



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal bidra til kvalitet på helsetjenester med pasienters og brukeres behov i sentrum. Data skal samtidig gjøres tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåkning og forskning. Journalsystemet «HsPro Helseprofil 0–20 år» er innført i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved utvalgte konsultasjoner.

**Hensikt:** Å utforske helsesøstres viktigste utfordring ved bruk av kartleggingsverktøyet, HsPro Helseprofil 0–20 år og hvordan utfordringen ble håndtert.

**Metode:** Vi brukte grounded theory til innsamling og analyse av data fra åtte individuelle og ett fokusgruppeintervju, i alt fra tolv helsesøstre.

**Resultat:** Deltakerne var sterkt opptatt av hvordan de kunne håndtere konflikten mellom plikt til å anvende kartleggingsverktøyet og å opprettholde dialog og veiledning ved en helseundersøkelse. De håndterte utfordringen ved «avveidende tilpassing» som omfatter tre strategier: følger systemet, reviderer systemet og integrerer systemet. Når helsesøstre følger systemet, reduseres

veiledning og dialog, ved revidering, øker frustrasjon samt valgmulighet, og ved integrering øker fokus på eleven, fordi de gjør avvikelser fra kartleggingsverktøyet.

**Konklusjon:** Bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten påvirker helseundersøkelsen. Reflektert erfaring demper konflikten, men gir usikkerhet om gyldig kartleggingsverktøy. Evaluering og videreutvikling av verktøyet er nødvendig for å være en bedre støtte i det kliniske arbeidet, synliggjøre helsesøstres arbeid og bidra til nyttige data for helseovervåkning og forskning.

## ENGLISH SUMMARY

**Public health nurses' challenges during the use of mapping in school health**

**Background:** Information and communication technologies will contribute to the quality of healthcare to patients, and clients' needs. Data will also be made available for quality improvement, health monitoring and research. Journal System 'HsPro Health Profile 0–20 years' is introduced in health clinics and school health services at selected consultations.

**Objective:** To explore public health nurses' main challenge when using the mapping tool 'HsPro Health Profile 0–20 years', and how the challenge was handled.

**Method:** We used Grounded Theory for the collection and analysis of data from eight individuals and one focus-group interview, a total of 12 nurses.

**Results:** Participants were particularly interested in how to handle the conflict between the obligation to apply the mapping tool, and to maintain dialogue and guidance of a health examination. They handled the challenge of 'balancing adjustment', which includes three strategies: follow system, re-evaluate system and integrate system. When nurses follow the system, they reduce guidance and dialogue; on re-evaluation they increase frustration and choices; and on inte-

gration they increase focus on the student, because they make deviations from the mapping tool.

**Conclusion:** The use of assessment tools in school health affects health examination. Reflected experience dampens conflict, but creates uncertainty for valid assessment tools. Evaluation and further development of the tool is required to better support clinical work, highlight the public health nurses' work, and contribute useful data for health monitoring and research.

**Keywords:** Children, Grounded theory, health examination, Information Technology, Mapping

# » Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten

Forfattere: Ingeborg Nilsen, Astrid S. Litland og Esther Hjälmhult

## NØKKELORD

- Helsesøster
- Barn
- Ungdom
- Kartlegging

## INNLEDNING

Barn og unge i Norge har god helse når vi sammenlikner med andre land, og vi har en samfunnsstruktur og et helsevesen som i økende grad fokuserer på forebyggende helsearbeid (1,2). Til tross for dette er det fortsatt store utfordringer i nasjonalt folkehelsearbeid. Statlige myndigheter, fylkeskommuner og kommuner har ansvar for å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne helseforskjeller (3–6). For å kunne tilrettelegge for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, er kartlegging av helse-tilstand og påvirkningsfaktorer viktige (2). Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet (3,7–8). Kommunen har vært initiativtaker og pådriver til utvikling av det elektroniske journalsystemet HsPro, som er et system for dokumentasjon og oppfølging av den enkelte. Kartleggingsverktøyet skal også kunne gi kommunen og kunnskapsmiljøer viktige og nyttige data for

helseovervåking og forskning både på gruppe- og individnivå (9).

