

**Journalssystemet
HsPro Helseprofil 0-20 år
i støpeskjeen**

**Helsesøstres erfaringer med
kartleggingsverktøy i skolehelsetjenestens journalssystem**



HØGSKOLEN I BERGEN

Ingeborg Theoline Langeland Nilsen

**Master i klinisk sykepleie
Institutt for sykepleiefag
Avdeling for helse- og sosialfag**

Innleveringsdato 23.4.2013

FORORD

Først av alt vil jeg hedre minnet om min mor, Ida Jenny Langeland Nilsen. Allerede da jeg var liten jente, fortalte hun meg om kunnskapens makt og lærte meg fra Visdommens bok.

Videre skal dette forordet handle om en reise der tema er helsesøsterfaglig utvikling. En fagreise der reisemålet er en kunnskapsbasert helsesøstertjeneste som kan ivareta barn og unges behov for helsefremmende og forebyggende helsetjenester på en verdig måte.

Denne reisen startet høsten 1979 da jeg som ung kvinne og nesten ferdig utdannet sykepleier var i praksis i offentlig helsearbeid hos helsesøster Dagny Høgalmen i Årdal i Sogn. En reise som har gitt meg så mange opplevelser, så mange møter med så mange barn, unge og deres familier, så mange tanker og refleksjoner. Møtet med Dagny skulle vise seg å bli avgjørende for mitt videre yrkesvalg og faglig og personlig utvikling. Hun førte meg inn i en ny verden, i et ukjent fagfelt der jeg nok ikke alltid skjønnte hvorfor hun sa og gjorde som hun gjorde, men jeg erfarte hvordan det virket. Det å få ta del i en slik mesterlig utøvelse av faget, var en uforglemmelig opplevelse. Med dette vil jeg minnes og takke helsesøster Dagny Høgalmen.

Denne reisen som nå har vart i over 30 år, har gjort meg til en middelaldrende dame, og etter definisjonen til Statistisk sentralbyrå, vil jeg om noen få år være en eldre dame. Jeg håper og tror at jeg også har blitt en dyktigere helsesøster i løpet av disse årene. Gjennom dette mastergradsstudiet har jeg fått lov til gi et bidrag som jeg håper kan være med på å videreutvikle helsesøsterfaget og tjenesten til barn og unge. I den anledning er det mange som skal takkes. Først av alt vil jeg takke de helsesøstrene som har delt sine erfaringer og refleksjoner med meg. Deres erfaringer danner grunnlag for denne masteroppgaven. Jeg vil også takke helsesøstrenes ledere, enhetslederne i de aktuelle bydeler, som informerte helsesøstre om studien og godkjente at de kunne delta i undersøkelsen.

På hjemmebane er jeg takknemlig for Steinar, min snille og praktiske mann, som har vært svært mye husfar i løpet av min studieperiode, og mine trygge og selvstendige ungdommer, Ida Marie og Einar, som har latt meg sitte ubekymret og uforstyrret på arbeidsloftet.

Sist, men ikke minst, går det stor takk og varme hilsener til mine dyktige veiledere, min hovedveileder, Esther Hjälmhult og min biveileder Astrid Synnøve Litland som har ledet meg vekk fra ville veier og inn på riktig lei.

Nå setter jeg meg på kvilesteinen og grunner over kunnskap og visdom med grunnlag i disse kloke ordene:

”The heart has its reasons that reason does not know”

Dreyfus og Dreyfus
Mind over Machine (1986, s. 1)

SAMMENDRAG

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal bidra til å sikre kvalitet på helsetjenestene med pasienters og brukeres behov i sentrum. Samtidig skal data gjøres tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Derfor ble det elektroniske journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år innført i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Journalsystemet har fått blandet mottakelse. Formålet med studien var å få kunnskap om hvordan journalsystemet fungerer i klinisk praksis og identifisere hva som var helsesøstres viktigste utfordring ved å bruke journalsystemet i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Klassisk Grounded Theory (GT) ble brukt ved innsamling og analyse av data fra et fokusgruppeintervju med 4 helsesøstre og 8 individuelle intervju. Hovedproblemet ble identifisert til hvordan helsesøstre kan håndtere konflikten mellom plikt og kompetanse når de bruker journalsystemet. De ”løste” hovedproblemet med strategien *systemtilpasning* som er en prosess med fasene *systemfokusering*, *systemvurdering*, *elevfokusering* og *kompetansebygging*. Prosessen forklarer helsesøstres handlinger og atferdsmønstre for å håndtere konflikten mellom plikt og kompetanse og ivareta samhandlingen med eleven når de bruker journalsystemet.

Helsesøstre er i ulike faser i prosessen og konsekvensene blir ulik grad av samhandling mellom elev og helsesøster. Konsekvensen av systemfokusering ser ut for å være reduksjon i utøvelsen av faglig kompetanse, mangelfull samhandling med eleven og en praksis som styres av plikt og tilpasses til kartleggingsverktøyet. Konsekvensen av elevfokusering og tilpasning av kartleggingsverktøyet til elevens behov, ser derimot ut for å være at helsesøstre bruker faglig kompetanse, ivaretar samhandlingen med eleven og integrerer ny kompetanse i kunnskapsbasert praksis. Studien tyder altså på at helsesøstre kan håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse og ivareta samhandlingen med eleven ved å ha eleven som primærfokus, bruke faglig kompetanse og tilpasse kartleggingsverktøyet i journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år til elevens behov.

Funn fra studien kan danne grunnlag for videre forskning og utvikling av journalsystemet slik at det kan støtte klinisk arbeid, synliggjøre helsesøstres arbeid, gi gode data til kommunen og ivareta kunnskapsbasert praksis.

ABSTRACT

Information and Communication Technology should help ensuring quality of care with patients' and clients' needs in the centre. Simultaneously, data should be available for quality improvement, health monitoring, management and research. Therefore, the Electronic Health Record (EHR) system "HsPro Health Profile 0-20 years" was introduced in the Child and School Health Services. The system has received mixed reception. The aim of this study was to gain knowledge about the EHR system in clinical health nursing practice and identify the main concern of using the EHR system in School Health Services in elementary school.

Classical Grounded Theory method was used for collection and analysis of data from one focus group interview with 4 public health nurses and 8 individual interviews. The main concern was identified to how public health nurses can handle the conflict between duty and competence when using the EHR system. They solved their concern with the strategy *Customizing system* which is a process of phases *Focusing system*, *Considering system*, *Focusing student*, *Building competence*. The process explains public health nurses actions and behaviours to handle the conflict between duty and competence and maintain interaction with the student when using the EHR system.

Public health nurses are in different stages in the process and the consequences are different degrees of interaction between student and public health nurse. The consequences of focusing system seem to be reduction in practising professional skill, insufficient interaction with the student and a practice managed by duty and adapted to the mapping tool. The consequences of focusing student and customization of mapping tool, appear to be that public health nurses use their professional competence, take care of the interaction with the student and integrate new expertise in evidence-based practice. The study indicates that the public health nurse can handle the conflict between duty and competence and maintain interaction with the student by focusing on the student, using her competence and customizing mapping tool in the EHR system "HsPro Health Profile 0-20 years" to the student's needs.

Findings from this study may provide basis for further research and development for EHR system that can support clinical work, identify public health nurses' work, provide data to the municipality and ensure evidence-based practice.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	1
Sammendrag	3
Abstract	4
Oversikt over vedlegg, tabeller og figur	7
1 INNLEDNING	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Hensikt med studien og problemstilling	8
2 JOURNALFØRING I SKOLEHELSETJENESTEN	10
2.1 Journalføring og elektronisk pasientjournal (EPJ)	10
2.2 Sykepleiedokumentasjon	10
2.3 Journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år	10
3 HVA SIER FORSKNINGEN OM EPJ-SYSTEMER	11
3.1 EPJ som grunnlag for helseovervåking og forskning	11
3.2 Dokumentasjon i EPJ	11
3.3 EPJ som grunnlag for evaluering og utvikling av sykepleie	11
3.4 Utvikling av EPJ-systemer som støtter kliniske prosesser	12
4 SKOLEHELSETJENESTEN & KARTLEGGINGSVERKTØY....	13
4.1 Helsesøsters arbeid og metoder i skolehelsetjenesten	13
4.2 Kartleggingsmetoder og konsekvenser av kartlegging	13
5 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	16
5.1 Helsesøstertjenesten og helsesøsters kompetanse	16
5.2 Samhandling mellom elev og helsesøster	16
5.3 Utvikling av kompetanse	17
6 METODE	19
6.1 Vurderinger ved valg av metode	19
6.2 Grounded theory (GT)	19
6.3 Deltakere i studien	19
6.4 Datainnsamling og analyse	21
6.4.1 Tilsynekomst av hovedproblem og kjernekategori	24
6.4.2 To kodefamilier	26
6.5 Forskerrollen og etiske vurderinger	26

7 FUNN	28
7.1 Kjerne kategorien: Systemtilpasning	28
7.1.1 Systemfokusering	28
7.1.2 Systemvurdering	29
7.1.3 Elevfokusering	31
7.1.4 Kompetansebygging	32
7.1.5 Oppsummering av systemtilpasning – den genererte teorien	33
8 DISKUSJON	34
9 KONKLUSJON	40
REFERANSER	41
ARTIKKEL	
VEDLEGG	

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg I Forespørsel til lederne av tjenesten om å få intervju helseøstre

Vedlegg II Forespørsel til helseøstre om deltakelse i studien

Vedlegg III Samtykkeerklæring

Vedlegg IV Intervjuguide

Vedlegg V Godkjenning fra NSD

Vedlegg VI Kartleggingsverktøy ved standard *skolestartundersøkelse* helseøster

Vedlegg VII Kartleggingsverktøy ved standard *målrettet helseundersøkelse*

OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGUR

Tabell 1 Eksempel på åpen koding hentet fra datamaterialet23

Tabell 2. Eksempel på substantiv og teoretisk koding hentet fra datamaterialet25

Figur 1 Eksempel på begrepsindikatormodellen med materiale hentet fra undersøkelsen23

1 INNLEDNING

Tema for denne masteroppgaven er helsesøstres erfaringer med journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen. Jeg har valgt å skrive en vitenskapelig artikkel rettet mot tidsskriftet Sykepleien Forskning i kombinasjon med en kappe der jeg utdyper noen emner fra artikkelen.

1.1 Bakgrunn

Vi lever i teknologiens tidsalder med store forventninger til hva informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) kan utrette. Sentrale myndigheter vektlegger utvikling av IKT-systemer som ivaretar samhandling og kvalitet på helsetjenestene med pasienters og brukeres behov i sentrum (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012 – 2013A/B). Samtidig som regjeringen formidler store forventninger til mulighetene som finnes i IKT, er det få studier som dokumenterer de faktiske gevinstene ved å implementere elektroniske pasientjournalsystemer (EPJ-systemer)(Gumpen og Aagren, 2012). Black et al. (2011) konkluderer med at det er et stort gap mellom påståtte og empirisk påviste fordeler med elektronisk helseteknologi, og mangel på forskning i forhold til risikoen ved å implementere disse teknologiene. Bach og Vatnøy (2007, s. 127), poengterer at det ligger store utfordringer i å skape en organisasjonskultur og organisasjonspraksis for bruk av EPJ som både tjener pasienten og utnytter fordelene med EPJ.

1.2 Hensikt med studien og problemstilling

Helsedirektoratets rapport om utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2010) drøfter og anbefaler at oppgaver innen fagutvikling og forskning for dette feltet styrkes. Å legge til rette for helsefremmende og forebyggende arbeid vil ha både en helsegevinst og en samfunnsøkonomisk gevinst. Helsedirektoratet samarbeider med KS (kommunesektorens organisasjon) og Kunnskapsenteret om utvikling av gode kvalitetsindikatorer for tjenesten som kan brukes som styringsverktøy i kommunene. En av de aktuelle indikatorene som foreslås utprøvd, er system for registrering av lokale helsedata for aldergruppen 0-20 år (Helsedirektoratet, 2010).

Kommunen har vært initiativtaker og pådriver i forhold til utvikling av HsPro Helseprofil 0-20 år som er EPJ-system med integrert kartleggingsverktøy for registrering av lokale helsedata for aldergruppen 0-20 år. Hensikten med journalsystemet er å hjelpe tjenesten å følge opp den enkelte, samt gi kommunen og kunnskapsmiljøer viktige og nyttige data i forhold til helseovervåking og forskning både på gruppe- og individnivå (Bergen kommune, 2011). Det er behov for evaluering og videreutvikling av EPJ-systemer (Grimsmo, Faxvaag, Lærum, 2007, Oroviogoicoechea, Elliot, Watson, 2008, Black et al., 2011). Måleskjema blir gjerne introdusert uten at de er tilstrekkelig metodisk utprøvd. Mye av helse- og livskvalitetsforskningen har hatt fokus på tall og ikke innhold. Det er derfor usikkert hvilken innsikt disse målingene gir (Mæland, 2009, s.117).

Som følge av dette er det viktig å få kunnskap om hvordan IKT-systemer fungerer i helsetjenesten generelt og i skolehelsetjenesten spesielt. Studien hadde derfor som formål å undersøke helsesøstres erfaringer med journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Jeg satte opp følgende problemstilling: Hva erfarer helsesøstre som den viktigste utfordringen ved å bruke HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen?

2 JOURNALFØRING I SKOLEHELSETJENESTEN

2.1 Journalføring og elektronisk pasientjournal (EPJ)

Virksomheter som yter helsehjelp har i henhold til pasientjournalforskriften (2000), plikt til å opprette journalsystem. Hovedformål med journalføring i helsetjenesten er å kunne vise hva som er vurdert, utredet, iverksatt og fulgt opp av tiltak, samt hvem som har utført tjenesten. Dokumentasjon som vedrører individrettet virksomhet, skal fremgå av journal i skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Elektronisk pasientjournal (EPJ) er: ”Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp.” EPJ-systemer er IKT-systemer som benyttes for å registrere, bevare og gi tilgang til opplysninger i elektroniske pasientjournaler. (KITH, 2007).

2.2 Sykepleiedokumentasjon

Etter Helsepersonelloven (1999) har den som yter helsehjelp plikt til å dokumentere helsehjelpen som ytes. I følge Blair og Smith (2012), er kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen en viktig sak for sykepleiere både nasjonalt og internasjonalt. Valset (2005, s. 80-84), hevder at sykepleiers språk i liten grad er utviklet. Uten eget fagspråk er det vanskelig å formidle hva sykepleierfunksjonen inneholder. Den blir usynlig. Da blir heller ikke resultater av sykepleierarbeidet dokumentert.

Opplæring, brukervennlighet og tilpasningsmuligheter må stå sentralt når helsetjenesten tar i bruk elektronisk dokumentasjon av sykepleie (Fagerli, Fossum, Terjesen, 2007, s. 193).

2.3 Journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år

Første januar 2010 innførte kommunen journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år til bruk ved helseundersøkelser av barn og unge mellom 5 og 16 år i grunnskolen. Systemet har integrert kartleggingsverktøy som består av en standard *skolestartundersøkelse* (Vedlegg VI) til kartlegging av barns helse i forbindelse med helseundersøkelse ved skolestart. Videre inneholder det en standard *målrettet helseundersøkelse* (Vedlegg VII.) til kartlegging av barn og unges helse i forbindelse med helseundersøkelse i 8. klasse, helseundersøkelse av nye elever og elever med stort fravær.

3 HVA SIER FORSKNINGEN OM EPJ-SYSTEMER?

3.1 EPJ som grunnlag for helseovervåking og forskning

Sentrale myndigheter vektlegger mulighetene for rapportering av helsedata for aldersgruppen 0-20 år. Resultatene fra studien til Hagelin, Lagerberg og Sundelin (1991) viser at data fra helsestasjonsjournaler kan brukes som grunnlag for rapport om barns helse, men fant en del mangler som til en viss grad kan rettes opp ved bedre instruksjoner til de ansatte.

3.2 Dokumentasjon i EPJ

Forskning viser at dokumentasjon i EPJ er utfordrende på flere områder. Flere undersøkelser tyder på at klassifikasjonssystemer bare er gunstige hvis det er sammenheng mellom fagets verdier, dets intensjoner og handlingene fagpersonene utøver. Øien og Lillevik (2009) fant at sykepleiere opplever en verdikonflikt mellom deres humanistiske grunnsyn og grunnlagstenkningen i NANDA (North American Nursing Diagnoses Association). Noen sykepleiere vegret seg mot å bruke systemet. Dette har konsekvenser for bruk av pasientdata til statistikk og forskning. Forfatterne hevder at studien fremmer behov for et dokumentasjonssystem som ivaretar den humanistiske sykepleiefaglige grunnlagstenkningen. Andre undersøkelser indikerer utfordringer ved å utvikle et standardisert språk for å dokumentere psykososiale problemstillinger ved barns helse (Clausson, Petersson og Berg, 2003, Clausson, Köhler og Berg, 2008, Ståhl et al., 2011A/B). Resultatene fra Kärkkäinen, Bondas og Eriksson (2005) tyder på at individualisert pasientomsorg ikke er synlig i sykepleiernes dokumentasjon. Strukturen på dokumentasjonssystemet og formen og rutinene for dokumentasjon kan være årsaker til mangelfull dokumentasjon av pasientsentrert sykepleie.

3.3 EPJ som grunnlag for evaluering og utvikling av sykepleie

Det er behov for utvikling av EPJ-systemer som egner seg til bruk i evaluering og utvikling av sykepleien. Studien til Törnvall, Wilhelmsson og Wahren (2004) viste begrensninger i sykepleiedokumentasjonen som hemmet muligheten for å bruke den til evaluering av sykepleien som ble gitt. For å utvikle sykepleiedokumentasjonen, er det behov for støtte og utdanning for å styrke sykepleiernes faglige identitet. Rotegård et al. (2010) holder fram at elektroniske verktøy som EPJ må støtte arbeidsprosessene til sykepleierne på en bedre måte.

Sykepleierne må dokumentere sykepleiens kvalitet og innhold for å vise at de bidrar til pasientresultater.

