er system for å gi tilbakemelding. Dei er også usikker på om tilbakemeldingar blir sett på, og dermed fører det til at dei tenkjer at det ikkje er vits i å gi tilbakemeldingar. Funn i studien viser at dei

helsesøstre som har gitt tilbakemelding, anten ikkje har høyrte noko tilbake, eller fått beskjed om at dei målretta helseundersøkingane skal vere slik dei er. Det kan dermed sjå ut til at det ikkje er kultur i kommunen for å legge til rette frå tilbakemelding frå helsesøstre som bruker dei målretta helseundersøkingar, og dermed frå dei som sitt med erfaringar om kva som fungerer godt, og kva som fungerer mindre godt.

Manglande opplæring i bruk av målretta helseundersøkingar

Empiriske funn i denne studien viser at ingen av helsesøstre som er blitt intervjuet har fått noko systematisert opplæring på korleis dei skal bruke dei målretta helseundersøkingane. Fleire fortel at dei ønskjer ein systematisert opplæring for alle nyttilsette, samt eit fora for regelmessig erfaringsutveksling, då dette er noko som har vore sakna av mange. Det er kanskje ikkje unaturleg at helsesøstre tolkar spørsmåla i dei målretta helseundersøkingar ulikt, og bruker dei målretta helseundersøkingar ulikt, når det manglar systematisk opplæring. Dersom det er lite mogelegheit til å samanlikne og diskutere eigen kunnskap opp mot andre sine erfaringar, kan dette blir læring utan refleksjon, som Argyris og Schön (1990) skildrar som enkeltkretslæring. Læring skjer først når refleksjon fører til endra åtferd. Dobbelkretslæring inneber at det går ein ekstra krets tilbake til dei grunnleggande føresetnadene for åtferda (Argyris og Schön referert i Irgens, 2011, s. 97-99). Blir tilbakemeldingar frå helsesøstre lytta til og brukt i utviklinga, frå iverksettjar og utviklar av dei målretta helseundersøkingane i Bergen kommune? Funn frå studien tyder på at helsesøstre ikkje opplever at det skjer. Det går igjen frå fleire helsesøstre at dei ønskjer å ha mogelegheit til å påverke bruk og utvikling av dei målretta helseundersøkingar. Dei seier at dei ønskjer eit system for dette, som må vere kjent for alle, samt hensiktsmessig å bruke. Ei helsesøster foreslår eit system der dei kan melde inn tilbakemeldingar, og der dei gjerne kan sjå kva dei andre helsesøstre har meldt inn. Dette vil kunne bidra til ein dobbelkretslæring, der ein får gått ein ekstra krets tilbake til å reflektere over dei grunnleggande føresetnadene i den målretta helseundersøkingane.

Gumpen & Aagren (2012, s. 54-55) seier i si masteroppgåve om elektroniske pasientjournalar, at det kan vere lurt for kommunar å fokusere meir på opplæring og få med seg alle dei tilsette frå starten av ved innføring av slike system. Dei meiner at avgrensa kompetanse vil kunne føre til lågare informasjonskvalitet, lågare brukertilfredshet og mindre bruk. Lågare informasjonskvalitet er nettopp noko helsesøstre peiker på, ved at dei har oppdaga at dei

tolkar og fyller ut spørsmåla ulikt, og dei stiller spørsmål med kva det gjer med kvaliteten på dei data som blir henta ut til statistikk.

Samstundes kan ein sjå på at manglande opplæring og manglande erfaringsutveksling undervegs, gjer at helsesøstre finn sine egne måtar å bruke dei målretta helseundersøkingar på. Dette kan nok gå ut over statistikk-kvaliteten, men kan kanskje vere til det beste for kvaliteten ovanfor den enkelte elev? Det er mogeleg at ei opplæring som medfører at alle helsesøstre utfører dei målretta helseundersøkingar likt, kan resultere i ei innskrenking av handlingsrommet som helsesøstre har til å bruke sitt faglege skjønn. Informantane i min studie fortel at dei ønskjer ein mellomting. Informantane ser positive sider ved dei målretta helseundersøkingar som dei ønskjer å behalde, dersom dei samstundes kan bruke det faglege skjønnet. Døme på dette kan vere å bruke dei ulike tema i den målretta helseundersøkinga som eit skjelett som utgangspunkt for samtalen, men der ein tek utgangspunkt i det som er viktig for eleven.

Organisasjonar og læring – kva må til?

I følgje Jacobsen & Thorsvik (2014, s. 353-354) er læring i organisasjonar ein prosess der menneske og organisasjonar tek til seg ny kunnskap, og endrar si åtferd på grunnlag av denne kunnskapen. Nokon i organisasjonen må erfare noko av relevans for organisasjonen si verksemd. All læring i organisasjonar startar med at individ i organisasjonen reflekterer omkring det ein erfarer. Det enkeltmennesket lærer, må spreia til andre i organisasjonen, slik at det oppstår ein kollektiv læring. Læringsprosessane på organisasjonsnivå omfattar alle dei aktivitetar som bidrar til utveksling av erfaringar og kunnskapsoverføringar blant dei tilsette. Derfor er intern kommunikasjon og overføring av kunnskap ein nøkkelførsetnad for læring i organisasjonar. Ein føresetnad for læring og utvikling av dei målretta helseundersøkingane, må då vere at det først og fremst er godt kjent blant helsesøstre kor dei skal vende seg med eventuelle tilbakemeldingar på korleis dei opplever bruken av dei målretta helseundersøkingane.

Helsesøstre kjem med fleire innspel til korleis dei meiner dei målretta helseundersøkingane kunne vore betre og meir hensiktsmessig i deira arbeid. Det som går igjen hos samtlege helsesøstre er at dei seier at dei målretta helseundersøkinga er for lange, dei inneheldt for mange spørsmål og for detaljerte spørsmål. Informantane seier at den målretta helseundersøkinga slik den er i dag, er styrande og kan vere vanskeleg å frigjere seg frå.

Fleire helsesøstre saknar fleire opne spørsmål, som igjen kan hjelpe uerfarne helsesøstre til å få eleven til å opne seg. Fleire helsesøstre ønskjer at spørsmåla og at dei ulike tema bør vere utforma slik at dei gir rom for eleven å reflektere rundt eigen situasjon. Ein informant har eit døme på korleis spørsmål om psykisk helse kan opne opp for refleksjon hjå eleven: Informanten foreslår at det på psykisk helse kan leggst inn ein skalering frå 1-10, fordi dette gir eleven ein mogelegheit til å reflektere rundt eigen psykisk helse, samt gir eit godt utgangspunkt for helsesøster til å gi veiledning ut frå dette. Fleire helsesøstre foreslår at elevar/foreldre får tilsendt eit skriftleg spørreskjema saman med innkallinga. Denne kan dei så ta med seg til timen hjå helsesøster, som kan bruke dette til å sjå om det er enkelte tema som ein skal snakke om, og elles plote inn resten av svar i den målretta helseundersøkinga. På den måten kan helsesøster bidra med å innhente informasjon som Bergen kommune treng for overvaking av befolkninga sin helsetilstand, samt også få mogelegheit til ein noko meir open samtale med eleven om det som er viktig for han/ho. Helsesøstre i min studie meiner at desse endringane kan bidra til at dei målretta helseundersøkingane blir eit meir nyttig verktøy i deira veiledning av eleven, samt at dette vil bidra til å flytte fokus meir over på eleven sine behov. Fleire helsesøstre nemner også tema som dei saknar i dei målretta helseundersøkingane, døme på dette er dataspeling/skjermtid, seksualitet og valdskartlegging.

Dobbeltkretslæring gir i følgje Argyris referert i Irgens (2011, s. 97-99) mogelegheit til innovasjon og nytenking ved at det blir satt spørsmålsteikn ved eksisterande normer og verdiar. Dobbeltkretslæring krev at ein evnar å stille spørsmål ved grunnleggande handlingsnormer og styrande verdiar. Dobbeltkretslæring kan derfor virka meir truande på dei som er involvert, og blir stoppa ofte av det Argyris kallar «organsiasjonsmessige forsvarsrutiner». Funn frå denne studien viser at det manglar system og kultur for tilbakemeldingar frå helsesøstre. Det ligg derfor ikkje til rette for dobbeltkretslæring i utvikling av dei målretta helseundersøkingar, slik eg tolkar Argyris. Manglande system og manglande kultur kan i denne samanheng sjåast på som «organisasjonsmessige forsvarsrutiner» som då motverkar dobbeltkretslæring. Funn i denne studien tyder på at det ikkje finns ei kvalitetssikringssløyfe tilbake til helsesøstrene i Bergen kommune sitt kvalitetssikringsarbeid når det gjeld dei målretta helseundersøkingane. Helsesøstrene sine refleksjonar rundt bruken av dei målretta helseundersøkingane, som å stille spørsmålsteikn med kvifor ein kartlegg og kva ein ønskjer å oppnå, vil kunne vere ein styrke for vidare kvalitetssikring av tenesta.