Regjeringen har store forventninger til mulighetene som finnes i IKT. Det ser imidlertid ut for at det er et misforhold mellom påståtte og empirisk påviste fordeler med elektronisk helseteknologi, og mangel på forskning i forhold til risikoen ved å implementere disse teknologiene (10). Dokumentasjon i elektroniske pasientjournaler gir helsearbeidere språklige, verdimesige og etiske utfordringer (11–16). Ifølge Clancy (17) er ikke helsesøstres daglige arbeid og den rollen helsesøstre har i folkehelsearbeidet, godt nok synliggjort i dagens rapporteringssystem.

Metoder for helse- og livskvalitetsmåling blir tatt i bruk uten inngående teoretiske betraktninger eller diskusjoner om hva initiativtakerne forsøker å måle og virkningene av metodene. Kartleggingsverktøyenes styrende funksjon problematiseres i liten grad, selv om det er dokumentert at tester og kartleggingsverktøy er sterke redskaper som lett blir styrende (18–21). Implementering og opprettholdelse av elektroniske journalsystemer kan være utfordrende. Sykepleiere som er den største brukergruppen av elektroniske journalsystemer, er i liten grad deltakende i utvikling og planlegging. Få har undersøkt erfaringer om hvordan sykepleiernes daglige arbeid påvirkes av faktorer som er

knyttet til journalsystemene (22). Det er også behov for studier av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og de metoder som tjenesten anvender (19–20,23–25).

## BAKGRUNN

I 2010 innførte kommunen journalsystemet HsPro med tilleggsmodulen Helseprofil 0–20 år. Dette kartleggingsverktøyet skal brukes ved helseundersøkelsene ved skolestart og åttende trinn og til målrettede helseundersøkelser i grunnskolen.

Formålet med målrettede helseundersøkelser er individuell tilpassing etter vurdering av hel-

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at «Avveierende tilpassing» er helsesøstres viktigste strategi for å håndtere utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten.

### Mer om forfatterne:

Ingeborg Nilsen er helsesøster med master i klinisk sykepleie ansatt ved Alvøen skole. Astrid S. Litland er helsesøster i Fana bydel, Bergen og høgskolelektor ved avdeling for helse- og sosialfag, institutt for sykepleie, HiB. Esther Hjälmhult er dr.polit., helsesøster og førsteamanuensis ved Avdeling for helse- og sosialfag/Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen Kontakt: ehj@hib.no.

setilstand og er anbefalt til elever på bakgrunn av meldte eller observerte behov ved skolestart, 3. og 8. trinn (26). Det er også anvendt når elever er nye eller

rer utøveren seg på tilegnelse og bruk av regler som er uavhengige av kontekst og preget av distansert problemløsning. Den kyn- dige blir frustrert av kontekstfrie

Vi vet lite om erfaringer fra å anvende det nye kartleg- gingsverktøyet. Hensikten med studien var derfor å utforske hel- sesøstres viktigste utfordring ved bruk av kartleggingsverktøyet i journalsystemet, HsPro Helse- profil 0–20 år, og hvordan dette ble håndtert.

## ” Regjeringen har store forventninger til mulighetene som finnes i IKT.

har stort fravær (9). Helseun- dersøkelsene bygger på innhold i sentrale retningslinjer og Veile- der, og inneholder blant annet punkter for kartlegging av helse, trivsel, fysisk aktivitet, kosthold, søvn, atferd og sosialt nettverk og rusmidler.

Ved innføring av nye rutiner i praksis vil vi ifølge Dreyfus & Dreyfus (27) og Benner (28) gjen- nomgå ulike stadier for å oppnå en viss kompetanse. Stadiene er novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Ved de tre første stadiene base-

regler, fordi hun blir klar over situasjoner der reglene ikke pas- ser. 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 (27). Sykepleieren vil øke sin kompe- tanse og utvikle seg fra novise til ekspert dersom hun kombinerer teoretisk kunnskap med erfaring og refleksjonsevne, og integrerer denne kompetansen (28).

### METODE

Vi valgte klassisk grounded the- ory (GT) design som fokuserer på systematisk generering av teori fra data. En GT-studie søker å utforske hovedutfordringen til deltakerne i et felt, fordi denne regnes som årsak og motivasjon til deltakernes handlinger. Kjer- nekategorien uttrykker måten deltakerne håndterer hovedut- fordring på, og danner grunn- laget for den teorien som vokser fram fra det empiriske materia- let. Teorien framstår gjennom konstant sammenliknende ana-

