



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Helsesøsters erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen for barn 0-5 år

En kvalitativ studie

—

Bente Sleveland

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesøster

Oktober 2015

Antall ord: 22 741



Forord

Prosessen frem til en fullført mastergradsoppgave har vært svært engasjerende og lærerik, samtidig som det har vært en utfordrende reise. Mange personer har bidratt til at jeg nå kan se tilbake på et fullført prosjekt, noe jeg er svært takknemlig for.

*Takk for god veiledning og et godt samarbeid **Anne - Gerd**.*

*Takk for dere delte deres erfaringer og refleksjoner om dette temaet mine **informanter**.*

*Takk for gjennomlesning, tilbakemeldinger og støttende ord **Jorunn**.*

*Takk for engelsk korrektur **Kristian**.*

*Takk for morsomme og givende samlinger i Tromsø mine **medstudenter**.*

*Og sist, men ikke minst, den største takken fortjener min kjære **Tarjei**. Takk for at du trodde på prosjektet mitt når jeg selv tvilte.*

Bente Sleveland

Oktober 2015.

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven: Helsesøster har en unik mulighet til å fange opp tidlige signaler på mistrivsel, utviklingsavvik og skade blant barn, slik at forebyggende og helsefremmende tiltak kan iverksettes på et tidlig utviklingsnivå. Standardiserte kartleggingsverktøy rettet mot alle barn blir i økende grad brukt av helsesøstre som et hjelpemiddel for å nå nettopp dette målet. Ulike argumenter, både for og imot bruken av kartleggingsverktøy, skapte et ønske om dypere innsikt i hvilken betydning bruken av kartleggingsverktøy kan ha for helsesøsters helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Problemstilling: Hvilken betydning har kartleggingsverktøy for helsesøsters arbeid på helsestasjonen for barn 0-5 år?

Teori: Studiens teoretiske ramme bygger på begreper som empowerment, salutogenese, kvalitetssikring, kunnskapsbasert praksis, makt, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid.

Metode: Kvalitativt forskningsintervju ble brukt som metode, og syv helsesøstre ble intervjuet. Deres erfaringer og beskrivelser er analysert gjennom en systematisk tekstkondensering, en analysemodell av Malterud (2011).

Resultat: Materialet viser at helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy har betydning for deres faglige kompetanse, deres relasjon til brukerne, samt deres tverrfaglige samarbeid. Det å bruke kartleggingsverktøy i en konsultasjon, viser til både positive og negative sider. Dette blant annet gjennom erfaringer tilknyttet kvalitetssikring av tjenesten, kommunikasjon med barna og deres foreldre, samt ulike forventninger som stilles til helsesøsters rolle på helsestasjonen.

Konklusjon: Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy er et sammensatt tema, det er et tema som berører flere parter og det er et tema som gir både positive og negative ringvirkninger. Det er behov for videre diskusjon og forskning tilknyttet bruken av kartleggingsverktøy, blant annet med et større fokus på hva det vil bety for brukerne å bli møtt med ulike kartleggingsverktøy på helsestasjonen.

Summary

Background: Health visitors are in a unique position to detect early signs of despondency, developmental disorders and injuries amongst children, in order for preventive and health promoting measures to be implemented at an early stage of development. To improve their practices, the use of standardised surveys aimed at all children is gradually spreading amongst health visitors. Various arguments – both for and against the use of surveys – generated a wish to gain deeper insight into the impact surveys may have on

the work of health visitors in their efforts to promote health and prevent disease.

Thesis statement: What impact does the use of surveys have on the work of health visitors at clinics for children aged 0-5 years?

Theory: The theoretical framework for this study is based on terms such as empowerment, salutogenesis, quality assurance, evidence based practice, power, communication, and interdisciplinary collaboration.

Method: Qualitative research interviews were conducted. Seven health visitors were interviewed in total. Their experiences and descriptions were analysed through systematic text condensation, an analysis model by Malterud (2011).

Results: The material uncovers that health visitors' use of surveys impacts their professional competence, their relation to users, and, in addition, their interdisciplinary collaboration. It appears that using surveys in consultations has both positive and negative aspects. This is apparent in experiences connected to assuring the quality of services, communication with children and their parents, and the various expectations directed towards the role of health visitors at clinics.

Conclusion: Health visitors' use of surveys is a complex topic; it is a topic that involves several parties, and it is a topic that has both positive and negative effects. There is need for further discussion and research that deals with the use of surveys, with, amongst other things, a greater focus on what it will mean for users to be met with various surveys at clinics.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Sammendrag	ii
Summary.....	iii
Innholdsfortegnelse	iv
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Tidligere forskning	3
1.3 Problemstilling	7
1.4 Hensikt, avgrensning og fremgangsmåte.....	7
1.5 Helsesøsters oppgaver og ansvarsområder	8
1.6 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid	9
1.7 Kartleggingsverktøy	10
1.8 Oppgavens disposisjon	11
2 Teori.....	12
2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv på kartlegging.....	12
2.2 Helsemodeller i det forebyggende helsearbeidet.....	13
2.3 Empowerment	14
2.4 Salutogenese	15
2.5 Kvalitetssikring.....	16
2.6 Kunnskapsbasert praksis.....	18
2.7 Makt.....	19
2.8 Kommunikasjon.....	19
2.9 Tverrfaglig samarbeid.....	21
3 Metode	23
3.1 Mitt vitenskapsteoretiske ståsted	23
3.2 Forforståelse.....	23
3.3 Valg av metodisk tilnærming.....	25
3.4 Utvalg og rekruttering.....	25
3.5 Gjennomføring av intervjuene	26

3.6	Transkripsjon	28
3.7	Analyse	28
3.8	Refleksivitet, relevans og validitet	31
3.9	Metodiske overveielser	33
3.10	Forskningsetikk	35
4	Funn og diskusjon	37
4.1	Helsesøsters faglige kompetanse	37
4.1.1	Kvalitetssikring av tjenesten	37
4.1.2	Individuell og helhetlig vurdering.....	43
4.1.3	Stole på egen kunnskap	45
4.1.4	Oppsummerende refleksjoner	49
4.2	Helsesøsters relasjon til brukerne	50
4.2.1	Barnet i fokus	50
4.2.2	Inngangsport for samtale	53
4.2.3	Oppsummerende refleksjoner	56
4.3	Helsesøsters tverrfaglige samarbeid	57
4.3.1	Synliggjør arbeidet	57
4.3.2	Samarbeid med barnehagen	61
4.3.3	Oppsummerende refleksjoner	63
5	Avslutning	65
5.1	Oppsummering	65
5.2	Betydning for praksis	67
5.3	Videre forskning	68
	Litteraturliste	69

Vedlegg 1. Informasjonsskriv til ledende helsesøster i kommunen

Vedlegg 2. Forespørsel om å delta i et intervju

Vedlegg 3. Informert samtykke

Vedlegg 4. Intervjuguide

Vedlegg 5. Godkjenning fra NSD

1 Innledning

En av helsesøstrenes hovedoppgaver på helsestasjonen er å oppdage tidlige signaler på mistriksel, utviklingsavvik og skade blant barn i alderen 0-5 år. Ulike kartleggingsverktøy blir brukt som et hjelpemiddel for helsesøster til å fange opp de barna som har behov for videre støtte og oppfølging. Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen er temaet i denne studien, med fokus på hvilken betydning kartleggingsverktøy kan ha for helsesøsters helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. I dette kapitlet presenteres bakgrunnen for valg av tema, tidligere forskning, problemstillingen, samt en beskrivelse av ulike begreper brukt i problemstillingen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Politisk blir det satset på helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge, med tidlig innsats og økt tverrfaglig samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Kunnskapsdepartementet, 2006). Tidlig innsats blant barn på helsestasjonen, innebærer å oppdage utviklingsavvik og mistriksel slik at forebyggende og helsefremmende tiltak kan iverksettes tidligst mulig. Forskning viser til at tidlig innsats er viktig for et barns videre utvikling og fungering i samfunnet (Kunnskapsdepartementet, 2006). Det er også et politisk ønske å sikre kvaliteten på de kommunale tjenestene, som helsestasjoner og barnehager, med tidlig innsats og bruk av standardiserte kartleggingsverktøy på alle barn (ibid.). Det vil også ofte være økonomisk besparende for samfunnet å drive forebygging fremfor å behandle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dermed ses en økning i antall kartleggingsverktøy rettet mot barn brukt på norske helsestasjoner, samt en generell økning i denne bruken på tvers av ulike instanser (Ersvik, 2012; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005; Pettersvold & Østrem, 2012).

Politiske, økonomiske, etiske og juridiske faktorer, samt faglige vurderinger, bidrar til ulike synspunkter og argumenter tilknyttet kartlegging av barn. Bruk av kartleggingsverktøy er et tema som berører flere faggrupper, og det er et omdiskutert tema. Ytterpunktene i debatten kan beskrives ved at det på den ene siden argumenteres for at rammene for hva som er normalt blir så innsnevret ved bruk av

kartleggingsverktøy, slik at ethvert barn kan risikere å bli definert som avviker. Mens på den andre siden argumenteres det for å avdekke avvik og risikofaktorer tidligst mulig, for å iverksette forebyggende tiltak og forhindre uheldig utvikling i barnets psykiske og fysiske helse. Disse argumentene har begge bidratt til min interesse innenfor temaet. I de fleste tilfeller kan en argumentere for at helsefremmende og forebyggende arbeid bare har positive effekter, både på samfunnsnivå og individnivå. Som Pettersvold og Østrem (2012) hevder, er det vanskelig å argumentere imot tiltak rettet mot det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Samtidig må gode argumenter om forebygging ikke overgå behovet for forskningsbasert kunnskap og kvalitetssikring i arbeidet. De argumenterer videre imot bruken av kartleggingsverktøy ved å hevde at folkehelsen trues av at friske barn sykeliggjøres (ibid.). Dette setter kartleggingsdebatten noe på spissen, men er beskrivende for det store fokuset samfunnet har på å kartlegge barns helse.

Bruk av kartleggingsverktøy er relativt nytt innen helsestasjonstjenesten. I løpet av de siste 10 -15 årene har det blitt utviklet og tatt i bruk ulike verktøy på helsestasjoner over hele landet (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005; Pettersvold & Østrem, 2012; Skaar, Viblemo, & Karlsen, 2008). I takt med samfunnet har helsesøsteryrkets arbeidsområder endret seg, og nye arbeidsoppgaver og utfordringer stiller krav til faglig oppdatering og utvikling innen yrket. I 2012 skrev daværende leder av landsgruppen for helsesøstre (LaH), Astrid Grydeland Ersvik, en artikkel om de siste årenes økning innen bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonene. I artikkelen påpekes helsesøstrenes behov for kartleggingsverktøy, samtidig som det uttrykkes en bekymring for økningen i antall verktøy generelt og faren for at en sykeliggjørende risikoleting overtar en helsefremmende ressursfokusering (Ersvik, 2012).

Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy fanget min interesse gjennom helsesøsterutdanningen. Som student på en helsestasjon reflekterte jeg over helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy. Jeg opplevde et stort fokus på risikofaktorer for sykdomsutvikling og utviklingsavvik gjennom bruk av kartleggingsverktøy, og en beskjeden fokusering på barnets beskyttelsesfaktorer for å takle livets utfordringer. Jeg opplevde videre et stort gap mellom teori og praksis, der ideologiske holdninger ikke

nådde frem i praksis. Som for eksempel ble empowerment en ideologisk holdning som ikke nådde opp mot helsesøstrenes ekspertrolle. Dermed erfarte jeg at kartleggingsverktøyene bidro til en redusert brukermedvirkning, der brukerne ble passive mottakere av helsesøsters ekspertkunnskap. Disse refleksjonene var bakgrunnen for mitt ønske om en videre fordypning i temaet.

1.2 Tidligere forskning

I søk etter aktuell forskning tilknyttet helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy, har jeg søkt i databasene PubMed, Cochrane, Cinahl, Svemed, PsykInfo, Norart og Idunn, med søkeordene «public health nurse», «health visitor», «screening», «child», «questionnaires» «assessment», «prevention», «kartlegging» og «helsesøster» i forskjellige kombinasjoner i tidsrommet april 2014 til august 2015. Gjennom disse søkene har det fremkommet både internasjonal og nasjonal forskning fra blant annet et medisinsk, pedagogisk, psykologisk og helsesøsterfaglig felt. Som tidligere nevnt er bruk av kartleggingsverktøy et tema som omhandler flere faggrupper, aktuell forskning innen ulike fagfelt er dermed overførbart til helsesøsterfaget og motsatt.

I det følgende vil jeg trekke frem noen studier som viser til ulike sider ved bruk av kartleggingsverktøy, samt en fagartikkel som viser til forskning som enda ikke er publisert. Jeg vil også nevne noen rapporter og prosjekter som er aktuelle for studiens problemstilling. Det vil trolig være flere relevante studier jeg ikke har oppdaget gjennom mine søk, samtidig vurderer jeg at følgende studier gir et godt bilde av dagens forskning.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), er et kartleggingsverktøy som brukes av helsesøstre på norske helsestasjoner (Eberhard-Gran, Slinning, & Rognerud, 2014). Dette er et verktøy rettet mot mødre på helsestasjonen med den hensikt å oppdage depresjon etter fødsel, siden depresjon påvirker mors samspill med barnet (ibid.). I en studie utført på helsestasjoner i Nord-Trøndelag i perioden 2008-2011, tilknyttet helsesøsters bruk av EPDS, konkluderes det med at de fleste helsesøstrene i studien opplevde EPDS som et nyttig verktøy som gjorde det enklere å fokusere på psykisk

helse (Vikan & Andersen, 2014). Samtidig opplevde helsesøstrene at de fant like mange deprimerte mødre uten å bruke skjemaet, og at bruk av EPDS var mer tidkrevende enn en rutinemessig konsultasjon (ibid.). I en longitudinell studie utført i Trondheim, ved blant annet bruk av verktøyene EPDS og The Alarm Distress Baby Scale, ble det funnet sammenheng mellom mors depressive symptomer og barnets sosiale tilbaketrekning (Braarud et al., 2013). Artikkelforfatterne konkluderer med at funnene i deres studie viser til et behov for å screene spedbarn for sosial tilbaketrekning og mor for depressive symptomer (ibid.). I artikkelen til Eberhard-Gran, Slinning, og Rognerud (2014), anbefales det ikke å innføre EPDS på nasjonalt plan som et screeningsverktøy, selv om det ble sett på som et nyttig verktøy. Begrunnelsen for dette var at det bør komme mer kunnskap om effekten av verktøyet og en enighet om grensen for spesifisiteten, før en kan gi en generell anbefaling (ibid.). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, gjennomførte i 2013 en vurdering av verktøyet EPDS. Det konkluderes med at EPDS ikke oppfyller World Health Organizations kriterier for screening. Til tross for dette, brukes kartleggingsverktøyet i over 150 norske kommuner (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, 2013).

Nilsen, Litland og Hjalmskult (2014) så i sin studie på helsesøstrenes utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøyet Helseprofil 0-20 år, i skolehelsetjenesten. Studien deres konkluderer med at kartleggingsverktøyet påvirker og styrer helseundersøkelsen. Helsesøstrene distanserte seg fra egen fagutøvelse og gav mindre veiledning. De tolket spørsmål og svar i kartleggingsverktøyet ulikt, samt opplevde manglende relevans i de spørsmålene de stilte elevene. De unnskylte seg med å forklare at de var pålagt å spørre alle. Studien viser også til funn der helsesøstrene erfarte at kartleggingsverktøyet gav dem struktur, påminnelse om aktuelle samtaleemner, samt en kvalitetssikring i arbeidet. Det beskrives videre ulik praktisering av verktøyet ved ulik erfaring. Med økende erfaring og refleksjon til verktøyet frigjorde helsesøstrene seg fra verktøyet, de integrerte kunnskap fra verktøyet med egen fagkompetanse, samt tilpasset kartleggingsverktøyet mot den enkelte elevs behov. Det ble også beskrevet en plikt og lojalitet overfor arbeidsgiver for å bruke kartleggingsverktøyet (ibid.).

Klema, Gustafsson og Hagtveta (2014) så på kartleggingsverktøyet Språk 4, og konkluderer med at det er et godt verktøy for å kartlegge språket til fire år gamle barn. Dette er et verktøy som blir brukt på de fleste helsestasjonene i Norge på 4 års konsultasjonen (Kunnskapsdepartementet, 2008). I 2009 startet et pilotprosjekt mellom helsestasjonene og barnehagene i Østbyen bydel i Trondheim, der 4 års konsultasjonen ble holdt i barnets barnehage (Ruud, 2010). De barna som ikke gikk i barnehage ble innkalt som vanlig til 4 års konsultasjon på helsestasjonen. I pilotprosjektet ble ikke kartleggingsverktøyet Språk 4 benyttet, men i prosjektets videreføring skulle pedagogene gjennomføre språkkartleggingen med Språk 4 i forkant av helsesøstrenes 4 års konsultasjonen. Det beskrives positive tilbakemeldinger fra helsesøstrene, pedagogene og barnas foresatte etter gjennomført prosjektperiode, der de opplevde at konsultasjonen ble kvalitativt bedre når barna var trygge i sine kjente omgivelser (ibid.).

I et forskningsprosjekt gjennomført av Lyngseth (2008), undersøkes bruken av kartleggingsverktøyet Tidlig Registrering Av Språkutvikling (TRAS), i norske barnehager. Undersøkelsen viser til at personalet som brukte TRAS ble mer bevisst språkstimulering, spesielt blant de yngste barna. Personalet opplevde de fikk et felles faglig grunnlag for det pedagogiske arbeidet. TRAS ble også sett på som en faglig støtte i samarbeid med andre instanser, som pedagogisk psykologisk tjeneste. Artikkelforfatteren drøfter ut fra sine funn at dersom TRAS benyttes uten grundige refleksjoner over teorigrunnet, holdninger til metoden, ulike syn på barn og egen rolle som observatør, kan en risikere at barnet blir observert som et objekt gjennom en instrumentell bruk av kartleggingsverktøyet. En fokuserer på hva barnet kan bli, uten å fokusere på hva barnet er her og nå (ibid.).