I følge Argyris (1990) referert i Irgens (2011, s. 88) er det individa i organisasjonane som skapar læring, men organisasjonen skapar rammer for korleis individa faktisk lærer. Moxnes (1986), seier at alle enkeltmedlemmer i organisasjonen kan lære, men berre når læringa nedfeller seg i organisasjonen på ein slik måte at den blir retningsgivande for organisasjonsmedlemmene sine seinare handlingar, kan ein snakke om organisasjonslæring (Moxnes referert i Irgens 2011, s. 88). Dersom ein slik nedfellingsprosess ikkje skjer, har medlemmene i ein organisasjon lært, men ikkje organisasjonen. Ein informant frå min studie fortel at i hennar byområde hadde ein gruppeleiar lagt til rette for at helsesøstre et par gongar i året kunne diskutere bruken av dei målretta helseundersøkingar, dei blei gitt eit fora for mogelegheit til å lære av kvarandre. Helsesøstrene får her mogelegheit til å blant anna forebygge feiltolking av spørsmål, samt at uerfarne helsesøstre får mogelegheit til å nytte seg av kunnskap som erfarne helsesøstre hadde om bruken av dei målretta helseundersøkingane.

Taus kunnskap er skildra som skjult kunnskap. Den såkalte tause kunnskapen er kunnskap som den enkelte har, men som ligg i handlinga og kan vere vanskeleg å sette ord på og formidle til andre (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s. 362). Taus kunnskap forblir taus dersom ein tek den for gitt, og dermed legg ein ikkje vekt på å artikulere den. I kontrast til taus kunnskap står eksplisitt kunnskap. I følge Nonaka referert i Jacobsen & Thorsvik (2014, s. 362-363) er eksplisitt kunnskap erfaringar og forhold som ein kan sette ord på anten skriftleg eller muntleg, og som blir gjort tilgjengeleg for andre. Ein slik regelmessig gjennomgang, som skildra av ei helsesøster i ein bydel, kan vere ein måte å sikre at den tause kunnskapen går over til eksplisitt kunnskap, og den blir delt med andre. Slik kan også dei meir erfarne helsesøstre dele informasjon med dei meir uerfarne, gjennom refleksjon og å settje ord på det ein kan. Slik får ein diskutert rundt bruken av dei målretta helseundersøkingane, og også forebygge at det oppstår læring berre hjå det enkelte individ, og dermed blir det større sjanse for at det blir ein meir lik praksis i tenesta. Dette er eit døme på at medlemmer i dette byområdet får mogelegheit til å lære av kvarandre, men det er ikkje nedfelt i alle byområda, i heile organisasjonen, og ein kan derfor ikkje kalle det organisatorisk læring.

Kvalitetsforbetring vil altså kunne skje dersom det er ein mogelegheit for helsesøstre å gi tilbakemelding om korleis dei målretta helseundersøkingane fungerer i praksis. Som eg har vore inne på tidlegare peiker fleire av informantane på at det er relativt ulikt korleis ulike helsesøstre tolkar spørsmåla i dei målretta helseundersøkingane, og dermed også store ulikheter på korleis dei fyller ut spørsmåla i dei målretta helseundersøkingane. Dersom ein då prioriterer ein mogelegheit for å evaluere dei målretta helseundersøkingane ut frå

helsesøstrene sin erfaringar, kan ein også legge til rette ein kontinuerleg kvalitetssikring av tenesta.

5.5 Gir tilbakeblikk på utviklinga ein peikepinn framover?

Funn frå min studie viser at helsesøstrene opplever at det er blitt fleire spørsmål i dei målretta helseundersøkingane, samt fleire målretta helseundersøkingar, sidan innføring i 2010.

Helsesøstrene seier dette opplevast belastande i kvardagen, og at det er blitt meir styrt korleis dei skal møte elev/foreldre. Dette samsvarar med Nilsen (2013, s. 30) som fann i sin studie at helsesøstrene opplevde at kartlegginga tok meir tid, og at det medførte mindre forebyggjande arbeid. Tholens (2018) peiker (på leiarplass i tidskriftet Sykepleien) på at helsearbeidarar i aukande grad gir uttrykk for frustrasjon med korleis «butikken» overstyrer faglege vurderingar. Wyller og Haukelien (2017, s. 22) skildrar ein kvardag for helsearbeidarar der stadig fleire detaljar blir styrt frå sentralt hald, gjennom målsettingar, rammer og kontrollsystem som ikkje har sitt utspring i fagprofesjonane. Järvinen og Mik-Meyer (2012, s. 16) seier også at utviklinga dei siste tiåra har gått i retning av blant anna auka krav om dokumentasjon, auka systematisering av klientarbeid, og innrapportering av resultat, som igjen ikkje har kunna unngå å få konsekvensar for klientarbeidet.

Utviklinga av helsesøster sitt arbeidsfelt og profesjonsutøving har utan tvil endra seg siste tiåra. Innføringa av målretta helseundersøkingar i 2010 har hatt ein direkte påverknad på korleis helsesøster i Bergen kommune opplever sine samtalar og veiledning med elevane. Dei seinare åra har det vore ein tydeleg tendens til at helsepersonell som har ansvar for pasientane/brukarane, får svekka mynde til å ta avgjerder, men til gjengjeld skjerpa krav til å innfri forventningar om å rapportere (Haukelien & Wyller, 2017, s. 290). Dei peiker på at dette er ei skadeleg utvikling som må snuast. Holter referert i Haukelien & Wyller (2017, s. 138) seier at det er viktig at helsepersonell får arbeide i organisasjonar der det kan bruke sine kunnskapar og erfaring i tråd med det som er dei enkelte helseprofesjonar sin særegne kompetanse. Tida vil vise kva retning helsesøster som profesjonsutøvar framover vil gå i. Uansett kan det sjå ut til at det er viktig at helsesøstre som fagprofesjon er medviten om kor viktig det er å vere ei tydeleg stemme på vegne av eigen profesjon, slik at dei får løfta fram det dei meiner er viktig for eigen profesjonsutøving framover. Andrews & Wærness referert i Glavin, 2007, s. 62) meiner det har vore ein deprofesjonalisering av helsesøsteryrket, ein av årsakene som blir trekt fram er at helsesøstrene sjølv i liten grad har vore aktive i utviklinga av eige fag.

6.0 Avslutning

Det er kjent at ulike fagprofesjonar opplever aukande grad av standardiserte kartleggingsverktøy (Svensson & Karlsson, 2008, 262). Eg ønskte i denne studien å sjå på korleis helsesøstre opplever å bruke dei målretta helseundersøkingar i deira veiledning av elevar i skulehelsetenesta. Målet var å finne ut korleis helsesøstre opplever at dei målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta, og korleis helsesøstre opplever at dei målretta helseundersøkingar påverkar deira mogelegheit til å bruke fagleg kompetanse og skjønn. Eg har også forsøkt å finne svar på korleis helsesøstre opplever dialogen med eleven ved bruk av dei målretta helseundersøkingar, samt om helsesøstrene opplever å ha mogelegheit til å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingar.

6.1 Konklusjon – med forslag til tiltak og vidare forskning

Denne studien viser korleis helsesøstre opplever å bruke dei målretta helseundersøkingane i veiledning i skulehelsetenesta. Studien vil forhåpentlegvis kunne vere eit bidrag for å auke fokus på profesjonsutøving og kartleggingssystem. Dette er eit tema som er aktuelt for fleire profesjonar, og eg håper det kan bidra til eit auka fokus på temaet innan helsesøstergruppa.

Informantane i studien er opptatt av egen fagleg kompetanse og skjønn, men funn viser også at dei målretta helseundersøkingane påverkar bruken av denne. Dei målretta helseundersøkingar strukturerer helsesøster sitt møte med eleven i ein slik grad at det er vanskeleg for helsesøstre å kunne bruke kjerneverdier som salutogenese og empowerment. Helsesøstre opplever at dette reduserer eleven sin mulighet for brukarmedverknad. Det er ikkje etablert ein arena for erfaringsutveksling når det gjeld bruken av dei målretta helseundersøkingane. Helsesøstrene opplever ikkje mogelegheit for å gi tilbakemeldingar på bruken av målretta helseundersøkingar og dermed ikkje mogelegheit til å påverke utviklinga av dei målretta helseundersøkingane.