**TABELL 1:** Eksempler på hvordan data ble kodet

Data	Hendelser i data	Åpen koding	Selektiv 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 snak- ket om det som jeg tenker kan være viktig for foreldre som har et barn som skal begynne på skolen (Intervju 8).	Fokuserer på kartleg- gingsverktøyet	Prioriterer påbud	Følger systemet
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 ... Du vet hva du skal spørre om, du må ikke finne på det selv. Det blir en huskeliste (Intervju 7).	Bruker Helseprofil slavisk	Reduserer veiledning	Revurderer systemet
Jeg er ikke så tro mot malen fordi ... Jeg er helsesøster til de elevene som kommer og jeg er interessert i å gi de noe mer til en god del av disse spørsmålene (Intervju 3).	Bryter med Helseprofil	Erkjenner ulemper	
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 som sitter foran oss an (Intervju 2).	Tilpasser Helseprofil til eleven Vil ikke styres Gjør faglige vurderinger	Bruker skjønn Kutter spørsmål Prioriterer dialog	Integrerer systemet

lyse av data og forklarer deltakerenes atferdsmønstre med dets strategier, forhold som påvirker, og konsekvenser (29–34).

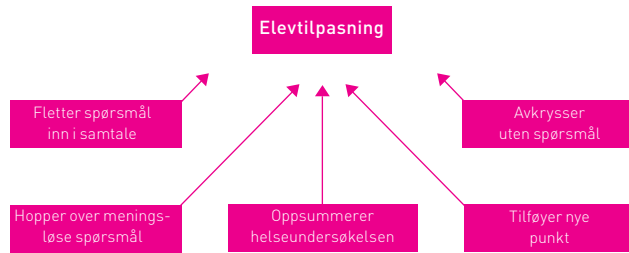
## DELTAKERE

Rekruttering av helsesøstre til undersøkelsen foregikk strategisk via lederne av tjenesten. Førsteforfatter kontaktet tre bydeler i kommunen på telefon og e-post der samtlige helsesøstre i disse bydelene fikk skriftlig informasjon om studien. Interesserte ble bedt om å kontakte førsteforfatter for nærmere avtaler. Kriterier for å delta var minimum tre måneders erfaring med kartleggingsverktøyet i grunnskolen. Tolv helsesøstre deltok og hadde et halvt til to og et halvt års erfaring med dette verktøyet. Deltakerne hadde vært helsesøstre i ett–25 år, ti av dem i fem år eller mer. Studien var godkjent av Personvernombudet (nr. 29021) og forskningsetiske hensyn er ivarettatt med muntlig og skriftlig informasjon, frivillighet og anonymitet.

## DATAINNSAMLING OG ANALYSE

Vi vurderte en kombinasjon av semistrukturerte enkeltintervjuer og fokusgruppeintervjuer for datainnsamlingen. Enkeltintervju kunne gi deltakerne mulighet til å fortelle friere om sine erfaringer, og fokusgruppeintervju kunne tilrettelegge for interaksjon og meningsutveksling mellom deltakerne (35). Målet var å få rik informasjon. Førsteforfatter gjennomførte åtte individuelle og et fokusgruppeintervju med fire helsesøstre i perioden februar til september 2012. Hvert intervju startet med et åpent spørsmål: «Hvordan har det vært å anvende kartleggingsverktøyet Helseprofil i grunnskolen?» og senere spesifikt som «Kan du

**FIGUR 1:** Eksempel på begrepsindikatormodellen



beskrive fordeler/ulempene med bruk av kartleggingsverktøyet?» Utdypende spørsmål ble stilt etter behov. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert av førsteforfatter og analysert fortløpende av forfatterne.

Analysen består av åpen, selektiv og teoretisk koding (29–31). Ved åpen koding (tabell 1) gjennomgikk vi teksten og satte navn på hendelser. En begrepsindikatormodell, hvor hendelser ble gruppert i et overgripende begrep der ord eller fraser i teksten virket som indikatorer, var til hjelp (figur 1) (30). På denne måten kontrollerte vi at begrep som framkom fra data, hadde sitt grunnlag i empirien (36). Førsteforfatter skrev fortløpende notater om data og etter hvert om mulige sammenhenger i datamaterialet. Dette var en viktig del av analysearbeidet. Etter fire individuelle intervjuer og et fokusgruppeintervju, hadde vi grunnlag for å utvikle hypoteser om hva som foregikk innen det studerte området, det vil si at vi identifiserte hovedutfordringen til deltakerne og ante kjernekategoriene som fanget opp hvordan de håndterte utfordringen. Kodingen fortsatte selektivt med vektlegging av kategorier som relaterte til kjernekategoriene.