I et kartleggingsprosjekt fra Helse Bergen ble det utarbeidet en oversikt over hvilken kunnskap og kompetanse det var blant ansatte på helsestasjonen i Bergen og Nord Hordaland tilknyttet tidlig identifisering av problemer og iverksetting av tiltak, samt behov eller ønske om kompetanseutvikling i forhold til kartleggingsmetoder (Braarud, 2007). Studien rapporterer en lav svarprosent, da det generelt var liten bruk av kartleggings- og screeningsverktøy på de aktuelle helsestasjonene. Samtidig viser studien at helsesøstrene syntes utdannelsen gav tilstrekkelig kunnskap om risikofaktorer

for å ta opp forhold rundt mors psykiske helse, fødselsdepresjon, omsorgsevne og sosialt nettverk. Disse nevnte forholdene, samt foreldre-barn samspillet, reguleringsvansker og motoriske vansker var en naturlig og rutinemessig del av samtalene i konsultasjonen (ibid.). I en svensk pilot studie ved implementering av et kartleggingsverktøy, opplevde helsesøstrene som deltok i prosjektet at bruk av verktøyet ikke bidro til noe faglig nytt i konsultasjonen, men at det å forholde seg til dette verktøyet gav en mer strukturert og systematiske måte å jobbe på (Persson, Nordström, Petersson, Edwinson, & Sivberg, 2006).

Handeland (2015) refererer i sin artikkel til pågående forskning fra et prosjekt kalt KVIK (kartleggingsverktøy i kommunen) som vurderte ulike skjemaer til bruk under helsestasjonskonsultasjonen. Målet med studien var å bedre helsestasjonstilbudet med mer likhet i konsultasjonene, samt unngå en vente-og-se-holdning. Artikkelforfatteren erfarte at kartleggingsverktøyene bidro til en bedre bevissthet blant foreldrene i forhold til barnets utvikling, samt gav helsesøstrene en inngangsport for samtale, samtidig som kartleggingsverktøyene kunne gi en ubegrunnet bekymring til foreldrene. Hver enkel helsesøster måtte ta en faglig vurdering av situasjonen siden ulike forstyrrende elementer kunne gi et feilaktig bilde av barnet der og da. Helsesøsteren erfarte økt kvalitetssikring av helsesøstertjenesten ved bruk av kartleggingsverktøyene, siden helsesøstrene fikk noe objektiv og håndfast for det videre arbeidet. Det ble også påpekt at en god relasjon mellom helsesøster og bruker var viktig for at skjemaene skulle tjene sin hensikt, samtidig som skjemaene noen ganger kunne komme i veien for den gode relasjonen (ibid.).

I en 10 år gammel rapport fra kunnskapssenteret drøftes etiske utfordringer tilknyttet bruk av kartleggingsverktøy på norske helsestasjoner (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Det blir i rapporten påpekt mangelfull dokumentasjon på om kartleggingsverktøyene som blir bruk på helsestasjoner, fører til mer nytte enn skade. I følge rapporten må det stilles store krav til bruk av kartleggingsverktøy rettet mot barn, da symptomer og sykdomstegn kan variere over tid hos ett og samme individ, med store individuelle forskjeller. Spesifisiteten ved kartleggingsverktøyene som ble presentert var også ofte høyere enn sensitiviteten, noe som viser det er lettere å bedømme hvilke

barn som er friske enn å diagnostisere hvilke barn som har høy risiko for utviklingsavvik. En vil dermed utsette barna og deres foreldre for unødvendige påkjenninger, køene vil bli lengre til hjelpeapparatet og det vil gå ut over andre ressurs- og arbeidskrevende oppgaver på helsestasjonen (ibid.). Hansen og Jacobsen (2008) påpeker i sin rapport at selv om mange kartleggingsverktøy vil gi falske positive funn, er det et større problem med falske negative funn. Falske positive funn kan åpne opp for samtaler med omsorgspersonene om viktige områder, mens ved falske negative funn blir ikke barna og deres omsorgspersoner fanget opp av hjelpeapparatet i det hele tatt (ibid.).

1.3 Problemstilling

Som beskrevet tidligere ses en økning innen bruk av kartleggingsverktøy rettet mot barn, der forskning viser til gode og valide verktøy. Samtidig er det en uenighet i nytteverdien ved bruk av verktøyene på norske helsestasjoner. Det er dermed svært viktig å drøfte hvilken betydning helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy kan ha for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling utarbeidet;

- Hvilken betydning har kartleggingsverktøy for helsesøsters arbeid på helsestasjonen for barn 0-5 år?

1.4 Hensikt, avgrensning og fremgangsmåte

Hensikten med studien er å belyse et viktig tema i helsesøstertjenesten, med et mål om å oppnå en bedre forståelse av temaets ulike aspekter og utfordringer. Uten å hevde hva som er rett eller galt, ønsker jeg å delta i en samfunnsaktuell debatt med et helsesøsterfaglig perspektiv. Studien avgrenses ved å ikke inkludere erfaringer og synspunkter fra målgruppen i helsestasjonstjenesten, som er barna og deres foreldre. Jeg har også valgt å ikke gå i detalj på de ulike kartleggingsverktøyene som blir brukt på en helsestasjon, men ønsker å se generelt på kartleggingsverktøy. Jeg har valgt å fokusere på bruken av kartleggingsverktøy på helsestasjonen siden det er på helsestasjonen helsesøsteren møter de yngste barna, og da har mulighet for tidlig innsats i et tidlig utviklingsnivå. I problemstillingen bruker jeg bevisst begrepet «betydning». Dette siden

betydningen i denne sammenheng innebærer at enhver tilnærming vil ha en eller annen form for betydning, både for den som utfører handlingen, den som er mottaker av selve handlingen og for samfunnet ellers. Selv om andre begreper, som «konsekvenser» eller «utfordringer» kunne hatt tilnærmet samme meningsinnhold, mener jeg disse begrepene vil være mer negativt ladet enn begrepet «betydning». Ønsket å bruke et nøytralt begrep som ikke la føringer for meningsinnholdet. Fremgangsmåten for å belyse studiens problemstilling er å intervju helseøstre som bruker kartleggingsverktøy i sitt arbeid på helsestasjonen. Dette for å belyse helseøstrenes erfaringer og tanker om temaet. Deretter blir intervjuene analysert gjennom systematisk tekstkondensering og drøftet opp mot studiens teoretiske perspektiver og tidligere forskning.

1.5 Helseøsters oppgaver og ansvarsområder

En helseøster er en sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid blant barn og unge i alderen 0-20, der helsestasjons- og skolehelsetjenesten hovedsakelig er deres arbeidsplass. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en kommunal lovpålagt tjeneste, som skal bidra til gode leve- og oppvekstvilkår for barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Samtidig er det et frivillig tilbud, noe som innebærer at målgruppen kan velge å oppsøke lege, eller annet helsepersonell, for sine helseundersøkelser. På helsestasjonen er helseøsters målgruppe barn i alderen 0-5 år, samt deres foreldre. Helseøster har en sentral funksjon i å fange opp tidlige signaler på barnets mistriivsel, utviklingsavvik og skade. Dette for å fremme barnets fysiske, psykiske og sosiale helse, samt bidra til mestring og styrking av foreldrerollen. Dagens anbefalte helsestasjonsprogram inneholder 14 individuelle- og/eller gruppe-konsultasjoner for barnet og barnets foreldre med tilpasset helseopplysning, veiledning, rådgivning, helseundersøkelser og vaksinasjon. Temaer som amming, kosthold, trivsel, utvikling, søvn, språk og samspill er eksempler på områder helseøster gir råd, informasjon og veiledning om til foreldrene. Opp mot 100 prosent av den norske barnebefolkningen møter på helsestasjonen en eller flere ganger i løpet av deres første leveår. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450 og ulike nasjonale faglige retningslinjer setter føringer for helseøsters arbeid på helsestasjonen (ibid.).

Helsesøsters arbeidsoppgaver og ansvarsområder har endret seg opp gjennom tiden. Fokuset på hygiene, ernæring og barnets fysiske vekst og utvikling har utviklet seg til også å omhandle psykososiale temaer, samt mestring av foreldrerollen (Andrews & Wærness, 2004; Glavin & Helseth, 2005). Flere yrkesgrupper har et økende fokus på barns og unges helse med et forebyggende perspektiv. Dermed har også andre yrkesgrupper spesialkunnskap på områder helsesøster tidligere var alene om. Som for eksempel har psykologer, fysioterapeuter og pedagoger spesialkunnskap innenfor sine felt som psykisk helse, motorikk og språkutvikling, der disse yrkesgruppene nå blir helsesøsters samarbeidspartnere (Andrews & Wærness, 2004). Gjennom en analysering av helsesøstertjenesten på slutten av 1980-tallet ble helsesøstrenes funksjon beskrevet som «*overvåkeren*», «*huslegen*» og «*den som bekymrer seg*» (Paulsen, 1990, s. 102). Helsesøsteren blir også omtalt som overvåkeren i dagens samfunn i negativ forstand, der flere foreldre kan føle seg overvåket og kontrollert på helsestasjonen (Gjerstad, 2014).

1.6 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Ulike argumenter tilknyttet helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy gjenspeiler de ulike ideologiske sidene ved det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Sykdomsforebyggende arbeidet, med utgangspunkt i epidemiologisk forskning, bygger på statistisk og naturvitenskapelig kunnskap (Mæland, 2010). Gjennomsnittlige verdier fra store befolkningsgrupper brukes til å anslå hva som er normal og avvikende helse både på individ- og gruppenivå. Målsetningen blir her å forhindre, redusere eller fjerne faktorer som kan føre til sykdom, skade og tidlig død. Det helsefremmende arbeidet bygger på et samfunnsvitenskapelig og erfaringsbasert grunnlag, hvor helse blir sett på som en ressurs og et middel for å oppnå økt livskvalitet (ibid.). Helsefremmende arbeid får dermed en mer positiv vinkling, ved at alt som virker positivt på helsen er helsefremmende arbeid (Kvarme, 2007). En tar ikke utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer, men fokuserer på ressurser som styrker helsen (ibid.). Helsefremmende arbeid bygger på aktiv medvirkning fra det enkelte mennesket med makt og kontroll over egen helse, noe som står i motsetning til den mer ekspertstyrte sykdomsforebyggingen. Selv om det forebyggende og helsefremmende arbeidet har

ulike tilnæringsmåter og meningsinnhold og dermed kan settes opp mot hverandre, utfyller de hverandre med et gjensidig avhengighetsforhold (Mæland, 2010).

I studiens problemstilling har jeg valgt å bruke helsesøsters arbeid som en fellesbenevnelse for begrepene helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Dette på grunn av at begge begrepene er aktuelle ved helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy, selv om de har et noe ulik meningsinnhold. Bruken av kartleggingsverktøy kan være helsefremmende når helsesøster gjennom bevisstgjøring og veiledning stimulerer foreldrene til å fremme barnets helse og utvikling. Samtidig som det er sykdomsforebyggende når en tidlig oppdager utviklingsavvik, mistrivsel og skade, slik at forebyggende tiltak kan iverksettes.

1.7 Kartleggingsverktøy

Kartlegging av barn kan defineres som *«a way of understanding a child in order to make informed decisions about the child»* (Sattler, 2008, s. 10) Det beskrives som en systematisk prosess som kan frembringe informasjon som gir støtte for iverksetting av tiltak (ibid.). Helsedirektoratet (2011) har en liknende definisjon av kartleggingsbegrepet, der kartlegging blir definert som det *«å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte»* (s.40).

Det finnes mange former for kartlegging, samt mange ulike kartleggingsverktøy. Kartlegging kan for eksempel gjennomføres ved observasjon, screening, intervju/samtale og ved bruk av ulike verktøy. En helhetlig kartlegging bør etterstrebes ved å benytte et sett av ulike metoder som sammen kan fange opp ulike sider ved barnet og barnets miljø (Vogt, 2008). Helsedirektoratet (2011) definerer kartleggingsverktøy som *«systematiske spørreskjemaer som er hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon»* (s.40). Screeningsverktøy og kartleggingsverktøy blir i noen tilfeller brukt om hverandre. En screeningsundersøkelse kan defineres som *«en undersøkelse av en befolkningsgruppe ved hjelp av standardiserte prosedyrer»* (Glavin, 2007 a, s. 106). Hensikten med screening er å finne frem til enkeltmennesker som må undersøkes/kartlegges nærmere. Kartleggingsverktøyene Sats 2 og Språk 4 blir for

eksempel brukt for å screene språket til alle to og fire år gamle barn på helsestasjonen. Det er strengere krav til at et kartleggingsverktøy kan kalles for et screeningsverktøy, noe som gjør at få screeningsverktøy anbefales av sentrale helsemyndigheter (Glavin, 2007).

Kartleggingsverktøyene Sats 2, Språk 4, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Ages and Stages Questionnaires (ASQ) og Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ble brukt av de helsesøstrene jeg intervjuet i denne studien. Noen helsestasjoner brukte alle verktøyene, mens andre brukte ett eller flere. Noen av verktøyene er allerede nevnt under punkt 1.2, men jeg vil her kort beskrive de ulike verktøyene. Sats 2 og Språk 4 er verktøy brukt på helsestasjoner for å kartlegge språkutviklingen og språkforståelsen til to og fire år gamle barn. EPDS er som tidligere nevnt et verktøy rettet mot mødre på helsestasjonen, med den hensikt å oppdage fødselsdepresjon. ASQ består av flere skjemaer brukt for å fange opp utviklingsforstyrrelser på områdene kommunikasjon, grov- og finmotorikk, problemløsning og personlig/sosial fungering til barn i alderen 4 måneder til 5 år. Skjemaene er ment å fylles ut av foreldrene. ECBI brukes for å kartlegge barn og unge med alvorlige atferdsvansker fra 2 års alder.

1.8 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler. **Kapittel 1** gir en beskrivelse av bakgrunn for valg av tema og en gjennomgang av tidligere forskning. Oppgavens problemstilling, hensikt, avgrensning og fremgangsmåte blir her presentert, samt en beskrivelse av helsesøsters arbeid med en definisjon av begrepet kartleggingsverktøy. I **kapittel 2** presenteres teoretiske og ideologiske perspektiver tilknyttet helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy. **Kapittel 3** gir en redegjørelse for valgt metode der hele forskningsprosessen bli beskrevet, samt en beskrivelse av metodiske og forskningsetiske overveielser. **Kapittel 4** inneholder en presentasjon av studiens funn som blir drøftet opp mot tidligere forskning og relevant teori. I oppgavens siste kapittel, **kapittel 5**, gis en oppsummering av studiens funn, samt refleksjoner over funnenes implikasjon for helsesøstertjenesten. Behov for videre forskning innenfor temaet blir til slutt gjennomgått.

2 Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori som belyser ulike sider tilknyttet helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy. Teorien har blitt trukket ut på bakgrunn av informantens erfaringer, der empowerment, salutogenese, kvalitetssikring, kunnskapsbasert praksis, makt, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid er sentrale begreper. Som en overordnet forståelse presenteres først vitenskapsteoretiske perspektiver på kartlegging, samt to ideologiske helsemodeller som kan ha betydning for helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy i møte med brukerne.

2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv på kartlegging

Med et vitenskapsteoretisk perspektiv på fenomenet kartlegging, kan en få en bedre forståelse av hva som ligger bak ulike argumenter i bruken av kartleggingsverktøy. Som på den ene siden i kartleggingsdebatten kan en se en positivistisk tenkning. Thornquist (2003) skriver en innenfor positivistisk tradisjon ser på sikker kunnskap ut fra hva som kan telles, veies og måles. Som helsesøster, med en sykepleiefaglig bakgrunn, bringer en med seg en naturvitenskapelig tradisjon som kan knyttets opp mot den positivistiske tenkningen. Innen naturvitenskapen er også reduksjonisme gjeldene. Reduksjonisme stammer tilbake til Descartes tid, der helheten ble forklart ut fra dens enkelte deler, *«helheten er summen av delene»* (Thornquist, 2003, s.30). En holistisk, eller helhetlig tenkning, kommer også frem i denne debatten som et motargument til reduksjonismen. Innen holistisk tenkning ser en på helheten som noe mer enn summen av delene (Hammerlin & Larsen, 1997). Dette ved at et gitt fenomen ikke kan forklares eller forstås ut fra dens enkelte deler, men må betraktes som en sammenhengende helhet for å kunne forklares eller forstås (ibid.). En holistisk tenkning, eller et holistisk menneskesyn kan også tilknyttes sykepleiefaget, der en har et omsorgsperspektiv for hele mennesket, psykisk, fysisk, sosialt og åndelig.

Positivistisk tenkning kan videre relateres til en instrumentalistisk tilnæringsmåte, som bruk av kartleggingsverktøy kan sammenliknes med. Skjervheim kritiserte i 1972 en positivistisk utvikling innen pedagogikken, noe han beskrev som det instrumentalistiske mistaket (Graverholt, Nortvedt, Reiersgaard, & Jamtvedt, 2011).

Skjervheim (1972) beskrev at den etablerte pedagogiske praksisen hadde utviklet seg til å bli teknisk, ved at en overså skillet mellom pragmatiske og praktiske handlinger. Han beskrev pragmatiske, eller tekniske handlinger, som handlinger basert på teknologisk eller forskningsbasert kunnskap. Praktiske handlinger ble beskrevet som handlinger ut fra regler og normer i samfunnet med grunnleggende respekt for mennesket. Skjervheim hevdet en dermed måtte skille mellom handlinger rettet mot objekter og handlinger rettet mot personer. En kunne handle pragmatisk mot objekter, men mot personer måtte en også handle praktisk. Skjervheim forklarte at det oppsto et praktisk problem når pragmatiske handlinger ble gjort til en grunnmodell for handlinger generelt, som da ble et instrumentalistisk mistak. Han beskrev en også kunne miste tilliten med et instrumentalistisk perspektiv, tillit fås gjennom praktiske handlinger, ikke gjennom tekniske-pragmatiske handlinger (ibid.).