3.4 Utvikling av EPJ-systemer som støtter kliniske prosesser

Flere studier poengterer behovet for evaluering og utvikling av EPJ-systemer som støtter kliniske prosesser. Sæther (2002) framhever at utvikling av IKT-systemer er utvikling av arbeidsprosesser, kunnskap og kompetanse. Steen (2007), hevder at programvareutvikling omfatter menneskelig praksis og kan derfor ikke reduseres til streng bruk av metoder som ikke-kontekstuelle regelsystemer og bruk av teknikker uten menneskelig skjønn og tolkning av problemer og resultater. Oroviogicochea, Elliot og Watson (2008), konkluderer med at realistisk evaluering kan danne grunnlag for videreutvikling og implementering av IKT-systemer som er bedre tilpasset klinisk praksis. Black et al. (2011) fant at det er et stort gap mellom påståtte og empirisk påviste fordeler med elektronisk helseteknologi. I tillegg viser de til mangel på forskning i forhold til risikoen ved å implementere disse teknologiene. De konkluderer med at det viktig at elektroniske helseteknologier blir evaluert i forhold til både sosiale og tekniske faktorer for å få en vellykket implementering og tilpasning.

4 SKOLEHELSETJENESTEN & KARTLEGGINGSVERKTØY

Det er en lovpålagt oppgave at kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester organisert som helsetjeneste i skoler (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

4.1 Helsesøsters arbeid og metoder i skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten arbeider helsefremmende og forebyggende i forhold til fysisk og psykisk helse og sosiale forhold. Arbeidet innebærer vaksinerings, helseundersøkelser, veiledning og oppfølging og henvisning videre ved behov. Tjenesten skal bidra til økt trivsel og mestring for barn og unge og legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen og være en støtte for barn og unge i en sårbar fase (Helsedirektoratet, 2011). Et sentralt mål for helsesøsters arbeid er at barn og ungdom skal ha god helse og høy livskvalitet (Glavin, Helseth, Kvarme, 2007, s. 13).

En helseundersøkelse defineres som en undersøkelse av enkeltindivider for vurdering av risiko og helsetilstand. Helseundersøkelsen kan være generell, delvis eller målrettet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). ”Helseundersøkelser retter seg i utgangspunktet mot tilstander som kan gi alvorlige følger om de ikke blir oppdaget. Forebyggende undersøkelser og screening krever at helsepersonellens kliniske og tekniske metoder er adekvate” (Misvær, 2009, s.295). Kartleggingsinstrumenter brukes i forskning for å finne forekomst og som ledd i helseundersøkelser. Glavin poengterer at screening- og kartleggingsinstrumenter ikke kan erstatte den kliniske vurderingen helsesøster gjør, eller samtalen hun har med foreldre, barn og ungdom. Av etiske og faglige hensyn må det vurderes om det er riktig å innføre kartlegging dersom ikke helsestasjonen eller andre instanser i kommunen kan gi barna oppfølging av funn som avdekkes (Glavin, 2007, s. 107 - 111). Karoliussen (2011, s. 36), viser til Nightingale når hun poengterer at observasjoner ikke skal gjøres for å samle data for dataenes egen skyld, men skal være en målrettet aktivitet i kjernen av fagets egenart for å fremme helse og velvære.

4.2 Kartleggingsmetoder og konsekvenser av kartlegging

Kamper-Jørgensen (2009, s. 167) definerer en helseprofil som en helhetsbeskrivelse av et områdes helseforhold. Mæland (2009, s.101-117) omtaler flere måleinstrumenter, såkalte helseprofiler, som brukes for å kartlegge mange dimensjoner innen helse og livskvalitet. De

fleste metodene bygger på antagelsen om at helse er fravær av sykdom. Måleskjema blir gjerne introdusert uten at de er tilstrekkelig metodisk utprøvd. Mye av helse- og livskvalitetsforskningen har hatt fokus på tall og ikke innhold. Det er derfor usikkert hvilken innsikt disse målingene gir.

Folkehelsearbeidet må ta utgangspunkt i kartlegging av helsesituasjonen og de forhold som påvirker helsen for at forebyggende arbeid skal bli resultatorientert. Det er behov for verktøy og metodikk som kan gi grunnlagsmateriale for beslutninger. Glavin (2007, s. 68-77) påpeker videre at IKT gir gode muligheter for utarbeiding av rapporter og statistikker som baserer seg på journaler i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Et godt utviklet elektronisk journalsystem kan være et viktig grunnlag for kommunens politikk og tiltaksutforming.

Pettersvold og Østrem (2012), holder fram at jakten på målbare verdier resulterer i en standardisering med "det normale barnet" som et ideal. Det vises til standardiserte skjemaer i barnehagene som er utarbeidet av eksperter utenfor barnehagen, men det vises ikke til betydningen av fagkunnskap og profesjonelt skjønn. Dette resulterer i styring og kontroll av barnehagens arbeid og barns liv og mistillit til førskolelærernes profesjonelle skjønn. Forfatterne tar til orde for tillit til førskolelærerne, og setter demokratisk deltakelse, metodefrihet og mangfold i sentrum som alternativ til standardiseringen (ibid. s.15-21). Kartleggingsverktøyenes styrende funksjon problematiseres i liten grad, selv om det er godt dokumentert at tester og kartleggingsverktøy er sterke redskaper som lett blir styrende (Pettersvold og Østrem, 2012, s. 101-102). Tillit til førskolelærerne er en forutsetning i den alternative tilnærmingen. Da må førskolelærerne være seg bevisste sitt profesjonelle ansvar. Begrepet ansvar settes inn i to ulike sammenhenger. "Det profesjonelle ansvaret springer ut fra en tillit til at profesjonsutøveren handler ut fra faglig kunnskap, moralsk bevissthet og lojalitet til fellesskapet og individet." (ibid, s. 171). Ansvar kan også forstås som et begrep som vektlegger målbare resultater og rapporteringer man blir stilt til ansvar for. Lojalitet "oppover" i systemet blir viktigere enn "nedover" i systemet. Førskolelærere skal ivareta begge ansvarsformer. Når det skjer en forskyvning mot den ene formen for ansvar, oppstår problemet. Det profesjonelle ansvaret innebærer blant annet å bruke kompetanse og faglig skjønn når man velger metoder for planlegging, dokumentasjon og vurdering (ibid, s. 170-173).

Petersen (2009) ser pessimistisk på det som skjer når kvalitet defineres ut fra målbare og kvantitative indikatorer. Målstyring medfører at det blir viktigere å ha regler enn å tenke seg om. Det blir et problem når folk gjør det de blir målt på istedenfor det de vurderer som viktig og riktig. Med utgangspunkt i et verdensbilde som projiserer naturvitenskapelige og økonomiske metoder på forståelsen av samfunn, ledelse og organisasjoner, destrueres en forståelse og innsikt basert på taus kunnskap og uttalte verdier. ”Innsikt og initiativ og sikring af høj kvalitet i arbejdet glider væk fra medarbejdere. Det bliver i stedet forankret i standarder, værktøjer og ”best practices”, designede og udvalgt ovenfra og udefra (ibid s. 20).

5 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Det er behov for en kunnskapsbasert helsepolitikk og oppbygging av kunnskap er nødvendig for at vi skal gjøre de riktige tingene på rett måte (Helsedepartementet, 2002-2003, s. 107-108). Kommunens visjon er at forebygging nytter. Et strategisk mål som skal bidra til å nå denne visjonen er at målgruppen barn og unge skal tilbys kunnskapsbaserte tjenester (Bergen kommune, 2010).

Nortvedt et al. (2012, s. 17) definerer kunnskapsbasert praksis slik: ”Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.”

5.1 Helsesøstertjenesten og helsesøsters kompetanse

Yrkestittelen helsesøster inkluderer både kvinnelige og mannlige helsesøstre. Helsesøster har grunnutdanning som sykepleier, minst ett års arbeidserfaring som sykepleier og helsesøsterutdanning som er videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsesøster er den eneste profesjonen som har en videreutdanning rettet mot barn og unge med helsestasjon og skolehelsetjeneste som sitt arbeidsområde. Helsesøsteryrket og rammebetingelsene for utøvelsen er i stadig endring. Kravene til kompetanse og kunnskapsbasert praksis er økende (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Glavin (2007, s. 48) påpeker: ”Utfordringen ligger i å identifisere og finne metoder for å utøve en helsetjeneste med faglig god kvalitet, hvor også den enkelte familie blir ivaretatt.”

5.2 Samhandling mellom elev og helsesøster

Florence Nightingale er kjent som den moderne sykepleies grunnlegger. Hun holdt blant annet fram viktigheten av fokus på person heller enn diagnose (Karoliussen, 2011, s. 21). I følge Karoliussen (2011, s. 194) bidrar samhandlingen mellom sykepleier og pasient til vesentlige fysiologiske endringer hos pasienten. Kunnskaper og øvelse i kommunikasjon er nødvendig for å styre samhandlingen med pasienten slik at der skjer en positiv utvikling.

Samtalen står svært sentralt i helsesøsters samhandling med eleven. Martinsen (2005, s. 41-42) hevder at samtalen er truet i dagens helse- og sosialvesen. Hun begrunner dette med at den profesjonelle ikke lytter til pasienten for å føre en samtale ut fra pasientens situasjon og problem om noe en i fellesskap engasjerer seg i. En krenger seg inn i den andre uten egentlig omtanke og interesse. Dette innebærer at pasienten objektiviseres og depersonaliseres. Den profesjonelle lukker seg til og får et målende øye. Det er den distanserte ufølsomhet og pasientens urørlighetssone krenkes. Martinsen (2005, s. 44) utfordrer oss til å være med på å gjøre helse- og sosialvesenets rom til den gode samtalsrom ved å våge åpenheten i samspill med tilbakeholdenheten.

Omsorg handler om relasjoner og moral og ytrer seg i praktisk handling. Den faglig dyktige sykepleier har lært både sakkunnskap og moral. Hun kan bli den andres tillit verdig ved at hun viser en standard på sine handlinger. Sykepleieren engasjerer seg i den andre med en sensitivitet i relasjonen som tar hensyn til den andres situasjon. Den faglig dyktige sykepleier er også en kritisk sykepleier ved å stille seg kritisk til arbeidsforhold og strukturer i omsorgens felt som innsnevrer tillitens rom og rutinerer arbeidet. Martinsen omtaler den faglig dyktige sykepleier som den reflekterte praktiker (Martinsen, 150-167).

5.3 Utvikling av kompetanse

Benner (1984/1993), Dreyfus og Dreyfus (1986) har studert hvordan profesjonelle tilegner seg ferdigheter og beskriver fem nivåer av praktisk kompetanse i prosessen fra novise til ekspert. I den anerkjente boken *From Novice to Expert* beskriver Benner hvordan sykepleiere tilegner seg ferdigheter gjennom de fem nivåene *novise*, *avansert nybegynner*, *kompetent*, *kyndig* og *ekspert* (Benner, 1984/1993, s. 37-50).

På første nivå finner vi novisen. Hun er nybegynner og mangler erfaring. Nybegynnerens regelstyrte atferd er begrenset og lite fleksibel. Handlingen hennes tar utgangspunkt i objektive og kontekstuavhengige elementer og hun vurderer sin egen utførelse først og fremst i forhold til hvor godt hun følger reglene. Dersom en nybegynner skal komme videre, må hun legge til side reglene. Den avanserte nybegynner er på andre nivå og kjenner igjen en del relevante likheter fra liknende situasjoner. Gjenkjennelsen er konkret og kontekstavhengig. Hun bruker også kontekstuavhengige elementer og regler som hun konsentrerer seg for å huske. På tredje nivå er den kompetente utøver som involverer seg i situasjonen og setter opp

en plan for hva som skal prioriteres. Hun har en følelse av å mestre de daglige utfordringene, men mangler den kyndiges tempo og fleksibilitet. Den kyndige sykepleier er på fjerde nivå og oppfatter situasjonen mer som en helhet enn som oppdelt i elementer. Identifisering av problemet, valg av mål og plan blir styrt av sansning og intuisjon. Hun blir frustrert av kontekstfire regler fordi hun straks blir klar over situasjoner der reglene ikke passer. Eksperten befinner seg på femte nivå og er ikke avhengig av analytiske prinsipper i form av regler og retningslinjer for å binde sammen forståelsen av situasjonen med en egnet atferd. Eksperten er involvert i situasjonen og aktiviteten er blitt en naturlig del av henne. Hun handler sammenhengende og fleksibelt. Eksperthandling bygger på erfaringsbasert, intuitiv situasjonsforståelse. Dersom eksperter blir tvunget til å følge regler eller en formell modell, svekkes deres ferdigheter.

Noe av kjernen i modellen som forklarer utviklingen fra novise til ekspert er at intelligent handling er mer enn kontrollerende, målrettet rasjonalitet. Det er ikke nok å arbeide mange år innenfor det samme feltet for å bli ekspertsykepleier. Det er nødvendig å reflektere over erfaringer man gjør seg i praksis, gjerne ved hjelp av tilgjengelig teori, for å bli ekspert. En ekspert har en helhetlig og konkret oppfattelse av situasjonen og kan forstå problemet ved å stille noen få spørsmål. Eksperten velger en hensiktsmessig rekkefølge på sine spørsmål mens en nybegynner ofte stiller spørsmål ut fra en teoretisk oversikt. Gjennom gjentatte erfaringer med pasienter begynner sykepleierne å legge merke til det spesielle i stedet for det typiske. Sykepleieren kan individualisere istedenfor standardisere omsorgen. Ekspertens praksis inneholder intuisjon, kroppslig viten og situasjonsforståelse og ligger på et høyere nivå enn teorier og prinsipper kan favne. Derfor er det viktig å avdekke og oppvurdere ekspertenes kunnskaper. Dersom ekspertenes praktiske arbeid innen et område foregår ubemerket og udokumentert, og utviklingen av den kliniske eksperten begrenses av korte kliniske karrierer, mister man et viktig ledd i omsorgens teoriutvikling. En slik omfattende erfaringskunnskap kan ikke beskrives gjennom abstrakte prinsipper og retningslinjer (Benner, 1984/1993 s. 47-50). Clancy (2010) fant blant annet at helsesøstrenes daglige arbeid og den rollen helsesøstre har i folkehelsearbeidet ikke blir godt nok synliggjort i dagens rapporteringssystem.

6 METODE

6.1 Vurderinger ved valg av metode

Formålet med studien var å få kunnskap om hvordan journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år fungerer i klinisk helsesøsterpraksis og identifisere hva som var den viktigste utfordringen ved å bruke journalsystemet i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Valg av metode er et spørsmål om hvilken metode som er best egnet til å kaste lys over det aktuelle problemfeltet. (Holme, Solvang, 1986, s. 78-84). For å få innsikt i erfaringene til helsesøstrene, vurderte jeg grounded theory (GT) som egnet til innsamling og analyse av data. GT er en erfaringsbasert metode der praksis står sentralt. Forskeren må studere hva deltakerne virkelig bryr seg om for å gjøre en bra studie (Glaser, 1998/2010, s. 118). Det var interessant at metoden kunne bidra til utvikling av en teori.

6.2 Grounded Theory (GT)

GT ble utviklet av de amerikanske sosiologene Glaser og Strauss (1967). De to forskerne har beveget seg i ulike retninger. Jeg har valgt klassisk GT med grunnlag i Glaser sin metodologi. Betegnelsen GT viser både til metodologien, metoden og den ferdige teorien som utvikles fra forskningen ved bruk av metoden (Glaser, B., 1998/2010, s. 23 - 30). En studie med GT som metode søker å finne hovedproblemet (main concern) til deltakerne i et felt og hva de gjør for å løse denne. "Løsningen" på hovedproblemet betegnes som kjernekategori og danner grunnlaget for den teori som vokser fram fra det empiriske materialet. Den genererte teorien forklarer atferdsmønsteret til deltakerne i studien og framstår gjennom en konstant sammenliknende analyse som starter induktivt og utvikles gjennom substantiv og teoretisk koding av datamaterialet (Glaser, 1967, 1978, 1998/2010, Lomborg, 2005, Artinian, 2009).

6.3 Deltakere i studien

Problemstillingen må klargjøre hva som er enhetene i undersøkelsen, hvilke egenskaper ved enhetene som skal belyses og om alle enhetene skal være med (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 177). Enhetene i studien min var helsesøstre. Egenskapene ved enhetene var erfaringene helsesøstre hadde med journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Problemstillingen jeg gikk ut i feltet for å undersøke var: Hva erfarer helsesøstre som den viktigste utfordringen ved å bruke journalsystemet HsPro helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen?

Kommunen er delt inn i 8 bydeler. Det ville være for ressurskrevende å intervju alle helsesøstre i de 8 bydelene. Det ble vurdert som praktisk gjennomførbart og metodisk tilfredsstillende å ta kontakt med 3 bydeler. Dersom dette skulle vise seg å ikke være tilstrekkelig for å få metning i datamaterialet, ville det være aktuelt å ta kontakt med flere bydeler. Metning betyr at videre datainnsamling og analyse bare bekrefter data som allerede er med i teorien og kan stilles under en egenskap eller kategori (Hartman, 2001, s. 72). Metning av data baseres på teoretisk fullstendighet og ikke på intervjuenes antall eller lengde eller antall intervjuede personer (Glaser 1998/2010 s. 174-175)

Levekårsundersøkelsen (Bergen kommune, 2008) ble lagt til grunn ved valg av bydeler som var ulikt sammensatt med tanke på levekår og helse. Bydelene var også strategisk valgt med tanke på at der i hver av disse bydelene var en person i ledelsen jeg hadde et visst kjennskap til og som sannsynligvis ville tillate og kanskje motivere helsesøstre til å bruke tid i en travel hverdag for å delta i undersøkelsen.

Forespørsel (Vedlegg I) om rekruttering av helsesøstre til undersøkelsen gikk til lederne av tjenesten i disse 3 bydelene. Alle helsesøstre i de aktuelle bydelene fikk skriftlig informasjon om studien (Vedlegg II). Kriterier for å delta var erfaring med journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen. De som ønsket å delta, skrev under på samtykkeerklæring (Vedlegg III). Datamaterialet er kommet fram ved intervju av helsesøstre som jobber i skolehelsetjenesten i grunnskolen. De 12 deltakerne hadde vært helsesøstre i 1 – 25 år. Ti av deltakerne hadde vært helsesøstre i 5 år eller mer. De hadde fra ca ½ til 2 ½ års erfaring med journalsystemet. Noen av helsesøstrene jobbet i skolehelsetjenesten både i barneskolen og ungdomskolen. Syv helsesøstre hadde erfaring med bruk av journalsystemet i barneskolen, og 9 hadde erfaring fra ungdomsskolen.