Helsesøstertenesta i sin tidlege fase var prega av helsekontrollar og smitteførebyggande tiltak. Helsesøsterrolla endra deretter karakter frå kontrollfunksjon til rolla som veileder og støttespelar for barn og unge og deira familiar. Dei målretta helseundersøkinga har ein direkte effekt på korleis helsesøster utfører veiledning av elevane. Ein kan stille spørsmål om den aukande styring av helsesøsterprofesjonen ved stadig aukande innføring av standardiserte kartleggingsverktøy, kan føre til at helsesøster-rolla igjen går i retning av å få ein meir

kontrollfunksjon, noko som står i motsetning til å bruke meistringsstrategiar og empowerment-tenking.

Med utgangspunkt i studien sine funn, er det nokre fokus som peikar seg ut, og kan danne grunnlag for vidare tiltak og forskning:

1. Mange informantar skildrar at dei målretta helseundersøkingane tek for stor plass i konsultasjonen. Dei skildrar dei målretta helseundersøkingane som eit kartleggingsverktøy som det er vanskeleg å frigjere seg frå. Eg ser på det som viktig å forske meir på ulike konsekvensar av helsesøster sin bruk av standardiserte kartleggingsverktøy. Dette er viktig for å sikre at helsesøster kan få behalde sine profesjonsfaglege standardar, i motsetning til å risikere at helsesøster vektar kunnskapen i standardiserte kartleggingsverktøy tyngre enn egen fagleg kompetanse. Funn i min studie viser at helsesøstrene ønskjer å kunne bruke fagleg skjønn når dei bruker dei målretta helseundersøkingane. Ei stadfesting frå arbeidsgivar til helsesøstre på at dette er greitt vil også kunne minske målkonflikten helsesøstre opplever, mellom å fylle ut dei målretta helseundersøkingane til punkt og prikke og å møte eleven på det han ho har behov for.
2. Nasjonal fagleg retningslinje for det helsefremjande og forebyggjande arbeid i helsestasjon, skulehelseteneste og helsestasjon for ungdom (2017) vektlegg brukarmedverknad i stor grad. Funn i min studie viser at eleven sin moglegeheit for brukarmedverknad kan bli redusert når helsesøster bruker dei målretta helseundersøkingane. Det er derfor viktig med meir forskning frå brukarperspektivet, som kan bidra til kunnskap om korleis veiledning mellom helsesøster og elev i skulehelsetenesta i framtida skal vere, sett frå eleven sin ståstad.
3. Denne studien konkluderer med at informantane opplever at det er ingen systematisk opplæring i bruk av dei målretta helseundersøkingane og at det er lite tilrettelagt for kontinuerleg kunnskapsutvikling og erfaringsutveksling i bruken av dei målretta helseundersøkingane. For å skapa ein lærande organisasjon må det vere ein organisasjonsstruktur og ein organisasjonskultur som kan legge til rette for dette. Eit forslag som kjem fram i studien er eit elektronisk system for tilbakemeldingar, som er tilgjengeleg og synleg for alle. Helsesøstre kan på den måten sjå kva innspel som er sendt inn. I dette opne systemet kunne det vore ein statusoppdatering som følgjer kvart

innspel. Systematisk opplæring og kontinuerleg erfaringsutveksling er eit anna forslag. Ei anbefaling kan vere at dette er tiltak som leiinga i kommunen legg til rette for å sette i verk, slik at det kan nå ut til alle helsesøstre i kommunen. Opplæring og regelmessig erfaringsutveksling kan vere ein måte å sikre at den tause kunnskapen blir delt med fleire. Slik kan også dei meir erfarne helsesøstre dele informasjon med dei meir uerfarne. Slik kan ein få diskutert rundt bruken av dei målretta helseundersøkingane, og også førebyggje at det oppstår læring berre hjå det enkelte individ, og dermed kan ein sikre ein meir lik praksis i tenesta.

4. Ei anna anbefaling er at det bør utførast ein evaluering av dei målretta helseundersøkingane. I følgje funn i min studie og Nilsen (2013) sin studie, har det ikkje vore utført evaluering av dei målretta helseundersøkingane sidan dei blei innført i 2010. Å evaluere blir skildra som eit av fire trinn i Deming sin sirkel. Evaluering er naudsynt for å kunne sjå om prosedyren (i dette tilfellet dei målretta helseundersøkingane) er vellukka eller ikkje. Dersom den ikkje er det, må det til ei forbetring og/eller måla justerast (Arntzen, 2014, s 86). Etersom dei målretta helseundersøkingane utgjer ein stor del av helsesøstre sin kvardag, er det viktig å evaluere effekten og bruken av dei. Funn i min studie viser at helsesøstre opplever at dei målretta helseundersøkingar har fleire negative påverknader på deira veiledning av eleven. Helsesøstre ønskjer å kome med innspel som kan vere ein del av ei slik evaluering. Kravet til evidens og kunnskapsbasert praksis er stadig meir framtrudande i dagens helsevesen, også i det forebyggjande arbeidet. Då burde ein stille same krav til dei målretta helseundersøkingar, som utgjer ein stor del av helsesøster sin kvardag.

7.0 Litteraturliste

- Arntzen, E. (2014): *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeids glede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bach, G. & Vatnøy, T. (2007) Elektronisk pasientjournal (EPJ). I T. Vatnøy (Red.) *Medvirkning, samhandling, sikkerhet. IKT i helsetjenesten* (s. 122-145). Oslo: Conflux AS.
- Benner, P. (1984/1995) *Frå novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Henta frå <https://www.nb.no/nbsok/nb/d57b7ded37e0140923d0d7acecbb734e?lang=no#0>
- Bergen kommune (2014) *Barn og unge i Bergen. Helseatferd og påvirkningsfaktorer*. Bergen: Etat for helsetjenester.
- Bukve, O. (2012). *Lokal og regional styring : Eit institusjonelt perspektiv*. Oslo: Samlaget.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre : Om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bukve, O. og Kvåle, G. (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. I R. Thorsen, K. Sunde Mæhre & K. Martinsen (Red.) *Fortellinger om etikk*.(s. 63-83). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, B.M. (2015) *The meaning of professional identity in public health nursing*. (Doktorgradsavhandling) Universitet i Bergen, Bergen
- Dahl, B. M. (2016) Helsesøstertjenesten i et innovasjonsperspektiv. I I.M Kvangarsnes, J.I Håvold & Ø. Helgesen (Red.) *Innovasjon og entreprenørskap – Fjordantologien 2015* (s. 250-263). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, S.B. (2012) Individuelt ansvar og sløvhet i profesjonsutøvelse. *Nordic Journal of Applied Ethics*. 2012, 6 (2), s. 64-79.
- Eriksen, E.O. & Molander, A. (2008) Profesjon, rett og politikk. I A. Molander og L.I Terum (red). *Profesjonsstudier*.(160-176) Oslo: Universitetsforlaget.
- Ersvik, A.G. (2012). Ikke alt som teller kan telles, og ikke alt som telles teller. *Tidsskrift for helsesøstre*, 2, 68-72. Henta frå: <https://www.nsf.no/Content/893666/0212.pdf>
- Evetts, J. (2015) A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology* 59 (4), 406-422.
- Fagerli, L.B., Fossum, M. & Terjesen, S. (2007) Dokumentasjon av sykepleie i den elektroniske pasientjournalen. I T. Vatnøy (red.) *Medvirkning, samhandling, sikkerhet. IKT i helsetjenesten* (s. 174-199). Oslo: Conflux AS.
- Folkehelselova. (2011) Lov om folkehelsearbeid av 24.juni 2011. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste (2003): Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fastsatt av Helsedepartementet (no Helse- og omsorgsdepartementet) 3. april 2003. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk Tidsskrift*, 12(2), 143-165.
- Glavin, K. (2007). Kartlegging av behov. I K. Glavin, S. Helseth & L.G Kvarme 2007 (Red.) *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 105-116). Oslo: Akribe AS
- Glavin, K. (2007) Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I K. Glavin, S. Helseth & L.G Kvarme 2007 (Red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 48-67) Oslo: Akribe AS
- Glavin, K. & Økland, T. (2007) Kvalitetsutvikling i helsesøstertjenesten. I K. Glavin, S. Helseth & L.G Kvarme 2007 (Red.) *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 79-102) Oslo: Akribe AS
- Glavin, K. & Kvarme, L.G (2007) *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe Forlag
- Golsäter, M., Lingfors, H., Sidenvall, B. & Enskär, K. (2012). Health dialogues between pupils and school nurses: A description of the verbal interaction. *Patient Education and Counseling*, 89 (2), 260-266.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008) Profesjon og skjønn. I A. Molander & L.I. Terum (Red.) *Profesjonsstudier*. (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gumpen, R. & Aagren, T. G. (2012). «Elektronisk pasientjournal i en norsk kommune-gevinster og årsaker. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Agder, Kristiansand.
- Haukelien, H. & Wyller, T.B. (2017) *Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers forlag
- Heggen og Solbrekke (2009) Sykepleieansvar – fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt. *Tidsskrift for arbeidsliv*, 11.årg, nr 3, 2009. Henta fra <http://docplayer.me/5655576-Sykepleieansvar-fra-profesjonelt-moralsk-ansvar-til-teknisk-regnskapsplikt-kristin-heggen-tone-dyrdal-solbrekke.html>
- Helmers, A.K.B & Dolonen, K.A (2013, 7. februar) Helsesøstre slår alarm: «Vi rekker ikke følge opp de som sliter». *Sykepleien*. Henta fra <https://sykepleien.no/2013/02/vi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter>
- Helsedirektoratet (2013) *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Henta fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/50/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf>