2.2 Helsemodeller i det forebyggende helsearbeidet

Utover det vitenskapsteoretiske perspektivet, spiller også ideologiske helsemodeller en rolle for hvordan en kan forstå bruk av kartleggingsverktøy. Innenfor det forebyggende helsearbeidet finnes flere helsemodeller som viser til ulik tekning som kan ha betydning for ulike arbeidsformer og tilnærminger i praksis (Gjernes, 2004).

Tilknyttet helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy vil den biomedisinske helsemodellen være gjeldene. I denne modellen ser en på helse som fravær av sykdom, hvor sykdom blir et avvik fra sunnhetsnormen (Gjernes, 2004). Denne helsemodellen blir ofte beskrevet som reduksjonistisk, ved at sykdommer blir redusert til tilstander eller prosesser i ulike kroppsdelene. Dette fører videre til spesialisering og ekspertkunnskap innenfor det medisinske feltet. Den biomedisinske helsemodellen blir en ekspertstyrt modell. Ekspertene vet best hva som er bra for det enkelte mennesket, ved at sunne valg gitt av eksperten bør følges av enkeltindividene (ibid.). Denne helsemodellen bygger på epidemiologisk forskning og kunnskap, og blir også beskrevet som en sykdomsmodell (Mæland, 2010). Ut fra den epidemiologiske kunnskapen kan en si hva som er sannsynligheten for et gitt utfall av bestemte påvirkninger til en befolkningsgruppe. Den enkeltes helsepåvirkning er derimot vanskeligere å fastslå ut fra gjennomsnittet. Noe som kan skape usikkerhet omkring ulike risikofaktorer, dette

ved at risikofaktorene kan virke truende samtidig som det er individuelt hvordan en blir påvirket, samt mestrer disse risikofaktorene (Gjernes, 2004; Mæland, 2010). Det forebyggende helsearbeidet ses på som en kombinasjon av forebygging, kontroll og overvåkning, hvor en skal kontrollere helserisikoer som truer befolkningsgrupper og enkeltindivider (Gjernes, 2004). Dermed blir folks liv og livsvilkår styrt og regulert, noe som videre forutsetter et maktapparat. Denne makten brukes til å gjøre befolkningen arbeidsdyktig for en videre nasjonal og økonomisk vekst. Modellen ble kritisert for å være for snever, ved at sykdom ble avvikende fra den normale helsen, og hvor individet ble et passivt objekt for den ekspertstyrte kunnskapen (ibid.).

Som følge av kritiske reaksjoner til den biomedisinske helsemodellen, ble den politiske helsemodellen utviklet (Gjernes, 2004). Befolkningen skulle ikke lenger bli styrt i bestemte retninger gitt av ulike eksperter og systemer, men skulle selv få myndighet over egen helse. Empowerment, også kalt myndiggjøring, ble et sentralt begrep innenfor det forebyggende helsearbeidet. En ønsket å fokusere på faktorer som kunne føre til helsefremming, fremfor helsesvikt, og gi økt kontroll til enkeltindivider over forhold som påvirket deres helse. Innenfor denne helsemodellen er det viktig med deltakelse fra den som mottar forebyggende helsearbeid. For å kunne komme i posisjon til å delta og ta selvstendige valg må en bli gjort oppmerksom på sin situasjon, samt hvordan en kan påvirke sine omgivelser (ibid.).

2.3 Empowerment

Empowerment er et begrep som står sentral i det forebyggende helsearbeidet, samtidig som det er et begrep som kan komme i konflikt med helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy. Empowerment begrepet utgjør en motsats til den paternalistiske tenkningen, hvor helsepersonell ble sett på som eksperter som tok avgjørelser på vegne av brukeren (Tveiten, 2007). Hensikten var å utjevning maktforholdet mellom fagfolk og bruker. Samtidig som helsepersonell er ekspert på sitt område, med myndighet og ansvar, skal også brukeren ses på som ekspert på sitt liv og sin livssituasjon. Deltakelse og kunnskap hos bruker er viktige forutsetninger relatert til empowerment. Brukermedvirkning og myndiggjøring er begreper ofte brukt i hverdagspråket tilknyttet empowerment, samtidig som det er vanskelig å få en god og dekkende

oversettelse av empowerment til norsk. Dette på grunn av faren for å miste eller redusere noe av betydningen som ligger i begrepet, spesielt risikerer en å miste maktaspektet i begrepet når det oversettes (ibid.).

Gibson (1991) har gjennom et sykepleiefaglig perspektiv analysert begrepet empowerment. Hun viser til at empowerment både kan ses på som en prosess og som et resultat. Det er en prosess for å oppnå kontroll over eget liv, noe som oppnås eller oppleves forskjellig fra person til person. Det er også en prosess som foregår i samhandling med andre, hvor maktforholdet deles mellom begge parter. Samtidig er det ikke viktig å ha makt, men å føle seg betydningsfull med mulighet for å ta avgjørelser og ha kontroll over eget liv. Gibson beskriver at helsepersonell må respektere individets ansvar for egen helse, som kan påvirkes av ulike sosiale og individuelle forhold. Informasjon for å kunne ta selvstendige valg vektlegges gjennom Gibsons analyse, samt gjensidig respekt og tillit. Gibson beskriver videre at dersom brukeren skal kunne oppnå empowerment, må sykepleieren endre oppfatningen av egen rolle, senke sitt kontrollbehov og ha tiltro til brukeren. Empowerment er et positivt begrep som fokuserer mer på løsninger enn problemer. Begrepet retter fokuset mot menneskets mestring, styrke og muligheter, og ikke mot menneskets vanskeligheter og mangler (ibid.). Salutogenese er et begrep som også retter fokuset mot menneskets ressurser, fremfor det som svekker menneskets helse. Kunnskap om empowerment og salutogenese gir ifølge Walseth og Malterud (2004) et godt grunnlag for møtet mellom helsepersonell og bruker, og kan motvirke eventuell frustrasjon og oppgitthet hos begge parter.

2.4 Salutogenese

Den salutogene modell, utviklet i 1979 av Aron Antonovsky, omhandler det som bringer helse, og står i motsetning til begrepet patogenese som omhandler det som produserer sykdom (Suominen & Lindstrøm, 2008). Antonovsky snudde dermed på det opprinnelige spørsmålet om årsak til sykdom, til å fokusere på det som opprettholder og utvikler helsen, selv under vanskelige omstendigheter (ibid.). Den salutogene modell innebærer en kombinasjon av menneskets mulighet for å oppnå forståelse i situasjonen, «*comprehensibility*», finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning,

«*meaningfulness*», samt ha mulighet til å håndtere situasjonen, «*manageability*» (Antonovsky, 1996, s. 16; Lindstrøm & Eriksson, 2005).

Uten et salutogent perspektiv risikerer en å få et for snevert syn i møte med pasienter, en risikerer å bare se årsaker til sykdom fremfor å se årsakssammenhenger, forklarer Antonovsky (1987). En salutogen tilnærming vil ikke garantere at det finnes løsninger på alle problemer i et menneskets liv, men det vil føre til en dypere forståelse som er en forutsetning for å kunne bevege seg i en positiv helsemessig retning. Det salutogene perspektivet retter oppmerksomheten mot helsefremmende faktorer som ofte inneholder forskjellige faktorer, både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. Risikofaktorer kan være helsebringende dersom en klarer å forhindre at de fører til skade, eller dersom en klarer å sette dem i en meningsfull sammenheng. Fokuseres det bare på sykdom og negative konsekvenser klarer en ikke å se det positive som kan komme ut av situasjonen. Antonovsky beskriver videre at det patogene perspektivet også er viktig, men dersom det dominerer mistes noe verdifult, nemlig det salutogene perspektivet (ibid.).

Etter Antonovskys død ble en artikkel publisert hvor han oppfordret å bruke den salutogene modell som en tilnærming i det helsefremmende arbeidet (Antonovsky, 1996). I artikkelen beskriver Antonovsky viktigheten av å ha en helhetlig tilnærming mot helse og ikke bare fokusere på risikofaktorer, eller det som bidrar til minst mulig risikofaktorer. For å kunne oppnå en meningsfull sammenheng i en situasjon med risikofaktorer vil det være viktig med en kombinasjon av både kognitivt, atferdsmessig og emosjonell forståelse (ibid.).

2.5 Kvalitetssikring

Gjennom helsestasjonstjenesten skal helsesøster gi befolkningen så gode tjenester som mulig. Dette ses på som en etisk forpliktelse, samtidig som det er et organisatorisk mål (Øgar, 2008). Kvalitet er et begrep som vektlegges og vurderes ulikt ut fra ens ståsted og subjektive oppfatninger, og er dermed et vanskelig målbart begrep. Det er et verdiladet ord, samtidig som det er et lite konkret begrep. Kvalitetsbegrepet kan kort

beskrives som egenskaper eller kjennetegn som tilfredsstillende krav og forventninger en har til tjenesten. Kvalitet omhandler dermed forholdet mellom hva som faktisk praktiseres, og hva som kreves eller forventes. Urealistiske forventninger skaper frustrasjon, der en viktig del av kvalitetsarbeidet er å skape realistiske forventninger og prioriteringer på en god måte (ibid.).

For å oppnå god kvalitet, eller en forbedring av tjenesten er systematisk evaluering av gjeldene praksis viktig (Øgar, 2008). Samtidig kan det være vanskelig å få til en felles motivasjon for forbedring på bred front, uten en felles forståelse og definisjon på kvalitet og kvalitetsutfordringer. En stor del av den endringen og forbedring som skjer i helsetjenesten, skjer der hvor tjenesten møter brukerne, samtidig som endring i en del av systemet vil påvirke andre deler av systemet (ibid.). Kvalitetssikring består av planlagte og systematiske tiltak for å sikre den kvaliteten som er bestemt på forhånd (Glavin & Økland, 2007).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) viser til seks ulike krav for en god helsetjeneste, som samlet sett må ivaretas innenfor tjenestens rammevilkår. Disse kravene for god kvalitet innebærer 1) at tjenestene er virkningsfulle, 2) at de er trygge og sikre, 3) at de involverer brukere og gir dem innflytelse, 4) at tjenesten er samordnet og preget av kontinuitet, 5) at en utnytter ressursene på en god måte og 6) at tjenesten er tilgjengelig og rettferdig fordelt (ibid., s.2). Disse kravene fra Sosial- og helsedirektoratet, samt andre krav og forventninger tilknyttet kvalitet, kan komme i konflikt med hverandre siden de i stor grad er subjektive og verdiladet (Øgar, 2008). Dermed vil en avveining av ulike hensyn være en vanskelig del av prosessen for å skape god kvalitet, som blant annet vil være et viktig ledelsesansvar slik at bredden i kvalitetsbegrepet blir tatt hensyn til (ibid.). En lederrolle kan påvirkes av lederens kompetanse og profesjonstilhørighet, der en i kraft av sin profesjonsspesifikke kompetanse har mandat til å definere akseptable faglige standarder (Orvik, 2015). Dette innebærer at en som profesjonell yrkesutøver også har et mandat som gir en legitim rett til å ivareta bestemte funksjoner. Som leder har en myndighet og makt til å gjennomføre beslutninger, samtidig kan en møte på motstand fra sterke profesjonsutøvere som hindrer gjennomføring av konkrete tiltak (ibid.).

2.6 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis skal bidra til å sikre kvaliteten på tjenestene, noe som innebærer å ta beslutninger basert på god og relevant forskningsbasert kunnskap (Kunnskapssenteret, 2014). Forskningsbasert kunnskap skal videre ses i sammenheng med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, samt tilpasses den aktuelle situasjonen (ibid.). Helsesøstre skal være faglig oppdatert og levere helsetjeneste ut fra befolkningens behov (Glavin, 2007 b). Samtidig kan det være vanskelig å dokumentere helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid på kort sikt (ibid.). Den kunnskapen som erverves gjennom skole og utdanning er begrenset i forhold til den kunnskap og læring en tilegner seg gjennom menneskelig interaksjon med kollegaer og på arbeidsplassen (Säljö, 2001). Den teoretiske og ideologiske kunnskapen en får gjennom utdanning, integreres dermed med den tause og personlige kunnskapen som opparbeides gjennom erfaring (ibid.).

Benner (1995) var opptatt av sykepleiernes faglige utviklingen, samt hvordan den viste seg i praksis. Hun hevdet det var forskjell på praktisk og teoretisk kunnskap, der teoretisk kunnskap alene ville være mangelfull i en praktisk situasjon. Selv om en gjennom prosedyrer prøver å forklare og forutse hva som kan skje i gitte situasjoner, vil prosedyrer og teoretisk kunnskap ofte komme til kort i menneskelig interaksjon. Ulike personer krever ulik tilnæringsmåte selv om de teoretisk er i samme situasjon. Benner forklarte en gjennom erfaring vet hvordan en skal tolke og handle i en gitt situasjon. Dette beskrev hun gjennom fem ferdighetsnivåer som viste til hvordan en erverver og utvikler tilstrekkelig kompetanse. På det første nivået er en nybegynner uten erfaring der en er avhengig av veiledning, for videre å utvikle seg til nivå fem der en er ekspert innenfor feltet med flere års erfaring. Den praktiske kunnskapen viser seg gjennom handlinger hos sykepleieren, og skiller seg fra den teoretiske kunnskapen. Samtidig er den teoretiske kunnskapen en viktig del av den totale kunnskapen og kommer til syne i praktiske handlinger. Benner hevdet det ville få negativ ringvirkninger for yrkesutøverens kompetanse om den teoretiske kunnskapen ble enerådende, ved at en ble styrt av prosedyrer og verktøy i sin praktiske hverdag (ibid.).

2.7 Makt

Nortvedt og Grimen (2004) viser til tillit som en sentral verdi i relasjon mellom mennesker, noe som videre setter i sammenheng med makt. Dette forklares ved at makt kan skape tillit, og tillit kan skape makt. De viser til et eksempel der en pasient blir akutt syk, og må ha tillit til legens behandling. Som pasient har en ofte mindre kunnskap og da makt til å betvile legens vurderinger, og må da i stor grad bare stole på den profesjonelles vurderinger. Som profesjonell har en makt gjennom ens faglige kompetanse og myndighet. Noe som gir et asymmetrisk maktforhold mellom de to partene (ibid.).

Foucault (1980) analyserte forholdet mellom kunnskap og makt, der han så på kunnskap og makt i et gjensidig avhengighetsforhold (Foucault, 1980; Vågan & Grimen, 2008). Han så på hvordan makt i konkrete situasjoner kunne relateres til kunnskapsproduserende asymmetriske relasjoner, som for eksempel forholdet mellom lege og pasient eller lærer og elev (Vågan & Grimen, 2008). Gjennom legens eller lærerens registrering og systematisering av informasjon ble det produsert kunnskap om pasienten eller eleven. Individet ble dermed gjenstand for observasjon for videre styring, kontroll og overvåking (ibid.). Dette beskriver Foucault som produktiv makt, ved at makt produserer kunnskap samtidig som kunnskap fører til makt (Foucault, 1980; Vågan & Grimen, 2008). Den produktive makten handler både om hvordan makt produserer kunnskap, samtidig som makt former individet (Vågan & Grimen, 2008). Ulike tenkemåter, vaner og ferdigheter formes gjennom makt, og dermed former makt individet. Dette ved å påvirke folks tenkning og handling gjennom ulike kunnskapsforståelser (ibid.).

2.8 Kommunikasjon

Som profesjonell yrkesutøver med faglig kompetanse og myndighet har en også makt på et personlig plan gjennom ens personlige holdninger, erfaringer og evne til kommunikasjon (Jensen & Ulleberg, 2011). Kommunikasjon handler om hvordan mennesket forstår, tolker, oppfatter og sanser fenomener, situasjoner og samspill. Mennesket er meningssøkende og meningsskapende og i møte med andre

kommuniserer vi med utgangspunkt i den forståelsen vi har av situasjonen, på bakgrunn av hvordan vi observerer situasjonen (ibid.).

Veiledning er en sentral del av helsesøsters arbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), og er en kommunikasjonsform og tilnæringsmetode som er et viktig middel i empowerment prosessen (Tveiten, 2007). Veiledning som pedagogisk metode relatert til helsesøsters funksjon kan beskrives som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess gjennom dialog som sikter mot økt mestringskompetanse hos brukeren. Den pedagogiske istandsettingsprosessen handler om oppdagelse, bevisstgjøring, læring og en eventuell endring. Videre kan informasjon, undervisning og rådgivning være en del av veiledningen. En viktig forutsetning for veiledningen er at brukeren er veiledbar, noe som innebærer at brukeren blir møtt der han er, bli lyttet til, samtidig som brukeren er bevisst sin rolle som en aktiv deltaker som er ekspert på seg selv og sitt liv. Til tross for et mål om en likeverdig dialog, vil det allikevel alltid være en maktubalanse i relasjonen mellom den profesjonelle yrkesutøveren og brukeren (ibid.).

Øvreeide (2009) viser til to ulike grunnmodeller for samtale med barn, den innordnende samtalen og den dialogiske samtalen. Innen den innordnende samtalen forventes barnet å tilpasse seg ved å svare på den voksnes spørsmål og forventninger, der den voksne avgjør gyldigheten og troverdigheten i det barnet sier. Denne samtaleformen kan barnet oppleve som en test av sine prestasjoner, hvor barnet er avhengig av den voksnes språk og intensjoner. Den voksne er gjerne ikke oppmerksom på hvordan maktforholdet, forventningene og de implisitte kravene i denne relasjonen påvirker barnet.

Hovedmotivasjonen for samtalen vil være hos den voksne, med en vis tilfeldighet om barnet engasjeres eller ikke. Den andre samtaleformen, dialogisk samtale, er en samtale der barnet får frihet til å uttrykke seg ved at en støtter opp om barnets egen motivering til å fortelle om sine tanker og erfaringer rundt et tema. Barnet uttrykker seg på egne premisser innenfor en tilpasset ramme, der en voksen som er kjent for barnet bistår samtaleleder. Maktforholdet og det kontrollerende forholdet blir da mindre tydelig gjennom en gjensidig og naturlig dialog, etter barnets utviklingsnivå (ibid.).