6.4 Datainnsamling og analyse

I det kvalitative forskningsintervjuet søker forskeren å forstå verden fra intervjupersonenes side (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 21 - 23). Intervjusituasjonen er som regel forberedt med en intervjuguide som er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet. En semistrukturert intervjuguide inneholder en oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009 s. 137 – 143). Formålet med et fokusgruppeintervju er å få fram mange forskjellige synspunkter om det emnet som er i fokus. En fokusgruppe består vanligvis av seks til ti personer med en gruppeleder (ibid, s. 161 – 162).

Jeg utførte et prøveintervju 10. februar 2012 for å teste intervjuguiden, opptakerutstyret og min nye rolle som forsker før jeg startet datainnsamlingen. Jeg oppdaget at det innledende spørsmålet i intervjuguiden burde justeres. Ellers fungerte den semistrukturerte intervjuguiden (Vedlegg IV) fint som en huskeliste over emnene jeg ønsket å få belyst.

Intervjuene ble avtalt med helsesøstrene som ønsket å delta i undersøkelsen og foregikk i perioden fra 13. februar til 17. september 2012 i lokaler til helsestasjonen eller skolehelsetjenesten der helsesøstrene jobbet. Det er foretatt et fokusgruppeintervju med 4 helsesøstre og 8 individuelle intervju. Jeg vektla at deltakerne var kjent med undersøkelsens formål og praktiske gjennomføring før selve intervjuet. Det innledende spørsmålet var: ”Kan du/dere fortelle om erfaringene dine/deres ved bruk av Helseprofil 0-20 år i grunnskolen?”

Målet var å la informantene snakke mest mulig fritt, men avbrutt av oppklarende spørsmål dersom noe var uklart, samt oppfølgingsspørsmål for å få utfyllende informasjon om et aktuelt emne. Dette fungerte tilfredsstillende. Etter hvert som datamaterialet vokste og tema fra empirien begynte å tre fram, prøvde jeg å tilpasse datainnsamlingen for at den framvoksende teorien skulle bli så rik som mulig etter retningslinjene fra metoden. Dette var utfordrende. Jeg prøvde meg fram, men fant det til tider vanskelig å finne de gode spørsmålene. Noen ganger fungerte det bra og resulterte i ny informasjon, mens andre ganger førte det til uheldige brudd i intervjuet uten at tema ble ytterligere belyst.

Når informantene snakket lite, var den semistrukturerte intervjuguiden til god nytte som en påminning om hva som var aktuelt å snakke om. De fleste informantene hadde mye å fortelle, og det fungerte bra å være lyttende og komme med oppfølgende spørsmål. I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 151), krever oppfølgende spørsmål aktiv lytting som innebærer å lytte til

det som blir sagt og hvordan det blir sagt. Etter hvert fikk jeg større innsikt i tema. De individuelle intervjuene varte fra ca 20-40 minutter. Fokusgruppeintervjuet varte 70 minutter.

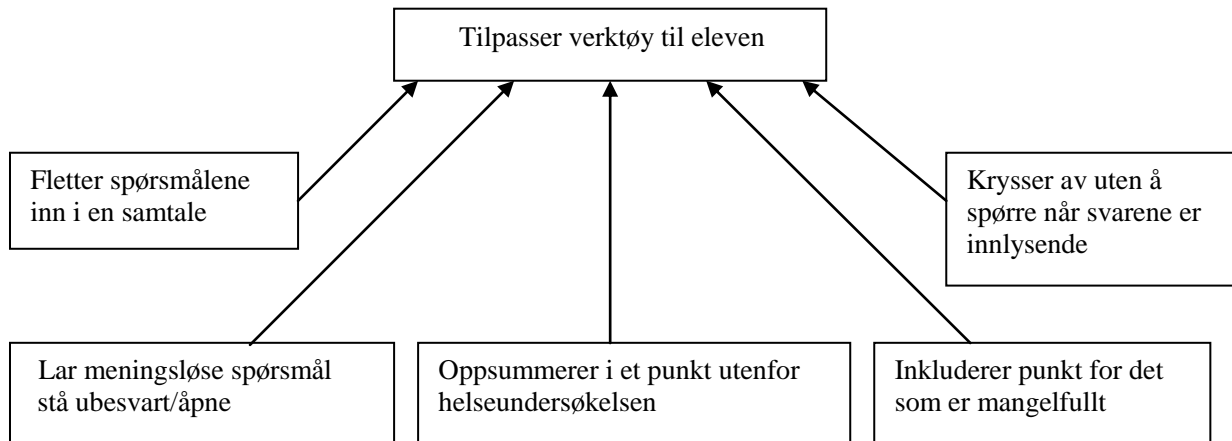
Jeg innser at jeg har mer å lære når det gjelder datainnsamling gjennom forskningsintervju, men antar likevel at datamaterialet ga et tilfredsstillende grunnlag for å oppdage deltakernes hovedproblem og generere en teori som forklarer hvordan de bearbeidet problemet.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert, kodet, kategorisert og begrepsliggjort etter hvert. Noen av Glasers anbefalinger er tilpasset min situasjon som ny forsker. Glaser anbefaler ikke å ta intervjuene opp på bånd, men for å få med viktig informasjon, og som grunnlag for veiledning, var dette et nødvendig hjelpemiddel. Glaser anbefaler heller ikke å verifisere den genererte teorien med presentasjon av data, men for å øke forståelsen av metoden og forskningsfeltet, er det tatt med en del sitater som illustrerer begrepene. Dette er i overensstemmelse med Hjälmhult (2007, s. 45).

Jeg skrev notater (memos) fra intervjuene og hvilke tanker og ideer disse utløste hos meg. I følge Glaser (1998/2010, s. 193-202), er notatskriving eller memos teoretisk sammenstilling av ideer om substantive koder og deres teoretisk kodede forhold til hverandre mens de vokser fram under koding, innsamling, dataanalyse og under selve memoskrivingen. I slutten av mars 2012, etter 4 individuelle intervju og ett fokusgruppeintervju, var det et tema som gikk igjen hos alle informantene og handlet om at kartleggingsverktøyet var for dårlig tilpasset elevsituasjonen. Så kom tanken om at dette var for enkelt og innlysende og jeg gikk noen omveier før jeg kom tilbake til det opprinnelige tema. Det var en del frustrasjoner underveis, men det er vel slik forskerprosessen er. Glaser (1998/2010, s.116) uttrykker at forvirring er et kraftig innlæringsredskap og dyktige forskere er mennesker som tåler kraftig regresjon og stor forvirring mens sinnet bearbeider data.

Som litteraturen viser, går analysen ut på åpen, selektiv og teoretisk koding (Glaser, 1978, 1998/2010, Lomborg, 2005). Kodingen starter ved å gå gjennom teksten rad, for rad for å lete etter ord eller fraser som beskriver enkelte fenomen. Fra slike enkeltfenomen formes et overgripende begrep. De ulike fenomen som er beskrevet i teksten, indikerer begrepet. Kodingen skjer altså etter en såkalt begrepsindikatormodell der ord eller fraser i teksten virker som indikatorer. På denne måten kontrolleres det at begrep som framkommer fra data har sitt

grunnlag i empirien (Hartmann 2001, s. 79-80). Se eksempel på hvordan begrep ble formet i figur 1.



Figur 1 Eksempel på begrepsindikatormodellen med materiale hentet fra undersøkelsen

Ved den åpne kodingen stilte jeg spørsmål til datamaterialet. Hvilken kategori indikerer denne hendelsen? Hvilken egenskap av hvilken kategori indikerer denne hendelsen? (Glaser 1998/2010, s. 139). På veiledning lærte jeg også at det var nyttig å stille spørsmål til teksten om hva som skjer i data. ”Hva handler dette om?” ”Hva gjør informantene her?” Jørgensen og Hjälmhult (2007, s. 52-53). Jeg startet med en tekstnær åpen koding av hvert intervju og ga navn til det datamaterialet handlet om. Se eksempel fra studien på åpen koding til en substantiv kode i tabell 1.

Tabell 1 Eksempel på åpen koding hentet fra datamaterialet

Indikatorer i data	Hendelser i data	Egenskaper til kategoriene	Kategori som substantiv kode
”Nei, jeg kjenner at jeg ikke er så tro mot den malen som ligger. Jeg er helsesøster til de elevene som kommer. Jeg er interessert i å gi de litt mer til en god del av disse spørsmålene.”	Er ikke så tro mot malen	Bryter med systemet/gjør faglige vurderinger	Erfaring og refleksjon gir ny kompetanse
	Er helsesøster til elevene		
	Vil gi elevene noe mer		

6.4.1 Tilsynekomst av hovedproblem og kjernekategori

En studie med GT som metode søker å identifisere hovedproblemet til deltakerne og hva de gjør for å løse dette. "Løsningen" på hovedproblemet betegnes som kjernekategori og danner grunnlaget for den teori som trer fram fra det empiriske materialet. GT er induktivt teoridannende som betyr at man i den analytiske prosessen drar slutninger på bakgrunn av empiriske data. Forskeren beveger seg fram og tilbake mellom datainnsamling og teoridannelse (Glaser, 1998/ 2010).

Tidlig i forskningen ble det klart at kartleggingsverktøyet i journalsystemet var lite tilpasset elevsituasjonen det skulle brukes i. Dette var problematisk for helsesøstrene i større eller mindre grad, men i intervjuene så langt, fortalte alle om denne problematikken. Jeg hadde en fornemmelse av at det vesentlige som skjedde hos helsesøstrene hadde sammenheng med en prosess i forhold til at journalsystemet ikke var godt nok tilpasset elevene. Jeg skrev memos med ideer om mulige sammenhenger i datamaterialet og analysen foregikk som en kontinuerlig prosess. Fra dette framsto det at helsesøstre brukte erfaring og skjønn og tilpasset kartleggingsverktøyet til elevens situasjon. Jeg jobbet videre med analysen og grublet over hvordan jeg skulle formulere hovedproblemet helsesøstrene sto overfor. Etter mange ukers arbeid kom jeg fram til problemstillingen: "Hvordan kan helsesøster ivareta omsorgen for eleven når hun bruker journalsystemet?" Så langt i analysearbeidet oppfattet jeg at helsesøstre løste dette ved å frigjøre seg fra systemet. Videre datainnsamling og analysearbeid viste at det var mer en tilpasningsprosess enn en frigjøringsprosess det handlet om. Begrepet "omsorg for eleven" passet heller ikke helt.

Videre analysearbeid viste at helsesøstrene var opptatt av hvordan de kunne bruke kartleggingsverktøyet og samtidig ivareta samhandlingen med eleven, og jeg prøvde problemstillingen: "Hvordan kan helsesøster ivareta samhandlingen med eleven når hun bruker journalsystemet?" Denne problemstillingen rommet en viktig utfordring for helsesøstrene, men kanskje ikke den viktigste. Analysearbeidet fortsatte og viste at helsesøstre måtte håndtere en utfordrende konflikt mellom plikt og kompetanse når de brukte journalsystemet.

Etter hvert kom hovedproblemet til syne: "Hvordan kan helsesøster håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse når hun bruker journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen?"

Fra det videre analysearbeidet framsto "Systemtilpasning" som kjernekategori. Den gir svar på hovedutfordringen og rommer resultatene fra analysen. Den konstant sammenliknende analyse fortsatte og gikk over i selektiv koding med fokus på kategorier som var vesentlige i forhold til kjernekategorien. Da jeg hadde funnet kjernekategorien, konsentrerte jeg det videre kodingsarbeidet om teoretiske ideer i forhold til hvilke kategorier som hørte sammen og hvordan disse igjen forholdt seg til hverandre. Jeg konsentrerte meg om relasjoner, forhold, strategier og konsekvenser rundt hovedprosessene til kjernekategorien (Glaser, 1978, s. 55-82, Glaser 1998/2010, s.179-191, Hjälmhult, 2007, s. 56).

Analysen skulle fortsette til det var teoretisk metning slik at den teorien som vokser fram stemmer med data og er relevant ved at den forklarer hva som skjer i feltet. Det er i den avsluttende analysen det viser seg om den genererte teorien klarer kriteriene som sier at den skal fungere, passe inn, være relevant og modifiserbar (Glaser, B., 1998/2010, s. 36 – 38). Ved å relatere substantiv koder med hverandre til hypoteser, vil det vise seg om det er dekning for hypotesene i data. Tabell 2 viser et eksempel på hvordan jeg gjennomførte analyseprosessen substantiv (åpen og selektiv) og teoretisk koding (jmfør Hjälmhult, 2007, s. 57).

Tabell 2 Eksempel på substantiv og teoretisk koding hentet fra datamaterialet

Faser	Hensikt	Resultat
1. Substantiv koding a) Åpen koding	Utvikle substantiv koder og kategorier og deres egenskaper	- Fokuserer på system - Gir ikke veiledning - Møter forståelsesfulle foreldre - Har lite eierskap til systemet
b) Selektiv koding	Velge ut koder som er relatert til kjernekategorien	Bare relevante koder her: - Fokuserer på system - Gir ikke veiledning
2. Teoretisk koding	Formulere hypoteser som beskriver relasjoner (teoretiske koder) mellom de substantiv kategoriene	Jo mer systemfokusert, jo mindre bruk av faglig kompetanse

Jeg arbeidet videre med hypoteser som hadde relevans i data.

6.4.2 To kodefamilier

Glaser framhever viktigheten av teoretiske koder og omtaler teoretiske ”kodefamilier”. To kodefamilier så ut for å vokse fram gjennom den teoretiske kodingen i studien min. Ut fra Glaser vil jeg omtale disse som ”Process” og ”Cutting Point Family”. En prosess kan blant annet inneholde stadier, faser, karrierer og dannelse. Den må ha minst to stadier, og er en måte å gruppere to sekvenser til et fenomen på. Gjennom analyseprosessen ble jeg oppmerksom på at noen kategorier så ut for å representere ulike faser i en prosess. Jeg gikk tilbake til de transkriberte intervjuene og åpen koding og systematiserte data i forhold til det som sto fram som fire stadier eller faser med underkategorier. Prosessen så ut for å inneholde et vendepunkt (Cutting Point) i andre fase der helsesøstre vurderte journalsystemet. Om ”Cutting Point Family” skriver Glaser (1978, s. 76): “Cutting points are very important in theory generation, since they indicate where the difference occurs which has differential effects.” I studien min kan det se ut for å være et vendepunkt i skjæringspunktet mellom plikt og kompetanse i prosessens andre fase der helsesøstre vurderer systemet og velger system eller elev som primærfokus. Dette får betydning for prosessens videre utvikling.

6.5 Forskerrollen og etiske vurderinger

Det er viktig å være oppmerksom på de etiske og moralske spørsmål som knytter seg til intervjuforskning. Kvale og Brinkmann (2009, s. 80-81), beskriver etiske problemstillinger ved de syv forskningsstadiene tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysing, verifisering og rapportering. Jeg mener å ha vurdert etiske problemstillinger i forhold til disse forskningsstadiene i studien min.

Kunnskap som framkommer gjennom studien kan være verdifull i forhold til videreutvikling av journalsystemet. Det ble utarbeidet informasjonsskriv (Vedlegg II) til helsesøstre som ble spurt om å delta i studien. Helsesøstre som deltok, fylte ut samtykkeerklæring (Vedlegg III). Intervjuene inkluderte ikke navn eller fødselsdata og ble skrevet inn på datamaskin hvor det er eget brukernavn og passord. Opptak og utskrifter av intervjuene er nedlåst. Datamateriell som offentliggjøres, er anonymisert. Det øvrige datamateriellet blir makulert når prosjektperioden er avsluttet. Personvernombudet (NSD) har godkjent studien (Vedlegg V).

I forhold til rapporten, har jeg vurdert konfidensialitetsprinsippet og hvilke konsekvenser den offentliggjorte rapporten vil ha for intervjupersonene, gruppen og institusjonen de representerer. I samsvar med Kvale og Brinkmann (2009, s. 81) er det forskerens etiske

ansvar å rapportere kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig. Forskeren kan ha vansker med å oppgi forutinntatte ideer om hvordan deltakerne i studien skal respondere (Artinian, 2009, s. 6-8). Derfor ble det viktig å få kjernekategoriene til å vokse fram fra datamaterialet, og gradvis bygge en teori med utgangspunkt i det essensielle i helsesøstrenes erfaringer.

7 FUNN

I dette kapittelet presenteres funn fra studien om helsesøstres erfaringer med journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år og den genererte teorien dette resulterte i.

7.1 Kjernekategori: Systemtilpasning

Hovedutfordringen til helsesøstrene i studien var hvordan de kunne håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse når de brukte journalsystemet. *Systemtilpasning* er kjernekategori som ser ut for å forklare hvordan helsesøstre ”løste” hovedutfordringen. Den sosiale prosessen *systemtilpasning* omfatter fasene *systemfokusering*, *systemvurdering*, *elevfokusering* og *kompetansebygging*. Fasene bygger på hverandre, men helsesøstre kan være i ulike faser.

Forhold som påvirker prosessen *systemtilpasning* er plikt og lojalitet overfor arbeidsgiver, erfaring med journalsystemet, faglig kompetanse og helsesøsterfaglig integritet. I prosessens andre fase ser det ut for å være et vendepunkt i skjæringspunktet mellom plikt og kompetanse som påvirker prosessens retning. Disponibel tid og forhold som kontorets utforming og plassering av datamaskinen kan også ha innvirkning på hvordan systemet brukes.

7.1.1 Systemfokusering

De strategiene helsesøstre bruker i første fase av systemtilpasning, er å vise lojalitet overfor systemet, fokusere på kartleggingsverktøyet og tilpasse samhandlingen med eleven til kartleggingsverktøyet.

Det er flere forhold som har betydning ved systemfokusering. Helsesøstre formidler en oppfatning om at arbeidsgiver forventer utfylling av kartleggingsverktøyet ved helseundersøkelsene. For noen blir lojalitet og plikt overfor arbeidsgiver avgjørende, og registrering i kartleggingsverktøyet blir det primære ved helseundersøkelsen: ”Jeg registrerer i forhold til spørsmålene i Helseprofil for det blir jeg målt og veid på. Da prioriterer jeg det i min jobb.”

Kartleggingsverktøyet gir faglige føringer for helseundersøkelsen og vurderes av noen som en god mal å forholde seg til. ”Jeg har ikke så mye erfaring med andre systemer, men etter at

vi begynte med dette, synes jeg det ble litt enklere. Du blir tvunget til å gå innom ulike tema som kan være ok å gå innom. Det blir en huskeliste.”