Helsedirektoratet (2017) *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller*. St.meld nr 20 (2006-2007) Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Henta frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. St.meld nr 47 (2008-2009) Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helseth, S. (2007) Sykepleiefaglig forankring. I K. Glavin, S. Helseth & L.G Kvarme (Red.) *Fra tanke til handling*. (s. 17-27) Oslo: Akribe AS

Holter, I.M. (2017) Sykepleie er ikke industri. I H. Haukelien & T.B Wyller (Red.) *Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger* (s. 133-140) Oslo: Dreyers forlag

Høifødt, Vibeke, H. (2015). *"Skolehelsetjenesten i et brukerperspektiv." En kvalitativ studie av ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten*. (Mastergradsavhandling). NTNU, Trondheim.

Irgens, E. J. (2011) *Dynamiske og lærende organisasjoner. Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i endring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Jentoft, G. (2005) *Tillitsfulle stemmer*. (Mastergradsavhandling). Nordiska Högskolan for folkhälsovetenskap, Göteborg.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2012) Innledning: At skabe en professionel. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.) (2012) *At skabe en professionel. Ansvar og autonomi i velferdsstaten*. (13-27). København: Hans Reitzels.

Kunnskapsdepartementet (2007-2007) *Og ingen stod igjen. Tidlig innsats for livslang læring*. St.meld. nr 16 (2006-2007). Oslo, Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007-/id441395/>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2017) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgåve). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvarme, L.G. (2007) Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K. Glavin, S. Helseth & L.G Kvarme (Red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 28-34) Oslo: Akribe AS

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgåve. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS

Nilsen, Ingeborg Theoline Langeland, N. (2013). *Journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år I Støpeskjeen. Helsesøstres erfaringer med kartleggingsverktøy i skolehelsetjenestens journalsystem* (Mastergradsavhandling). Høgskolen i Bergen, Bergen.

Nilsen, I. (2014) Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. *Forskning nr 4*, 2014;9:358-365. Henta frå: <https://sykepleien.no/forskning/2014/12/helsesostres-utfordringer-ved-bruk-av-kartleggingsverktoy-i-skolehelsetjenesten>

Norsk Sykepleieforbund (1993): *Kvalitet i helsetjenesten*. Oslo: NSF. Henta frå: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012062908244

Norsk Sykepleieforbund (2011): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF. Henta frå: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Offerdal, A. (2014) Iverksettingsteori. I Baldersheim, H. & Rose, L.E. (Red.) *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. (s. 257-281) Bergen: Fagbokforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20pasient%20og%20bruker>

Pettersvold, M. & Østrem, S. (2012) *Mestrer, mestrer ikke: Jakten på det normale barnet*. Oslo: Res Publica.

Procter, R.N., Pagliari, C., McKinstry, B.H. & Sheikh, A. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of healthcare: a systematic overview of the literature. *PLoS Medicine*, volume 8, nr. 1, s. 1-16.

PsykiskHelseproffer i Forandringsfabrikken (2018, 19. mai) Snakker ikke om det vondeste. *Dagsavisen*. Henta frå: www.dagsavisen.no/nyemeninger/snakker-ikke-om-det-vondeste-1.1144993

Satterfield, J.M, Soring, B, Brownson, R.C, Mullen, E.J, Newhouse, R.P, Walker, B.B & Whitlock, E.P (2009) Towards a transdisciplinary model og Evidence-Based Practice. *The Milbank Quarterly*, vol 87, no 2, 2009, s. 368-390.

Sleveland, Bente (2015) *Helsesøsters erfaringar ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen for barn 0-5 år* (Mastergradsavhandling). Universitet i Tromsø, Tromsø.

Sleveland, B. (2016) Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy. *Tidskrift for helsesøstre nr 3*, 2016, s. 66-67.

Solbrekke, T., & Østrem, S. (2011). Profesjonsutøvelse mellom profesjonelt ansvar og regnskapsplikt. *Nordic Studies in Education*, 31, 194-209.

Sosial og helsedirektoratet (2005) ... og bedre skal det bli: *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten 2005-2015. Til deg som leder og utøver*. Henta

frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>

Svensson, L.G. & Karlsson, A. (2008) Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L.I. Terum (Red.) *Profesjonsstudier*. (261-275). Oslo: Universitetsforlaget.

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4. utgåve. Bergen: Fagbokforlaget.

Tholens, B. (2018): Ulvetid i klinikken. *Tidsskrift for Sykepleien, nr.1*. Henta frå: <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien/2017/02/et-stille-oppror-mot-byrakraatiet>

Tveiten, S. (2007) Veiledning. I K. Glavin, S. Helseth & L.G Kvarme 2007 (Red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 173-191) Oslo: Akribe AS

Vabø, M. (2014) Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S.I Vabo (Red.) *Velferdens organisering*. (s. 11-28) Oslo: Universitetsforlaget

Øgar, P. (2008). Kvalitetsarbeid. I: Ø. Larsen, A. Alvik, K. Hagestad & M. Nylenna (red.) *Samfunnsmedisin*. (s. 564-579) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg – vitenskapsteori i helse og sosialfag*. 3. utgåve. Oslo: Tano Aschehoug

I kapittel 1, 2, 3 og 5 har eg nytta tekst henta frå mine tidlegare eksamensoppgåver i kursa:

- Helse- og velferdspolitik SA6-407 (vår 2016)
- Styring, omstilling og leiing i offentlege organisasjonar (SOLO) OR6-502 (vår 2017)
- Forskingsstrategiar og metode ME6- 500 (haust 2016)

Informasjonsskriv til einingsleiar

Eg sender dette informasjonsskrivet i forbindelse med mi mastergradoppgåve ved Høgskulen på Vestlandet, og skal i løpet av 2018 fullføre mastergradoppgåve med temaet kartleggingsverktøy og profesjonsutøving.

I forbindelse med masteroppgåva ønskjer eg å intervju helseøstre i skulehelsetenesta om deira erfaringar med å bruke målretta helseundersøkingar. Eg tenker å intervju helseøstre som har minst 1 års erfaring med å bruke HsPro. Intervjua vil bli tatt opp på band, og eg tenker at tidsramma rundt intervjuet vil vere 45-60 minuttar. Desse intervjua vil utgjere grunnlaget for masteroppgåva eg skal skrive. Førsteamaunensis Olina Kollbotn (Høgskulen på Vestlandet) er min rettleiar i dette prosjektet.

Eg ønskjer å gjennomføre intervjua i løpet av februar 2018. Prosjektet er godkjent av (Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD). Alle personopplysningar vil bli anonymisert.

Eg håper at du som einingsleiar er positiv til dette og kan informere aktuelle helseøstre med det vedlagte informasjonsskriv (**Forespørsel om å delta i intervju**). Prosjektet er godkjent av Etat for barn og familie. Eg kan møte opp på arbeidsplassen til den aktuelle helseøster for gjennomføring av intervju.

Helsing frå

Tove Linn Øren, helseøster og mastergradstudent

tove.linn.oren@gmail.com

Tlf 40241663

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjektet

«Kartleggingsverktøy og profesjonsutøving»

Til helsesøster

Eg sender deg dette informasjonsskrivet i forbindelse med mi mastergradoppgåve. Namnet mitt er Tove Linn Øren og eg går på Masterstudiet i Organisasjon og leiing - helse og velferdsleiing, ved Høgskulen på Vestlandet, nærregion Sogn og Fjordane. Eg held no på med masteroppgåva mi, som er planlagt å vere ferdig juni 2018.