Språkutvikling og språktilegnelse skjer i det sosiale samspillet og blir påvirket av biologiske, kognitive sosiale og miljømessige forhold (Rygvold, 2001). Karlegging og testing av språket baseres i stor grad på barns språklige feil og i liten grad på deres utviklingspotensial. Språket er i stadig endring, men for å unngå en vente-å-se-holdning, blir kartlegging i stor grad brukt. Det er store variasjoner i den normale språklige utviklingsvariasjonen, noe som gjør det vanskelig å definere hva som er språkvansker eller hva som er innenfor den normale variasjonen. Mulige faresignaler når barn er i tre til fem års alderen er allikevel når barnet har et begrenset ordforråd med to til tre ords setninger, barnet er avhengig av en kjent kontekst, samt en kjent voksen for å kunne forstå situasjonen og den språklige samhandlingen. Barnehagen bidrar med forebygging av barnets språkvansker gjennom tilpasset lek og læring ut fra barnets behov. Barns språkvansker kan komme til uttrykk gjennom deres atferd, et barn som ikke hører etter, som har konsentrasjonsvansker, som trekker seg ut av et sosialt fellesskap, eller som ikke tar språklig kontakt, kan gi en pekepinn på at det kan være et språklig problem. Barnet kan også bli beskrevet som et veldig aktivt barn som lett kan bli frustrert og sint, eller som et barn som rolig sitter for seg selv og ikke tar kontakt med andre barn. Ved å observere barn i språklige samhandlinger i naturlige situasjoner og med kjente personer, kan en få et godt bilde av barnets språkferdigheter (ibid.).

2.9 Tverrfaglig samarbeid

Et tverrfaglig samarbeid består av ulike faggrupper med hver sin rolle, med den hensikt å ivareta en helhetlig tilnærming og behandling for brukerens beste (Lauvås & Lauvås, 2004). Med rolle menes her en sosial posisjon individet er i med ulike normer, forventninger og krav. Disse forventningene er forholdsvis stabile, men kan allikevel forandres over tid (ibid.).

Samarbeidspartnerne innenfor et tverrfaglig samarbeid vil ha forventninger til hverandre om rollenes innhold, samtidig som en har forventninger til egen rolle (Lauvås & Lauvås, 2004). Selv om den enkelte vil ha en viss frihet i utforming av egen rolle, vil en oppleve press fra samarbeidspartnerne, samt andre utenfor det tverrfaglige samarbeidet,

om å utføre rollen i samsvar med deres forventninger. Med en viss distanse til egen rolle kan en påvirke og forandre rollen, og en kan stille spørsmålstegn til de forventningene som stilles, noe som blant annet kan bidra til endringer og forbedringer. Ved å gå inn i et tverrfaglig samarbeid med en klar oppfatning av egen rolle, samtidig som en opplever anerkjennelse fra samarbeidspartnerne, vil en utvikle en sosial sammenheng der identiteten respekteres og vedlikeholdes. Dersom forventningene fra samarbeidspartnerne avviker sterkt fra egen rolleoppfatning, står egen profesjonsidentitet i fare for å bli svekket. Presset og behovet for sosial akseptering fra samarbeidspartnerne kan medføre at en tilpasser seg forventningene, selv om de kan stride mot egne oppfatninger (ibid.).

Innenfor et tverrfaglig samarbeid kan en også oppleve en intern rivalisering om makt og innflytelse (Lauvås & Lauvås, 2004). Ulike kunnskapssyn og ulik status mellom yrkesgruppene kan påvirke hva som betegnes som gyldig kunnskap og riktig fremgangsmåte. Det vil også ofte være viktig at de andre yrkesgruppene aksepterer at en besitter en spesialviten ut fra den profesjonen en har, at en har en «*monopolstilling*» (ibid., s. 99). Endringer i samfunnet tilsier et behov for mer spesialkunnskap, noe som medfører organisatoriske endringer og økt spesialisering, som videre fører til nye yrkesgrupper. Når en profesjon utvider sitt arbeidsfelt, vil den komme i konflikt med andre yrkesgrupper. Disse yrkesgruppene vil også komme inn under en form for hierarki i et tverrfaglig samarbeid. Høystatusprofesjonene vil ha til hensikt å beholde den makten og innflytelsen de allerede har, der et tverrfaglig samarbeid kan virke truende om en må dele på sin plass i hierarkiet. For lavstatusprofesjonene, og de som ikke har oppnådd en profesjonell status, kan et tverrfaglig samarbeid bedre ens profesjonelle status, makt og innflytelse. En kan oppnå mer synlighet og medvirkning, fremfor å bli kontrollert og styrt av andre profesjoner (ibid.).

3 Metode

I dette kapitlet presenteres forskningsmetoden som er valgt for å belyse studiens problemstilling. Jeg viser først til mitt vitenskapsteoretiske ståsted som danner grunnlaget for metoden. Deretter beskrives min forforståelsen av temaet, samt en gjennomgang av metoden og forskningsprosessen, fra rekruttering av informanter til analysering av intervjumaterialet. Til slutt gis en redegjørelse av mine metodiske og forskningsetiske overveielser tatt gjennom hele forskningsprosessen.

3.1 Mitt vitenskapsteoretiske ståsted

Vitenskapsteori og vitenskapsfilosofi gir en grunnleggende forståelse av forskningsprosessen, og kan kort forklares som ulike teorier og filosofiske retninger som søker etter det som kjennetegner vitenskapelig tenkning og metode, hva som er gyldig kunnskap og hvordan slik kunnskap oppnås (Thornquist, 2003). Siden jeg i denne studien etterspør helsesøsters erfaringer tilknyttet bruk av kartleggingsverktøy, er min fremgangsmåte inspirert av en fenomenologisk filosofisk retning. Ifølge Thornquist (2003) er en innen fenomenologien opptatt av hvordan fenomener fremtrer for subjektet, noe som innebærer å få belyst virkeligheten slik den oppfattes for det enkelte mennesket. Videre er jeg inspirert av en hermeneutisk vitenskapsteoretisk retning, siden jeg er opptatt av å forstå og tolke disse erfaringene for å skape ny og gyldig kunnskap. Ifølge Thornquist (2003) ønsker en innen den hermeneutiske tradisjon å forstå hvordan forståelse oppnås og hvordan mennesket gir verden mening. Dermed er en fenomenologisk og en hermeneutisk vitenskapsteoretisk fremgangsmåte gjeldene i denne studien, siden min interesse er rettet mot den enkeltes erfaring og hvilken betydning det kan ha.

3.2 Forforståelse

Interessen for helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy startet under min nylig avsluttet helsesøsterutdanning. Gjennom helsesøsterutdanningen opplevde jeg motstridende argumenter i teorien tilknyttet de verktøyene som ble brukt i praksis. Som for eksempel opplevde jeg empowerment som et viktig begrep, samtidig som helsesøsters ekspertrolle ble fremhevet. Jeg erfarte kartleggingsverktøyene i praksis bidro til redusert

brukermedvirkning der brukerne var passive mottakere av helsesøsters ekspertvurdering. Jeg har ikke jobberfaring fra helsesøsteryrket, verken før eller under dette prosjektet, men som sykepleier er ulike kartleggingsverktøy en naturlig del av min arbeidshverdag. Kartleggingsverktøyene som blir brukt i helsesøsteryrket, har allikevel et annet fokus og perspektiv enn i sykepleien. Dette ved at kartlegging i helsesøsteryrket finner de barna som er avvikende fra normalen i en frisk befolkningsgruppe, mot å kartlegge behov og tilstander i en syk befolkningsgruppe. Som sykepleier ser jeg behov og viktigheten med ulike verktøy, mens jeg som helsesøster stiller spørsmålsteget ved helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy, samt hvilken betydning det kan ha for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Med begrenset erfaring fra helsesøsteryrket starter jeg dette prosjektet med stor nysgjerrighet på hvilken erfaring helsesøstrene har innenfor dette temaet.

Min forforståelse har vært bestemmende for de valg jeg har tatt gjennom hele forskningsprosessen, men ved å tydelig formulere min forforståelse har jeg forsøkt å legge den til side gjennom forskningens ulike deler. Som forsker vil en allikevel aldri være helt forutsetningsløs, vår bagasje er med på å prege det vi tolker og forstår (Malterud, 2011). Og som Thornquist (2003) beskriver, er vi ikke alltid en gang bevisst hva vi bringer med oss i vår forståelseshorisont. Edmund G.A Husserl, grunnleggeren av fenomenologien, introduserte begrepet «*å sette i parentes*» (Thornquist, 2003, s. 86). Dette begrepet representerer en fenomenologisk tenkning om å nærme seg et fenomen med åpenhet, uten å definere fenomenet på forhånd (ibid.). Hermeneutikeren Hans-Georg Gadamer brakte begrepet fordom inn i hermeneutisk teori, som et nøytralt begrep som viser til vår bakgrunnskunnskap (Gulddal & Møller, 1999). Gadamer beskriver at på grunn av vår bakgrunnskunnskap har vi vanskeligheter med å oppfatte og formidle noe helt fordomsfritt (Gulddal, 1999). Denne beskrivelsen kjenner jeg igjen i min forskningsprosess, ved at min forforståelse og mine fordommer preger studiens valg og tolkninger. Malterud (2011) beskriver at dersom en har et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse vil det kunne bidra til en berikelse, fremfor en skadelig forstyrrelse i forskningsprosessen. Dermed kan informantenes erfaringer lojalt gjenfortelles uten å legge egne tolkninger som fasit (ibid.).

3.3 Valg av metodisk tilnærming

Siden jeg i denne studien ønsker å se på hvilken betydning kartleggingsverktøy kan ha for helsesøsters arbeid, har jeg valgt en kvalitativ forskningsmetode. I følge Polit og Beck (2012) bør en velge den metoden som er riktig ut fra den problemstillingen en har valgt. Ulik metodelitteratur beskriver kvalitativ metode som en egnet metode for å studere og få frem menneskets erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2009; Tjora, 2012).

For å få frem helsesøsters erfaringer på en god og effektiv måte har jeg valgt å bruke semistrukturert intervju. Denne intervjuformen blir beskrevet av Tjora (2012) som en god fremgangsmåte, siden informantene blir stilt åpne spørsmål og dermed får mulighet til å reflektere over egne erfaringer og synspunkter. Et semistrukturert intervju bygger videre på informantens svar og fokuserer på det informanten er opptatt av ved å stille oppfølgende spørsmål. Gjennom denne intervjuformen kan informantene også komme inn på momenter den intervjuende ikke hadde tenkt over på forhånd, men som kan være relevant for undersøkelsen (ibid.).

3.4 Utvalg og rekruttering

På bakgrunn av studiens tema og problemstilling, intervjuet jeg helsesøstre som bruker kartleggingsverktøy på helsestasjonen for barn 0-5 år. Hvor lang erfaring en hadde som helsesøster, hvor mange kartleggingsverktøy, eller hvilke kartleggingsverktøy som ble brukt, valgte jeg ikke å fokusere på. Jeg intervjuet helsesøstre fra ulike helsestasjoner, for å få et bredt mangfold og for å belyse studiens problemstilling på en best mulig måte. Dette samsvarer med det Malterud (2011) beskriver som et strategisk utvalg, ved at en søker relevante kilder ut fra problemstillingen en ønsker belyst.

Rekrutteringen av informantene begynte i begynnelsen av oktober 2014 og ble avsluttet i begynnelsen av februar 2015. Først kontaktet jeg ledende helsesøstre i ulike kommuner med informasjonsskriv om studien (vedlegg 1, 2 og 3). Noen ble kontaktet per e-mail, andre hadde jeg den første kontakten med over telefon. Ønsket å intervjuet helsesøstre fra både små og store kommuner, men på grunn av helsesøstre fra små kommuner ikke

hadde mulighet til å la seg bli intervjuet, intervjuet jeg helsesøstre fra mellomstore til store kommuner. Totalt kontaktet jeg 11 ledende helsesøstre som hadde ansvar for 26 ulike helsestasjoner fordelt over flere kommuner. Gjennom denne perioden var det syv helsesøstre som meldte sin interesse for å bli intervjuet. Jeg ble kontaktet av den enkelte informant over e-mail, der vi avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuet.

Etter å ha intervjuet fem helsesøstre, opplevde jeg intervjumaterialet fortsatt kunne berikes. Dermed intervjuet jeg to helsesøstre til, noe som bidro til et variert og innholdsrikt datamaterialet. Jeg vurderte at flere intervju trolig ikke ville frembringe avgjørende og nye tilføyelser til intervjumaterialet, siden materialet nå besto av flere tilsvarende beskrivelser og erfaringer. Dette samsvarer med det Malterud (2011) beskriver som studiens metningspunkt. Samtidig kan mangel på nytt material forklares ved at min intervjuform ikke utviklet seg i tilstrekkelig grad. Jeg vurderte allikevel at datamaterialet hadde tilstrekkelig variasjon og dybde, samt var overkommelig for en grundig analyse.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Som en forberedelse til intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden ble delt inn i tre hoved emner, med åpne spørsmål som utgangspunkt for hvert emne. Dette for å forsikre meg om at de spørsmålene som ble stilt belyste problemstillingen på en best mulig måte, samtidig som det gav rom for at informanten kunne snakke fritt innenfor studiens tema. Dette samsvarer med det Kvale og Brinkmann (2009) beskriver som en delvis strukturert intervjuguide hvor forskeren kan følge informantens fortelling, samtidig som en får belyst de temaene en på forhånd hadde planlagt.

Før jeg gjennomførte det første intervjuet hadde jeg et prøveintervju med en helsesøster jeg kjente godt på forhånd, men som ikke var en av informantene i studien. Prøveintervjuet ble utført så realistisk som mulig. Etter prøveintervjuet drøftet vi

endringer jeg kunne gjøre for å forbedre intervjusituasjonen. Prøveintervjuet ble en viktig forberedelse til de andre intervjuene. Jeg fikk testet ut spørsmålene i intervjuguiden og lærte viktigheten med å stille åpne spørsmål, samt konsentrere meg om hva som ble sagt slik at jeg kunne stille gode oppfølgende spørsmål for å få mer utdypende og beskrivende svar. Det å ha et prøveintervju blir støttet i ulik metodelitteratur som effektivt og lærerikt (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2009).

Intervjuene ble gjennomført i løpet av desember 2014 og frem til februar 2015, der jeg møtte informantene fysisk i deres arbeidstid. Intervjuene startet med en kort presentasjon av prosjektet, der det ble forklart at jeg ønsket informantenes erfaringer i det å bruke kartleggingsverktøy generelt. Videre forklarte jeg rammene rundt intervjuet, som tidsperspektiv, anonymisering, bruk av lydbånd, samt at de kunne trekke seg fra prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt uten begrunnelse. Dette var informantene også informert om skriftlig i informasjonsskrivet som var sendt ut på forhånd. Informantene fikk mulighet til å stille oppklarende spørsmål før intervjuet startet. Dermed ble forventningen til hverandre satt og jeg opplevde det som en behagelig og informativ start på intervjuet. Under noen av intervjuene skrev jeg ned stikkord for lettere komme med oppfølgende spørsmål etter informantenes beskrivelser. Dette ble noen ganger glemt, ved at jeg var så opptatt av å få med meg alt som ble sagt. I ettertid ser jeg en større fordel med å raskt notere stikkord under intervjuet, slik at jeg fikk stilt gode oppfølgende spørsmål på det som var relevant. Når vi hadde vært innom de områdene jeg ønsket, avtalt tid nærmet seg slutt, eller informanten ikke hadde noe mer å tilføye ble intervjuet avsluttet. Intervjuene hadde en varighet på 35 til 70 minutter. Etter hvert intervju skrev jeg ned helhetsinntrykket og tanker jeg gjorde meg under intervjuet, som jeg videre har brukt i analysearbeidet. Ved å gå grundig gjennom hvert intervju kort tid etter det var avsluttet, endret jeg noe på intervjuguiden, samt vurderte hvor jeg burde stilt flere oppfølgende spørsmål for å få mer ut av neste intervjusituasjon.

På to av helsestasjonene ble det gjennomført intervju med to helsesøstre samtidig. Dette var i utgangspunktet ikke planlagt, men etter ønske fra helsesøstrene valgte jeg å endre på planlagt intervjuform. Jeg opplevde i ettertid intervjumaterialet som styrket når to og

to helsesøstre diskuterte temaet seg imellom. Disse intervjuene gav en berikelse til datamaterialet. Det å intervjuer to helsesøstre samtidig har flere likhetstrekk med det som kalles et fokusgruppe intervju. Et fokusgruppe intervju består vanligvis av seks til ti informanter, som diskuterer og får frem ulike sider av en sak (Kvale & Brinkmann, 2009). Thagaard (2009) beskriver at en forsker innen kvalitativ metode kan være fleksibel og endre innsamlingsstrategi mens analysen foregår.

3.6 Transkripsjon

Kort tid etter et intervju var gjennomført, hørte jeg gjennom lydbåndet for å få et inntrykk av intervjuet på nytt. Deretter transkriberte jeg intervjuet for å gjøre intervjusamtalene lettere tilgjengelig for videre analyse. Siden jeg ikke var interessert i en språklig eller sosial analyse, men var interessert i innholdet av det som var blitt sagt, transkriberte jeg ikke alle detaljer som bekreftende uttrykk som «hemm» og «mmm» gitt mens en av oss snakket. I følge Malterud (2011) kan en redigere bort enkelte ord for å få bedre flyt i teksten. Den nedskrevne teksten er forsøkt gjengitt så nøyaktig som mulig, men jeg har transkribert intervjuene på bokmål og ikke på informantens dialekt. Dette kan ha ført til at noe av meningsinnholdet i intervjuene har forsvunnet. Det muntlige språket kan også virke mer forståelig i situasjonen, enn når det er ordrett gjengitt i skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Totalt ble det 67 dataskrevne sider med materiale som videre har blitt analysert.