Systemet oppleves også beskyttende for noen. ”Jeg opplever det som veldig ok å bruke på ungdomsskoleelevene. Elevene sitter ved siden av meg og ser spørsmålene jeg stiller. De ser jeg spør om ting fordi det står i et skjema og ikke fordi jeg ønsker å grave i noe.” Praksisen som innebærer at eleven sitter ved siden av helsesøster og fyller ut kartleggingsverktøyet skaper også forventninger hos elevene om hva de skal gjøre når de møter til helseundersøkelse: ”Elevene snakker med hverandre, de har en slags forventning. Noen trekker bare stolen bort til datamaskinen med en gang, for de vet at de skal krysse av.”

Når helsesøster tilpasser samhandlingen med eleven til kartleggingsverktøyet, kan det skape distanse til eleven og redusere helsesøsters utøvelse av faglig kompetanse. I denne fasen bruker helsesøstre kartleggingsverktøyet slavisk. Det kan hemme dialogen med eleven. ”Jeg synes ikke jeg får noen dialog med ungen. Jeg føler veldig at jeg sitter og krysser av på et skjema.” Dokumentasjonen i journalen blir begrenset når verktøyet med lite rom for fritekst følges slavisk. Dette kan vanskeliggjøre den videre oppfølgingen av eleven. Konsekvensen av systemfokusering ser ut for å være systemstyrt atferd og redusert utøvelse av helsesøsters faglige kompetanse.

7.1.2 Systemvurdering

Andre fase er preget av systemvurdering og refleksjoner rundt de mange forhold som kartleggingsverktøyet berører.

Forhold av betydning i systemvurderingsfasen er helsesøsters faglige kompetanse, erfaring med systemet og refleksjonsevne. Erfaring med journalsystemet ser ut for å medføre en friere bruk av systemet for de fleste helsesøstre. ”I begynnelsen syntes jeg det virket som et intervju der du ikke får brukt det du har lært om kommunikasjon og frustrasjon over hva du egentlig får ut av enkelte av spørsmålene. Når du lærer deg en sånn undersøkelse, kan du ta den naturlig og snakke rundt den.”

Strategiene helsesøstre bruker når de gjør vurderinger av systemet er å reflektere over hvordan kartleggingsverktøyet fungerer i praksis og velge fokus for den videre tilpasningen. Gjennom refleksjoner skjer der en bevisstgjøring i forhold til den faglige kompetansen som står under

press fra systemet. Helsesøstre ser at kartleggingsverktøyet er lite tilpasset eleven og viser til andre systemer som gir større frihet. Samtidig erkjenner de nytte med kartleggingsverktøyet når det brukes som en samtalemal.

Helsesøstre erkjenner altså både fordeler og ulemper ved journalsystemet. De ser det som en fordel at det er samme system i hele kommunen, at elevens helse blir kartlagt og at kartleggingsverktøyet kan brukes som en samtalemal: ”Det har kommet en del ut av 8. klasse helseundersøkelsene – spesielt på den psykiske biten. Jeg synes ikke alle spørsmål er like OK, men det gir meg og elevene et kjennskap vi kan bygge videre på.”

Helsesøstre forteller om ulemper med journalsystemet. De fleste helsesøstre opplever at kartleggingen utløser mer arbeid. Helsesøstre beregner tid som går med når de bruker kartleggingsverktøyet, og hva dette går på bekostning av. ”Det var mer forebyggende arbeid før, dette er jo kartlegging. Det er prisen, for dette er andre året vi ikke har noe rusarbeid. Jeg har ikke tid.” Helsesøstre vurderer at deler av kartleggingen er for forskerne, og dette tar mye tid. ”Mye av dette kunne foreldre fylt ut hjemme istedenfor å bruke av tiden på helsestasjonen. Det tar for stor del av den totale tiden vi har.”

Kartleggingen avdekker behov det ikke er tid og ressurser til å ivareta. En helsesøster beskriver strategiene hun bruker for å løse dette: ”Jeg får ikke tid til å følge opp så mye som jeg skulle ønske, så jeg prøver å få de videre i hjelpeapparatet. Jeg prøver å ta noen samtaler sånn at jeg har vist omsorg. Det er mange som bare trenger en voksen å snakke med.” Kartlegging av behov som det ikke er ressurser til å ivareta, kan skape etiske dilemma: ”Det er et etisk dilemma å vite alt og ikke kunne gjøre noe. Det er en årsak til utbrenthet blant helsesøstrene.”

Det er mangelfulle dokumentasjonsmuligheter i kartleggingsverktøyet. ”Hvis du først haker av, får du ikke skrevet noe. Jeg savner å ha et kommentarfelt. Hvis jeg bare haker av, er det ikke slik at den haken gir meg noe dersom eleven skal inn igjen.”

Helsesøstre var spørrende til gyldigheten ved datamaterialet. Det foreligger ikke manual for utfylling av kartleggingsverktøyet og ulike helsesøstre tolker gjerne spørsmål og svar ulikt. De fortalte at det mangler svaralternativ og muligheter for utdyping av svar. Videre formidler

helsesøstre at kartleggingsverktøyet inneholder noen spørsmål de vurderer som lite relevante og undrer seg over hensikten med disse spørsmålene.

Helsesøstre etterlyste evaluering og revidering av journalsystemet. De ønsker et enklere verktøy som gir større frihet og som inneholder mer tilpassete spørsmål. Samtidig ønsker de videreføring av de gode spørsmålene i kartleggingsverktøyet: ”Det er viktig at vi får lov å påvirke og kanskje får rettet opp i ting, for det skal jo også være til nytte for oss... Det skal jo ikke være til nytte for forskningen først og fremst ... det er jo vi som skal bruke det.”

Valg av fokus er en strategi i prosessens andre fase som får betydning for prosessens videre retning. Samtidig vil der være et samspill mellom systemfokusering og elevfokusering fordi både system og elev er sentrale aktører i den konteksten helsesøster forholder seg til. Valg av fokus er nok mer eller mindre bevisst. Når helsesøster bruker strategien elevfokusering, går prosessen over i tredje fase.

7.1.3 Elevfokusering

Tredje fase er preget av elevfokusering og moderering av journalsystemet slik at vi skimter en systemtilpasning som ivaretar samhandlingen med eleven.

Behovet for tilpasning av kartleggingsverktøyet blir tydelig etter hvert som helsesøster får erfaring med verktøyet, reflekterer kritisk over sine erfaringer, bruker sin kompetanse og innser at hun ikke vil styres av systemet. En helsesøster forteller hvordan hun har endret måten å bruke kartleggingsverktøyet på med erfaring: ”I starten satt jeg vel mye foran skjermen for å være sikker på at jeg husket alle punktene ... det ble ikke så direkte kommunikasjon. Etter hvert lærer jeg ny måte å gjøre det på. Det er bedre for alle at det blir mer en samtale.”

Helsesøstre bruker strategiene observerer eleven, bruker faglige kompetanse, kjemper for faglig integritet og modererer kartleggingsverktøyet etter elevens behov. Hun setter kartleggingsverktøyet opp mot faglig kompetanse med utgangspunkt i elevfokusering. ”Jeg synes for eksempel spørsmålet: ”Er du fornøyd med kroppen din?” ikke er så bra. Det hadde vært kjekkere å spørre om hvordan du ser på deg selv, hva tenker du om deg – åpnet opp for litt mer. Det er faktisk ikke alle du føler du skal stille det spørsmålet i det hele tatt.”

Helsesøster informerer eleven om kartleggingsverktøyet, hopper over spørsmål hun vurderer som uaktuelle, krysser av uten å spørre når svarene er innlysende, legger til spørsmål som er adekvate, omformulerer spørsmålene og tilpasser språket til eleven. En helsesøster forteller hvordan hun vurderer situasjonen, informerer om kartleggingsverktøyet og bruker veiledning som virkemiddel for å knytte helseinformasjon til kartleggingen.

Du må se situasjonen litt an, hvilke foreldre, hvordan du spør, at du forklarer grunnen til at du spør og ikke bare spør, at du legger inn litt om kosten for eksempel. Hvis det er noe vi kan veilede på, så vil vi gjøre det – du må på en måte legge litt til i forhold til de spørsmålene.

Helsesøsters faglige kompetanse påvirker tilpasningen av kartleggingsverktøyet med utgangspunkt i elevens behov. Denne nye kompetansen tar helsesøster med seg til neste fase.

7.1.4 Kompetansebygging

Den siste fasen handler om helsesøstres frigjøring fra systemet, bruk av faglig kompetanse, involvering i elevens situasjon og tilpasning av systemet slik at helsesøstre ivaretar samhandlingen med eleven. ”Hvis det er greit at vi blir flinkere til å bruke tid på de spørsmålene vi ser at elevene ønsker å snakke om, så tenker jeg at verktøyet for så vidt er greit.” Som følge av dette skjer der kompetansebygging og utøvelse av kunnskapsbasert praksis.

Forhold som har betydning i denne fasen er helsesøstres kompetanse, faglige trygghet og integritet. Det ser ut for at dette ikke bare har sammenheng med hvor mange år helsesøster har jobbet. Også refleksjoner over egen praksis, samtaler med kolleger og frigjøring fra systemet har betydning. ”Det er først når du åpner opp spørsmålene og frigjør deg litt fra HsPro sine veldig kjappe spørsmål at du oppdager mer. Det fordrer at du har en viss erfaring og trygghet.”

Helsesøstres strategier er bruk av faglig kompetanse som bygger på erfaring og skjønn. Helsesøstre har eleven som primærfokus, observerer eleven, konsentrerer seg om det som er viktig, involverer seg, får en god kommunikasjon, skaper tillit og ivaretar samhandlingen med eleven. Utover det de registrerer i kartleggingsverktøyet, dokumenterer de i journalen ved å skrive en egen oppsummering fra helseundersøkelsen. Helsesøstre bygger opp sin kompetanse og integrerer denne i utøvelsen av kunnskapsbasert praksis.

7.2 Oppsummering av systemtilpasning – den genererte teorien

Som analysen viser, var det særlig utfordrende for helsesøstrene i studien å håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse når de brukte journalsystemet. *Systemtilpasning* er kjerne-kategorien som forklarer hvordan helsesøstre i undersøkelsen løser hovedutfordringen. *Systemtilpasning* er en prosess med fire faser som forklarer hvordan helsesøstre håndterer konflikten mellom plikt og kompetanse og hvordan de ivaretar samhandlingen med eleven når de bruker journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år. Gjennom prosessen søker helsesøstre å løse hovedutfordringen gjennom de fire fasene *systemfokusering*, *systemvurdering*, *elevfokusering* og *kompetansebygging*. Helsesøstre er i ulike faser i prosessen og konsekvensen blir ulik grad av samhandling mellom elev og helsesøster. Konsekvensen av systemstyring og systemfokusering ser ut for å være mangelfull samhandling med eleven, reduksjon i utøvelsen av faglig kompetanse og en praksis som styres av plikt og tilpasses til kartleggingsverktøyet. Konsekvensen av elevfokusering, systemfrigjøring og tilpasning av kartleggingsverktøyet til elevens behov, ser derimot ut for å være at helsesøster bruker faglig kompetanse, ivaretar samhandlingen med eleven og integrerer ny kompetanse i kunnskapsbasert praksis.

8 DISKUSJON

Innføringen av journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år med integrert kartleggingsverktøy, ga helsesøstre nye utfordringer. Hovedutfordringen ble identifisert til hvordan helsesøstre kan håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse når de bruker journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Valg av teknologiske løsninger representerer verdivalg, og utvikling av IKT-systemer innebærer utvikling av arbeidsprosesser, kunnskap og kompetanse (Sæther, 2002). Dette samsvarer med funn fra studien min som forklarer hvordan helsesøstre tilpasser journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år for å håndtere konflikten mellom plikt og kompetanse og samtidig ivareta samhandlingen med eleven. *Systemtilpasning* er som beskrevet en prosess med fasene *systemfokusering*, *systemvurdering*, *elevfokusering* og *kompetansebygging*. Prosessen forklarer helsesøstres handlinger og atferdsmønstre når de bruker journalsystemet. Gjennom de fire identifiserte fasene i undersøkelsen, måtte helsesøstre håndtere etiske, sosiale og faglige utfordringer der konflikten mellom plikt og faglig kompetanse ser ut for å være særlig utfordrende.

Den genererte teorien om *systemtilpasning* har flere paralleller til teorien ”fra novise til ekspert” som beskriver hvordan profesjonelle lærer i praksis (Benner, 1984/1993, Dreyfus og Dreyfus, 1986). Dette diskuteres i artikkelen som er en del av denne masteroppgaven. Jeg vil her utdype og utvide diskusjonen fra artikkelen.

I første fase med systemfokusering, er helsesøstre bundet av plikt overfor arbeidsgiver og styrt av systemet på samme måte som novisen er styrt av regler og prosedyrer (Benner, 1984/1993, s. 37-38). Det ser ut for at kartleggingsverktøyet styrer helsesøsters samhandling med eleven og reduserer bruk av faglig kompetanse dersom hun følger systemet slavisk. Petersen (2009) påstår at forståelse og innsikt basert på taus kunnskap og uutalte verdier destrueres når kvalitet defineres ut fra målbare og kvantitative indikatorer. Han påstår det blir et problem når folk gjør det de blir målt på istedenfor det de vurderer som viktig og riktig. Kan journalsystemet ha en slik innvirkning på helsesøsters utøvelse av tjenesten? Helsesøstre forteller om plikten de opplever å ha til å følge kartleggingsverktøyet og hvordan dette styrer tjenesten. ”Jeg registrerer i forhold til spørsmålene i Helseprofil for det blir jeg målt og veid

på. Da prioriterer jeg det i min jobb.” Konsekvensen av systemfokusering ser altså ut for å være systemstyrt atferd og redusert utøvelse av helsesøsters faglige kompetanse. Dette bekrefter Petersens (2009) påstand og samsvarer med Pettervold og Østrem (2012) som beskriver hvordan kartleggingsverktøy som brukes i barnehagen svekker førskolelæreres bruk av faglig kompetanse og skjønn.

Når helsesøster er systemfokuseret, kan det føre til distansering mellom elev og helsesøster fordi helsesøster stiller lite relevante spørsmål, strever med å oppnå dialog og gir lite veiledning. Samtalen står svært sentralt i helsesøsters samhandling med eleven. Martinsen (2005, s. 41-42) hevder at samtalen er truet i dagens helse- og sosialvesen. Den profesjonelle lytter ikke til pasienten for å føre en samtale ut fra pasientens situasjon og problem, men trenger seg på den andre uten egentlig omtanke og interesse. Kan kartleggingsverktøyet i journalsystemet virke på tilsvarende måte i helsesøsters samhandling med eleven? Studien tyder på at det kan skje dersom helsesøster lar seg styre av systemet. Da kan helsesøster representere den distanserte ufølsomhet og krenke elevens urørlighetssone slik som Martinsen (2005, s. 44) beskriver det som skjer når pasienten objektiviseres og depersonaliseres. Jeg tenker det er viktig at helsesøstre er følsomme for elevens situasjon og vurderer kritisk hvilke metoder de bruker i tjenesten. Barn og unge kan være ekstra sårbare når de møter alene hos helsesøster slik ungdomskoleelever ofte gjør. Det er til ettertanke når helsesøstre forteller at kartleggingsverktøyet gir legitimitet for å stille nærgående spørsmål: ”De ser at jeg spør om ting fordi det står i et skjema og ikke fordi jeg ønsker å grave i noe.” Blir det ikke da å samle data for dataenes skyld og ikke for å drive en målrettet aktivitet i kjernen av fagets egenart som er å gjøre observasjoner med den hensikt å fremme helse og velvære i forståelse med Karoliussen (2011, s. 33-36)?

Ifølge Benner(1984/1993) må en nybegynner legge til side reglene dersom hun skal komme videre, og det ser ut for at helsesøstre må flytte fokuset vekk fra kartleggingsverktøyet for å komme videre i prosessen. Når helsesøstre har fått erfaring med journalsystemet, går prosessen over i systemvurderingsfasen.

Strategiene helsesøstre bruker i denne andre fasen er å vurdere systemet, reflektere over hvordan kartleggingsverktøyet fungerer i praksis og velge fokus for den videre tilpasningen. Valg av system eller elev som primærfokus ser ut for å representere et vendepunkt og har betydning for prosessens videre retning.

Helsesøstrene fortalte at kartleggingsverktøyet kan være nyttig. De ser det fordelaktig at det er samme system i hele kommunen, at elevens helse blir kartlagt og at kartleggingsverktøyet kan brukes som en samtalemål. Det kan være et poeng å avdekke forhold som eleven opplever problematiske for å kunne føre en samtale i forhold til problemet, vise omsorg og evt. henvise videre. Her har helsesøster et godt utgangspunkt for individuelt tilpassete tiltak.

Undersøkelsen viste at helsesøstre ikke hadde nok tid til å følge opp funn fra kartleggingen på en tilfredsstillende måte. Som Glavin (2007, s. 107-111) poengterer, er det viktig å vurdere om det er riktig å innføre kartlegging dersom det ikke er ressurser til å følge opp funn som avdekkes. Funn fra studien viser at tjenesten har behov for flere ressurser for å følge opp behov som avdekkes gjennom kartleggingen.

Helsesøstre forteller om plikten de opplever å ha til å følge kartleggingsverktøyet og konflikten som oppstår i skjæringspunktet mellom plikt og kompetanse når de vurderer kartleggingsverktøyet. ”I begynnelsen syntes jeg det virket som et intervju der du ikke får brukt det du har lært om kommunikasjon og frustrasjon over hva du egentlig får ut av enkelte av spørsmålene. Når du lærer deg en sånn undersøkelse, kan du ta den naturlig og snakke rundt den.” Her formidler helsesøster utfordringen og frustrasjonen hun opplevde fordi hennes faglige kompetanse kom i konflikt med det standardiserte verktøyet hun skulle bruke.

Konflikten som oppstår kan forstås ut fra Benner (1984/1993) og svarer til frustrasjonen over kontekstfrie regler hos den kyndige sykepleier fordi hun blir klar over situasjoner der reglene ikke passer. Dette samsvarer også med Petersen (2009) som vurderer det problematisk når kvalitet defineres ut fra målbare og kvantitative indikatorer og bruk av regler blir viktigere enn å tenke seg om. Samtidig formidler sitatet at der skjer en endring i helsesøsters måte å bruke verktøyet på. Hun frigjør seg fra verktøyet og bruker det som utgangspunkt for en samtale.