Bakgrunn og formål

Mastergradoppgåva handlar om kartleggingsverktøy og profesjonsutøving. Problemstillingar for oppgåva er:

Korleis opplever helsesøstre bruk av målretta helseundersøkingar i sin veiledning av elevar i skulehelsetenesta?

- Korleis opplever helsesøstre at bruk av målretta helseundersøkingar påverkar kvaliteten på tenesta?
- Korleis opplever helsesøstre at dei målretta helseundersøkingar påverkar deira bruk av fagleg skjønn?
- Korleis opplever helsesøstre dialogen med eleven ved bruk av målretta helseundersøkingar?
- Korleis opplever helsesøstre mogelegheit for å påverke bruken og utviklinga av dei målretta helseundersøkingar i HsPro?

Føremålet er å få kunnskap om helsesøstre sine erfaringar ved bruk av målretta helseundersøkingar i HelseProfil 0-20 år.

Målretta helseundersøkingar i HsPro Helseprofil 0-20 år blei innført i Bergen kommune i 2010, og har sidan den gong utvikla seg i både i innhald og omfang. Eg ønskjer derfor å finne ut korleis helsesøstre opplever å bruke dei målretta helseundersøkingar, samt korleis helsesøstre opplever utviklinga av desse over tid. Eg legger opp til å bruke ein open dialog i intervjuet, med opne spørsmål og mogelegheit for refleksjon. Eg ønskjer å intervjuje helsesøstre som har brukt HsPro i i skulehelsetenesta i meir enn 1 år. Ut frå kven som

melder seg, vil eg gjere eit utval av helsesøstre som har erfaring frå skulehelsetenesta frå før HsPro blei innført, i tillegg til helsesøstre som eventuelt berre har erfaring frå Hspro i skulehelsetenesta, for å få ein variasjon i utvalet.

Kva inneber det å delta i studien?

Intervjuet vil ta ca 45-60 minuttar. Eg kan kome til din arbeidsplass og gjennomføre intervjuet når det passar for deg. Intervjuet blir tatt opp på lydbåndopptakar og deretter skrevet inn på datamaskin. I tillegg tek eg små notater undervegs i intervjuet.

Informasjonsmaterialet vil bli behandla konfidensielt. Det er kun underteikna og veileder som vil ha tilgang til opplysningar samla inn. Førsteamaunensis Olina Kolbotn (Høgskulen på Vestlandet) er min veileder på prosjektet.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen frå intervjuet vil danne grunnlaget for mi mastergradoppgåve. Namneliste over kven som er blitt intervjuet vil bli oppbevart adskilt frå sjølv lydopptak for å sikre konfidensialitet. Opplysningar vil også bli anonymisert i oppgåva, ingen vil bli identifisert med namn i oppgåva. Prosjektet skal etter planen avsluttast medio august 2018.

Opplysningar og bandopptak vil då bli sletta.

Frivillig deltaking

Du vil også bli bedt om å signere ein samtykkeerklæring før vi gjennomfører intervjuet.

Deltakinga er heilt frivillig, og det er heilt i orden om du ønskjer å trekke deg frå intervjuet, dette kan du gjere når som helst, og utan å gi noko årsak for det. Alle data om deg vil då bli anonymisert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du kunne tenke deg å delta, er fint om du kan kontakte meg (Tove Linn Øren) på e-post: tove.linn.oren@gmail.com eller telefon: 40241663. Eg kan då avtale nærmare med deg.

Helsing frå Tove Linn Øren, Helsesøster og mastergradstudent

Olina Kolbotn, rettleiar, kan kontaktast på mail: olina.kolbotn@hvl.no eller tlf: 93641256

Samtykke til deltaking i studien

Eg har mottatt informasjon om studien, og samtykker med dette om å delta i studien. Eg samtykker til at opplysningar kan publiserast i anonymisert form.

Namn:

Dato:

Signatur:

Samtykke til deltaking i studien

Eg har mottatt informasjon om studien, og samtykker med dette om å delta i studien. Eg samtykker til at opplysningar kan publiserast i anonymisert form.

Namn:

Dato:

Signatur:

Intervjuguide

Innleiande spørsmål:

- Kva utdanning har du?
- Når var du ferdig utdanna helsesøster?
- Kor mange år har du jobba som helsesøster?

Kartleggingsverktøy

- Kor lenge har du brukt HsPro og målretta helseundersøkingar i skulehelsetenesta?
- Har du fått opplæring i korleis du skal bruke den målretta helseundersøkinga i HsPro?
- Når bruker du den målretta helseundersøkinga? (er det skulestartundersøking, 3. klasseundersøking, 8. klasseundersøking, m.m)
- Det er bestemt (politisk vedtatt) at målretta helseundersøkingar skal brukast av helsesøstre og når dei skal brukast. Er det likevel situasjonar der du vel å ikkje bruke den, eller ikkje fullføre den?
- Kan du sei noko om korleis du opplever at utviklinga av dei målretta helseundersøkingar har vore i den tida du har brukt dei? (treffpunkt, omfang, kvalitet på spørsmål)
 - Dersom informanten arbeider i barneskulen: Kan du sei noko om korleis du opplever skulestartundersøkinga versus 3. klasseundersøkinga? Har du innspel til korleis desse undersøkingane kunne blitt betre?
- Kor mykje av tida di (for eksempel i ein arbeidsdag) bruker du på å utføre målretta helseundersøkingar?
- Korleis opplever du rammene rundt den målretta helseundersøkinga, dvs tida som er satt av?

Profesjon: Rom for fagleg og erfaringsbasert kunnskap

- Kan du fortelje om din erfaring med å bruke dei målretta helseundersøkingar ved elevsamtalar i skulehelsetenesta?
- Kan du sei noko om positive og negative sider ved bruk av målretta helseundersøkingar?
- Korleis opplever du bruk av målretta helseundersøkingar virkar inn på din moglegheit til å bruke fagleg kunnskap og skjønn i veiledning av eleven?

- Har du opplevd at den målretta helseundersøkinga har gitt deg svar på spørsmål som du elles ikkje ville stilt til eleven? Kan du gi døme?
- Kan du sei noko om korleis du bruker den målretta helseundersøkinga, følger du spørsmåla slik dei står, eller hender det at du kuttar ut spørsmål/avviker frå spørsmåla i den målretta helseundersøkinga?
- Korleis opplever du å handtere dei målretta helseundersøkingar opp mot grunnleggande verdiar i helsesøsterutdanninga? (til dømes empowerment: bemyndigelse, prosess som setter menneske i stand til å oppnå meistring over livet).
- Opplever du at bruk av dei målretta helseundersøkingar fører til at du veileder elevar på ein annan måte enn i samtalar der du ikkje bruker målretta helseundersøkingar?

Dialog med brukar

- Kva meiner du er viktig å legge vekt på i veiledningssituasjonen med ein elev?
 - Har du døme der målretta helseundersøkingar har virka inn positivt/negativt på din veiledning av eleven?
 - I kor stor grad kan eleven vere med å styre samtalen ved bruk av målretta helseundersøkingar?
 - Opplever du at du greier å ta utgangspunkt i eleven sine behov ved bruk av målretta helseundersøkingar? Kan du gi døme?
- Korleis forklarar du til eleven at du bruker dei målretta helseundersøkingar?
 - Korleis opplever du at det er for eleven at helsesøster bruker dei målretta helseundersøkingar?

Utvikling/læring

- Opplever du at du har moglegheit til å gi tilbakemelding til kommunen på korleis dei målretta helseundersøkingar fungerer?
 - Kven gir du eventuelt tilbakemelding til?
 - Har du døme på ein situasjon er du har gitt tilbakemelding i forhold til målretta helseundersøkingar?
 - Blir du oppfordra til å gi tilbakemelding på korleis dei målretta helseundersøkingar fungerer? Kven gir i så fall slike oppfordringar?

- Kan du sei noko om du opplever at du har ein moglegheit til å påverke utviklinga av dei målretta helseundersøkingar?
- Dersom du tek utgangspunkt i dei målretta helseundersøkingane som du bruker i kvardagen, har du noko innspel til noko som kan forbetre den målretta helseundersøkinga? Kan du gi eit døme? Har du andre innspel til forbetringar /utviklinga av dei målretta helseundersøkingane?
- Har du fått informasjon/invitasjon til å gi innspel på målretta helseundersøkingar?
- Har du og eventuelt dine helsesøsterkollegaer tatt opp korleis de erfarer å bruke målretta helseundersøkingar med din nærmaste leiar?
 - Korleis opplever du at din nærmaste leiar møter deg og andre helsesøsterkollegaer i forhold til din/dykkar tilbakemeldingar?
- Eit av måla med informasjonen frå dei målretta helseundersøkingane er at kommunen skal få eit grunnlag for helseovervaking og kvalitetsutvikling. Korleis vurderer du kvaliteten på dei data som blir dokumentert i journalen ved bruk av dei målretta helseundersøkingane? Kvifor vurderer du det slik?