3.7 Analyse

Datamaterialet har blitt analysert gjennom en systematisk tekstkondensering, en analysemodell av Malterud (2011). Analyseprosessen har ført til nye beskrivelser og ny kunnskap tilknyttet studiens problemstilling. Malterud (2011) beskriver den systematiske tekstkondenseringen som en egnet metode for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for å utvikle nye beskrivelser og begreper. Den systematiske tekstkondenseringen beskrives som en brobygger mellom rådata og resultater, gjennom systematisk organisering, tolkning og sammenfatning. Malterud forklarer fremgangsmåten i analysen gjennom fire trinn (ibid.). Tabell 1. viser denne studiens analyse gjennom Malteruds (2011) fire analysetrinn.

Tabell 1.

Trinn 1.	Trinn 2.	Trinn 3.	Trinn 4.
Foreløpige temaer	Koding	Subgrupper	Kategorier
1) Standardisering av arbeidet	1) Standardiserte konsultasjoner	Kvalitetssikring av tjenesten	1) Helsesøsters faglige kompetanse
2) Synliggjøring av arbeidet		Individuell og helhetlig vurdering	
3) Bekymringer for egen vurderingsevne		Stole på egen kunnskap	
4) Ramme for konsultasjonen	2) Det individuelle	Barnet i fokus	2) Helsesøsters
5) Innfallsvinkel for å starte en samtale	møtet	Inngangsport for samtale	relasjon til brukerne
6) Bekreftelse i møte med brukerne			
7) Samarbeid med andre faggrupper	3) Tverrfaglig samarbeid	Synliggjør arbeidet	3) Helsesøsters
8) Forventninger om å kartlegge		Samarbeid med barnehagen	tverrfaglige samarbeid

Analysens første trinn startet ved at jeg lyttet gjennom intervjuene på lydbåndet, for deretter å lese grundig gjennom de transkriberte tekstene. Det ble da notert stikkord for ulike temaer som var relevante for studiens problemstilling. Gjentatte gjennomlesninger resulterte i åtte foreløpige temaer. Noen temaer var felles for flere informanter, mens andre temaer fremkom gjennom én informants erfaringer. Etter å ha utarbeidet de foreløpige temaene, leste jeg de transkriberte intervjuene grundig på nytt. Jeg skrev en oppsummering i marginen på hva hvert avsnitt omhandlet. Dette for å se om jeg hadde oversett noe, men jeg konkluderte med at de valgte temaene var gjeldene for studiens problemstilling. Malterud (2011) beskriver en i dette trinnet skal danne seg et helhetsinntrykk av materialet. En skal med et åpent sinn utvikle foreløpige temaer som på en eller annen måte sier noe om problemstillingen (ibid.).

Analysens andre trinn var en omfattende og tidkrevende prosess, samtidig som den bidro til en nyttig organisering av intervjumaterialets ulike sider. Hensikten her var å

avdekke meningsbærende enheter ved at relevant tekst skulle skilles fra irrelevant. Samtidig som de meningsbærende enhetene ble indentifisert, ble de systematisert inn i ulike koder. På bakgrunn av de åtte foreløpige temaene i forrige trinn, trakk jeg ut meningsbærende enheter jeg mente kunne belyse problemstillingen. Et eksempel på en meningsbærende enhet er «*det blir jo et veldig strukturert og enkelt arbeid når du har de verktøyene, også blir det jo likt for alle*». Denne meningsbærende enheten ble videre organisert under koden «*Standardiserte konsultasjoner*». En annen meningsbærende enhet, «*det synliggjør og legitimerer videre henvisning*» ble organisert under koden «*Tverrfaglig samarbeid*». Disse kodene, samt koden «*Det individuelle møtet*», ble utarbeidet etter gjentatte forsøk på å få passende koder som samlet de ulike meningsbærende enhetene. Gjennom denne prosessen ble de meningsbærende enhetene ytterligere plukket fra hverandre, siden det ofte ble beskrevet ulike sider av temaet i en og samme setning. Jeg vekslet frem og tilbake mellom de ulike meningsbærende enhetene, samtidig som jeg hele tiden hadde problemstillingen for øye. Kodene ble til slutt beskrivende for helsesøsters ulike roller i en konsultasjon. Dette analysetrinnet beskrives som en dekontekstualiserende fase av Malterud (2011). Elementer og deler av teksten løftes frem og ses i lys av andre elementer i materialet, som kan si noe om det samme (ibid.).

I analyses tredje trinn ble de ulike meningsbærende enhetene under hver kodegruppe grundig gjennomgått på nytt. Jeg hadde nå en liste med meningsbærende enheter som beskrev flere nyanser innenfor samme kode. Jeg samlet sammen de beskrivelsene som omhandlet det samme og skrev dem til en helhetlig kort tekst. Dette førte til flere undergrupper/subgrupper under hver kodegruppe. Gjennom denne prosessen ble det oppdaget meningsbærende enheter som var blitt vurdert som relevante for studiens problemstilling, men som etter videre analysering allikevel var utenfor mitt forskningsområde. Deretter sammenfattet jeg innholdet til hver undergruppene til et enkelt sitat som var beskrivende for den tekstens innhold. Malterud (2011) forklarer en gjennom dette trinnet tolker teksten ut fra ens faglige perspektiv og ståsted, og systematisk henter ut kunnskap fra materialet.

I det fjerde og siste trinnet ble de ulike tekstbitene fra forrige trinn omgjort til beskrivende gjenfortellinger, som videre utgjør forskningsprosjektets resultatdel. Informantenes ulike erfaringer og synspunkter ble nå sammenfattet til en beskrivende tekst innenfor hver undergruppe. De ulike sitatene som ble utarbeidet under forrige trinn, ble her omgjort til resultatdelens overskrifter for de enkelte undergruppene. Deretter fikk hver kodegruppe et nytt navn, en kategori, som overordnet besvarer ulike sider ved studiens problemstilling. Helt til slutt leste jeg gjennom de originale transkriberte intervjuetekstene det ikke var notert eller markert noe på. Dette for å få et helhetsinntrykk av det originale materialet og for å se om sammenfatningen stemte overens med utgangspunktet. Det har vært viktig å arbeide mest mulig nært opp mot det opprinnelige datamaterialet, for å beholde informantenes stemmer gjennom en lojal og riktig fremstilling. Malterud (2011) beskriver dette trinnet som en rekontekstualiserende fase, der en setter sammen bitene fra den dekontekstualiserende fasen ved å støtte delene opp mot helheten.

Analysen har vært i kontinuerlig utvikling og endring, ved at jeg i flere omganger har sett på deler av intervjumaterialet, for deretter å se på helheten, for så å gå tilbake til de ulike delene. Dette for å forsikre meg om en riktig tolkning, samt belyse funn jeg ikke oppdaget ved første øyekast. Denne måten å jobbe på, og hele tiden utvikle seg i form av en sirkel, eller spiral samsvarer med det Gulddal og Møller (1999) beskriver som den hermeneutiske sirkel, som de videre beskriver som en uendelig prosess. Denne uendelige prosessen tolker jeg ved at dersom noen andre hadde analysert intervjumaterialet, ville de trolig tolket og oppnådd en annen beskrivelse enn den jeg har oppnådd. Dette ved at jeg har vektlagt og hentet ut helsesøsters beskrivelser jeg mener belyser problemstillingen på en best mulig måte.

3.8 Refleksivitet, relevans og validitet

På grunnlag av innsamlet materiale, danner studien nye beskrivelser og tolkninger av helsesøstrenes erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen. For at disse resultatene skal kunne fremstå som pålitelige, er det vesentlig å vurdere studiens kvalitet. Malterud (2011) bruker begrepene refleksivitet, relevans og validitet for å vurdere den vitenskapelige kvaliteten i en kvalitativ studie. Disse kriteriene kan ikke

oppfylles fullstendig, men det å være bevisst betydningen, synliggjøre og diskutere dem, er en viktig side i forskningsprosessen forklarer Malterud (2011).

Min faglige bakgrunn, interesse og erfaring har hatt betydning for valg av tema, samt hvordan jeg har valgt å fokusere på temaet gjennom problemstillingen. Dette har videre hatt betydning for tolkningen og forståelsen av datamaterialet, som legger grunnlag for drøftingen. Ved å tydeliggjøre min forforståelse, ikke minst for meg selv, har jeg forsøkt å vært åpen for flere tolkningsmuligheter. I analysen kan også enkelte aspekter i informantenes fortellinger og forståelse ha forsvunnet. Jeg kan feilaktig ha gitt informantenes utsagn en annen betydning enn hva de mente. Dette har jeg samtidig forsøkt å redusere ved bruk av lydband, en nøyaktig transkripsjon, vise til informantenes stemmer gjennom en grundig og synlig analyse, og ved bruk av direkte sitater i presentasjonen av mine funn. Når jeg startet på forskningsprosjektet hadde jeg en formening om hva jeg kom til å finne, hva min konklusjon på prosjektet kom til å bli, dette har gradvis endret seg der jeg gjennom analyse og diskusjon har funnet uventede funn og betydninger. Malterud (2011) forklarer at refleksivitet handler om å forholde seg til de forutsetningene og den tolkningsrammen en har som forsker. Å stille spørsmålstegn til egen fremgangsmåte og funn er en del av det å være refleksiv. Systematisk refleksjon av forskningens relevans og validitet blir videre viktige virkemidler for å vise refleksivitet (ibid.).

Til tross for at dette er en liten studie, i forhold til omfang og utvalg, vil jeg argumentere for at det er en relevant studie for alle som bruker kartleggingsverktøy i sitt arbeid med barn, ikke bare helsesøstre, men også andre faggrupper. Det vil trolig være andre viktige aspekter tilknyttet bruken av kartleggingsverktøy jeg ikke har fremhevet i min studie, men ulike refleksjoner vil allikevel være gjeldene. En kan ta lærdom av helsesøstrenes beskrivelser, få et utvidet perspektiv og se betydningen i en større sammenheng. Malterud (2011) viser til at forskningens relevans handler om hva den nye kunnskapen i studien kan brukes til.

Ved å spørre informantene under intervjuene om jeg hadde forstått dem riktig, forsøkte jeg å unngå eventuelle misforståelser. Dette så jeg på som spesielt viktig siden vi hadde forskjellige dialekter og siden informantene ofte snakket om flere ting parallelt når de fortalte om sine erfaringer. Slike forsikringer samsvarer med anbefalingene til Drageset og Ellingsen (2010) for å oppnå gyldighet underveis i et intervju. Som Malterud (2011) beskriver handler studiens validitet om gyldigheten på det forskeren har funnet ut noe om, samt reflektere over forskningsmetodens begrensninger og svakheter.

3.9 Metodiske overveielser

Den største utfordringen, og da den største svakheten med metoden, er min begrenset erfaring i det å intervjuer. Selv om jeg gjennomførte et prøveintervju, gir ikke det alene tilstrekkelig erfaring. Etter å ha intervjuet syv informanter er det fortsatt rom for forbedringer. Malterud (2011) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som en utfordrende metode på flere nivåer, der forskeren vil utvikle sine kvalifikasjoner gjennom erfaring.

En fordel med å ha intervju som metode er å få møte informantene personlig. Misforståelser underveis kan rettes opp, og en vil ha bedre forutsetninger når intervjuene på lydbåndene transkriberes. Samtidig kan en ikke forsikre seg helt imot ulike situasjonsbetingete faktorer som kan påvirke det personlige intervjuet. Informantene kan for eksempel føle de egentlig ikke har tid til å bli intervjuet på grunn av et viktig møte etter intervjuet, eller tankene deres er rettet mot noe som nettopp har skjedd privat eller i jobbsammenheng. Selv om avtalen om intervjuet er frivilling, der tidspunktet i stor grad er satt av informant, kan slike forhold indirekte påvirke de svarene og fortellingene som blir gitt. Når intervjuet er avtalt på forhånd har også informanten mulighet til å forberede seg, noe som kan være både positivt og negativt. Det kan være positivt ved at temaet er gjennomtenkt og kanskje en har diskutert med kollegaer for å få innputt og andre synspunkter tilknyttet temaet. Det negative ved en slik forberedelse er at svarene kan bli diplomatiske, i den grad at en svarer det en tror blir forventet. Thagaard (2009) forklarer informantens utsagn kan være preget av hvordan informantene ønsker å presentere seg selv.

I ettertid har jeg reflektert over noen av de svarene informantene gav under intervjuene. Jeg opplevde at noen av beskrivelsene og utsagnene ble sagt for å forsvare og beskytte de verktøyene de brukte. Kartleggingsverktøy er et tema media kritisk har fremstilt, ved at foreldre har følt seg overvåket og feilaktig vurdert i en kartleggings situasjon. Jeg opplevde det ble snakket varmt om arbeidsplassen og om de verktøyene som ble brukt for å forsvare arbeidsmetoden. Dette kan også ha sin årsak i at jeg ubevist kan ha stilt spørsmål på en slik måte at informantene tolket mine spørsmål kritisk og dermed indirekte følte seg kritisert. Samtidig er det generelt et todelt syn tilknyttet bruk av kartleggingsverktøy, noe som fremkommer i presentasjonen av studiens funn. Drageset og Ellingsen (2010) forklarer det er viktig å være bevisst hvilke sosiale forstyrrelser som kan oppstå under et forskningsintervju.

Bruk av lydbånd under intervjuene kan være både en styrke, samtidig som det kan være en svakhet for metoden. Bruk av lydbånd under intervjuene bidro til at jeg kunne ha hele mitt fokus rettet mot samtalen og informanten, uten å samtidig måtte skrive ned deres fortellinger. Jeg kunne dermed også bruke god tid ved transkriberingen for å unngå eventuelle feil. Samtidig kan bruk av lydbånd være en svakhet for metoden, ved å være et stressmoment for informantene. Det kunne også ha vært et stressmoment for meg som intervjuer dersom det hadde oppstått tekniske problemer underveis.

En annen utfordring ved bruk av denne metoden er at jeg erfarte de intervjuene hvor to helsesøstre ble intervjuet samtidig, som informativt bedre enn intervjuene med en og en. I de intervjuene hvor to helsesøstre ble intervjuet samtidig, opplevde jeg informantene utfordret og utfylte hverandre når de drøftet temaet seg imellom. Dersom jeg hadde hatt mulighet til å gjennomføre intervjuene på nytt ville jeg brukt fokusgruppe intervju istedenfor å intervjuer helsesøstre individuelt. En annen svakhet ved metode er at det også bare er jeg som har lest og tolket datamaterialet. Hadde noen andre lest datamaterialet og deltatt under intervjuene, kunne de ha tolket og sett andre aspekter ved temaet jeg ikke har vektlagt eller sett. Samtidig har jeg blitt veiledet gjennom hele forskningsprosessen av min veileder fra Universitet i Tromsø.

Som tidligere nevnt ble det gjennomført syv intervju, dette er et relativt lite utvalg, noe som kan være en svakhet for studiens troverdighet og gyldighet. Samtidig bidro det til at jeg fikk god tid til hvert intervju og datamaterialet ble ikke for omfattende, noe som videre bidro til at jeg fikk gjennomført en grundig analyse. I følge Kvale og Brinkmann (2009) vil ikke et stort utvalg informanter gjøre intervjuundersøkelsen mer vitenskapelig. Det kvalitative intervjuet legger større vekt på intervjuenes kvalitet enn kvantitet (ibid.).

3.10 Forskningsetikk

Før jeg startet studien søkte jeg om godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Ved behandling av personopplysninger er det en lovpålagt plikt å melde inn forskningsprosjektet til personvernombudet gjennom NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2012). Etter godkjent søknad (vedlegg 5), kunne jeg starte rekrutteringen av informantene til studien.

Informantene fikk skriftlig informasjon om studien (vedlegg 1, 2 og 3), der det blant annet ble forklart at de hadde en uforpliktete rett til å trekke seg fra intervjuet på et hvilket som helst tidspunkt. På grunnlag av informasjonsskrivet, kunne informantene gi et informert frivillig samtykke til deltakelse. I forskningsetiske retningslinjer blir det forklart at et intervju ikke kan gjennomføres før en har mottatt informantens samtykke (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2006). Og som det fremkommer av Helsinkideklarasjonen presentert av World Medical Association (2014), skal informanten blant annet være tilstrekkelig informert om formålet med undersøkelsen, om metoden som blir brukt og om eventuelle risikoer eller ulemper undersøkelsen og deltakelsen medfører (ibid.).

Informantene i denne studien har blitt anonymisert ved at jeg har referert til dem som *helsesøsteren* eller *informanten*. Jeg syntes denne måten å anonymisere og fremstille resultatene på gav et rent og nøytralt bilde av informantene. Personopplysninger har blitt oppbevart forsvarlig og vil bli slettet straks forskningsprosjektet er avsluttet.

Anonymisering og beskyttelse av sensitive opplysninger er også viktige prinsipper vektlagt gjennom Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2014).

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver også en annen side av anonymiseringen jeg mener er viktig å fremheve. De forklarer at forskeren uærlig kan gjemme seg bak anonymiseringen ved å tolke eller gjengi utsagn feilaktig. Dette mener jeg er kjernen i forskningsetikken, ved at en som forsker skal gjengi informantenes utsagt nøytralt, ærlig og riktig. En skal ha respekt for informantene og det miljøet en forsker i, samt respekt for de som leser og nyttiggjør seg av forskningen. Som forsker skal en være ærlig og respektfull gjennom hele forskningsprosessen, ved rekruttering av informantene, under selve intervjusituasjonen, ved transkribering av datamaterialet, under analyseringen og ved presentasjonen av studiens funn (Kvale & Brinkmann, 2009). En skal også vise god henvisningsskikk til andre forskere og teoretikere en støtter seg på under studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; Tjora, 2012).

4 Funn og diskusjon

Dette kapitlet er delt inn i tre underkapitler, som hver representerer en av de tre kategoriene som fremkom av analysen. I hvert underkapittel presenteres funn relatert til den aktuelle kategorien, funnene har overskrifter som samsvarer med analysens subgrupper. Funnene blir drøftet opp mot tidligere forskning og relevant teori, med oppsummerende refleksjoner til slutt. Som studiens problemstilling tilsier vil jeg her drøfte hvilken betydning kartleggingsverktøy har for helsesøster arbeid på helsestasjonen.