Den genererte teorien om *systemtilpasning* forklarer en prosess der det skjer en gradvis tilegnelse av ferdigheter hvor helsesøstre er i ulike faser i prosessen. Dette kan forklare hvorfor valg av fokus også kan være mindre konfliktfullt og mindre bevisst og skifte mellom systemfokusering og elevfokusering. Dette samsvarer med Benner (1984/1993) som beskriver hvordan profesjonelle tilegner seg ferdigheter. I de tre første stadiene *fra novise til ekspert* baserer utøveren seg hovedsaklig på tilegnelse og bruk av regler som er uavhengig av kontekst og preget av distansert problemløsning, men kan involvere seg noe i situasjonen.

Når helseøstre velger elevfokus og frigjør seg fra kartleggingsverktøyet er prosessen er på vei over i tredje fase.

I tredje fase har helsesøstre fått erfaring med systemet, de har reflektert over sine erfaringer, de fokuserer på eleven og tilpasser kartleggingsverktøyet til elevens behov. Kunnskap, erfaring, faglig integritet og valg av eleven som primærfokus har betydning for at helsesøster kan tilpasse kartleggingsverktøyet slik at hun ivaretar samhandlingen med eleven.

Når en av helsesøstrene reflekterer rundt spørsmålet: ”Er du fornøyd med kroppen din?” og avslutter med: ” Det er faktisk ikke alle du føler du skal stille det spørsmålet i det hele tatt”, viser helsesøster hvordan hun reflekterer og utøver elevfokusert sykepleie. Martinsen (2005) omtaler den faglig dyktige sykepleier som den reflekterte praktiker. Helsesøster er følsom for elever hun tenker kan være misfornøyd med kroppen sin og hvilke reaksjoner hun kan utløse ved sin spørsmålsstilling. Helsesøster vurderer til hvem og på hvilken måte hun stiller spørsmålet om eleven er fornøyd med kroppen. Hun våger åpenheten i samspill med tilbakeholdenheten. I samsvar med Martinsen (2005, s. 44) gjør hun skolehelsetjenesten til den gode samtalsrom. Helsesøster sier at hun gjerne hopper over spørsmålet om kroppen for så å gå tilbake til det dersom eleven svarer at han har slanket seg eller på andre måter uttrykker misnøye med kroppen. Helsesøster vurderer altså om eleven kan ha et problem som han trenger hjelp i forhold til. Dette viser hvordan en faglig dyktig helsesøster har fokus på eleven og bruker kunnskap og moral og kan bli tillit verdig. Hun engasjerer seg i den andre med en sensitivitet i relasjonen som tar hensyn til den andres situasjon og behov slik Martinsen (2005, s. 150-167) beskriver hvordan den faglig dyktige sykepleier handler. Dette hever kvaliteten på helseundersøkelsen og konturene av en ekspertsykepleie viser seg når prosessen går over i fjerde fase.

Hvordan kan systemtilpasning bidra til kompetansebygging og kunnskapsbasert praksis? Den siste fasen handler om helsesøsters frigjøring fra systemet, involvering i elevens situasjon og tilpasning av systemet slik at helsesøster ivaretar samhandlingen med eleven, oppnår kompetansebygging og utøver kunnskapsbasert praksis.

Helsesøstres strategier i denne siste fasen har flere fellestrekk med ekspertsykepleierens handlinger i Benners (1984/1993) modell der intelligent handling er mer enn kontrollerende, målrettet rasjonalitet. Eksperten velger en hensiktsmessig rekkefølge på sine spørsmål, hun

legger merke til det spesielle istedenfor det typiske og kan individualisere omsorgen. Helsesøstre i prosessens siste fase viser slike intelligente handlinger. ”I starten følte jeg at jeg slavisk måtte følge disse punktene og få haket av og gjort det ordentlig. Med erfaring ser jeg at hvis de har en problemstilling de ønsker å snakke om, så stopper vi heller opp med den.” Helsesøstres strategier er bruk av faglig kompetanse som bygger på erfaring og skjønn. Helsesøstre velger elevfokus der de observerer eleven, konsentrerer seg om det som er viktig, involverer seg og viser eleven omsorg. De hopper over lite relevante spørsmål i kartleggingsverktøyet, inkluderer aktuelle spørsmål og får en god kommunikasjon som skaper tillit. De ivaretar samhandlingen med eleven.

Det er interessant å se helsesøstres systemtilpasning i fjerde fase i forhold til Petersen (2009) som hevder at innsikt, initiativ og sikring av kvalitet i arbeidet glir vekk fra medarbeiderne og blir i stedet forankret i standarder og verktøy som er designet og utvalgt ovenfra og utenfra. Når helsesøster frigjør seg fra kartleggingsverktøyet, involverer seg i elevens situasjon og tilpasser verktøyet slik at hun ivaretar samhandlingen med eleven, sikrer hun intelligent handling og kvalitet i arbeidet samtidig som hun bruker kartleggingsverktøyet. Dette viser at helsesøstre kan klare å videreutvikle sin kompetanse og integrere det som er nyttig fra kartleggingsverktøyet i kunnskapsbasert praksis. Dette går i mot Petersens (2009) pessimistiske syn på det som skjer når kvalitet defineres ut fra målbare og kvantitative indikatorer. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på prosessen og alle dens utfordringer helsesøstre har gjennomgått for å nå fjerde fase. Det er også av betydning at prosessen i andre fase ser ut for å ha et skjæringspunkt mellom plikt og kompetanse som representerer et vendepunkt og som innebærer at prosessen i denne fasen kan utvikle seg i to ulike retninger, mot systemfokusering eller elevfokusering. Ved tilpasning av systemet klarer helsesøstre å kombinere bruk av faglig kunnskap, moralsk bevissthet og elevfokus med rapportering av helseopplysninger. Kanskje evaluering og videreutvikling av journalsystemet kunne gjøre prosessen mindre utfordrende?

Forskning viser at dokumentasjon i EPJ er utfordrende på flere områder (Øien og Lillevik, 2009, Clausson, Petersson og Berg, 2003, Clausson, Köhler og Berg, 2008, Ståhl et al., 2011A/B). Helsesøstre i undersøkelsen min forteller om mangelfulle dokumentasjonsmuligheter i kartleggingsverktøyet. Utover det de registrerer i kartleggingsverktøyet, dokumenterer de i journalen ved å skrive en egen oppsummering fra helseundersøkelsen. I følge Benner (1984/1993), er det fare for å miste et viktig ledd i

omsorgens teoriutvikling dersom ekspertens praktiske arbeid innen et område foregår ubemerket og udokumentert. Hun poengterer videre at en slik omfattende erfaringskunnskap ikke kan beskrives gjennom abstrakte prinsipper og retningslinjer. I følge Clancy (2010) er ikke helsesøstrenes daglige arbeid og den rollen helsesøstre har i folkehelsearbeidet godt nok synliggjort i dagens rapporteringssystem.

Som følge av dette ser det ut for å være nødvendig å evaluere og videreutvikle journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år slik at det kan være en støtte i det kliniske arbeidet, synliggjøre helsesøstres arbeid og bidra til en kunnskapsbasert tjeneste for barn og unge.

Det er i den avsluttende analysen det viser seg om den genererte teorien klarer kriteriene som sier at den skal fungere, passe inn, være relevant og modifiserbar. Med utgangspunkt i GT-metodologien (Glaser 1978, 1998/2010), er helsesøstrenes handlinger tolket gjennom identifikasjon av deres hovedproblem og strategier. Det er viktig å være oppmerksom på studiens begrensninger. Studier av deltakere fra andre bydeler og fra skolehelsetjenesten i videregående skole, kunne gitt ytterligere detaljer. Det ville også gitt et rikere materiale om intervjuene ble supplert med observasjoner av helsesøstre som bruker journalsystemet. Studiens sterke sider er variasjonen av informanter fra ulike bydeler og som har både kort og lang erfaring med journalsystemet. Kombinasjonen av individuelle intervju og fokusgruppeintervju er en styrke. Valg av GT som metode utgjør også en styrke ved studien fordi metning av data baseres på teoretisk fullstendighet og ikke på intervjuenes antall eller lengde eller antall intervjuede personer (Glaser 1998/2010 s. 174-175). Teorien ser ut for å være relevant med de strategiene som framkom blant helsesøstrene, men tilbakemeldinger fra praksis vil vise om teorien fungerer som forklaring på helsesøstrenes erfaringer. Det blir vurdert om teorien er modifiserbar når nye data utvikles.

9 KONKLUSJON

Innføringen av journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år med integrert kartleggingsverktøy, ga helsesøstre nye utfordringer. Hovedutfordringen ble identifisert til hvordan helsesøstre kan håndtere konflikten mellom plikt og kompetanse når de bruker journalsystemet i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Systemtilpasning er som beskrevet en prosess med fasene *systemfokusering*, *systemvurdering*, *elevfokusering* og *kompetansebygging*. Prosessen forklarer helsesøstres handlinger og atferdsmønstre når de bruker journalsystemet. Gjennom de fire identifiserte fasene i undersøkelsen, måtte helsesøstre håndtere etiske, sosiale og faglige utfordringer der konflikten mellom plikt og faglig kompetanse ser ut for å være særlig utfordrende. Konsekvensen av systemfokusering ser ut for å være reduksjon i utøvelsen av faglig kompetanse, mangelfull samhandling med eleven og en praksis som styres av og tilpasses til kartleggingsverktøyet. Konsekvensen av elevfokusering og tilpasning av kartleggingsverktøyet til elevens behov, ser derimot ut for å være at helsesøstre bruker faglig kompetanse, ivaretar samhandlingen med eleven og integrerer ny kompetanse i kunnskapsbasert praksis. Helsesøstre kan altså håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse og ivareta samhandlingen med eleven ved å ha eleven som primærfokus, bruke faglig kompetanse og tilpasse kartleggingsverktøyet til elevens behov.

Funn fra studien kan danne grunnlag for videre forskning og utvikling av journalsystemet slik at det kan støtte klinisk arbeid, synliggjøre helsesøstres arbeid, gi gode data til kommunen og ivareta kunnskapsbasert praksis.

REFERANSER

Artinian, B.M (2009). An Overview of Glaserian Grounded Theory. I: Artinian, B.M., Cone, P.H., Giske, T. (red) *Glaserian Grounded Theory in Nursing Research. Trusting Emergence*. Springer Publishing Company, New York, s. 3-17.

Bach, G., Vatnøy, T. (2007) Elektronisk pasientjournal (EPJ). I: Vatnøy, T. (red) *Medvirkning Samhandling Sikkerhet. IKT i helsetjenesten*. Oslo, Conflux AS, s. 122-145.

Benner, P. (1984/1993) *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund, Studentlitteratur AB.

Bergen kommune (2008). *Levekår og helse i Bergen 2008*.

URL:http://images.bt.no/btno/multimedia/archive/00540/LEVEKAARSRAPPORT_20_540698a.pdf (nedlastet 02.12.11)

Bergen kommune (2010). *Melding om helsestasjonstjenesten 2010-2015*. URL:

http://www.futurebergen.com/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2010039918-2697411.PDF (nedlastet 14.12.11)

Bergen kommune (2011). *Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen*.

URL:[https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/skole-og-](https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/skole-og-utdanning/grunnskoleopplaring/grunnskole/skolehelsetjenesten)

[utdanning/grunnskoleopplaring/grunnskole/skolehelsetjenesten](https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/skole-og-utdanning/grunnskoleopplaring/grunnskole/skolehelsetjenesten) (nedlastet 20.09.2012)

Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, et al. (2011) The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Med* 8 (1) URL: e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387 Nedlastet 05.11.12

Blair, W., Smith, B. (2012) Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse* 41 (2) 160–168.

Clancy, A. (2010) *Perceptions of public health nursing practice. On borders and boundaries, visibility and voice*. Doctoral thesis. The Nordic School of Public Health, Göteborg, Sverige.

Clausson, E., Petersson, K., Berg, A. (2003) School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record – a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17 (4) 392-398.

Clausson, E.K., Köhler, K., Berg, A. (2008) Ethical Challenges for School Nurses in Documenting Schoolchildren's Health. *Nursing Ethics* 15 (1) 40-51.

Dreyfus, H.L., Dreyfus, S.E. (1986) *Mind over Machine*. New York, The Free Press.

Fagerli, L.B, Fossum, M., Terjesen, S. (2007) Dokumentasjon av sykepleie i den elektroniske pasientjournalen. I: Vatnøy, T., red. *Medvirkning Samhandling Sikkerhet IKT i helsetjenesten*. Oslo, Conflux AS, s. 174-193.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, Aldine.

Glaser, B. G. (1978) *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded Theory*. Mill Valley, California, Sociology Press.

Glaser, B.G. (1998/2010). *Att göra grundad teori – problem, frågor och diskussion*. Mill Valley, USA, Sociology Press.

Glavin, K., Helseth, S., Kvarme, L.G. (2007). Innledning. I: Glavin, K., Helseth, S., Kvarme, L.G. (red) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo, Akribe, s. 13-14.

Glavin, K. (2007) Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I: Glavin, K., Helseth, S., Kvarme, L.G. (red) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo, Akribe, s. 48-67.

Glavin, K. (2007) Kommunediagnose eller helseprofil. I: Glavin, K., Helseth, S., Kvarme, L.G., red. *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo, Akribe AS, s. 68-78.

Glavin, K. (2007) Kartlegging av behov. I: Glavin, K., Helseth, S., Kvarme, L.G., red. *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo, Akribes AS, s.105-116.

Grimsmo, A., Faxvaag, A., Lærum, H. (2007) *Prosesstøttende EPJ systemer – bakgrunn, definisjon og målsetninger*. Rapport fra Nasjonal IKT's EPJ-fagforum. Versjon 1.01. 05.10.07
Nedlastet 05.11.12 URL:

http://hiwiki.idi.ntnu.no/images/b/bf/Forl%C3%B8p_og_prosesst%C3%B8tte_v1.01.pdf

Gumpen, R., Aagren, T.G. (2012). *Elektronisk pasientjournal i en norsk kommune – gevinster og årsaker*. Masteroppgave. Universitetet i Agder.

Hagelin, E., Lagerberg, D., Sundelin C. (1991) Child health records as a database for clinical practice, research and community planning. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (1) 15-23.

Hartman, J. (2001) *Grundad teori: teorigenerering på empirisk grund*. Lund, Studentlitteratur.

Helsedepartementet (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. St.meld. nr. 16. Oslo, Helsedepartementet.

Helsedirektoratet (2010). Rapport IS-1798. *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo.

Helsedirektoratet (2011). *Skolehelsetjenesten*. Oslo.

URL:<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten/Sider/default.aspx> (lest 29.09.12)

Helse og omsorgsdepartementet (2012-2013A). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. St.meld.nr. 9. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse og omsorgsdepartementet (2012-2013B). *God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. St.meld.nr. 10. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30.*

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64.

Hjälmhult, E. (2007) *Erobring av handlingsrom. Helsesøsterstudenters læring i praksis.* Doktorgradsavhandling. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Holme, I.M., Solvang, B.K. (1986). *Metodevalg og metodebruk.* Tano A.S. Otta.

Kamper-Jørgensen, F. (2009) Sundhedsprofiler. I: Kamper-Jørgensen, F., Almind, G., Jensen, B.B. (red). Forebyggende sundhedsarbejde. København, Munksgaard Danmark. s. 167-172.

Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv – ny forståelse. Sykepleiens kjerneverdier, intensjon og handling.* Oslo, Gyldendal akademisk.

Kärkkäinen, O., Bondas, T., Eriksson, K. (2005) Documentation of Individualized Patient Care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 12 (2) 123-132.

KITH (2007), KITH-rapport 5/05. *EPJ Standard del 1: Introduksjon til EPJ standard.* Trondheim. URL: <http://www.kith.no> (lest 15.09.12)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Lomberg K. (2005) Om grounded theory – hvad det er og ikke er. *Klinisk sygepleje*, 19(2): 4-11.

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

Misvær, N. (2009). Helseundersøkelser. I: Haugland, S. og Misvær N.(red) *Håndbok for skolehelsetjenesten.* Oslo. Kommuneforlaget, s. 295-302.

Mæland, J.G. (2009) *Hva er helse.* Oslo. Universitetsforlaget AS.

Nortvedt, M.W. m.fl (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo, Akribe.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Spesialistgodkjenning av helsesøstre*. Landsgruppen av helsesøstre NSF. Oslo.

URL:<https://www.sykepleierforbundet.no/Content/696919/Helses%F8sters%20kompetanse,%20fullversjon.pdf> (nedlastet 29.09.12)

Oroviogioicoechea, C., Elliot, B. & Watson, R. (2008) Review: evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (5) 567-575.

Pasientjournalforskriften. (2000) *Forskrift om pasientjournal*. Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) 21. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Petersen, V. C. (2009). *Vildveje i velfærdsstaten. Fællesskab i opløsning, styringsillusioner, udveje*. København, Informations Forlag.

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

Rotegård, K., Berge, A.W., Riddervold, H.M., Haugan, B. (2010) Sykepleiere må være med å påvirke. *Sykepleien* 98 (04) 62-65.

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste*. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

Steen, O. (2007) Practical knowledge and its importance for software product quality. *Information and Software Technology* 49 (6) 625-636.

Ståhl, Y., Granlund, M., Gäre-Andersson, B., Enskär, K. (2011A) Views on health information and perceptions of standardized electronic records among staff in Child and School Health Services. *Journal of Nursing Management*, 19 (2) 201-208.

Ståhl, Y., Granlund, M., Gäre-Andersson, B., Enskär, K. (2011B) Review Article: Mapping of children's health and development data on population level using the classification system ICF-CY. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (1) 51-57.

Sæther, E.W., (2002). Kulturer, prosesser og medvirkning ved innføring av elektronisk pasientjournal. *Sykepleien*, 90 (15):36-40.

Törnvall, E., Wilhelmsson, S., Wahren, L.K. (2004) Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (3) 310-317.

Valset, S. (2005). *Veivalg i sykepleien*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Øien, L., Lillevik, O.G. (2009) Språklige og verdimeslige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 5 (2) 79-86.

ARTIKKEL

Jeg har valgt å skrive en vitenskapelig artikkel rettet mot tidsskriftet Sykepleien Forskning. Tema for artikkelen er helsesøstres erfaringer med kartleggingsverktøy i skolehelsetjenestens journalsystem. og tittelen er:

Hvordan håndterer helsesøstre konflikten mellom plikt og kompetanse når de bruker kartleggingsverktøy i skolehelsetjenestens journalsystem?