Med en deduktiv tilnærming utvidet og bekreftet de neste intervjuene våre hypoteser og la grunnlag for teoridannelsen. Hele analyseprosessen var preget av konstante sammenlikninger av materialet. På bakgrunn av en foreløpig teoriutvikling, gjennomførte vi teoretisk koding som handlet om relasjoner mellom kategoriene. Analysen fortsatte til det var teoretisk metning, slik at teorien som vokste fram stemte med data og var relevant ved at den forklarte hva som skjedde i feltet (30–34).

## RESULTATER

Hovedutfordringen ble identifisert til: Hvordan kan helsesøstre opprettholde dialog og veiledning når de anvender kartleggingsverktøyet Helseprofil ved en helseundersøkelse? De prøvde å håndtere utfordringen ved «avveidende tilpasning» som omfatter tre strategier eller kategorier: «Følger systemet», «revurderer systemet» og «integrerer systemet». Deltakerne var i ulike faser av avveidende tilpasning. De som var mest styrt av plikt og lojalitet overfor arbeidsgivers bestemmelse, var fokusert på kartleggingsverktøyet. Verktøyet styrte helseundersøkelsen. Helsesøstre som var minst styrt av kart-

leggingsverktøyet og som fokuserte på eleven, brukte egen fagkompetanse ved helseundersøkelsen og tilpasset kartleggingsverktøyet til elevens behov.

### Forhold som påvirker avveieende tilpasning

Journalssystemet med integrert kartleggingsverktøy er vedtatt i kommunen. Forståelse av lojalitet og aksept av arbeidsgivers beslutninger, erfaringer med kartleggingsverktøyet, fagkom-

spørsmålene, for det er kommunen som har pålagt oss dette ... vi unnskylder journalsystemet.»

### Reduserer veiledning

Helsesøstre fortalte at de stilte mindre relevante spørsmål og veiledet mindre. En helsesøster uttalte at «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.» Konsekvensen var at deltakerne reduserte

eleven visste at spørsmålene ikke var «personlige». I ungdomsskolen praktiserte enkelte at elev og helsesøster fylte ut kartleggingsverktøyet sammen, og kommenterte at det var en fordel.

### Erkjenner ulemper

Noen spørsmål hadde manglende relevans og var ikke tilpasset elevens alder, for eksempel spørsmål om røyking og rus ved samtale med nye elever i barneskolen. Videre undret noen seg over hensikten med enkelte spørsmål. Det var også mangelfulle dokumentasjonsmuligheter, som igjen vanskeliggjorde den videre oppfølgingen av eleven.

Gjennom kartleggingen avdekket helsesøstre også behov som de manglet ressurser for å ivareta. Dette kunne skape forventninger og etiske utfordringer: «For meg er det faktisk et moralsk eller etisk dilemma at vi sitter og får så mye informasjon som vi ikke kan gjøre noe med ... vi har ikke kapasitet.»

Deltakerne stilte spørsmål om gyldigheten ved de data de samlet inn i journalen. Det forelå ikke manual for utfylling. Ulike helsesøstre tolket spørsmål og svar forskjellig. De uttrykte at det manglet svaralternativer og muligheter for utdyping av svar. Helsesøstre etterlyste også evaluering og revidering av kartleggingsverktøyet, og ønsket et verktøy som ga større frihet ved svaralternativ, samt inneholdt mer relevante spørsmål. Konsekvens ved fasen «revurderer systemet», økte bevisstgjøringen ved bruk av kartleggingsverktøyet og medførte en «gjenoppdagelse» av eleven.

### 3) Integrerer systemet

Den tredje fasen var preget av helsesøstre som kombinerte kunnskap på en ny måte. Med økende erfaring og refleksjon i forhold til kartleggingsverktøyet, var avvei-

” Jeg registrerer i forhold til spørsmålene i Helseprofil, for det blir jeg målt og veid på.

petanse, kollegasamarbeid og faglig integritet hadde betydning for hvordan helsesøstre brukte kartleggingsverktøyet ved helseundersøkelse av eleven. Videre hadde disponibel tid og forhold som kontorets utforming og møblering også innvirkning på hvordan avveieende tilpasning fikk gjennomslag.

### Strategier ved avveieende tilpasning

#### 1) Følger systemet

I første fase av avveieende tilpasning var helsesøstre mest opptatt av plikt til å bruke kartleggingsverktøyet og lot verktøyet styre utøvelsen ved helseundersøkelsen.