4.1 Helsesøsters faglige kompetanse

Helsesøstrene erfarte deres bruk av kartleggingsverktøy bidro til en kvalitetssikring av tjenesten. De opplevde støtte, hjelp og trygghet i verktøyene, samtidig som de så behov for evaluering og oppgradering av kartleggingsmaterialet. En individuell og helhetlig vurdering av barnet ble også vektlagt som viktig av helsesøstrene, spesielt siden kartleggingsverktøyene medførte en standardisert tilnærming. Helsesøstrene beskrev videre en frykt for at verktøyene kunne medføre sviktende tro på egen faglighet. De var redde for å bli for avhengige av støtten verktøyene gav, slik at en til slutt ikke stolte på egen vurderingsevne og kunnskap.

4.1.1 Kvalitetssikring av tjenesten

Det å bruke standardiserte kartleggingsverktøy på helsestasjonen ble av samtlige informanter beskrevet som en kvalitetssikring av tjenesten. Dette ved at arbeidet ble systematisert og alle barna fikk det samme tilbudet. Det ble også fremhevet som en kvalitetssikring at en oppdaget flere utviklingsavvik som følge av ulike kartleggingsverktøy. Samtidig var dette noe helsesøstrene hadde delte erfaringer om. Noen beskrev de ikke oppdaget flere avvik med verktøyene de brukte, men at verktøyene heller satte et større fokus på ulike temaer en tidligere ikke hadde vektlagt i like stor grad. I de konsultasjonene en brukte et kartleggingsverktøy var det satt av mer tid, noe som var nødvendig for å kunne gjennomføre kartleggingen, samtidig som helsesøstrene da fikk tid til å snakke om ulike temaer og problemstillinger som eventuelt dukket opp. Det ble også beskrevet som en kvalitetssikring at verktøyene gav

helsesøstrene en påminnelse om å ta opp ulike temaer i konsultasjonen, noe som videre ble beskrevet som en trygghet blant helsesøstrene. Det å bruke kartleggingsverktøy opplevdes som en trygghet både for de som var ny i jobben og for de som hadde jobbet på helsestasjonen i mange år. Helsesøstrene beskrev en trygghet ved å bruke ulike kartleggingsverktøy siden alle kollegaene dermed gjennomførte konsultasjonen tilnærmet likt, brukerne fikk et likt tilbud og helsesøstrene hadde den samme kvaliteten i konsultasjonen. Som en av helsesøstrene sa; *«du har rammene, du har tiden, og du vet at her er det greit»*. En annen av helsesøstrene reflekterte over det å bruke ulike kartleggingsverktøy og sa;

«Det er kanskje feil å tenke at det å være låst til et spørreskjema skal gjøre det så mye enklere, men om en stiller de samme spørsmålene til alle, så gir det deg et bedre bilde, du blir litt tryggere selv».

Dette utsagnet illustrer en kompleks side ved helsesøstrenes beskrivelse av kvalitet i tjenesten. Utsagnet kan forstås slik at bruken av kartleggingsverktøy blir unnskyldt ved å si at det kanskje ikke er det beste alternativet, men at det allikevel er et godt og standardisert alternativ som både forenkler arbeidet, systematiserer arbeidet, gir et godt og oversiktlig vurderingsgrunnlag, samtidig som en blir trygg på at en gjør jobben på en god måte. Disse beskrivelsene samsvarer med studien til Nilsen mfl. (2014), der kartleggingsverktøy beskrives som en kvalitetssikring, samtidig som helsesøstrene opplevde utfordringer ved det å bruke kartleggingsverktøy i møte med brukerne.

Kvalitet er et begrep som vektlegges og vurderes ulikt (Øgar, 2008), noe som vises gjennom helsesøstrenes beskrivelser av hva de opplever som kvalitetssikring. Ved å tillegge kvalitetsbegrepet ulikt meningsinnhold, vil en også tillegge de tiltakene som skal sikre kvaliteten på tjenesten ulikt meningsinnhold (Øgar, 2008). Noe som videre kan medføre motstridende argumenter til et og samme tiltak, med ulike krav og forventninger til kvalitetssikringen. Begrepene kvalitet og kvalitetssikring er begrep med stor tyngde, de viser til noe positivt og viktig for tjenesten. Dermed kan det være vanskelig å argumentere imot tiltak som blir beskrevet som en kvalitetssikring. Som helsesøsteren som sier at det kanskje kan være feil å tenke at arbeidet blir lettere når en låser seg til et spørreskjema, får mindre betydning sammenliknet med de positive

sidene. De positive sidene som beskrives som en kvalitetssikring veier da tyngre enn de negative sidene kartleggingsverktøyene kan medføre, som at en låser seg, eller bli for avhengig av et kartleggings skjema i møte med brukerne. Utfordringene med kvalitetsbegrepet er når begrepet blir brukt uten en overordnet felles faglig definisjon av hva tjenesten ilegger begrepet. For selv om noe blir fremhevet som kvalitet, er det nødvendigvis ikke alltid tilfellet. Ersvik (2012), tidligere leder av LaH, hevdet at et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ville bidra til økt kvalitet i helsesøstrenes arbeid. Dette ved å innføre tydelige faglige anbefalinger, samtidig som en vurderer hva som vil være en faglig og etisk god praksis. Selv om et kartleggingsverktøy blir anbefalt som et godt arbeidsverktøy, vil det nødvendigvis ikke bety at det arbeidsverktøyet vil være det beste for tjenesten (ibid.).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) viser til ulike krav som samlet sett må oppfylles for å kunne oppnå god kvalitet i helsetjenestene. Et av kravene er at tjenestene skal utnytte ressursene på en god måte. Som helsesøstre beskriver er det mer tidkrevende å bruke et kartleggingsverktøy. Dermed vil bruken medfører en omorganisering av den tiden en har tilgjengelig for en konsultasjon, som videre kan bety at en har mindre tid til å snakke om andre forhold utenfor kartleggingsverktøyet's fokusområde. Helsesøstre i studien erfarte at dette ikke var et problem siden konsultasjonstiden var økt. Samtidig vil det alltid være noe som må vike når noe annet tar større plass. Persson mfl. (2006) viser til at helsesøstre i deres studie opplevde at kartleggingsverktøyet gav dem en mer strukturert og systematisert måte å jobbe på. Dette var også noe helsesøstre i denne studien erfarte. Dermed kan en hevde ressursene utnyttes godt når kartleggingsverktøyene effektiviserer og strukturerer arbeidet på helsestasjonen.

Et annet krav fra Sosial- og helsedirektoratet (2005) er at tjenestene skal være virkningsfulle. Som helsesøstre beskriver, både i min studie og i studien til Vikan og Andersen (2014), oppdages like mange avvik med kartleggingsverktøy som uten. Samtidig var det sprikende erfaringer tilknyttet dette, der noen helsesøstre opplevde at flere avvik ble avdekket som følge av ulike kartleggingsverktøy, samtidig som verktøyene satte et større fokus på ulike problemstillinger. Samtidig kan en på den annen side stille seg undrende til om ressursene på helsestasjonen utnyttes på en god

måte når en ikke alltid kan påstå at et kartleggingsverktøy er effektivt. Som det fremkommer av rapporten til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005) vil et lite effektivt kartleggingsverktøy medføre lengre køer til hjelpeapparatet, samt gå utover andre ressurs- og arbeidskrevende oppgaver på helsestasjonen.

Sosial- og helsedirektoratet (2005), viser også til at tjenestene skal være trygge. Når noen helsesøstre opplevde kartleggingsverktøyene som virkningsfulle, mens andre ikke gjorde det, er det et spørsmål om verktøyene da er trygge nok til å brukes i arbeidet. Som helsesøster jobber en i stor grad selvstendig, der en tar til dels selvstendige valg og vurderinger, noe som videre tilsier mulighet for ulik bruk av verktøyene selv om de er standardiserte. Som Nilsen mfl. (2014) viser i sin studie tolket helsesøstrene spørsmål og svar forskjellig i kartleggingsverktøyet de brukte, samtidig som helsesøstrene kunne plukke ut deler av kartleggingsverktøyet for å tilpasse kartleggingen til den enkelte bruker. På bakgrunn av ulike tolkninger og ulik bruk av verktøyene kan en stille seg undrende til om kartleggingsverktøy tilfører tjenesten god nok kvalitet ved å være trygge i bruk.

Som en del av kvalitetssikringen beskrev helsesøstrene at kartleggingsverktøyene gav dem en trygghet. Denne tryggheten kan relateres til helsesøstrenes sykepleiefaglige bakgrunn. Som sykepleier er prosedyrer og kartleggingsverktøy en fast del av arbeidshverdagen. Prosedyrer blir brukt både for ens egen sikkerhet, for pasientens sikkerhet, samt for å sikre at arbeidet er faglig forsvarlig. Selv om en har kort eller lang erfaring, vil det være en trygghet at alle bruker den samme nye forskningsbaserte kunnskapen som de ulike prosedyrene skal inneholde. Som helsesøster har en et bredt spekter av kunnskap innenfor flere temaer og det vil dermed være naturlig å føle seg utrygg på noen felt som en sjeldent møter, eller som oppleves vanskelig og utfordrende. Samtidig hevdet Benner (1995) at ulike prosedyrer ofte ville komme til kort i menneskelig interaksjon. Dette beskrev hun ved at ulike personer krevde ulike tilnæringsmåter, selv om de teoretisk var i samme situasjon. Benner (1995) viser videre til fem ferdighetsnivåer innenfor sykepleiens kompetanseutvikling som kan relateres til helsesøstrenes følelse av trygghet ved bruk av kartleggingsverktøy. Benner (1995) forklarte en uten erfaring var avhengig av veiledning og støtte for å kunne

utvikle seg fra nybegynnerstadiet til nivå fem, der en er ekspert innenfor sitt felt. Tryggheten helsesøstrene beskriver ved bruk av kartleggingsverktøy kan forklares ved at en har blitt for avhengig av ulike prosedyrer for å føle en gjør en sikker og faglig god jobb, slik at en ikke klarer å gi slipp på det første kompetansenivået slik Benner (1995) forklarer. Selv om en har den faglige kunnskapen kan en være redd for å gi slipp på tryggheten prosedyrene medfører. Denne tryggheten kan samtidig være falsk. En kan lene seg på verktøyene i god tro, samtidig som det vil være fare for at helsesøstrene tolker kartleggingsverktøyene ulikt (Nilsen et al., 2014), noe som vil gi en falsk trygghet på at alle gjennomfører kartleggingen tilsvarende.

På den annen side beskrev informantene et behov for å evaluere og oppgradere kartleggingsverktøyene de brukte for å opprettholde god kvalitet i tjenesten. Dette på grunn av at kartleggingsmaterialet kunne medføre misforståelser og frustrasjon blant brukerne. Det kunne være vanskelige ord og bilder brukt i kartleggingsmaterialet, eller foreldre som gav uttrykk for at de savnet flere svaralternativer i skjemaene de skulle fylle ut. Noen helsesøstre reflekterte da over risikoen for falske negative svar om skjemaene ble misforstått og mente det var viktig å være kritisk til kartleggingsverktøyene. En av helsesøstrene sa;

«Det er fort at ting bare kjøres inn i systemet, også holder vi på med det, men det å løfte det litt opp, se tilbake, hvorfor gjør vi det og har det en virkning, og hva ønsker vi å oppnå, det tror jeg er viktig når vi holder på med så mange skjemaer og verktøy».

Disse beskrivelsene og dette utsagnet kan forstås slik at kartleggingsverktøyene i begrenset grad blir evaluert og oppgradert, siden det gis uttrykk for et behov for nettopp dette. Noe som videre medfører at kartleggingsverktøyene ukritisk blir en del av systemet. Helsesøstrenes refleksjoner tilknyttet evaluering viser til en etiske forpliktelse om å gi befolkningen en så god tjeneste som mulig. Som Øgar (2008) beskriver oppnås denne forpliktelsen gjennom evaluering og forbedring. Samtidig kreves det en lik forståelse av hva kvalitet og kvalitetssikring innebærer, for å få nødvendig gjennomslagskraft til forbedring og endret praksis (Øgar, 2008). Helsesøstrenes kritiske refleksjoner til bruken av kartleggingsverktøyene, som å stille spørsmålsteget til hvorfor en kartlegger, hvilken virkning det gir og hva en ønsker å oppnå, vil være en styrke for

helsesøstrenes arbeid. Gjennom en åpen, spørrende og selvkritisk holdning til måten arbeidet utføres på kan en observere hva en er en del av, samt ta lærdom av og eventuelt endre praksisen.

Kvalitetsforbedring foregår oftest der det kan oppstå feil eller misnøye mellom tjenesten og brukerne (Øgar, 2008). I dette tilfellet vil en eventuell endring kunne stå mellom hva en vektlegger som viktigst, den hjelpen, støtten og tryggheten verktøyene tilfører helsesøstre, eller eventuell misnøye og feiltolkning fra brukernes side. Om evaluering prioriteres som en viktig del av arbeidet og hvordan en eventuell evaluering gjennomføres, vil videre ha betydning for helsesøstrenes arbeid. Økonomi spiller også en rolle i debatten tilknyttet helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy, ved at effektivisering og forebygging har en samfunnsøkonomiske gevinst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), noe som kan bidra til at kvalitet i den sammenheng blir et mindre prioritert begrep (Øgar, 2008). Samtidig som det er et politisk ønske å sikre kvaliteten på helsestasjonene gjennom standardiserte kartleggingsverktøy (Kunnskapsdepartementet, 2006).

Fare for falske negative svar ble fremhevet av helsesøstre som en mulig konsekvens ved bruken av kartleggingsverktøy, noe som samsvarer med rapporten fra kunnskapssenteret (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Det vises også til at kartleggingsverktøy kunne gi ubegrunnet bekymringer til foreldrene (Handeland, 2015), noe som kan bety misvisende eller avvikende resultater av kartleggingsverktøyene til det som er reelle resultater og vurderinger. Denne mulige konsekvensen og slike ubegrunnede bekymringer ble også drøftet for 10 år siden (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005), der det var etiske utfordringer tilknyttet kartleggingsverktøy på grunn av mangelfull dokumentasjon på om kartleggingsverktøyene medførte mer nytte enn skade. En slik etisk diskusjon ser fortsatt ut til å være aktuell, samtidig som det også vil være uetisk å ikke bruke kartleggingsverktøy som kan føre til at flere barn som har behov for hjelp blir oppdaget. Som Hansen og Jacobsen (2008) hevdet vil det være et større problem om barn med behov for videre oppfølging ikke blir fanget opp av hjelpeapparatet i det hele tatt, til tross for at kartleggingsverktøy vil gi falske funn.

4.1.2 Individuell og helhetlig vurdering

En individuell og helhetlig vurdering av barna ble påpekt av informantene som svært viktig når de brukte standardiserte kartleggingsverktøy. Helsesøstrene forklarte verktøyene gav dem et bilde av barnet der og da, men at det nødvendigvis ikke var den hele og fulle sannheten. I enkelte tilfeller så en helt vekk fra kartleggings skjemaet om barnet fikk en feilaktig skår, eller en tilpasset verktøyet til det enkelte barnet ved å plukke ut deler av kartleggingsverktøyet. Helsesøstrene opplevde også at skjemaene noen ganger kunne ta for stor plass, ved at en gav kartleggingsresultatene for stor betydning i den totale vurderingen av barnet. En ble bekymret som helsesøster, foreldrene ble bekymret og en satte i gang ulike prosesser som etter hvert viste seg unødvendig, barnet trengte ofte bare litt ekstra tid. Det ble ofte forklart til foreldrene at det var normalt og ikke noe galt, om barnet ikke nådde opp til alle kravene i et kartleggingsverktøy. Helsesøstrene opplevde også at de kunne mistet den individuelle vurderingen av barnet om en ukritisk brukte ulike kartleggingsverktøy. En av helsesøstrene sa;

«Vi risikerer å få et for snevert blikk gjennom all kartlegging, jeg tror vi glemmer litt den store normalvariasjonen. Barna er jo ulike, det må vi ikke glemme».

Gjennom disse beskrivelsene og dette utsagnet forstår jeg helsesøstrene slik at de kommer i konflikt mellom en helhetlig og en reduksjonistisk tenkning når de bruker kartleggingsverktøy, der begge disse tenkningene er en del av deres sykepleiefaglige og naturvitenskapelige tradisjon (Hammerlin & Larsen, 1997; Thornquist, 2003). På den ene siden har de en individuell og helhetlig vurdering av barnet, der kartleggingsverktøyene ses på som en del av den totale vurderingen, samt tar høyde for en stor normalvariasjon. Dette viser til en holistisk tenkning (Hammerlin & Larsen, 1997), der en i dette tilfellet ikke kan forstå eller forklare barnets situasjon uten en sammenhengende helhetlig vurdering. Helsesøstrenes refleksjoner samsvarer også med Vogt (2008) sine beskrivelser av at kartlegging bør fange opp flere sider, både styrker og svakheter, gjennom et sett av ulike metoder i tillegg til resultatene gitt av kartleggingsverktøyet. På den annen side viser helsesøstrene til en mulighet for å miste det individuelle når alle kartlegges likt. Samtidig som en risikerer et snevert blikk gjennom kartleggingsverktøyenes avgrensede fokusområde. En ser her den

reduksjonistiske tenkningen komme til syne, der helheten blir forklart ut fra dens enkelte deler (Thornquist, 2003). Dette kan være en utfordring for helsesøstrene siden de påpekte at de ikke måtte glemme at barn er ulike til tross for de standardiserte kartleggingsverktøyene. Selv om helsesøstrene har kunnskap om et barns normalutvikling favner bredt, medførte bruken av kartleggingsverktøy en risiko for å miste dette av syne. Som Pettersvold og Østrem (2012) beskriver jakes det på det «normale» barnet når en bruker kartleggingsverktøy, der friske barn står i fare for å sykeliggjøres. Dersom den helhetlige vurderingen blir overstyrt av et mer avgrenset og standardisert fokusområde vil det kunne bety at helsesøstrene mister det grunnleggende menneskesynet de har fra sin sykepleiefaglige bakgrunn, som den holistiske tenkningen (Hammerlin & Larsen, 1997). Samtidig kan en risikerer å ikke oppdage de barna som har behov for videre oppfølging dersom en ikke snevrer inn blikket på enkelte områder som kan være skadelig for barnets helse og trivsel. Om en dermed risikerer unødige bekymringer, må det kanskje være prisen en må betale.