Hvordan ivaretar helsesøster samhandlingen med eleven når hun bruker kartleggingsverktøy i skolehelsetjenestens journalsystem?

SAMMENDRAG

Studiens bakgrunn: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal bidra til kvalitet på helsetjenestene med pasienters og brukeres behov i sentrum. Samtidig skal data gjøres tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Derfor ble journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år innført i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..

Hensikt: Formålet med studien var å få kunnskap om hvordan journalsystemet fungerer i klinisk helsesøsterpraksis og identifisere hva som var den viktigste utfordringen ved å bruke journalsystemet i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Metode: Klassisk Grounded Theory (GT) ble brukt ved innsamling og analyse av data fra et fokusgruppeintervju med 4 helsesøstre og 8 individuelle intervju.

Resultater: Hovedutfordringen til helsesøstrene var å håndtere konflikten mellom plikt og kompetanse og samtidig ivareta samhandlingen med eleven når de bruker journalsystemet. De ”løste” utfordringen med strategien *systemtilpasning* som er en prosess med fasene *systemfokusering, systemvurdering, elevfokusering* og *kompetansebygging*.

Konklusjon: Studien tyder på at helsesøstre kan håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse og ivareta samhandlingen med eleven ved å ha eleven som primærfokus, bruke faglig kompetanse og tilpasse kartleggingsverktøyet i journalsystemet til elevens behov.

Nøkkelord: Barn, Grounded theory, Helsetjeneste, Informasjonsteknologi, Kartlegging

How can the public health nurse ensure the interaction with the student when she uses mapping tool in the Electronic Health Record (EHR) in School Health Services?

ABSTRACT

Background: Information and Communication Technology should help ensuring quality of care with patients' and clients' needs in the centre. Simultaneously, data should be available for quality improvement, health monitoring, management and research. Therefore the EHR system "HsPro Health Profile 0-20 years" was introduced in the Child and School Health Services.

Objective: The aim of this study was to gain knowledge about the EHR system in clinical health nursing practice and identify the main concern of using the system in School Health Services in elementary school.

Method: Classical Grounded Theory method was used for collection and analysis of data from one focus group interview with 4 public health nurses and 8 individual interviews.

Results: The main concern for public health nurses using the EHR system was to handle the conflict between duty and competence while maintaining interaction with the student. They solved their concern with the strategy *Customizing system* which is a process of phases *Focusing system, Considering system, Focusing student, Building competence*.

Conclusion: The study indicates that the public health nurse can handle the conflict between duty and competence and maintain interaction with the student by focusing on the student, using her competence and customizing mapping tool in the EHR system to the student's needs.

Keywords: Children, Grounded theory, Health services, Information technology, Mapping

Hvordan håndterer helsesøster konflikten mellom plikt og kompetanse når hun bruker kartleggingsverktøy i skolehelsetjenestens journalsystem?

INTRODUKSJON

Sentrale målsettinger i samhandlingsreformen (1) er å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne helseforskjeller. Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven er rettslige virkemidler for å nå disse målene (2-4). Regjeringen understreker at informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel i dette arbeidet (4). I 2012 kom stortingsmeldingen om helse- og omsorgstjenester i en digital hverdag (5). Meldingen viser til mulighetene som finnes i moderne teknologi. Regjeringen framhever blant annet at helsepersonell skal ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger, og data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. (5). Dette samsvarer med målsettingen kommunen har om et velfungerende journalsystem i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. HsPro er det journalsystemet noen kommuner har valgt å bruke. Erfaring har vist at systemet ikke har vært tilfredsstillende (6). Derfor har kommunen vært initiativtaker og pådriver i forhold til utvikling av HsPro Helseprofil 0-20 år med integrert kartleggingsverktøy som skal hjelpe tjenesten å følge opp den enkelte, samt kunne gi kommunen og kunnskapsmiljøer viktige og nyttige data i forhold til helseovervåking og forskning både på gruppe- og individnivå (7).

Et velfungerende pasientjournalsystem skal altså ivareta flere målsettinger. Det overordnede målet for e-helse, som betegner informasjons- og kommunikasjonssystemer i helse- og sosialsektoren, er å understøtte de helsefaglige arbeidsprosessene på en slik måte at det ytes gode tjenester i hele pasientforløpet (8). Flere studier viser at utvikling av elektroniske pasientjournalsystemer må foregå i et nært samarbeid mellom helsepersonell og programutviklere for at de teknologiske løsningene kan bli en støtte i det kliniske arbeidet (9-11). Helsedirektoratet samarbeider med KS (kommunesektorens organisasjon) og Kunnskapscenteret om utvikling av gode kvalitetsindikatorer for tjenesten som kommunene kan bruke til styringsverktøy. En av de aktuelle indikatorene som foreslås utprøvd, er system for registrering av lokale helsedata for aldergruppen 0-20 år (12). HsPro Helseprofil 0-20 år er et slikt system. Samtidig er det få studier som dokumenterer de faktiske gevinstene ved å implementere elektroniske pasientjournalsystemer (13). Måleskjema blir gjerne introdusert uten at de er tilstrekkelig metodisk utprøvd. Mye av helse- og livskvalitetsforskningen har hatt fokus på tall og ikke innhold. Derfor er det usikkert hvilken innsikt disse målingene gir (14).

Black et al. (15) konkluderer med at det er et stort gap mellom påståtte og empirisk påviste fordeler med elektronisk helseteknologi. Sentrale myndigheter poengterer at tiltak innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten baseres på forskning som viser at tiltaket har den ønskete effekt (16). Likevel blir metoder for helse- og livskvalitetsmåling tatt i bruk uten inngående teoretiske betraktninger eller dypere diskusjoner om hva man forsøker å måle og virkningene av metodene (14, 17-18).

Helsesøstre skal være faglig oppdaterte og utøve helsetjenester av høy faglig kvalitet med grunnlag i de behov befolkningen har. Utfordringen er å identifisere gode metoder som også ivaretar den enkelte familie (19). Sykepleiere skal sørge for at pasienten er primærfokus (20). Kartleggingsverktøyenes styrende funksjon problematiseres i liten grad, selv om det er godt dokumentert at tester og kartleggingsverktøy er sterke redskaper som lett blir styrende (21). Det er behov for forskning og evaluering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og de metoder som tjenesten innfører og bruker (17-18, 22). Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år fungerer i klinisk praksis og identifisere hva som var helsesøstres viktigste utfordring ved å bruke journalsystemet i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

ELEKTRONISK PASIENTJOURNALSISTEM

Elektroniske pasientjournal-systemer (EPJ-systemer) er IKT-systemer som benyttes for å registrere, bevare og gi tilgang til opplysninger i elektroniske pasientjournaler. Elektronisk pasientjournal (EPJ) er: ”Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp” (23).

Hovedformål med journalføring i helsetjenesten er å kunne vise hva som er vurdert, utredet, iverksatt og fulgt opp av tiltak, samt hvem som har utført tjenesten (24). Sykepleiere har plikt til å føre journal (25). Opplæring, brukervennlighet og tilpasningsmuligheter må stå sentralt når helsetjenesten tar i bruk elektronisk dokumentasjon av sykepleie (26).

HELSEUNDERSØKELSER I SKOLEHELSETJENESTEN OG JOURNALSISTEMET HSPRO HELSEPROFIL 0-20 ÅR

Formålet med målrettede helseundersøkelser er individuell tilpasning til risiko og behov og er anbefalt av elever på bakgrunn av meldte/observerte behov ved 5-6 år (skolestart), ved 8-årsalder (3. trinn) og 13-årsalder (8. trinn) (16). Første januar 2010 innførte kommunen

journalssystemet HsPro-Helseprofil 0-20 år til bruk ved helseundersøkelser av barn og unge i grunnskolen. Systemet har integrert kartleggingsverktøy som består av en standard *skolestartundersøkelse* til kartlegging av barns helse i forbindelse med helseundersøkelse ved skolestart. Systemet har også en standard *målrettet helseundersøkelse* til kartlegging av barn og unges helse i forbindelse med 8. klasseundersøkelse, helseundersøkelse av nye elever og elever med stort fravær. (7). Helseundersøkelsene inneholder blant annet punkter for kartlegging av helse, trivsel, fysisk aktivitet, kosthold, søvn, atferd, sosialt nettverk og rusmidler.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG KOMPETANSEUTVIKLING

Kunnskapsbasert praksis dreier seg om å bruke kunnskap fra forskning, erfaring og brukere i den kontekst man er i (27). Stortingsmelding 16 (28) poengterer behovet for en kunnskapsbasert helsepolitikk og systematisk oppbygging av kunnskap for at vi skal gjøre de riktige tingene på rett måte. Et overordnet mål i kommunen er at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal drives etter prinsippene for kunnskapsbasert praksis (6). Kravene til kompetanse og kunnskapsbasert praksis er økende (29).

Dreyfus og Dreyfus (30) og Benner (31) har studert hvordan profesjonelle tilegner seg ferdigheter og omtaler fem stadier av praktisk kompetanse i prosessen ”fra novise til ekspert”. Stadiene er novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Ved de tre første stadiene baserer utøveren seg på tilegnelse og bruk av regler som er uavhengige av kontekst og preget av distansert problemløsning. Den kyndige blir frustrert av kontekstfrie regler fordi hun blir klar over situasjoner der reglene ikke passer. Eksperten vet intuitivt hva som er det sentrale i situasjonen og hvordan hun bør handle. Hennes praksis er preget av fortolkning og skjønn. Dersom eksperter blir tvunget til å følge regler eller en formell modell, svekkes deres ferdigheter. Sykepleieren kan øke sin kompetanse og utvikle seg fra novise til ekspert dersom hun kombinerer teoretisk kunnskap med erfaring og refleksjonsevne og integrerer denne kompetansen. Ekspertsykepleie skal være et ideal for all sykepleie i praksis (31).

METODE

Jeg valgte klassisk Grounded Theory (GT) til innsamling og analyse av data. En studie med GT som metode søker å finne hovedutfordringen til deltakerne i et felt og hva de gjør for å løse denne. ”Løsningen” på hovedutfordringen betegnes som kjernekategori og danner grunnlaget for den teori som vokser fram fra det empiriske materialet. Teorien forklarer

atferdsmønsteret til deltakerne i studien og framstår gjennom en konstant sammenliknende analyse som starter induktivt og utvikles gjennom substantiv og teoretisk koding av datamaterialet (32-38).

Deltakere

Forespørsel om rekruttering av helsesøstre til undersøkelsen gikk til lederne av tjenesten i 3 bydeler i kommunen. Alle helsesøstre i de aktuelle bydelene fikk skriftlig informasjon om studien. Kriterier for å delta var erfaring med journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i grunnskolen. Studien er godkjent av Personvernombudet.

Datamaterialet er kommet fram ved intervju av helsesøstre som jobber i skolehelsetjenesten i grunnskolen. Data er samlet inn i en stor bykommune. Det er foretatt et fokusgruppeintervju med 4 helsesøstre og 8 individuelle intervju. Deltakerne hadde vært helsesøstre i 1 – 25 år. Ti av deltakerne hadde vært helsesøstre i 5 år eller mer. Helsesøstrene hadde fra ca ½ til 2 ½ års erfaring med journalsystemet.

Datainnsamling og analyse

Jeg vektla at deltakerne var kjent med undersøkelsens formål og praktiske gjennomføring før selve intervjuet. Det innledende spørsmålet var: ”Kan du/dere fortelle om erfaringene dine/deres med bruk av Helseprofil 0-20 år i grunnskolen?” Dette ble fulgt opp med spørsmål som tok utgangspunkt i svarene helsesøstrene kom med og behovene som etter hvert var i det empiriske materialet for utdypende informasjon. De individuelle intervjuene varte fra ca. 20-40 minutter. Fokusgruppeintervjuet varte 70 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert etter hvert. Etter 4 individuelle intervju og ett fokusgruppeintervju, hadde jeg grunnlag for å utvikle hypoteser om hva som foregikk innen det studerte området. De neste intervjuene bekreftet og utvidet de opprinnelige hypotesene og la grunnlag for teoridannelse.

Analysen går ut på åpen, selektiv og teoretisk koding (Tabell 1). Analysen startet med en tekstnær åpen koding av hvert intervju der jeg ga navn til det datamaterialet handlet om. Notatskriving (memos) om mulige sammenhenger i datamaterialet var en nødvendig del av analysearbeidet. Jeg identifiserte hovedutfordringen til helsesøstrene og kjernekategoriene som fanger hvordan helsesøstre håndterer utfordringen. Den konstant sammenliknende analyse fortsatte og gikk over i selektiv koding med fokus på kategorier som var vesentlige i forhold

til kjernekategoriene. På bakgrunn av den foreløpige teoriutvikling, gjennomførte jeg så teoretisk koding om relasjoner mellom kategoriene. Analysen fortsatte til jeg mente å ha teoretisk metning slik at teorien som vokste fram stemte med data og er relevant ved at den forklarer hva som skjer i feltet (33-35, 37-39).

RESULTATER

Hovedutfordringen ble identifisert til: ”Hvordan kan helsesøster håndtere konflikten mellom plikt og faglig kompetanse når hun bruker journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år i skolehelsetjenesten i grunnskolen?” Helsesøstre løste denne utfordringen gjennom prosessen *systemtilpasning* med fasene *systemfokusering*, *systemvurdering*, *elevfokusering* og *kompetansebygging*. Helsesøstrene var i ulike faser i prosessen. De som var mest styrt av plikt og lojalitet overfor arbeidsgiver var systemfokuserert og tilpasset samhandlingen med eleven til journalsystemet. Helsesøstre som var minst systemstyrt og mest elevfokuserert, brukte faglig kompetanse og tilpasset journalsystemet til elevens behov.

Forhold som påvirker systemtilpasningen

Journalsystemet er vedtatt i kommunen. Plikt og lojalitet overfor arbeidsgiver, erfaring med journalsystemet, kompetanse og faglig integritet ser ut for å ha betydning for hvordan helsesøstre bruker systemet i samhandlingen med eleven. ”Jeg registrerer i forhold til spørsmålene i Helseprofil for det blir jeg målt og veid på. Da prioriterer jeg det i min jobb.” En annen helsesøster uttalte: ”Det er først når du åpner opp spørsmålene og frigjør deg litt fra HsPro sine veldig kjappe spørsmål, at du oppdager mer. Det fordrer at du har en viss erfaring og trygghet.”

Opplæring, disponibel tid og forhold som kontorets utforming og plassering av datamaskinen kan også påvirke hvordan helsesøstre bruker kartleggingsverktøyet.

Systemfokusering

I denne første fasen er helsesøster bundet av plikt og fokusert på kartleggingsverktøyet. Systemet styrer utøvelsen av tjenesten og helsesøstre tilpasser samhandlingen med eleven til kartleggingsverktøyet. ”Og så er det jo mange spørsmål som er såpass dårlige ... vi må jo bare stille spørsmålene, for det er kommunen som har pålagt oss dette... vi unnskylder systemet”. Fokus på kartleggingsverktøyet ser ut for å hemme dialogen med eleven og innebære en distansering mellom elev og helsesøster. Helsesøstre fortalte at de stiller mindre relevante

spørsmål og veileder mindre. Som følge av dette skjer der en reduksjon av helsesøstres utøvelse av faglig kompetanse. ”Som mor kommer du med barnet ditt, du fyller ut et skjema som går til forskning, måler høyde og vekt, får en vaksine og ”ha det bra”. Du får ikke noe veiledning”.

Noen helsesøstre vurderer kartleggingsverktøyet som en god mal å forholde seg til fordi det gir påminning om aktuelle samtaleemner. Systemet virker skjermende fordi intime spørsmål står i kartleggingsverktøyet og er de samme til alle elevene. I ungdomsskolen har noen en praksis som innebærer at eleven sitter foran datamaskinen ved siden av helsesøster. Elev og helsesøster fyller så ut kartleggingsverktøyet sammen.

Systemvurdering

Strategiene helsesøstre bruker når de gjør vurderinger av systemet er å reflektere over hvordan kartleggingsverktøyet fungerer i praksis og velge fokus for den videre tilpasningen.

Helsesøstre formidlet fordeler og ulemper med systemet. De ser det fordelaktig at de kartlegger elevens helse, kan bruke kartleggingsverktøyet som samtalemål, at systemet er likt i hele kommunen. ”Det blir mer kvalitetssikret det vi holder på med. Du blir minnet på de tema som du bør ta opp på den aktuelle kontrollen, det blir likt i alle bydeler, kanskje på sikt i hele Norge.” Helsesøstre formidlet også ulemper. Noen av spørsmålene er ikke tilpasset elevens situasjon og der er mangelfulle dokumentasjonsmuligheter i kartleggingsverktøyet. Dette kan vanskeliggjøre den videre oppfølgingen av eleven. Gjennom kartleggingen avdekker helsesøstre behov det ikke er ressurser til å ivareta. Dette kan skape etiske dilemma: ”For meg er det faktisk et moralsk/etisk dilemma at vi sitter og får så mye informasjon som vi ikke kan gjøre noe med ... vi har ikke kapasitet.”

Helsesøstre var spørrende til gyldigheten ved datamaterialet fordi det ikke foreligger manual for utfylling av kartleggingsverktøyet. Ulike helsesøstre tolker gjerne spørsmål og svar ulikt. De sa det mangler svaralternativ og muligheter for utdyping av svar. Videre formidlet helsesøstre at kartleggingsverktøyet inneholder noen spørsmål de vurderer som lite relevante og undrer seg over hensikten med disse spørsmålene.

Helsesøstre reflekterte over hvordan elevene opplever kartleggingen. Noen mener spørsmålene fungerer tilfredsstillende i samhandlingen med elevene, mens andre opplever kartleggingen problematisk.

Helsesøstre etterlyste evaluering og revidering av journalsystemet. De ønsker et enklere kartleggingsverktøy som gir større frihet og som inneholder mer tilpassete spørsmål. Samtidig ønsker de videreføring av de gode spørsmålene i kartleggingsverktøyet. Det er ulik oppfatning blant helsesøstre om hvilke spørsmål som er best, men flere vurderer noen av spørsmålene om psykisk helse som gode.

Elevfokusering

Når helsesøstre får erfaring med systemet, reflekterer over erfaringene og har fokus på eleven, bruker de faglig kompetanse og tilpasser kartleggingsverktøyet til elevens behov. ”I starten var det sånn at jeg følte jeg slavisk måtte følge disse punktene, få haket av og gjort det ordentlig. Med erfaring ser jeg at hvis de har en problemstilling de ønsker å snakke om, så stopper vi heller opp med den.” Helsesøster informerer eleven om kartleggingsverktøyet, hun hopper over spørsmål hun vurderer som uaktuelle, hun krysser av uten å spørre når svarene er innlysende, hun legger til spørsmål som er adekvate, hun omformulerer spørsmålene og tilpasser språket til eleven.