#### Prioriterer påbud

«Jeg registrerer i forhold til spørsmålene i Helseprofil, for det blir jeg målt og veid på. Da prioriterer jeg det i min jobb.»

Deltakerne distanserte seg fra egen fagkompetanse, og mente det ikke var deres ansvar å avvike fra Helseprofil, men å følge det pålagte skjemaet. Når kartleggingsverktøyet styrte, hemmet det ofte dialogen mellom elev og helsesøster: «Det er mange spørsmål som er såpass dårlige ... vi må bare stille

sin utøvelse av faglig kompetanse om dialog og veiledning.

#### 2) Revurderer systemet

Strategiene helsesøstre brukte i neste fase: Revurderer systemet, var preget av å reflektere over hvordan kartleggingsverktøyet fungerte i praksis og muligheter for valg av fokus ved helseundersøkelse.

#### Erkjenner fordeler

Kartleggingsverktøyet ga struktur i samtale med eleven. Noen helsesøstre vurderte verktøyet som en god mal å forholde seg til fordi det ga påminning om aktuelle samtaleemner. Andre vekta fordelene ved at de kunne systematisk kartlegge elevens helse, eller fordi verktøyet ble brukt i hele kommunen: «Det blir mer kvalitetssikret det vi holder på med. Du blir minnet på de temaene du bør ta opp på den aktuelle kontrollen, det blir likt i alle bydeler, kanskje på sikt i hele Norge».

Noen kommenterte at verktøyet virket skjermende fordi kartleggingsverktøyet inneholdt intime spørsmål og ble stilt til alle elevene. Deltakerne behøvde ikke kjenne ansvar for om noen spørsmål kunne være ubekvemme å stille, og

ende tilpasning preget av mer balansert forhold mellom elev og skjema utfylling.

#### *Gjenopptar egen styring*

Deltakerne brukte sin fagkompetanse samtidig som de brukte sin erfaring med kartleggingsverktøyet og tilpasset det til elevens behov. De integrerte nyvunnen og tidligere kompetanse: «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».

#### *Prioriterer dialog*

En av helsesøstrene reflekterte rundt det oppgitte spørsmålet: «Er du fornøyd med kroppen din?» og konkluderte med: «Det er faktisk ikke alle du føler du skal stille det spørsmålet». Hun formidlet hvordan hun kunne hoppe over, eller eventuelt gå tilbake til spørsmålet dersom eleven fortalte at han har slanket seg eller på andre måter uttrykte misnøye med kroppen. Hun uttrykte at hun utøvde elevfokusert sykepleie ved hjelp av kartleggingsverktøyet, og ivaretok også hensikten med målrettet helseundersøkelse.

Karakteristika ved fasen var at deltakerne informerte mer om kartleggingsverktøyet og hoppet over spørsmål de vurderte som uaktuelle. De krysset av uten å spørre når svarene var innlysende og gjorde adekvate tillegsspørsmål. Videre omformulerte de spørsmål, flettet spørsmålene inn i samtalen og tilpasset språket til eleven.

#### *Sikrer oppfølging*

Utover det de registrerte i kartleggingsverktøyet, dokumenterte de i journalen ved å skrive en egen oppsummering fra helseundersøkelsen. Konsekvens av denne fasen var frigjøring fra kartleggingsverk-

tøyet mot en tilpasset og målrettet helseundersøkelse, der de integrerte kunnskap fra verktøyet og sin fagkompetanse i samtale og veiledning med elev: «Ja, for jeg tenker, som jeg sa før, du skal ikke styres av sånne programmer. Vi må bruke erfaring og skjønn og se an den personen som sitter foran oss.»

#### **Konsekvenser ved avveieende tilpasning**

Proessen med å følge, revurdere og integrere systemet var både frustrerende og utviklende. Mangel på felles «brukerveiledning», oppfølging av elev og tolkning av kartleggingsverktøyet skapte usikkerhet og stress blant deltakerne. Avveieende tilpasning guidet dem til å finne løsninger. Konsekvenser når kartleggingsverktøyet styrte, var dårligere tilpasning til elevens behov, og derved mindre bruk av egen fagkompetanse i samtalen. Når deltakerne revurderte systemet, var de mer bevisste i yrkesutøvelsen, og de som videre i prosessen integrerte systemet, fokuserte hovedsaklig på eleven samtidig som kartleggingsverktøyet ble individuelt tilpasset. Verktøyet var blitt en del av helseundersøkelsen, og helsesøstre vurderte at de brukte sin fagkompetanse på en ny måte.