En individuelt tilpasset vurdering der helsesøstrene tilpasset kartleggingsverktøyet til det enkelte barnet, eller valgte å ikke bruke verktøyet i det hele tatt for å få et mest mulig riktig vurderingsgrunnlag, samsvarer med forskningsresultatene til Nilsen mfl. (2014). Dette kan tolkes som et forsøk på å redusere det begrensede fokuset et kartleggingsverktøy kan ha, samtidig som en opplever fordeler ved kartleggingsverktøyene en ikke ønsker å gi slipp på. En slik praksis kan påvirke kvaliteten i tjenesten, ved at helsesøstrene tolker og bruker kartleggingsverktøyene ulikt. Samtidig som en kan stille seg undrende til om en individuell vurdering kan kombineres med et standardisert kartleggingsverktøy. Som helsesøstrene i studien til Nilsen mfl. (2014) erfarte styrte kartleggingsverktøyene helseundersøkelsen, noe som medførte at helsesøstrene distanserte seg fra egen fagutøvelse og veiledet mindre. Dette kan videre tilsi at det ikke lar seg kombineres med et standardisert kartleggingsverktøy og en individuell og helhetlig vurdering.

Nilsen mfl. (2014) forklarer helsesøstrene ble styrt av en plikt og lojalitet overfor arbeidsgiver, og dermed brukte kartleggingsverktøyene selv om de erfarte ulike utfordringer med bruken. På samme måte kan en forstå helsesøstrenes behov for å

informere foreldrene om at kartleggingsverktøyene ikke alltid stemmer overens med helsesøstrenes faglige og helhetlige vurdering av barnet, som en plikt og lojalitet overfor brukerne. En kan også forstå det slik at helsesøstre i noen tilfeller måtte bortforklare resultatene de fikk av kartleggingen, siden kartleggingsresultatene kunne skape bekymringer som ikke alltid stemte overens med helsesøstrenes helhetlige vurdering. Disse beskrivelse samsvarer med forskningsresultatene til Nilsen mfl (2014), der helsesøstre opplevde noen av spørsmålene i kartleggingsskjemaene som så dårlige at de måtte unnskyldte seg med å si at de var pålagt å spørre. En ser her at helsesøstre kan komme i et dilemma mellom en plikt overfor arbeidsgiver til å bruke kartleggingsverktøyene, og en plikt overfor brukerne om å informere om barnets normalvariasjon, samt unnskyldte bruken for å unngå unødige bekymringer.

Selv om kartleggingsverktøyene kan snevre inn rammene rundt det som blir vurdert som normalt, vil en gjennom en helhetlig vurdering se at verktøyene bare gir en pekepinn på hvor barnet bør være i utviklingen på et gitt tidspunkt, som helsesøstre beskriver ved at verktøyene gav dem et bilde av barnet der og da. Det blir et hjelpemiddel som gir et vurderingsgrunnlag for det videre arbeidet. Samtidig som en unngår en vente-å-se-holdning (Handeland, 2015; Rygvold, 2001), som kan være mer skadelig enn om en feilaktig tolker noe som et avvik og skaper unødige bekymringer.

4.1.3 Stole på egen kunnskap

Informantene opplevde det var lett å lene seg på kartleggingsverktøyene de brukte, og fryktet det kunne gå på bekostning av en mer selvstendig vurderingsevne. En av helsesøstre mente det var desto viktigere å stole på egen faglighet når en brukte ulike kartleggingsverktøy. Det å stole på egen kunnskap og egen vurderingsevne fremhevet hun som svært viktig. Hun forklarte at den kunnskapen en lærte på skolen og den kunnskapen en fikk gjennom erfaring, ikke måtte få mindre betydning selv om en brukte et kartleggingsverktøy. Det ble forklart det ikke måtte bli slik at en ikke kunne, eller ikke følte seg kompetent til å vurdere barna om en ikke hadde et kartleggingsverktøy som utgangspunkt. På helsestasjonen hvor hun jobbet var de blitt tilbudt et kartleggingsverktøy som de hadde takket nei til, og hun sa;

«De fleste [informantens kollegaer] har inntrykk av at vi, uten å bruke det kartleggingsverktøyet, gjør de samme vurderingene uten verktøyet, fordi det er jobben vår, vi gjør de vurderingene vi skal gjøre fordi vi har kunnskap om det som helsesøstre. Vi vet hva vi skal se etter uten at det trenger å være et kartleggingsverktøy som utgangspunkt, så jeg tror vi helsesøstre må stole på den kunnskapen vi har».

Med disse beskrivelsene kan en forstå helsesøstrene slik at de vet hva de skal se etter i en konsultasjon og de vet de har kunnskap til å vurdere det de ser, samtidig som det kan være vanskelig å stole på egen kunnskap når en har kartleggingsverktøy tilgjengelig som hjelp og støtte. Kartleggingsverktøy kan lett bli styrede i en konsultasjon (Nilsen et al., 2014), noe som videre kan bety at helsesøstrene tillegger kunnskapen i kartleggingsverktøyene større gyldighet enn den kunnskapen de selv sitter med i kraft av sin utdanning. Samtidig som det gis uttrykk for at en som helsesøster har tilstrekkelig kunnskap om ulike risikofaktorer på grunnlag av den kunnskapen de har gjennom sin utdanning (Braarud, 2007). Det kan allikevel se ut som om funnene i rapporten til Braarud (2007) ikke er overførbar til alle helsesøstre i alle sammenhenger.

På den annen side får en som yrkesutøver en stor del av sin kunnskap gjennom de utfordringene og nye situasjonene en erfarer i det daglige arbeidet, sammenliknet med den kunnskapen en tilegner seg gjennom skole og utdanning (Säljö, 2001). Samtidig kan ulike kartleggingsverktøy i dette tilfellet se ut til å gi motsatt effekt, ved at en gjør seg selv avhengig og lener seg i for stor grad på verktøyene for å kunne føle en gjør en faglig god jobb. Dermed lærer en ikke noe av sin erfaring, men må holde fast på verktøyene for å føle at en ikke mister noe. Som Benner (1995) forklarer vet en gjennom erfaring hvordan en skal tolke og handle i en gitt situasjon. Når en bruker kartleggingsverktøy som en systematisert og standardisert tilnærming vet en dermed ikke lenger hvordan en skal handle ut fra erfaring, på grunn av at en må ha verktøyene tilgjengelig for å føle en gjør en faglig god jobb. Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy samsvarer da med beskrivelsene til Benner (1995), om at ulike prosedyrer og verktøy kunne gi en negativ effekt på yrkesutøverens kompetanse.

Dersom en lener seg på ulike kartleggingsverktøy i for stor grad kan det også medføre at en ikke oppdaterer seg faglig på områder en bruker et kartleggingsverktøy på, fordi en bare stoler og støtter seg på kunnskapen i verktøyene. Den forskningsbaserte kunnskapen i kartleggingsverktøyene kan dermed få større betydning enn den forskningsbaserte og erfaringsbaserte kunnskapen helsesøstrene utfører i kraft av sin profesjonelle yrkesutøvelse. Det kan også se ut til at helsesøstrene risikerer å sette egen kunnskap til side når kartleggingsverktøy blir presentert og anbefalt til bruk. Dermed vil helsesøstrenes arbeid ikke kvalifisere for definisjonen til Kunnskapssenteret (2014), der kunnskapsbasert praksis innebærer å ta beslutninger basert på god og relevant forskningsbasert kunnskap, som videre ses i sammenheng med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, samt tilpasses den aktuelle situasjonen. Helsesøstrenes arbeid inkluderer dermed ikke den erfaringsbaserte kunnskapen i like stor grad som det denne definisjonen tilsier. Den kunnskapen helsesøstrene får gjennom erfaring er en viktig del av den totale kunnskapen, og vil dermed kunne bidra til å argumentere for eksisterende praksis som gir grunnlag for videre refleksjon og endring (Glavin & Økland, 2007). Dermed vil det være viktig å ikke miste denne kunnskapskilden i det daglige arbeidet, selv om kartleggingsverktøy blir brukt. Spesielt når det vises til at helsesøstrene distanserte seg fra egen fagutøvelse når de brukte kartleggingsverktøy (Nilsen et al., 2014), noe som videre setter argumenter for at bruken av kartleggingsverktøy er en kvalitetssikring på prøve. Samtidig som helsesøstrene i studien til Nilsen mfl (2014) viser til at de ble styrt av plikt og lojalitet overfor arbeidsgivers anbefalinger og bestemmelser om å bruke kartleggingsverktøy. Dette kan være en av årsakene til at kartleggingsverktøyene blir styrende i konsultasjonen, der en ut fra en plikt bruker ulike kartleggingsverktøy.

Som helsesøster, med en sykepleiefaglig bakgrunn, bærer en med seg en positivistisk tradisjon der en ser på sikker kunnskap ut fra hva som kan telles, veies og måles (Thornquist, 2003). Dette kunnskapssynet kan relateres opp mot helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy, der en bruker ulike skåringssystemer til å vurdere brukernes helse og utvikling. Som drøftet tidligere kan denne tenkningen komme i konflikt med helsesøstrenes holistiske tenkning, der en ser på sikker kunnskap ut fra et helhetlig og subjektivt perspektiv (Thornquist, 2003). Som helsesøstrene forklarte tilknyttet deres

individuelle og helhetlige vurdering er bruken av kartleggingsverktøy bare en del av den totale vurderingen, dermed vil en positivistisk tenkning bare være en del av den totale helhetlige tenkningen. Noe som videre kan bety at disse to tradisjonene kan kombineres, selv om de kommer i konflikt med hverandre. Samtidig uttrykte helsesøstrene en bekymring for at kartleggingsverktøyene tok for stor plass i den total vurderingen, kunnskapen fra verktøyene ble vurdert som mer gyldig enn den kunnskapen en hadde i kraft av sin utdanning og erfaring, noe som kunne medføre en svekket tro på egen kunnskap og vurderingsevne. Dermed kan det på motsatt side tyde på at den positivistiske og holistiske tenkningen ikke kan kombineres når kartleggingsverktøy blir brukt, ved at det får en for stor negativ betydning for helsesøstrenes faglige kompetanse.

På den annen side er kartleggingsverktøyene ment som et hjelpemiddel i møte med brukerne, der helsesøstrene møter et bredt felt av ulike utfordringer. Selv om en som yrkesutøver er pliktig til å være faglig oppdatert og utøve kunnskapsbasert praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011), er det nødvendigvis ikke slik at alle oppdaterer seg innenfor feltet (Christiansen, Carlsten, & Jensen, 2009). Dermed kan ulike kartleggingsverktøy være en støtte i det praktiske arbeidet, siden eksperter innenfor det aktuelle feltet har utarbeidet verktøy i den hensikt å oppdage flest mulig barn som har behov for videre oppfølging. Denne støtten og denne hjelpen helsesøstrene får kan dermed være en verdifull tilføyelse til egen kunnskap, dersom en kombinerer begge kunnskapskildene til det beste for brukeren. Som det kommer frem av definisjonen til Kunnskapssenteret (2014), vil kunnskapsbasert praksis oppnås når en kombinerer både den erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap, slik at en setter egne erfaringer opp mot ny kunnskap.

Neumann (2008) forklarer gjennom sin studie hvorfor helsesøstre som ser så mange normale barn ikke alltid klarer å se at noe ikke er som det skal være. Dette blir beskrevet ved at en gjennom ulike forklaringer, ignorerer eller forvrenger det en ser, slik at det som er avvikende blir tolket som normalt under de omstendighetene en er i. Neumann undret seg dermed over om en som helsesøster hadde den kunnskapen og det handlingsrommet som var nødvendig for å kunne fange opp de barna som hadde behov for ekstra oppfølging (ibid.). Dette tilsier at kartleggingsverktøy dermed kan være til

hjelp, samt tilføre helsesøstrene den ekstra kunnskapen de trenger for å kunne fange opp de barna som har behov for ekstra oppfølging. Samtidig som det også kan bety at helsesøstrene noen ganger fanger opp atferd eller utvikling som kan tolkes som avvikende, men som ikke er det, eller motsatt, selv om en bruker et kartleggingsverktøy. Uansett om helsesøstrene bruker et kartleggingsverktøy, eller ikke, vil de etter Neumann (2008) sine forklaringer dermed tolke og vurdere de resultatene de finner til det som måtte passe under de omstendighetene barnet er under der og da.

4.1.4 Oppsummerende refleksjoner

Som empirien her viser har helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy betydning for deres faglige kompetanse på flere områder. Helsesøstrene beskriver at kartleggingsverktøyene gir tjenesten noe positivt i form av kvalitetssikring, der en på et organisasjonsnivå ønsker effektiv og systematisk jobbing med standardiserte metoder og verktøy. Noe som videre gir helsesøstrene en personlig trygghet på at de utfører en faglig god jobb. Samtidig som det blir beskrevet at kartleggingsverktøyene utfordrer helsesøstrenes forventninger og krav til egen rolle om å møte brukerne på en individuell og helhetlig tilnæringsmåte. Dette tilstrebes ved å tilpasse verktøyene til brukernes individuelle behov, samtidig som de erfarer utfordringer ved å kombinere standardiserte verktøy med en individuell og helhetlig tilnæringsmåte. Dette påvirker videre helsesøstrenes syn på egen faglighet, der kartleggingsverktøyene risikerer en svekket tro på egen kunnskap og vurderingsevne. Helsesøstrene erfarte resultatene fra kartleggingsverktøyene kunne bli tillagt en større gyldighet enn egen kunnskap og vurderingsevne. Dette ved at en støttet seg på verktøyene i så stor grad at egen kunnskap ble satt til side. Samtidig kan den kunnskapen og erfaringen kartleggingsverktøyene gav helsesøstrene være en verdifull tilføyelse til egen kunnskap, dersom det blir en tilføyelse og ikke en erstatning.

Dette viser at det er flere faktorer som påvirker hverandre. Jeg opplever at helsesøstrene etterstreber å jobbe mest mulig faglig korrekt ved å bruke anbefalte og godkjente kartleggingsverktøy i sitt arbeid, samtidig som de opplever at verktøyene ikke alltid gir den korrekte vurderingen av barnet. Selv om kartleggingsverktøyene er ment som et hjelpemiddel, oppleves det allikevel at verktøyene kan ta for stor plass i den totale

vurderingen. En tillegger kartleggingsresultatene for stor verdi, noe som videre skaper unødige bekymringer. Helsesøstrene står dermed i et dilemma mellom krav og forventninger om å jobbe systematisert og standardisert, mot krav og forventninger om en individuell og helhetlige tilnærming. Utfordringen blir å kombinere disse kravene og forventningene mot et felles mål om å jobbe helsefremmende og forebyggende med den hensikt å oppdage flest mulig barn som har behov for videre oppfølging.

4.2 Helsesøsters relasjon til brukerne

En god relasjon til barnet og barnets foreldre ble fremhevet som viktig for å kunne gjennomføre kartleggingen. Dette på grunn av at kartleggingsverktøyene bidro til å bevisstgjøre foreldrene, som videre gjorde foreldrene lettere mottakelige for veiledning. Kartleggingsverktøyene ble også beskrevet som en inngangsport for å snakke om vanskelige og ømfintlige temaer, samtidig som det ble reflektert over at verktøyene ikke måtte bli for styrende i samtalen.

4.2.1 Barnet i fokus

Samtlige helsesøstrene opplevde at foreldrene ble mer bevisstgjort barnets utvikling gjennom kartleggingsverktøyene, som videre gjorde det lettere å nå frem med tilpasset veiledning, samt jobbe mer målrettet med den aktuelle problemstillingen. Foreldrene ble beskrevet som stolte når barnet kom positivt ut av kartleggingen, samtidig som de kunne bli bekymret dersom barnet fikk en lav skår. En av helsesøstrene sa;

«Det blir mer tydelig for foreldrene når vi bruker et kartleggingsverktøy, de ser da ofte noe ved barnet de ikke har tenkt over før. De er liksom der vi er, vi får det samme fokuset».

Gjennom disse beskrivelsene kan en forstå det slik at kartleggingsverktøyene bidrar til å rette fokusert mer direkte mot barnet, foreldrene blir bevisst barnets utvikling som videre gjør dem mer mottakelige for veiledning. Disse beskrivelsene samsvarer med erfaringene fra KVIK-prosjektet (Handeland, 2015), der det ble beskrevet at kartleggingsverktøyene bidro til å bevisstgjøre foreldrene samtidig som det kunne skape unødvendige bekymringer. En viktig forutsetning for veiledning er at foreldrene er

veiledbar, noe som innebærer å møte dem der de er, samt lytte til deres behov for veiledning (Tveiten, 2007). Veiledningen skal videre bidra til oppdagelse, bevisstgjøring, læring og eventuell endring (ibid.). Selv om helsesøstrene opplevde at foreldrene ble mer mottakelig for veiledning når kartleggingsverktøy ble brukt, trenger det nødvendigvis ikke alltid være tilfellet. Dette siden kartleggingsverktøyene setter et utgangspunkt for veiledningen ut fra et på forhånd definert tema som kartleggingsverktøyet representerer, og ikke ut fra hva foreldrene måtte ha behov for veiledning på i det aktuelle tidspunktet. Selv om en ønsker å bevisstgjøre foreldrene, samt invitere dem inn i et felles fokusområde, kan en risikere at den bevisstgjøringen bare blir et ønske fra helsesøsterens side og ikke en reell situasjon fra foreldrenes side. Dette ved at en inviterer foreldrene mer eller mindre ufrivillig inn i et tema de nødvendigvis ikke har behov for å snakke om der og da. Dermed står en i fare for at foreldrene ikke får det veiledningsutbyttet helsesøsteren ønsker de skal ha. På den annen side er det nettopp en slik bevisstgjøring noen foreldre kan ha behov for, og vil dermed ha et godt utbytte av den veiledningen de får i etterkant av kartleggingen. Noen foreldre kan ha behov for å bli gjort oppmerksom på en eventuell skjevutvikling i et barns liv, eller bli veiledet på andre områder. For noen kan et ferdig definert svaralternativ være positivt for å komme i gang med en samtale og til å sette ord på tanker, samtidig som en kan bli mer bevisst noe når en ser det konkret på et skjema. Samtidig kan denne fremgangsmåte føre til frustrasjon og oppgitthet hos en annen bruker, der disse ferdigdefinerte svaralternativene skader selvstendige refleksjoner og beskrivelser. Dette viser til at kartleggingsverktøyene kan være en fordel for noen, samt en ulempe for andre, der en individuell og helhetlig tilnæringsmåte bør etterstrebes i møte med alle barn og deres foreldre.