Avsluttande spørsmål:

- Er det noko du ønskjer å tilføye temaet vi har snakka om i dag?
- Kan eg ta kontakt pr e-mail dersom behov for oppklaringsspørsmål i etterkant?

Tusen takk for tida di og at du ville delta!

Olina Kollbotn
Postboks 363 Alnabru
0164 OSLO

Vår dato: 01.11.2017

Vår ref: 56512 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 10.10.2017 for prosjektet:

<i>56512</i>	<i>Profesjonsutøving og kartleggingsverktøy</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Olina Kollbotn</i>
<i>Student</i>	<i>Tove Linn Øren</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Ved prosjektslutt 15.08.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Marianne Høgetveit Myhren

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07 / audun.lovlie@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tove Linn Øren, tove.linn.oren@gmail.com



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Det fremgår at utvalget får skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet vi har mottatt er i utgangspunktet godt utformet, men vi ber om at følgende endres:

- Erstatte anonymt med konfidensielt i setningen " Namleliste over kven som er blitt intervjuet vil bli oppbevart adskilt frå sjølve lydopptaka for å sikre anonymitet".

Vi anbefaler også en omformulering av følgende setninger:

- "Alle data om deg vil då bli sletta umiddelbart" endres til for eksempel: alle data om deg vil då bli anonymisert

- "Eg samtykker til at opplysningar kan publisertast i studien, anonymisert" slettes eller endres til for eksempel: Eg samtykker til at opplysninger kan publiserast i anonymisert form".

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at informantene har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltperson direkte eller indirekte, med mindre det blir innhentet samtykke fra den enkelte til dette. Intervjuer og informant har sammen ansvar for dette, og bør drøfte innledningsvis i intervjuet hvordan dette skal håndteres.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen på Vestlandet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc /mobile enheter, bør opplysningene krypteres.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Ifølge meldeskjema er forventet prosjektslutt 15.08.2018. Ifølge informasjonsskrivet skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Helseundersøkelse 3. klasse

Helseundersøkelse 3. klasse

Somatiske plager

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henviising
- Årsak(er) til henviising

Somatiske plager

Nei
 Ja

Kronisk sykdom
 Magesmerter
 Hodepine
 Migrene
 Annet

Muskel/ skjelett

Nakke
 Rygg
 Hofter
 Knær
 Føtter
 Annet

Allergi

Pollenallergi
 Matalergi
 Allergi mot dyr
 Husstøvallergi
 Annet

Hud

...

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Somatiske plager

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning

Migrene
 Annet

Muskel/ skjelett

Nakke
 Rygg
 Hofter
 Knær
 Føtter
 Annet

Allergi

Pollenallergi
 Matallergi
 Allergi mot dyr
 Husstøvallergi
 Annet

Hud

Eksem
 Psoriasis
 Akne
 Annet

Luftveier

Astma
 Annet

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Fysisk aktivitet

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet**
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvvisning
- Årsak(er) til henvisning

Fysisk aktivitet

Hvor ofte driver eleven med fysisk aktivitet eller sport av moderat eller høy intensitet i 60 min eller mer?

Daglig
 3-6 g/uke
 1-2 g/uke
 Aldri

Kommentar

Har du drevet med fysisk aktivitet tidligere?

Nei
 Ja

Når sluttet du med fysisk aktivitet på fritiden?

Før skolestart
 1-3 kl
 4-5 kl
 6-7 kl

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Annen aktivitet

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmessig...**
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning

Annen organisert regelmessig aktivitet i fritiden

Nei
 Ja

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Trivsel i fritiden

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden**
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Trivsel i fritiden

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Kommentar

Kjedsomhet
 Ensomhet
 Mangler venner
 Annet

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Psykisk helse

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse**
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Psykisk helse

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Engstelig
 Trist/ lei
 Plagsomt sjenert
 Anspent
 Mindreverdighetsfølelse
 Selvskading
 Spiseforstyrrelse
 Annet

Kommentar

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Atferd

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd**
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning

Atferd

Tilfredsstillende

Usikker/avvikende

Dårlig impulskontroll

Urolig og irritabel

Er for passiv

Er for aktiv

Konsentrasjonsvansker

Annet

Kommentar

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Trivsel på skolen

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen**
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Trivsel på skolen

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Støy/ uro i klassen
 Gruer seg til å gå på skolen
 Få venner
 Erting
 Mobbing
 Vanskelig i fht lærer
 Vanskelig i fht fag
 Annet

Kommentar

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Fravær

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær**
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning

Fravær

Har eleven vært borte fra skolen siste måned?

Nei
 Ja

Mange enkelttimer uten grunn
 1-2 dager
 3-5 dager
 >5dg
 Usikker

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Fysisk miljø på skolen

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen**
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Fysisk miljø på skolen

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Kommentar

Utilfredsstillende arbeidsrom/ klasserom
 Dårlig luftkvalitet
 Utilfredsstillende sanitærforhold
 Annet

Kommentar

Går eleven på toalettet i løpet av skoledagen?

Ja
 Nei

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Bekymring for noe hjemme

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme**
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Bekymring for noe hjemme

Nei
 Ja

Uro i hjemmet
 Somatisk sykdom
 Psykiske vansker
 Økonomi
 Forhold mellom foreldre
 Rus
 Annet

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Søvn

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn**
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Søvn

Leggetidspunkt hverdager

- 19 eller tidligere
- kl 19-20
- kl 20-21
- kl 21-22
- kl 22-23
- Etter kl 23

Kommentar

Gjennomsnittlig antall timer søvn pr natt hverdager

- Under 6t
- 6-8t
- 8-10t
- 10t eller mer

Kommentar

Leggetidspunkt helg

- Før kl 19
- kl 19-20
- kl 20-21
- kl 21-22
- kl 22-23
- Etter kl 23

Kommentar

Gjennomsnittlig antall timer søvn pr natt helg

- Under 6t
- 6-8t
- 8-10t
- 10t eller mer

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Egen opplevelse av nok søvn

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...**
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Har ikke fast leggetid
 Skjermbruk siste timen før leggetid (...)
 Er engstelig for å sove
 Har mareritt (inkluderer nattskrekke)
 Klager over smerter/ våkner av smerter
 Enurese forekommer (inkluderer noktur...)
 Det er dårlig miljø for god søvn på s...

Forekommer det oppvåkning etter innsovning?

Nei
 Ja

Oppvåkning skjer ikke hver natt, men:

1-2 ganger per uke
 3-4 ganger per uke
 5-6 ganger per uke

Hvis oppvåkning forekommer hver natt, hvor ofte?

1-2 ganger pr natt
 3-4 ganger per natt
 5 eller flere ganger per natt

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Kosthold

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold**
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henviising
- Årsak(er) til henviising

Kosthold

Spiser eleven frokost?

Ja
 Nei

Kommentar

Har eleven matpakke med på skolen?

Ja
 Nei

Kommentar

Spiser eleven matpakken sin?

Ja
 Nei
 Vet ikke

Spiser eleven mat på skolen?

Ja
 Nei
 Vet ikke

Drikker eleven løpet av skoledagen?

Ja
 Nei
 Vet ikke

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Kosthold

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold**
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvvisning
- Årsak(er) til henvvisning

Antall måltider pr dag

0
 1-2
 3-4
 5 eller flere

Kommentar

Antall fellesmåltid med noen i familien pr dag

0
 1-2
 3 eller flere

Kommentar

Spiser eleven frukt

Nei
 Ja

Daglig
 Flere ganger pr uke
 En gang iblant

Kommentar

Spiser eleven grønnsaker

Nei
 Ja

Daglig
 Flere ganger pr uke
 En gang iblant

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Kosthold

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold**
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henviising
- Årsak(er) til henviising

0
 1-2
 3 eller flere

Spiser eleven frukt

Nei
 Ja

Daglig
 Flere ganger pr uke
 En gang iblant

Spiser eleven grønnsaker

Nei
 Ja

Daglig
 Flere ganger pr uke
 En gang iblant

Søtsaker/Brus/ Søtt bakverk

Aldri
 Sjeldnere enn 1 g/uke
 1-2g/uke
 Oftere

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Menstruasjon (?)

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?**
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning

Har du fått menstruasjon?

Nei
 Ja

Kommentar

Alder

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Tannhelse

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse**
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henviising
- Årsak(er) til henviising

Tannhelse

Daglig tannpuss?