#### **DISKUSJON**

Denne grounded theory-studien skisserer helsesøstres utfordring når de anvender et kartleggingsverktøy ved helseundersøkelser i skolehelsetjenesten. De prøver ved «avveieende tilpasning» å håndtere konflikten mellom å opprettholde dialog og veiledning og å anvende kartleggingsverktøyet.

#### **Avveieende tilpasning**

Når deltakerne følger kartleggingsverktøyet, viser det likheter med novisen som er bundet av regler og prosedyrer (28). Det ser ut for at kartleggingsverktøyet reduserer

bruk av faglig kompetanse og overstyrer helsesøstres yrkespraksis. Dette samsvarer med Pettersvold og Østrem (21) som hevder at tester og kartleggingsverktøy er sterke redskaper som lett blir styrende. Andre studier (27) beskriver at dersom eksperter blir tvunget til å følge regler eller en formell modell, svekkes deres ferdigheter.

Deltakere uttrykte økt frustrasjon i fasen «revurderer systemet». Det blir et skjæringspunkt mellom å velge arbeidsgivers anvisninger eller egen fagkompetanse. Konflikten som oppstår, kan forstås ut fra det Benner (28) sier om frustrasjon over kontekstfrie regler hos den kyndige, fordi hun blir klar over situasjoner der reglene ikke passer. Dette kan også belyse hvorfor starten med å følge kartleggingsverktøyet synes mindre konfliktfylt; de følger regler som er uavhengige av kontekst og preget av distansert problemløsning (28).

Ved avveieende tilpasning med strategien «integrerer systemet», opplevde deltakerne at elevsamtale og veiledning gikk bedre, samtidig som de brukte «det beste» av kartleggingsverktøyet. Dette stemmer med en surveystudie som viser at tilpassete journalsystemer øker kvaliteten på tjenesten (37). For at målrettede helseundersøkelser skal lykkes, er utfordringen derfor individuell tilpasning (24). Deltakerne i vår studie poengterte at for å fremme en hensiktsmessig interaksjon mellom helsesøster og ungdom, var det viktig at helsesøster var sensitiv, åpen og lyttet til ungdommen, noe også Golsäter (38) bekrefter. Ifølge Borup (39) og Johansson & Ehnfors (40) er også helsesøsters åpenhet og profesjonelle tilstedeværelse avgjørende for at samhandling skal være til hjelp.

#### **Kompetanseutvikling**

En helsesøster som sa at hun vurderte til hvem og hvordan hun

stilte spørsmål om kroppssoppfatning, viser hvordan den kyndige har fokus på elevens behov og bruker fagkompetanse integrert med kartleggingsverktøyet. Det hever kvaliteten på helseundersøkelsen. Kanskje det er konturer av en ekspertsykepleier og samstemmer med den reflekterte praktiker som Martinsen beskriver (41)? Ifølge Clancy (42) vil en erfaren og reflektert helsesøster gjøre en vurdering av behov på en skjønnsmessig måte, som inneholder mer kunnskap og

### Verdivalg

Valg av teknologiske løsninger representerer verdivalg, og utvikling av IKT-systemer innebærer utvikling av arbeidsprosesser, kunnskap og kompetanse (45). Derfor må opplæring, brukervenlighet og tilpasningsmuligheter stå sentralt når helsetjenesten tar i bruk elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Dette bør foregå i et nært samarbeid mellom helsepersonell og programutviklere (22, 46–50), og i arbeidet må også brukerperspektivet være tydelig

” Det blir mer kvalitetssikret det vi holder på med.

klokskap enn en uerfaren helsesøster.

«Integrerer systemet» har flere fellestrekk med kyndig- og ekspertsykepleiers handlinger (28), der intelligent handling er mer enn kontrollerende, målrettet rasjonalitet. «Ekspert» velger en hensiktsmessig rekkefølge på sine spørsmål, hun legger merke til det spesielle og kan individualisere omsorgen. Dette samsvarer med Langaard (43) som finner at helsesøstre er opptatt av å se etter små tegn på ulike problemstillinger hos elevene. De har erfaring med at det som virkelig er problemet, ofte ikke kommer fram i første omgang. Helsesøstre i denne fasen videreutvikler sin kompetanse og integrerer det som er nyttig fra kartleggingsverktøyet. De erobrer feltet og realiserer det potensiale de har i handlingsrommet (44). Dette samsvarer med tidligere forskning (28) som framholder at sykepleieren kan utvikle sin kompetanse dersom hun kombinerer teoretisk kunnskap med erfaring og refleksjonsevne og integrerer denne kompetansen.