Kompetansebygging

Strategier helsesøster bruker i denne siste fasen har grunnlag i faglig kompetanse. Helsesøstre frigjør seg fra systemet og tilpasser kartleggingsverktøyet til eleven. ”Ja, for jeg tenker, som jeg sa før, du skal ikke styres av sanne programmer. Vi må bruke vår erfaring og skjønn og se den personen an som sitter foran”.

Helsesøstre har elevfokus og bruker sin faglige kompetanse. De konsentrerer seg om det som er viktig for den enkelte elev, får en god kommunikasjon, skaper tillit og ivaretar samhandlingen med eleven. Utover det de registrerer i kartleggingsverktøyet, dokumenterer de i journalen ved å skrive en egen oppsummering fra helseundersøkelsen. De bygger opp sin kompetanse og integrerer denne i utøvelsen av kunnskapsbasert praksis.

Konsekvenser ved systemtilpasning

Helsesøstre er i ulike faser i tilpasningsprosessen og konsekvensene blir ulik grad av samhandling mellom elev og helsesøster. Konsekvensen av systemfokusering ser ut for å være reduksjon i utøvelsen av faglig kompetanse, mangelfull samhandling med eleven, og en tjeneste som styres av plikt og tilpasses til kartleggingsverktøyet. Konsekvensen av elevfokusering og tilpasning av journalsystemet til elevens behov, ser derimot ut for å være at

helsesøstre bruker faglig kompetanse, ivaretar samhandlingen med eleven og integrerer ny kompetanse i kunnskapsbasert praksis.

DISKUSJON

Studien forklarer hvordan helsesøstre tilpasser journalsystemet HsPro Helseprofil 0-20 år for å håndtere konflikten mellom plikt og kompetanse og ivareta samhandlingen med eleven. Den genererte teorien om *systemtilpasning* forklarer en prosess med fasene *systemfokusering*, *systemvurdering*, *elevfokusering* og *kompetansebygging*. Den har flere paralleller til prosessen ”fra novise til ekspert” som beskriver hvordan profesjonelle lærer i praksis (30, 31).

I første fase med systemfokusering, er helsesøstre styrt av systemet på samme måte som novisen er bundet av regler og prosedyrer (31). Det ser ut for at kartleggingsverktøyet reduserer bruk av faglig kompetanse og styrer helsesøsters samhandling med eleven dersom hun følger systemet slavisk. Dette samsvarer med Pettersvold og Østrem (21) som hevder at tester og kartleggingsverktøy er sterke redskaper som lett blir styrende. Andre fase i prosessen ser ut for å representere et vendepunkt. Helsesøstre fortalte om en konflikt i skjæringspunktet mellom plikt og kompetanse som de håndterte ved å velge fokus. Valg av fokus er en strategi som får betydning for den videre systemtilpasningen ved at der skjer en tilpasning **til** system eller **av** system. Konflikten som oppstår kan forstås ut fra Benner (31) og svarer til frustrasjonen over kontekstfrie regler hos den kyndige sykepleier fordi hun blir klar over situasjoner der reglene ikke passer (31). Valg av fokus kan nok også være mindre konfliktfullt og mindre bevisst og skifte mellom systemfokusering og elevfokusering. Dette samsvarer med Benner (31) som hevder at utøveren i de tre første stadiene ”fra novise til ekspert” baserer seg hovedsaklig på tilegnelse og bruk av regler som er uavhengig av kontekst og preget av distansert problemløsning, men kan involvere seg noe i situasjonen. Dette endres i tredje fase med strategien elevfokusering. I følge Karoliussen (20), skal sykepleiere sørge for at pasienten er primærfokus. Formålet med målrettede helseundersøkelser er individuell tilpasning til risiko og behov (16). Dette støtter helsesøstre i deres faglige vurderinger når de velger elevfokus og tilpasser kartleggingsverktøyet til elevens behov. Kompetanse, erfaring, faglig integritet og valg av eleven som primærfokus har betydning for at helsesøster kan tilpasse kartleggingsverktøyet slik at hun ivaretar samhandlingen med eleven. Konturene av en ekspertsykepleie viser seg i denne tredje fasen. Prosessen går over i fjerde fase der helsesøster oppnår kompetansebygging og videre utvikling av kunnskapsbasert praksis.

Kvalitetsvurdering av en grounded theory krever analyse av kriteriene om teorien har grunnlag i data, fungerer, er relevant og modifiserbar. Som helsesøster og bruker av journalsystemet, hadde jeg synspunkter jeg måtte være bevisst på ved intervjuene og analysen av materialet. Med utgangspunkt i GT- metodologien (33-34), er helsesøstrenes handlinger tolket gjennom identifikasjon av deres hovedutfordring og strategier. Studier av deltakere fra flere bydeler kunne gitt ytterligere detaljer. Også observasjoner fra praksis ville bidratt til et rikere materiale. Styrken i studien er imidlertid vekslingen med informanter som har både kort og lang erfaring med systemet og er fra ulike bydeler i kombinasjon med individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Teorien synes også relevant med de strategiene som framkom blant helsesøstrene, men tilbakemeldinger fra praksis vil vise om teorien fungerer som forklaring på deres erfaringer. Om teorien er modifiserbar blir vurdert når nye data utvikles.

KONKLUSJON

Helsesøstre kan håndtere konflikten mellom plikt og kompetanse ved systemtilpasning. De ivaretar samhandlingen med eleven ved å ha eleven som primærfokus, bruke faglig kompetanse og tilpasse kartleggingsverktøyet i journalsystemet til elevens behov. Funn fra studien kan danne grunnlag for videre forskning og utvikling av journalsystemet slik at det kan støtte klinisk arbeid, synliggjøre helsesøstres arbeid, gi gode data til kommunen og ivareta kunnskapsbasert praksis.

REFERANSER

1. **Helse og omsorgsdepartementet.** Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo. 2012. Stortingsmelding; 47/2008-2009.
2. **Lovdata.** Lov om folkehelsearbeid, 24. juni 2011; nr. 29. [Folkehelseloven]
3. **Lovdata.** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., 24. juni 2011; nr. 30. [Helse- og omsorgstjenesteloven]
4. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid [Folkehelseloven]. Oslo. 2011. Rundskriv I-6/2011.
5. **Helse og omsorgsdepartementet.** Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo. 2012. Stortingsmelding; 9/2012-2013.
6. **Bergen kommune.** Melding om helsestasjonstjenesten 2010-2015. Bergen. 2010. (Nedlastet 14.12.11). Tilgjengelig fra:
http://www.futurebergen.com/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2010039918-2697411.PDF
7. **Bergen kommune.** Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen. Bergen. 2011. (Nedlastet 20.09.2012). Tilgjengelig fra:
<https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/skole-og-utdanning/grunnskoleopplaring/grunnskole/skolehelsetjenesten>
8. **Helsedirektoratet.** e-helse. Oslo. 2011. (Nedlastet 12.11.12). Tilgjengelig fra:
<http://www.helsedirektoratet.no/it-helse/ehelse/Sider/default.aspx>
9. **Darbyshire P.** Rage against the machine? Nurses' and midwives' experiences of using computerized patient information systems for clinical information. Journal of Clinical Nursing. 2004;13:17-25.

10. **Oroviogicochea C, Elliot B, Watson R.** Review: evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 2008;17:567-575.
11. **Lau F, Kuziemy C, Price M, Gardner J.** A review on systematic reviews of health information system studies. *J Am Med Inform Assoc* 2010;17:637-645. (Nedlastet 04.01.13)
Tilgjengelig fra: jamia.bmj.com
12. **Helsedirektoratet.** Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo. 2010. Rapport IS-1798.
13. **Gumpen R, Aagren T.G.** Elektronisk pasientjournal i en norsk kommune – gevinster og årsaker. [Masteroppgave]. Kristiansand. Universitetet i Agder; 2012.
14. **Mæland J G.** Hva er helse. Universitetsforlaget AS, Oslo. 2009.
15. **Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, et al.** The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Med*. 2011;8:e1000387. (Lest 05.11.12). DOI:10.1371/journal.pmed.1000387
16. **Sosial- og helsedirektoratet.** Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Oslo. 2004. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr.450.
17. **Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.** Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Oslo. 2005. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 10 – 2005. (Nedlastet 11.12.12). Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no
18. **Helsedirektoratet** Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo. 2010. Rapport IS-1798.

19. **Glavin K.** Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG. (red) Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Akribe, Oslo. 2007. (s. 48-67).
20. **Karoliussen M.** Nightingales arv – ny forståelse. Sykepleiens kjerneverdier, intensjon og handling. Gyldendal akademisk, Oslo. 2011.
21. **Pettersvold M, Østrem S.** Mestrer, mestrer ikke. Jakten på det normale barnet. Res Publica, Oslo. 2012.
22. **Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.** Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Oslo. 2010. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 15 – 2010. (Nedlastet 11.12.12). Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no
23. **KITH.** EPJ Standard del 1: Introduksjon til EPJ standard. Trondheim. 2007. KITH-rapport 5/05. (Lest 15.09.12) Tilgjengelig fra: <http://www.kith.no>
24. **Sosial- og helsedirektoratet.** Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo. 2003.
25. **Lovdata.** Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. [Helsepersonelloven].
26. **Fagerli LB, Fossum M, Terjesen S.** Dokumentasjon av sykepleie i den elektroniske pasientjournalen. I: Vatnøy T. (red). Medvirkning Samhandling Sikkerhet IKT i helsetjenesten. Conflux AS, Oslo. 2007 (s 174-193).
27. **Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM.** Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Akribe, Oslo. 2012.
28. **Helsedepartementet.** Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. St.meld. nr. 16. Oslo. 2003. Stortingsmelding; 16/2002-2003.
29. **Norsk Sykepleierforbund.** Spesialistgodkjenning av helsesøstre. Landsgruppen av helsesøstre NSF. Oslo. 2011. (Nedlastet 29.09.12). Tilgjengelig fra:

<https://www.sykepleierforbundet.no/Content/696919/Helses%F8sters%20kompetanse,%20fulversjon.pdf>

30. **Dreyfus H.L, Dreyfus SE.** Mind over Machine. The Free Press, New York. 1986.
31. **Benner P.** Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Studentlitteratur AB, Lund. 1984/1993.
32. **Glaser BG, Strauss AL.** The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine, New York. 1967.
33. **Glaser BG.** Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded Theory. Sociology Press, Mill Valley, California. 1978.
34. **Glaser BG.** Att göra grundad teori – problem, frågor och diskussion. Sociology Press, Mill Valley, USA. 1998/2010.
35. **Lomberg K.** Om grounded theory – hvad det er og ikke er. Klinisk sygepleje. 2005;19(2): 4-11.
36. **Artinian BM., Cone PH., Giske T.** Glaserian Grounded Theory in Nursing Research. Trusting Emergence. Springer Publishing Company, New York. 2009.
37. **Hjälmhult E.** Erobring av handlingsrom. Helsesøsterstudenters læring i praksis. [Avhandling for graden doctor rerum politicarum]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2007.
38. **Hjälmhult E, Økland T.** Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. Sykepleien Forskning, 2012;7:224-230.
39. **Giske T, Artinian B.** A Personal Experience of Working with Classical Grounded Theory: From Beginner to Experienced Grounded Theorist. International Journal of Qualitative Methods, 2007;6(4):67-80.

Tabell 1
Eksempler på hvordan data ble kodet

Data	Åpen koding	Selektiv koding	Teoretiske koding
Jeg synes ikke jeg får noen dialog med ungen... jeg føler veldig at jeg sitter og krysser av på et skjema – jeg synes det er vanskelig å få snakket om det som jeg tenker kan være viktig for foreldre som har et barn som skal begynne på skolen. (Intervju 8)	Fokuserer på skjema Bruker systemet slavisk	Reduserer bruk av faglig kompetanse	Systemfokusering
Du blir på en måte tvunget til å huske å gå innom de ulike temaene som kan være ok å gå innom, men at vi og kanskje kan velge ut hvor mye tid vi skal bruke på de ulike. Sånn sett synes jeg det er en grei måte – du vet hva du skal spørre om, du må ikke finne på det selv. Det blir en huskeliste. (Intervju 7)	Bruker skjema som samtalemål	Erkjenner nytte	Systemvurdering
Jeg ikke er så tro mot malen fordi... Jeg er helsesøster til de elevene som kommer og jeg er interessert i å gi de noe litt mer til en god del av disse spørsmålene. (Intervju 3)	Bryter med systemet	Bruker erfaring og skjønn	Elevfokusering
Ellers må du bare sortere ut fra egen erfaring og kutte ut de spørsmålene som du ikke synes hører hjemme der.... som jeg sa før, du skal ikke styres av sånne programmer. Vi må bruke vår erfaring og skjønn og se den personen an som sitter foran. (Intervju 2)	Tilpasser systemet til eleven Gjør faglige vurderinger	Erfaring og refleksjon gir ny kompetanse	Kompetansebygging

Vedlegg I

Hei.

Jeg er mastergradsstudent i klinisk sykepleie, helsesøsterfaget, ved Høgskolen i Bergen, og ønsker i forbindelse med mastergradsprosjektet mitt å intervjuer helsesøstre som jobber i grunnskolen om deres erfaringer med Helseprofil 0-20 år.

Et strategisk mål i styringskortet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er at et tilfredsstillende IT-system skal sikres og utvikles.

For at et tilfredsstillende IT-system skal sikres og utvikles, er det viktig å få kunnskap om helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0-20 år. Hensikten med studien er å undersøke helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0-20 år i grunnskolen.

Jeg ønsker å intervjuer helsesøstre som jobber i barne- og ungdomsskolen om deres erfaringer med Helseprofil 0-20 år. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og senere skrevet inn på datamaskin. Jeg anslår at intervjuet vil ta ca 1 time. Disse intervjuene vil danne grunnlaget for masteroppgaven jeg skal skrive. Esther Hjälmhult er min veileder på prosjektet.

Planen er å gjøre et prøveintervju i egen bydel, og så intervjuer helsesøstre i xxx bydel og xxx bydel og evt etter dette intervjuer noen flere i egen bydel. Målet er å intervjuer ca 10 helsesøstre fra februar til ca mai 2012. Det søkes i disse dager NSD (Personvernombudet) om godkjenning av prosjektet, og dersom dette går greit, regner jeg med at prosjektet er godkjent i løpet av ca 1 måned. Jeg vil da kunne kontakte aktuelle helsesøstre i løpet av januar for avtale om intervju.

Jeg håper at dere som er enhetsledere er positive til dette og kan informere aktuelle helsesøstre og gi meg en tilbakemelding om hvem som kan tenke seg å delta, så vil jeg ta kontakt og gjøre avtale med helsesøstrene. Vedlagt ligger informasjonsskrivet som helsesøstrene skal ha.

På forhånd tusen takk for hjelpen.

Hilsen Ingeborg Nilsen

Vedlegg II

Forespørsel til helsesøstre om å delta i en studie om helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0 – 20 år i barne- og ungdomsskolen

Kjære helsesøster

Dette skrivet har til hensikt å informere og samtidig spørre om du kan tenke deg å delta i en studie.

I styringskort for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Bergen, er *Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen*, satt opp som et av de strategiske dokumentene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Et strategisk mål i styringskortet er at et tilfredsstillende IT-system skal sikres og utvikles.

For at et tilfredsstillende IT-system skal sikres og utvikles, er det viktig å få kunnskap om helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0-20 år. Hensikten med studien er å undersøke helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0-20 år i grunnskolen.

I *Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen* står det under punkt 10 om journalføring og dokumentasjon at HsPro er det journalsystemet Bergen kommune har valgt å bruke. Videre står det:

Bergen kommune har vært initiativtaker til og pådriver i forhold til utvikling av HsPro-Helseprofil 0-20 år. Det er i denne forbindelse utviklet en standard "*skolestartundersøkelse*" og en standard "*målrettet helseundersøkelse*" som vil hjelpe tjenesten å følge opp den enkelte, samt kunne gi kommunen og kunnskapsmiljøer viktige og nyttige data i forhold til helseovervåking og forskning både på gruppe- og individnivå. HsPro-Helseprofil 0-20 år ble innført i skolehelsetjenesten i januar 2010.

I barne- og ungdomsskolen er Helseprofil 0-20 år lagt inn i helseundersøkelsen ved skolestart og ved de målrettede helseundersøkelsene som utføres ved samtale med nye elever og ved helseundersøkelse på 8. trinn. Den målrettede helseundersøkelsen er også satt opp som det kartleggingsverktøyet som skal benyttes ved oppfølging av

elever med stort fravær i henhold til *Oppfølging av fravær ved skoler i Bergen – retningslinjer og rutiner*.

Jeg jobber som helsesøster i xxx bydel, xxx skole. Høsten 2011 startet jeg på masterutdanning i klinisk sykepleie, helsesøsterfaget, ved Høgskolen i Bergen. I forbindelse med mastergradsprosjektet ønsker jeg å intervjuer helsesøstre som jobber i barne- og ungdomsskolen om deres erfaringer med Helseprofil 0-20 år. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og senere skrevet inn på datamaskin. Jeg anslår at intervjuet vil ta ca 1 time. Disse intervjuene vil danne grunnlaget for masteroppgaven jeg skal skrive. Esther Hjälmhult er min veileder på prosjektet.

Jeg har taushetsplikt og alle opplysninger som kommer fram i samtalen behandles konfidensielt. Alle opplysninger som kan tilbakeføres til din person vil bli anonymisert ved publisering av studien. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Prosjektet vil bli avsluttet i løpet av 2013. Jeg tar ansvar for at båndene slettes når studien avsluttes, og at alle data som kan knytte deg til prosjektet vil bli makulert etter dette.

Jeg håper du har lyst til å delta. Ved å signere skrivet på siste ark bekrefter du at du har mottatt informasjon om studien og gir samtykke til å delta. Deltakelse er frivillig, og samtykket kan trekkes tilbake så lenge studien pågår uten at du må oppgi grunn.

Intervjuene er planlagt til å foregå i februar/mars/april/mai 2012. Jeg vil avtale tid og sted med den enkelte deltaker.