Ja
 Nei

Kommentar

Fluortannkrem?

Ja
 Nei

Kommentar

Fluortabletter eller fluortannskyll?

Ja
 Nei
 Av og til

Kommentar

Har eleven møtt til avtaler hos tannhelsetenesten?

Ja
 Nei
 Ikke fått innkallelse

Kommentar

Har eleven hatt hull i tennene?

Nei
 Vet ikke

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Tannhelse

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse**
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Fluortabletter eller fluortannskyll?

Ja
 Nei
 Av og til

Kommentar

Har eleven møtt til avtaler hos tannhelsetenesten?

Ja
 Nei
 Ikke fått innkallelse

Kommentar

Har eleven hatt hull i tennene?

Nei
 Vet ikke
 Ja

1-2
 3-5
 >=6
 Vet ikke hvor mange

Kommentar

Har eleven fått behandling for hull i tennene

Ja
 Nei
 Vet ikke

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Bosituasjon

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon**
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henviising
- Årsak(er) til henviising

Bosituasjon

Eleven bor sammen med/ daglig omsorg

- Begge foreldre
- Mor
- Far
- Foster-/ beredskapsforeldre
- Andre familiemedlemmer
- Andre

Kommentar

Eleven har avlastningstilbud

- Nei
- Ja

- Fra barneverntjenesten
- Fra forvaltningstjenesten
- Andre

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Vaksinasjonsprogram gjennomført?

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...**
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning

Vaksinasjonsprogram gjennomført

Ja
 Nei

Ønsker elev/ foresatt oppdatert vaksinasjon i hht barnevaksinasjonsprogrammet?

Ja
 Nei

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Har eleven fast kontakt med behandlingsapparatet

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...**
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Har eleven fast kontakt med behandlingsapparatet?

Nei
 Ja

Fastlege
 Spesialist
 Fysioterapi
 PPT/ OT-PPT
 Barnevern
 Offentlig tannhelse
 Andre

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Tiltak/Oppfølging av barnet

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet**
- Henvising
- Årsak(er) til henvising

Tiltak/oppfølging av barnet

- Resept
- Henvising
- Råd/veiledning
- Informasjonsmateriell gitt
- Ny konsultasjon hos helsesøster
- Drøfting i tverrfaglig forum
- Drøfting anonymt med barneverntjenesten
- Melding til barneverntjenesten
- Blodprøve
- Avføringsprøve
- Ny konsultasjon hos lege
- Annet

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Henvisning

3. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning**
- Årsak(er) til henvisning

Henvisning

- Fastlege
- Barnelege
- Øyelege
- ØNH-lege
- Ortoped
- Hudlege
- Kirurg
- Barneavdeling - innleggelse
- Røntgen
- PPT
- BUP
- Fysioterapeut
- Sosialkontor/Barnevern
- Psykolog/psykiater/familievernkontor
- Andre

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Helseundersøkelse 3. klasse

Årsak(er) til henvisning

3. Klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Har du fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Bosituasjon
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning**

Årsak(er) til henvisning

- Ernæringsvansker
- Avvikende vekst/vektutvikling
- Sen/avvikende psykomotorisk utvikling

Sykdom/symptomer/funn innen:

- Nevrologi
- Øye
- Øre/Nese/Hals
- Hud
- Hjerne/Kar
- Åndedrett
- Blod/Immunologi
- Mage/Tarm
- Nyre/Urinveier/Kjønnsorganer
- Muskel/Skjelett
- Endokrinologi/Metabolisme
- Sosiale forhold/usikre foreldre
- Annet

Kommentar

Forrige Neste

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

8. klasse helseundersøkelse – Somatiske plager

The image shows a digital form for a health survey. On the left is a navigation menu with a tree view under the heading "8. klasse undersøkelse". The selected item is "Somatiske plager". The main content area is titled "Somatiske plager" and contains three sections, each with a list of checkboxes and a text box for comments.

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Somatiske plager

Nei
 Ja

Kommentar

Kronisk sykdom
 Magesmerter
 Hodepine
 Migrene
 Annet

Muskel/ skjelett

Nakke
 Rygg
 Hofter
 Knær
 Føtter
 Annet

8. klasse helseundersøkelse – Somatiske plager

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Allergi

- Pollenallergi
- Matallergi
- Allergi mot dyr
- Husstøvallergi
- Annet

Hud

- Eksem
- Psoriasis
- Akne
- Annet

Luftveier

- Astma
- Annet

Kommentar

Kommentar

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse - Fysisk aktivitet

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet**
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Fysisk aktivitet

Hvor ofte driver eleven med fysisk aktivitet eller sport av moderat eller høy intensitet i 60 min eller mer?

Kommentar

Daglig
 3-6 g/uke
 1-2 g/uke
 Aldri

Har du drevet med fysisk aktivitet tidligere?

Nei
 Ja

Når sluttet du med fysisk aktivitet på fritiden?

Kommentar

I barneskolen
 8 kl

8. klasse helseundersøkelse – Annen organisert regelmessig aktivitet

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmessig aktivitet**
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Annen organisert regelmessig aktivitet i fritiden

Kommentar

Nei
 Ja

8. klasse helseundersøkelse – Trivsel i fritiden

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden**
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Trivsel i fritiden

Kommentar

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Kommentar

Kjedsomhet
 Ensomhet
 Mangler venner
 Annet

8. klasse helseundersøkelse – Psykisk helse

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse**
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Psykisk helse

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Engstelig
 Trist/ lei
 Plagsomt sjenert
 Anspent
 Mindreverdighetsfølelse
 Selvskading
 Spiseforstyrrelse
 Annet

Kommentar

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Atferd

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd**
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Atferd

Kommentar

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Kommentar

Dårlig impuls kontroll
 Urolig og irritabel
 Er for passiv
 Er for aktiv
 Konsentrasjonsvansker
 Annet

8. klasse helseundersøkelse – Trivsel på skolen

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen**
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Trivsel på skolen

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Kommentar

Støy/ uro i klassen
 Gruer seg til å gå på skolen
 Få venner
 Erting
 Mobbing
 Vanskelig i fht lærer
 Vanskelig i fht fag
 Annet

Er du fornøyd med karakterene dine?

Ja
 Nei
 Det blir ikke gitt karakterer

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Fravær

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær**
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Fravær

Har eleven vært borte fra skolen siste måned?

Nei
 Ja

Kommentar

Mange enkeltimer uten grunn
 1-2 dager
 3-5 dager
 >5dg
 Usikker

8. klasse helseundersøkelse – Fysisk miljø på skolen

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen**
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Fysisk miljø på skolen

Kommentar

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Kommentar

Utilfredsstillende arbeidsrom/ klasserom
 Dårlig luftkvalitet
 Utilfredsstillende sanitærforhold
 Annet

Går eleven på toalettet i løpet av skoledagen?

Ja
 Nei

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Bekymring for noe hjemme

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme**
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Bekymring for noe hjemme

Nei
 Ja

Uro i hjemmet
 Somatisk sykdom
 Psykiske vansker
 Økonomi
 Forhold mellom foreldre
 Rus
 Annet

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Søvn

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn**
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Leggetidspunkt hverdager

Før kl 21
 kl 21-22
 kl 22-23
 kl 23-24
 Etter kl 24

Kommentar

Gjennomsnittlig antall timer søvn pr natt hverdager

Under 6t
 6-8t
 8-10t
 10t eller mer

Kommentar

Leggetidspunkt helg

Før kl 21
 kl 21-22
 kl 22-23
 kl 23-24
 Etter kl 24

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Søvn

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn**
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Under 6t
 6-8t
 8-10t
 10t eller mer

Leggetidspunkt helg

Før kl 21
 kl 21-22
 kl 22-23
 kl 23-24
 Etter kl 24

Gjennomsnittlig antall timer søvn pr natt helg

Under 6t
 6-8t
 8-10t
 10t eller mer

Kommentar

Kommentar

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Egen opplevelse av nok søvn

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...**
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus

Egen opplevelse av nok søvn og søvnkvalitet

Tilfredsstillende
 Usikker/avvikende

Kommentar

Har ikke fast leggetid
 Skjermbruk siste timen før leggetid (...)
 Er engstelig for å sove
 Har mareritt (inkluderer nattskrekke)
 Klager over smerter/ våkner av smerter
 Enurese forekommer (inkluderer noktur...)
 Det er dårlig miljø for god søvn på s...

Kommentar

Forekommer det oppvåkning etter innsøvning?

Nei
 Ja

8. klasse helseundersøkelse – Egen opplevelse av nok søvn

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...**
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Har ikke fast leggetid

Skjermbruk siste timen før leggetid (...)