(2,3, 39–41). Deltakere i studien tok eget initiativ og justerte kartleggingsverktøyet på ulike måter. Spørsmålet er derfor hvor gyldig innsamlet data er til å anvendes i forskning på gruppe- og individnivå? Tett samarbeid med de ulike aktørene er dermed avgjørende for kvaliteten.

### Styrke og begrensninger

Kvalitetsvurdering av en grounded theory krever analyse av kriteriene: Om teorien har grunnlag i data, fungerer, er relevant og modifiserbar. Med utgangspunkt i GT-metodologien (28–30), er helsesøstrenes handlinger tolket gjennom identifikasjon av deres hovedutfordring og strategier. Studier av deltakere fra flere bydeler kunne gitt ytterligere detaljer. Likeledes kunne observasjoner fra praksis ha bidratt til et rikere materiale. Styrken i studien er vekslingen med informanter fra ulike bydeler, der de har både kort og lang erfaring med kartleggingsverktøyet. Kombinasjonen med individuelle og et fokusgruppeintervju gir større variasjon. Teorien synes relevant med de strategiene som framkom blant

helsesøstrene, og tilbakemeldinger fra praksis vil vise om teorien fungerer som forklaring på deres handlinger. Modifiserbarhet vurderes når nye data utvikles.

### KONKLUSJON

«Avveie tilpasning» forklarer hvordan helsesøstre håndterer sin viktigste utfordring ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. Det består av strategiene a) Følger systemet, b) Revurderer systemet og c) Integrerer systemet. Ulike forhold påvirker avveie tilpasning der fokus på system og elev synes å konkurrere. Når helsesøstre følger systemet, reduseres veiledning og dialog, ved revurdering, øker frustrasjon samt valgmulighet. Ved integrering av systemet fokuserer de mer på eleven fordi de avviker fra kartleggingsverktøyet. Evaluering og videreutvikling av kartleggingsverktøyet er derfor nødvendig for å være en bedre støtte i det kliniske arbeidet, synliggjøre helsesøstres arbeid og bidra til nyttige data for helse-overvåking og forskning.

### REFERANSER

1. Samdal O. Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner. Hemil rapport 4/2009. Universitetet i Bergen.
2. Helse og omsorgsdepartementet. God helse-felles ansvar. Folkehelsemeldingen. Oslo 2012–2013. Melding til Storting nr. 34.
3. Helse og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. Oslo. 2012. Stortingsmelding; 47/2008–2009.
4. Lovdata. Lov om folkehelsearbeid, 24. juni 2011; nr. 29. [Folkehelseloven]
5. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., 24. juni 2011; nr. 30. [Helse- og omsorgstjenesteloven]
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid [Folkehelseloven]. Oslo. 2011. Rundskriv 1-6/2011.
7. Helse og omsorgsdepartementet. En innbygger-én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo. 2012. Stortingsmelding; 9/2012–2013.