Vennlig hilsen

Ingeborg Nilsen

Helsesøster/mastergradsstudent

Mobil: 91602390

E-post: ithenils@online.no

Vedlegg III

**Helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0 – 20 år
i barne- og ungdomsskolen**

Jeg har lest informasjonen og vet hva studien går ut på. Jeg samtykker i å delta i studien.

Dato:.....

Navn.....

Avtale om tid og sted kan gjøres på
telefonnummer.....

E-post.....

Vedlegg IV

Intervjuguide

Tema: Helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0-20 år

1. Kan du fortelle om en situasjon der du brukte Helseprofil 0-20 år i grunnskolen i forhold til disse målgruppene?
2. Hvilke fordeler/ulemper er det med Helseprofil 0-20 år i forhold til andre journalsystemer?
Hvilke opplysninger får du ved bruk av Helseprofil 0-20 år i forhold til andre journalsystemer du har brukt? Er det noen etiske dilemmaer i forhold til dette?
3. Hvordan er det å krysse ut og samtidig ivareta dialogen og fokuset på eleven?
4. Hvordan fungerer Helseprofil 0 – 20 år i forhold til tiden som er satt av?
(ved skolestartundersøkelsen og helseundersøkelsen på 8. trinn er det i programmet for skolehelsetjenesten i grunnskolen beregnet at helsesøster skal bruke 30 minutter pr. helseundersøkelse)
5. Noen av målene med journalsystemet er at dataene skal danne grunnlag for helseovervåking, kvalitets- og fagutvikling og forskning. Hvordan vurderer du kvaliteten på dataene som dokumenteres i journalen i forhold til de ulike målgruppene?
6. Hvordan vurderer du den informasjonen barn og foresatte får i innkallingsbrevet i forbindelse med helseundersøkelsene?
7. Andre kommentarer?

Vedlegg V

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Esther Hjälmhult
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Bergen
Postboks 7030
5020 BERGEN

Vår dato: 17.01.2012

Vår ref: 29021 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29021	<i>Helsesøstres erfaringer med journalsystemet Helseprofil 0-20 år i barne-og ungdomsskolen</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Esther Hjälmhult</i>
Student	<i>Ingeborg Nilsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

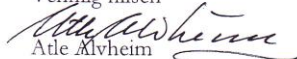
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Atle Alvheim


Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingeborg Nilsen, Kongsbrekkene 23, 5174 MATHOPEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29021

Formålet med studien er å undersøke helsesøstres erfaringer med Helseprofil 0-20 i grunnskolen.

Utvalget består av ca. 10-12 helsesøstre som jobber i grunnskolen i Bergen kommune. Rekruttering foregår via enhetsledere i kommunen. Vi forstår det slik at enhetsledere oppretter førstegangskontakt med aktuelle informanter.

Data innhentes ved intervju, individuelt og/eller i grupper. På forhånd får utvalget informasjon skriftlig og muntlig, og det innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunktet informasjonsskrivet tilfredsstillende, men dersom intervjuene skal skje i form av gruppeintervju, bør informantene få informasjon om dette i god tid før datainnsamling (ifm avtale om tid/sted, eller at det presiseres i informasjonsskrivet).

Vi minner om at helsesøstre av hensyn til taushetsplikten ikke kan uttale seg på en slik måte at enkeltelever kan identifiseres. Det anbefales at prosjektleder minner helsesøstrene om dette innledningsvis.

Det tas høyde for at stemme på lydopptak og bakgrunnsopplysninger (for eksempel alder og arbeidserfaring) kan være indirekte personidentifiserende. Lydopptak behandles på PC.

Det bør avklares med Høgskolen i Bergen om personidentifiserende opplysninger kan lagres på privat PC og minnepinne.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2013. For at datamaterialet skal være anonymt må lydopptak og navn/samtykkeerklæringer slettes. I tillegg må indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller grovkategoriseres/omskrives, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Vedlegg VI Standard skolestartundersøkelse helsesøster

Skolestartundersøkelse helsesøster Start Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Om undersøkelsen

Skolestartundersøkelse helsesøster

Konsultasjon utført av: Grethe Almenning

Kollektive rutiner

Alt OK Sett "Tilfredsstillende" på alle spørsmål

← Forrige Neste →

Kontroller om fullført Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster Start Helse Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Helse

Tilfredsstillende
 Usikker/Avvikende

Mye plager pga kronisk sykdom
 Luftveisinfeksjon
 Hodepine
 Magesmerter
 Muskel/skjelettsmerter
 Psykiske vansker
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontroller om fullført Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Barnehage Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Barnehage

Har barnet gått i barnehage Kommentar

Nei
 Ja

Hvis ja, hvor lenge i barnehage Kommentar

Under 2 år
 2-3 år
 Mer enn 3 år

Trivsel i barnehagen

Tilfredsstillende Usikker/Avvikende

Hvis usikker/avvikende til trivsel i barnehage Kommentar

Liker ikke å være hjemmefra
 Ensom i barnehage
 Opplevd utrygghet
 Annet

Har barnet spesielle tiltak i barnehagen Kommentar

Nei
 Ja

Om barnet har spesielle tiltak i barnehagen Kommentar

PPT tjenesten
 Fysioterapeut
 Annet

Forrige Neste

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Skolemiljø Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Skolemiljø

Tilfredsstillende
 Usikker/Avvikende

Erting
 Uro i klassen
 Friminuttproblematikk
 Sanitærforhold
 Inn klima/luft
 Annet

Kommentar

Forrige Neste

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Trivsel på skolen Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Trivsel på skolen

Tilfredsstillende
 Usikker/Avvikende

Engstelig
 Få venner
 Kjedelig
 Vanskelig å sitte stille
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Kosthold Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Kosthold

Fellesmåltid med noen i familien pr dag

0
 1
 2
 3
 4

Spiser barnet frukt og/eller grønnsaker daglig

Nei
 Ja

Spiser barnet mat på skolen hver dag

Nei
 Ja

Kommentar

Matlyst

Tilfredsstillende
 Usikker/Avvikende

Barnet har noen ganger dårlig matlyst
 Barnet har nesten alltid dårlig matlyst
 Er veldig kresen, vil ikke spise variert mat
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Tannhelse Får barnet noen form for oppfølging Sjekklister brosjyrer/informasjon

Tannhelse

Daglig Tannpuss Kommentar

Nei
 Ja

Fluortannkrem?

Nei
 Ja
 Av og til

Fluortabletter?

Ja
 Nei
 Av og til

Snop/søtt bakverk/brus Kommentar

Aldri
 Sjeldnere enn 1g/uke
 1g/uke
 2-4g/uke
 5-6g/uke
 1g/dag
 Flere g/dag

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Språk Får barnet noen form for oppfølging Sjekklister brosjyrer/informasjon

Språk

Flerspråklig

Nei
 Ja

Snakker norsk godt

Nei
 Ja

Norsk Kommentar

Tilfredsstillende
 Usikker/Avvikende

Usikker/Avvikende Kommentar

Ordfattig
 Dårlig språkforståelse
 Utydelig språk
 Stammer
 Annet

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Fysisk aktivitet i fritiden Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/Informasjon

Fysisk aktivitet i fritiden

Hvor ofte driver barnet med sport eller leker så aktivt at han/hun blir andpusten eller svett

Aldri
 <1 gang pr mnd
 1-3 ganger pr mnd
 1 gang i uken
 2-3 ganger i uken
 4-6 ganger i uken
 Hver dag

Kommentar

Hvor utholdende er barnet i lek og aktivitet

Holder følge med jevnaldrende barn i lek og aktivitet
 Litt mindre utholdende enn jevnaldrende
 Mye mindre utholdende enn jevnaldrende

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Søvn Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/Informasjon

Søvn

Tifredsstillende
 Usikker/Avvikende

Leggeproblemer
 Innsøvningsvansker
 Nattevåk
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Utvikling/Atferd Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Utvikling/Atferd

Tifredsstillende
 Usikker/Avvikende

Grensesettingsproblemer
 Aggressiv
 Urolig og irriterbar
 Er for passiv
 Er for aktiv
 Konsentrasjonsvansker
 Uttrygg og engstelig
 Trist
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Familiesituasjon og sosialt nettverk Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Familiesituasjon og sosialt nettverk

Tifredsstillende
 Usikker/Avvikende

Uenige om barneoppdragelse/grensesetting
 Andre konflikter i familie
 For lite hjelp av familie og venner
 Lite nettverk
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Boforhold Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Boforhold/miljø

Tilfredsstillende
 Ikke tilfredsstillende

Trangbodd
 Dårlig inneklima
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start Røyking Får barnet noen form for oppfølging Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Røyking

Nei
 Ja

Mor røyker
 Far røyker
 Andre i huset røyker

Røykes det inne?
 Nei
 Ja

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start | **Vaksinasjonsprogram gjennomført** | Får barnet noen form for oppfølging | Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Vaksinasjonsprogram gjennomført

Ja
 Nei

Kommentar

← Forrige

Neste →

Kontrollér og fullfør | Lagre | Avbryt

Skolestartundersøkelse helsesøster

Start | Får barnet noen form for oppfølging | Sjekkliste brosjyrer/informasjon

Får barnet noen form for oppfølging

Fastlege
 PPT
 Fysioterapeut
 Spesialisthelsetjeneste
 Logoped
 Annet

Kommentar

← Forrige

Neste →

Kontrollér og fullfør | Lagre | Avbryt

Vedlegg VII Standard målrettet helseundersøkelse skole

Målrettet helseundersøkelse Skole

Start | Tiltak/oppfølging av barnet | Henvvisning | Årsak(er) til henvvisning

Om undersøkelsen

Målrettet helseundersøkelse Skole

Konsultasjon utført av: Grethe Almenning

Kollektive rutiner

Alt OK Sett "Tilfredsstillende" på alle spørsmål

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagra Avbrutt

Målrettet helseundersøkelse Skole

Start | Somatiske plager | Tiltak/oppfølging av barnet | Henvvisning | Årsak(er) til henvvisning

Somatiske plager

Nei
 Ja

Muskel/skjelett

Nakke
 Rygg
 Hofter
 Knær
 Føtter

Allergi

Høysnue
 Matallergi

Hud

Eksem
 Akne

Luftveier

Astma
 Magesmerter
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagra Avbrutt

Mårettet helseundersøkelse Skole

Start Fysisk aktivitet i fritiden Tiltak/oppfølging av barnet Henvvisning Årsak(er) til henvvisning

Fysisk aktivitet i fritiden

Fysisk aktivitet (idrett eller mosjon som du blir andpusten/svett av)

Ja
 Nei

Hver dag
 4-6 g/uke
 2-3 g/uke
 1 g/uke
 1-3 g/mnd
 1 g/mnd

Kommentar

Har du drevet med fysisk aktivitet i fritiden før?

Nei
 Ja

Kommentar

Når sluttet du med fysisk aktivitet i fritiden?

Før 11 år
 11 - 12 år
 12 - 13 år
 13 - 14 år

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Mårettet helseundersøkelse Skole

Start Annen organisert regelmessig aktivitet i fritiden Tiltak/oppfølging av barnet Henvvisning Årsak(er) til henvvisning

Annen organisert regelmessig aktivitet i fritiden

Nei
 Ja

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Mårettet helseundersøkelse Skole

Start Trivsel i fritiden Tiltak/oppfølging av barnet Henvvisning Årsak(er) til henvvisning

Trivsel i fritiden

Ja
 Nei

Kjedsomhet
 Ensomhet
 Mangler venner
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Mårettet helseundersøkelse Skole

Start Psykiske plager Tiltak/oppfølging av barnet Henvvisning Årsak(er) til henvvisning

Psykiske plager

Nei
 Ja

Engstelig
 Trist
 Plagsomt sjenerert
 Anspent
 Mindreverdighetsfølelse
 Selvskading
 Spiseforstyrrelse
 Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Mållrettet helseundersøkelse Skole

Start Trivsel på skolen Tiltak/oppfølging av barnet Hervisning Årsak(er) til henvisning

Trivsel på skolen

Trivsel på skolen
 Ja Nei

Kommentar

Støy/uro i klassen
 Få venner
 Erting
 Mobbing
 Vanskelig forhold til lærer
 Vanskelig forhold til fag
 Annet

Kommentar

Har du vært borte fra skolen siste måned?
 Nei Ja

Kommentar

Mange enkelttimer uten gyldig grunn
 1-2 dager
 2-5 dager
 > 5 dager

Kommentar

Er du fornøyd med karakterene dine?
 Ja
 Nei
 Det blir ikke gitt karakterer

Kommentar

Forrige Neste

Kontrollér om fullført Lagre Avbryt

Mållrettet helseundersøkelse Skole

Start Bekymring for noe hjemme? Tiltak/oppfølging av barnet Hervisning Årsak(er) til henvisning

Bekymring for noe hjemme?

Nei Ja

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

Kommentar

Forrige Neste

Kontrollér om fullført Lagre Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start | Søvn | Tiltak/oppfølging av barnet | Henvvisning | Årsak(er) til henvvisning

Søvn

Leggetid hverdag

21-22
 22-23
 23-24
 Senere

Antall timer søvn/natt

5-6
 6-7
 7-8
 8-9
 9-10
 Mindre enn 5 timer

Leggetid helg

21-22
 22-23
 23-24
 Senere

Står opp i helg

Før 9
 9-10
 10-11
 11-12
 Etter 12

← Forrige

Neste →

Kontrollér om fullfør | Lagre | Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start | Egen opplevelse av nok søvn? | Tiltak/oppfølging av barnet | Henvvisning | Årsak(er) til henvvisning

Egen opplevelse av nok søvn?

Ja
 Nei

Kommentar

← Forrige

Neste →

Kontrollér om fullfør | Lagre | Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start Kosthold Tiltak/oppfølging av barnet Hervising Årsak(er) til henvisning

Somatiske plager
Fysisk aktivitet i fritiden
Annen organisert regelmessig aktivitet
Trivsel i fritiden
Psykiske plager
Trivsel på skolen
Bekymring for noe hjemme?
Søvn
Egen opplevelse av nok søvn?
Kosthold
Er du fornøyd med kroppen din?
Fått menstruasjon?
Tannhelse
Røyk
Snus
Rus
Har du fast kontakt med behandler

Kosthold

0
 1
 2
 3
 4

Antall egne måltider pr dag

0
 1
 2
 3
 4

Første måltid

Frokost
 Lunsj
 Middag

Kommentar

Søtsaker/søtt bakverk/brus

Aldri
 Sjeldnere enn 1 g/uke
 1 g/uke
 2-4 g/uke
 5-6 g/uke
 1 g/dag
 Flere g/dag

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start Er du fornøyd med kroppen din? Tiltak/oppfølging av barnet Hervising Årsak(er) til henvisning

Somatiske plager
Fysisk aktivitet i fritiden
Annen organisert regelmessig aktivitet
Trivsel i fritiden
Psykiske plager
Trivsel på skolen
Bekymring for noe hjemme?
Søvn
Egen opplevelse av nok søvn?
Kosthold
Er du fornøyd med kroppen din
Fått menstruasjon?
Tannhelse
Røyk
Snus
Rus
Har du fast kontakt med behandler

Er du fornøyd med kroppen din?

Ja
 Nei

Kommentar

Allfor tynn
 Litt for tynn
 Litt for tykk
 Allfor tykk

Har du slanket deg?

Ja
 Nei

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start Fått menstruasjon? Tiltak/oppfølging av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Fått menstruasjon?

Nei
 Ja

Alder

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start Tannhelse Tiltak/oppfølging av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Tannhelse

Hatt hull i tennene?

Nei
 Ja

Kommentar

1-2
 2-5
 6-10
 >10

Kommentar

Daglig tannpuss

Ja
 Nei

Kommentar

Møter du til tannlege timer?

Ja
 Nei

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Målerett helseundersøkelse Skole

Start Røyk Tiltak/oppfølging av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Røyk

Nei
 Ja

Har prøvd
 Månedlig
 Ukentlig
 Daglig

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Målerett helseundersøkelse Skole

Start Snus Tiltak/oppfølging av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Snus

Nei
 Ja

Har prøvd
 Månedlig
 Ukentlig
 Daglig

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start Rus Tiltak/oppfølging av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Rus

Alkohol

Nei Ja

Har prøvd
 Sjelden
 Månedlig
 Ukentlig

Kommentar

Har vært full

Nei Ja

Kommentar

Har prøvd andre rusmidler

Nei Ja

Cannabis
 Tbl
 Annet

Kommentar

Har prøvd anabole steroider

Nei Ja

Noen ganger
 Siste 6 mnd

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Målerettet helseundersøkelse Skole

Start Har du fast kontakt med behandlings- og/eller hjelpetjenester? Tiltak/oppfølging av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Har du fast kontakt med behandlings- og/eller hjelpetjenester?

Nei Ja

Fastlege og Spesialisthelsetjeneste
 Fysioterapi
 PPT
 BUP
 Barnevern
 Andre

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontroller og fullfør Lagre Avbryt

Måltrettet helseundersøkelse Skole Start Tiltak/oppfølgning av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Tiltak/oppfølgning av barnet

- Ny konsultasjon hos helsesøster
- Konsultasjon hos skolelege
- Kontakt med foreldre
- Kontakt med medelever
- Tilbud om samtalegruppe
- Kontakt med klasselærer
- Kontakt med rådgiver eller inspektør
- Drøfting i tverrfaglig forum
- Drøfting anonymt med barneverntjenesten
- Melding til barnevernet
- Kontakt med politiet
- Blodprøve
- Avføringsprøve
- Ny konsultasjon hos lege
- Annet

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Måltrettet helseundersøkelse Skole Start Tiltak/oppfølgning av barnet Henvisning Årsak(er) til henvisning

Henvisning

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

Kommentar

← Forrige Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt

Målrettet helseundersøkelse Skole

Start Tiltak/oppfølging av barnet Henvvisning **Arsak(er) til henvisning**

- Somatiske plager
- Fysisk aktivitet i fritiden
- Annenn organisert regelmessig aktivi
- Trivsel i fritiden
- Psykiske plager
- Trivsel på skolen
- Bekymring for noe hjemme?
- Søvn
- Egen opplevelse av nok søvn?
- Kosthold
- Er du fornøyd med kroppen din?
- Fått menstruasjon?
- Tannhelse
- Røyk
- Snus
- Rus
- Har du fast kontakt med behandlin

Arsak(er) til henvisning

- Vekt/vekt
- Psykososiale vansker
- Mistanke om somatisk sykdom
- Lærevansker
- Skolevansker
- Usikker status tannhelse
- Annet

Kommentar

← Forrige

Neste →

Kontrollér og fullfør Lagre Avbryt