Er engstelig for å sove

Har mareritt (inkluderer nattskrek)

Klager over smerter/ våkner av smerter

Enurese forekommer (inkluderer noktur...)

Det er dårlig miljø for god søvn på s...

Kommentar

Nei

Ja

Oppvåkning skjer ikke hver natt, men:

1-2 ganger per uke

3-4 ganger per uke

5-6 ganger per uke

Hvis oppvåkning forekommer hver natt, hvor ofte?

1-2 ganger pr natt

3-4 ganger per natt

5 eller flere ganger per natt

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Kosthold

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold**
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Kosthold

Spiser eleven frokost?

Ja
 Nei

Kommentar

Spiser eleven mat i skoletiden?

Nei
 Ja

Matpakke
 Skolekantine
 Annet

Kommentar

Drikker eleven løpet av skoledagen?

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Kosthold

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold**
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Drikker eleven løpet av skoledagen?

Ja
 Nei
 Vet ikke

Kommentar

Antall måltider pr dag

0
 1-2
 3-4
 5 eller flere

Kommentar

Antall fellesmåltid med noen i familien pr dag

0
 1-2
 3 eller flere

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Kosthold

☰ 8. klasse undersøkelse

- ☑ Somatiske plager
- ☑ Fysisk aktivitet
- ☑ Annen organisert regelmes...
- ☑ Trivsel i fritiden
- ☑ Psykisk helse
- ☑ Atferd
- ☑ Trivsel på skolen
- ☑ Fravær
- ☑ Fysisk miljø på skolen
- ☑ Bekymring for noe hjemme
- ☑ Søvn
- ☑ Egen opplevelse av nok sø...
- ☑ **Kosthold**
- ☑ Tannhelse
- ☑ Fått menstruasjon?
- ☑ Bosituasjon
- ☑ Røyk
- ☑ Snus
- ☑ Rus
- ☑ Vaksinasjonsprogram gjenn...

Spiser eleven frukt

Nei
 Ja

Daglig
 Flere ganger pr uke
 En gang iblant

Kommentar

Spiser eleven grønnsaker

Nei
 Ja

Daglig
 Flere ganger pr uke
 En gang iblant

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Kosthold

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold**
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

En gang iblant

Spiser eleven grønnsaker

Nei
 Ja

Daglig
 Flere ganger pr uke
 En gang iblant

Kommentar

Søtsaker/Brus/ Søtt bakverk

Aldri
 Sjeldnere enn 1 g/uke
 1-2g/uke
 Oftere

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Tannhelse

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse**
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Tannhelse

Daglig tannpuss?

Ja
 Nei

Kommentar

Fluortannkrem?

Ja
 Nei

Kommentar

Fluortabletter eller fluortannskyll?

Ja
 Nei
 Av og til

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Tannhelse

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse**
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Har eleven møtt til avtaler hos tannhelsetenesten?

Kommentar

Ja
 Nei
 Ikke fått innkallelse

Har eleven hatt hull i tennene?

Nei
 Vet ikke
 Ja

1-2
 3-5
 >=6
 Vet ikke hvor mange

Kommentar

Har eleven fått behandling for hull i tennene

Ja
 Nei
 Vet ikke

8. klasse helseundersøkelse – Fått menstruasjon?

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?**
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Fått menstruasjon?

Kommentar

Nei
 Ja

Alder

8. klasse helseundersøkelse – Bosituasjon

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon**
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Bosituasjon

Eleven bor sammen med/ daglig omsorg

- Begge foreldre
- Mor
- Far
- Foster-/ beredskapsforeldre
- Andre familiemedlemmer
- Andre

Kommentar

Eleven har avlastningstilbud

- Nei
- Ja

Fra barneverntjenesten

Fra forvaltningstjenesten

Andre

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Røyk

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk**
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Røyk

Nei
 Ja

Har prøvd
 Månedlig
 Ukentlig
 Daglig

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Snus

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus**
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Snus

Nei
 Ja

Har prøvd
 Månedlig
 Ukentlig
 Daglig

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Rus

8. klasse undersøkelse

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet
- Annen organisert regelmes...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus**
- Vaksinasjonsprogram gjenn...
- Har eleven fast kontakt m...

Rus

Alkohol

Nei
 Ja

Har prøvd
 Sjelden
 Månedlig
 Ukentlig
 Daglig

Kommentar

Har du vært full

Ja
 Nei

Har prøvd andre rusmidler

Nei
 Ja

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Rus

☐ Annen organisert regelmessig...

☐ Trivsel i fritiden

☐ Psykisk helse

☐ Atferd

☐ Trivsel på skolen

☐ Fravær

☐ Fysisk miljø på skolen

☐ Bekymring for noe hjemme

☐ Søvn

☐ Egen opplevelse av nok sø...

☐ Kosthold

☐ Tannhelse

☐ Fått menstruasjon?

☐ Bosituasjon

☐ Røyk

☐ Snus

☐ **Rus**

☐ Vaksinasjonsprogram gjenn...

☐ Har eleven fast kontakt m...

☐ Tiltak/oppfølging av barnet

☐ Henvising

☐ Årsak(er) til henvising

Har prøvd andre rusmidler

Nei

Ja

Cannabis

Tbl

Annet

Kommentar

Nei

Ja

Bruker fast

Noen ganger

Siste 6 mnd

Siste mnd

Siste uken

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Vaksinasjonsprogram gjennomført?

Vaksinasjonsprogram gjennomført

Ja
 Nei

Ønsker elev/ foresatt oppdatert vaksinasjon i hht barnevaksinasjonsprogrammet?

Kommentar

Ja
 Nei

Left sidebar menu items:

- Armen organisert regelmessig...
- Trivsel i fritiden
- Psykisk helse
- Atferd
- Trivsel på skolen
- Fravær
- Fysisk miljø på skolen
- Bekymring for noe hjemme
- Søvn
- Egen opplevelse av nok sø...
- Kosthold
- Tannhelse
- Fått menstruasjon?
- Bosituasjon
- Røyk
- Snus
- Rus
- Vaksinasjonsprogram gjenn...**
- Har eleven fast kontakt m...
- Tiltak/oppfølging av barnet
- Henvisning
- Årsak(er) til henvisning

8. klasse helseundersøkelse – Har eleven fast kontakt med hjelpeapparatet?

Har eleven fast kontakt med behandlingsapparatet?

Nei
 Ja

Fastlege
 Spesialist
 Fysioterapi
 PPT/ OT-PPT
 Barnevern
 Offentlig tannhelse
 Andre

Kommentar

Årsak(er) til henvisning

8. klasse helseundersøkelse – Tiltak/Oppfølging

The image shows a screenshot of a web-based form. On the left is a vertical navigation menu with a scroll bar, listing various health-related categories. The 'Tiltak/oppfølging av barnet' category is selected and highlighted in bold. The main content area on the right is titled 'Tiltak/oppfølging av barnet' and contains a list of checkboxes for different actions, followed by a text area for comments.

Tiltak/oppfølging av barnet

- Resept
- Henvising
- Råd/veiledning
- Informasjonsmateriell gitt
- Ny konsultasjon hos helsesøster
- Drøfting i tverrfaglig forum
- Drøfting anonymt med barneverntjenesten
- Melding til barneverntjenesten
- Blodprøve
- Avføringsprøve
- Ny konsultasjon hos lege
- Annet

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Henvisning

The image shows a web-based form for recording referrals. On the left is a vertical sidebar with a list of categories, each preceded by a folder icon. The 'Henvisning' category is currently selected and highlighted. The main content area is titled 'Henvisning' and contains a list of medical specialties, each with an unchecked checkbox. To the right of this list is a text box labeled 'Kommentar' for providing additional information.

Henvisning

- Fastlege
- Barnelege
- Øyelege
- ØNH-lege
- Ortoped
- Hudlege
- Kirurg
- Barneavdeling - innleggelse
- Røntgen
- PPT
- BUP
- Fysioterapeut
- Sosialkontor/Barnevern
- Psykolog/psykiater/familievernkontor
- Andre

Kommentar

8. klasse helseundersøkelse – Årsak(er) til henvisning

Årsak(er) til henvisning

- Ernæringsvansker
- Avvikende vekst/vektutvikling
- Sen/avvikende psykomotorisk utvikling

Sykdom/symptomer/funn innen:

- Nevrologi
- Øye
- Øre/Nese/Hals
- Hud
- Hjerte/Kar
- Åndedrett
- Blod/Immunologi
- Mage/Tarm
- Nyre/Urinveier/Kjønnsorganer
- Muskel/Skjelett
- Endokrinologi/Metabolisme
- Sosiale forhold/usikre foreldre
- Annet

Kommentar