8. Helse og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0. Oslo. 2010. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013.
9. Bergen kommune. Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen. Bergen. 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/skole-og-utdanning/grunnskoleopplaring/grunnskole/skolehelsetjenesten> [Nedlastet 20.09.2012].
10. Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, et al. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. 2011 PLoS Med 8 URL: e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387 [Nedlastet 05.11.12].
11. Clausson E, Petersson K, Berg A. 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*. 2003;17: 392–398.
12. Clausson EK, Köhler K, Berg A. Ethical Challenges for School Nurses in Documenting Schoolchildren's Health. *Nursing Ethics* 2008;15: 40–51.
13. Øien L, Lillevik O G. Språklige og verdemessige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2009;5:79–86.
14. Ståhl Y, Granlund M, Gäre-Andersson B, Enskär K. Views on health information and perceptions of standardized electronic records among staff in Child and School Health Services. *Journal of Nursing Management* 2011;19:201–208.
15. Ståhl Y, Granlund M, Gäre-Andersson B, Enskär K. Review Article: Mapping of children's health and development data on population level using the classification system ICF-CY. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;39:51–57.
16. Conrad D, Hanson PA, Hasenau SM, Stocker-Schneider J. Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2012;24:443–51.
17. Clancy A. Perceptions of public health nursing practice. On borders and boundaries, visibility and voice. Doktoravhandling. 2010. The Nordic School of Public Health, Göteborg, Sverige.
18. Mæland J G. Hva er helse. Universitetsforlaget AS, Oslo. 2009.
19. 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. Tilgjengelig fra: [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no) [Nedlastet 11.12.12].
20. HelseDirektoratet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo. 2010. Rapport IS–1798.
21. Pettersvold M, Østrem S. Mestrer, mestrer ikke. Jakten på det normale barnet. Res Publica, Oslo. 2012.
22. Liang AS Descriptions of nurses' experiences with Electronic Health Records (EHR): a phenomenological study. Doktoravhandling. University of Texas, Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences. 2008.
23. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Oslo. 2010. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 15–2010. Tilgjengelig fra: [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no) [Nedlastet 11.12.12].
24. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Akribe, Oslo. 2012.
25. Bergen kommune. Melding om helsestasjonstjenesten 2010–2015. Bergen. 2010. Tilgjengelig fra: [http://www.futurbergen.com/BKSAK\\_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2010039918-2697411.PDF](http://www.futurbergen.com/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2010039918-2697411.PDF) [Nedlastet 14.12.11].
26. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Oslo. 2004. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
27. Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over Machine*. The Free Press, New York. 1986.
28. Benner P. Från novis till expertmästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Studentlitteratur AB, Lund. 1984/1993.
29. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York. 1967.
30. Glaser BG. *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded Theory*. Sociology Press, Mill Valley, California. 1978.
31. Glaser BG. Att göra grundad teori—problem, frågor och diskussion. *Sociology Press, Mill Valley, USA*. 1998/2010.
32. Lomborg K. Om grounded theory—hvad det er og ikke er. *Klinisk sygepleje* 2005; 19:4–11.
33. Artinian BM, Cone PH, Giske T. *Glaserian Grounded Theory in Nursing Research*. Trusting Emergence. Springer Publishing Company, New York. 2009.
34. Hjalmlund E. Erobring av handlingsrom. Helsesøsterstudenters læring i praksis. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2007.
35. Kvale S og Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo. 2009.
36. Hartmann J. Grundad teori: teoriergenerering på empirisk grund. Studentlitteratur. Lund. 2001.
37. Poon EG, Wright A, Simon SR, Jenter CA, Kaushal R, Volk LA, Cleary PD, Singer JA, Tumolo AZ, Bates DW. Relationship between use of electronic health record features and health care quality: results of a statewide survey. *Medical Care (MED CARE)* 2010;48:203–9.
38. Golsäter M, Lingfors, H, Sidenvall, B, & Enskär, K Health dialogues between pupils and school nurses: A description of the verbal interaction. *Patient Education and Counseling*, 2012;89:260–266.
39. Borup, IK. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community* 2002;10:10–19.
40. Johansson, A, Ehnfors M. Mental health-promoting dialog and school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Vård I Norden* 4/2006 publ.No 82 Vol 26 No 4PP10-13+19
41. Martinsen K. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo, Akribe AS. 2005.
42. Clancy A. Kapittel 3. Dybden i et helsesøstermøte I: Thorsen R, Mækre K, Martinsen K. *Fortellinger om etikk*. Bergen Fagbokforlaget. 2011.
43. Langgaard. K. Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 2006;6:25–40.
44. Hjalmlund E. (2009) Learning strategies of public health nursing students: conquering operational space. *Journal of Clinical Nursing* 18;3136–45.
45. Sæther EW. *Kulturer, prosesser og medvirkning ved innføring av elektronisk pasientjournal*. *Sykepleien* 2002;90:36–40.
46. 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).
47. 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.
48. Oroviogicoechea C, Elliot B, Watson R. Review: evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:567–75.
49. Lau F, Kuziemyk C, Price M, Gardner J. A review on systematic reviews of health information system studies. *J Am Med Inform Assoc* 2010;17:637–645. Tilgjengelig fra: [jamia.bmj.com](http://jamia.bmj.com) [Nedlastet 04.01.13].
50. Kvale. Heisey-Grove D, Danehy L-N, Consolazio M, Lynch K, Mostashari F. A national study of challenges to electronic health record adoption and meaningful use. *Medical Care (MED CARE)* 2014;52:144–8.