Veiledning, som er en sentral del av helsesøsters arbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), er også et viktig middel i empowerment prosessen (Tveiten, 2007). Empowerment er et sentralt begrep i helsesøsters helsefremmende og forebyggende arbeid, og vokse frem som en motsats til den ekspertstyrte biomedisinske helsemodellen (Gjernes, 2004). Samtidig som helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy, der en gjennom verktøyene ønsker å bevisstgjøre, samt styre foreldrene i riktig retning, står i fare for å underbygge egen tro på empowerment tenkningen. Hadde empowerment

tenkningen vært mer tydelig, ville trolig veiledning også vært tydeligere i en kartleggings situasjon.

Samtidig beskrev informantene at barna noen ganger kunne få et for stort negativt fokus gjennom kartleggingsverktøyene, der det ble fokusert på hva barnet mestret og ikke mestret. En av helsesøstrene opplevde barna noen ganger kunne følte seg testet og da ble stresset av situasjonen, de gikk i vranglås og ville ikke delta når helsesøsteren prøvde å lure frem noen ord eller handlinger. Hun opplevde barna dermed kunne underprestere. En annen helsesøster beskrev også liknede hendelser og mente en som helsesøster måtte rette fokuset mer mot det positive i situasjonen. En av helsesøstrene sa;

«Vi må ikke gjøre kartleggingen til en nederlagsopplevelse, eller fremstå som en kontrollerende instans som gjør helsestasjonen til noe negativt for barnet og foreldrene».

Gjennom dette utsagnet kan en forstå det slik at kartleggingsverktøyene kan gi en kontrollerende negativ opplevelse. Helsesøstrenes sentrale funksjon i å fange opp tidlige signaler på mistrivsel, utviklingsavvik og skade (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), kan fremstå som overvåkning og kontroll, og da kanskje spesielt når en bruker kartleggingsverktøy med ulike skjemaer som skal fylles ut. Om det fokuseres mer på forsinket utvikling, samt hva barnet ikke mestrer, fremfor barnets positive sider og mestringsområder er det større mulighet for at kartleggingen og kartleggingsverktøyet gir negative assosiasjoner for brukerne. Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy kan medføre at en sykeliggjørende risikoleting overtar helsesøstrenes helsefremmende ressursfokusering (Ersvik, 2012). Samtidig som helsesøstrene skal fange opp tidlige signaler på mistrivsel og utviklingsavvik, skal de også bidra til mestring og styrking av forelderrollen (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Dermed vil helsesøsters tilnæringsmåte ha stor betydning for om det oppleves som en nederlagsopplevelse eller ikke. Gjennom den salutogene modell bidrar en til at individet mestrer situasjonen, ved å rette oppmerksomheten mot individets mestringsressurser (Antonovsky, 1987). Dersom en har et for stort fokus på hva barnet ikke mestrer gjennom ulike kartleggingsverktøy, kan en bidra til at situasjonen oppleves som et nederlag. For at

foreldrene skal få en opplevelse av sammenheng i situasjonen hvor en utsettes for noe som kan oppleves som et nederlag, må situasjonen videre kunne settes i en meningsfull sammenheng. Noe som er sentralt innenfor den salutogene modell (Lindstrøm & Eriksson, 2005). Dette forutsetter at helsesøster gjennom veiledning, råd og informasjon gir barnet og barnets foreldre en forståelse av situasjonen, bidrar til at de finner en mening med situasjonen, samt bidrar til at de kan håndtere situasjonen på en best mulig måte (Antonovsky, 1996; Lindstrøm & Eriksson, 2005).

Helsesøstrenes beskrivelser av at barna noen ganger kunne føle seg testet, kan forklares på måten en kommuniserer med barna på. Øvreeide (2009) viser til to ulike grunnmodeller i samtale med barn, der den innordnende samtalen kan oppleves som en test for barna. Det kan være en viss tilfeldighet i om barnet engasjeres eller ikke i samtale med den voksne (Øvreeide, 2008), noe som både kan forklares gjennom helsesøsterens tilnæringsmåte og barnets atferd og temperament (Smith & Ulvund, 2004). Samtidig kan en oppnå en bedre kommunikasjon gjennom en dialogisk samtale. Gjennom denne samtaleformen blir barnet støttet av en kjent voksen som aktivt bistår samtaleleder (Øvreeide, 2009). Det kontrollerende forholdet bli mindre tydelig, og en trygger barnet ved å la foreldrene være dets trygge base. En kan dermed unngå at kartleggingssituasjonen oppleves som en nederlagsopplevelse, både for barnet og for barnets foreldre.

4.2.2 Inngangsport for samtale

Samtlige informanter beskrev de ulike kartleggingsverktøyene som en inngangsport for å snakke om ulike temaer og problemstillinger. Spesielt var verktøyene til god hjelp når det skulle snakkes om vanskelige og ømfintlige temaer, som atferdsproblemer eller mors psykiske helse. En av helsesøstrene forklarte det var bedre å snakke om ømfintlige temaer gjennom systematiserte og standardiserte kartleggingsverktøy for å unngå at noen følte seg mistenkeliggjort, ble fornærmet, eller i verste fall ikke fikk den hjelpen de trengte. En av helsesøstrene sa;

«Det blir mer tydelig, det blir mer direkte, de svarer mer direkte når vi, ved hjelp av kartleggingsverktøyet, stiller mer direkte spørsmål».

Med disse beskrivelsene kan en forstå helsesøstrene slik at kartleggingsverktøyene åpner opp for å starte en samtale direkte og tydelig, samtidig som det blir mer akseptabelt å stille utfordrende spørsmål til foreldrene når en kan forklare at det er rutinemessige spørsmål en stiller alle. Dermed vil en trolig lettere få beholde en god relasjon med brukerne, ved at foreldrene verken tar seg nær av spørsmålene eller blir oversett. Siden helsestasjonstjenesten er et frivillig tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), vil det være viktig å opprettholde en god relasjon slik at barna og barnas foreldre kommer tilbake. Samtidig kan en også trolig oppnå en god relasjon om det blir forklart hensikten med spørsmålene med en god faglig forklaring, både med og uten et kartleggingsverktøy som hjelpemiddel. Handeland (2015) beskriver også en god relasjon mellom helsesøster og foreldre på helsestasjonen som viktig for at kartleggingsverktøyene skulle tjene sin hensikt, samtidig som verktøyene gav helsesøstrene en inngangsport for samtale. Og som forskningsresultatene til Vikan og Andersen (2014) viser til, erfarte helsesøstrene at kartleggingsverktøyet EPDS gjorde det enklere å fokusere på mors psykiske helse i konsultasjonen.

Til tross for at et kartleggingsverktøy skal være et hjelpemiddel (Helsedirektoratet, 2011), kan det å bruke ulike verktøy og skjemaer i en samtale oppleves som kunstig og teknisk. Det blir en instrumentalistisk tilnæringsmåte, der et objektivt verktøy skal være utgangspunkt for et subjektivt og personlig møte. Som Lyngseth (2008) drøfter relatert til sine forskningsfunn, kan bruken av kartleggingsverktøy medføre at et barn blir observert som et objekt gjennom en instrumentell bruk av kartleggingsverktøyet. Dette kan sammenliknes med det Skjervheim (1972) beskrev som et instrumentalistisk mistak. Han kritiserte en positivistisk utvikling innen pedagogikken, der de tekniske og forskningsbaserte handlingene tok over de mer mellommenneskelige handlingene. Det medførte et uklart skille mellom handlinger rettet mot objekter og handlinger rettet mot personer, spesielt når det ble til en regel fremfor et unntak. Dette kan relateres opp mot helsesøstrenes standardiserte og systematiserte bruk av ulike skjemaer som et middel for å starte en samtale om noe som kan oppleves vanskelig å snakke om. Det å vise følelser, både for helsesøster og for brukerne, viser at en er menneskelig og at det vil være helt normalt at noe kan være vanskelig å snakke om, eller vanskelig å begynne å

snakke om. Dersom de menneskelige følelsene skal gjemmes bak ulike skjemaer og skåringssystemer beveger helsesøstrene seg bort fra en mellommenneskelig relasjon og over til en upersonlig og teknisk relasjon.

Systematiserte og standardiserte kartleggingsverktøy som gir helsesøstrene en inngangsport for samtale, viser til en tilnæringsmåte der en forhåndsdefinert ekspertkunnskap definerer hva som skal snakkes om på ett gitt tidspunkt. En slik tilnæringsmåte kan relateres til den biomedisinske helsemodellen, der individet gjennom kontroll og regulering ble et passivt objekt for den ekspertstyrte kunnskapen (Gjernes, 2004). En slik regulering innebærer også makt, der helsesøster har makt gjennom sin faglige kompetanse og myndighet. Noe som vil skape et asymmetrisk maktforhold (Nortvedt & Grimen, 2004), mellom helsesøster og barnets foreldre. Foreldrene blir styrt og kontrollert inn i en samtale, med forhåndsdefinerte spørsmål som skal svares med forhåndsdefinerte svaralternativer. Kartleggingsverktøyene gir dermed en inngangsport for samtale, eller et verktøy i samtale, men det blir da et spørsmål om verktøyet i større grad kan være til hjelp for helsesøsteren enn for foreldrene. Som gjennom Foucaults beskrivelser vil en slik relasjon bestå av et asymmetrisk kunnskapsproduserende forhold, der motparten ble gjenstand for observasjon for videre styring, kontroll og overvåking (Vågan & Grimen, 2008). Dermed er det den profesjonelle som styrer og kontrollerer samtalen, eller temaet for samtalen.

På den annen side beskrev informantene at det var viktig fokuset på verktøyet ikke overtok fokuset de skulle ha på barnet og barnets foreldre. En av helsesøstrene opplevde en noen ganger kunne glemme å spør foreldrene om det var noe de ønsket å snakke om når en brukte et kartleggingsverktøy. Det ble også reflektert over den totale mengden skjemaer foreldrene måtte forholde seg til, der en av helsesøstrene sa; «*vi kan nå holde igjen litt og få en god samtale allikevel*». En annen helsesøster sa;

«Jeg tror vi kan bli litt for opphengt i de skjemaene noen ganger, og det vil jo være forstyrrende for den gode samtalen».

En kan her forstå helsesøstrene slik at kartleggingsverktøyene kunne være så dominerende at det medføre at en overså behovet til barnet og barnets foreldre der og da. Helsesøster ble videre så opphengt i skjemaene slik at det forstyrret den gode samtalen de kunne hatt. En kan dermed hevde at kartleggingsverktøyene virker mot sin hensikt fra å være et hjelpemiddel og redskap for å snakke om ulike temaer, til å bli et forstyrrende element for den god samtalen. Som Benner (1995) beskrev kunne ulike prosedyrer komme til kort i en menneskelig interaksjon.

For at foreldrene skal få komme i posisjon til å utrykke sitt behov, bør en som helsepersonell respektere individets ansvar for egen helse, samt senke sitt kontrollbehov (Gibson, 1991). Dermed kan en gjennom empowerment sette i gang en prosess for barnets foreldre til å oppnå kontroll over situasjonen der de føler seg som betydningsfulle individer i møte med helsesøsteren, ikke som noen som blir styrt og kontrollert inn i en samtale eller et tema de ikke har behov for å snakke om der og da. Det å bli møtt med ulike kartleggingsverktøy kan også på en side virke betryggende, en får en faglig vurdering av barnet som ikke bare baseres på en enkelt helsesøsters vurderinger og kunnskapsgrunnlag. Med et kartleggingsverktøy kan en også risikere å ikke få snakket om temaer som er utenfor kartleggingsverktøyets fokusområde, som helsesøstrene beskriver ved at dette var noe som kunne glemmes. Helsesøstertjenesten har endret seg opp gjennom tiden fra å være en mer overvåkende instans (Paulsen, 1990), til å ha et større fokus på veiledning og mestring av foreldrerollen (Tveiten, 2007). Allikevel kan det se ut som om helsesøstertjenesten nå er under endring igjen, til å gå tilbake til sin mer kontrollerende og overvåkende funksjon, med mindre veiledning (Nilsen et al., 2014) og mer bruk av kartleggingsverktøy.

4.2.3 Oppsummerende refleksjoner

Som empirien her viser har helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy betydning for deres relasjon til brukerne. Helsesøstrene beskriver at kartleggingsverktøyene bidro til å bevisstgjøre foreldrene, som videre gjorde dem lettere mottakelig for veiledning. Samtidig som kartleggingsverktøyene også kunne ha et for negativt fokus på barna, der helsesøstrene opplevde at barna noen ganger kunne føle seg testet og ble stresset av situasjonen, som videre kunne gi en følelse av nederlag. Kartleggingsverktøyene ble

også beskrevet som en inngangsport for helsesøster til å starte en samtale eller snakke om noe som kunne oppleves som et vanskelig og ømfintlige tema. Samtidig som det ble reflektert over at verktøyene ikke måtte bli for styrende i samtalen, der en kunne glemme å spørre foreldrene hva de hadde behov for å snakke om.

Helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy, med en kontrollerende, ekspertstyrt fremtoning kan komme i konflikt med helsesøstrenes sentrale rolle som veileder der brukeren blir lyttet til i en likeverdig dialog, der brukeren selv er ekspert på seg selv og sitt liv. Helsesøsters veiledningsprosess, der en sikter mot økt bevisstgjøring og mestring, kan også komme til kort ved at kartleggingssituasjonen kan oppleves som en nederlagsopplevelse der en blir testet og kontrollert.

4.3 Helsesøsters tverrfaglige samarbeid

Helsesøstrene erfarte arbeidet på helsestasjonen ble mer synlig overfor andre yrkesgrupper når de brukte kartleggingsverktøy, de fikk noe håndfast å vise til som gjorde det mer legitimt å henvise videre. Samtidig erfarte helsesøstrene et økende press fra andre yrkesgrupper som mente helsesøstrene burde bruke flere kartleggingsverktøy. Helsesøstrene beskrev også et tett og godt samarbeid med barnehagene når språket til to og fire år gamle barn skulle kartlegges. Det ble beskrevet som et gjensidig samarbeid, samtidig som det ble stilt spørsmålstegn til om det fortsatt var nødvendig å kartlegge språket på helsestasjonen når det kunne gjøres i mer naturlige omgivelser i barnehagen.

4.3.1 Synliggjør arbeidet

Samtlige informanter beskrev arbeidet ble mer synlig overfor andre instanser og yrkesgrupper når ulike kartleggingsverktøy ble brukt. Dette siden argumentene for videre henvisning kom mer tydelig frem og var mer faglig begrunnet når de kunne vise til resultatene fra et kartleggingsverktøy. Det ble beskrevet at kartleggingsverktøyene bidro til å legitimere videre henvisning, samtidig som det gav en bekreftelse på at det var riktig å henvise. En av helsesøstrene sa;

«Vi får liksom noe å slå i bordet med, noe med litt tyngde. Når jeg skal henvisne et barn, til for eksempel fastlegen, blir det mer forståelig for han når jeg kan henvisne til resultatene fra kartleggingsverktøyet».

En kan her forstå helsesøstrene slik at kartleggingsverktøyene gav dem en etterlengtet støtte og bekreftelse som kunne brukes i det tverrfaglige samarbeidet, siden de beskriver at arbeidet ble mer synlige og de fikk mer faglig tyngde i samarbeid med andre instanser. Disse erfaringene stemmer overens med forskningsresultatene til Lyngseth (2008), som beskriver at kartleggingsverktøyet TRAS gav personalet faglig støtte i samarbeide med andre instanser. Handeland (2015) beskriver også at kartleggingsverktøyene gav helsesøstrene noe objektivt og håndfast for det videre arbeidet. Som jeg har drøftet tidligere, kan en også her stille seg undrende til om helsesøstrenes behov for bekreftelse og synliggjøring viser til en faglig usikkerhet. Dersom en mister troen på egen kunnskap gjennom bruk av kartleggingsverktøyene, kan en også bli usikker på om den kunnskapen en har er god nok i samarbeid med andre yrkesgrupper. Om en var trygg og sikker på ens vurderinger for videre henvisning, ville det ikke vært nødvendig å støtte seg på ulike verktøy for å få bekreftelse. Samtidig som veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), og ulike nasjonale faglige retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, 2007) gir helsesøster retningslinjer for når en skal henvisne et barn videre til andre instanser, kan en undre seg over om helsesøstrene ikke opplever disse retningslinjene som tydelige og velbegrunnede nok. Samtidig beskriver helsesøstrene ikke et absolutt behov for ulike kartleggingsverktøy i samarbeid med andre yrkesgrupper, men beskriver at deres vurderinger blir mer synliggjort. Synliggjøring av helsesøsters arbeid er også noe som vises til i studien til Clancy (2007), der helsesøstrene opplevde det som vanskelig å synliggjøre sitt arbeid utad. En følelse av å fremstå som mindre synlig kan være en bakenforliggende årsak til behovet for å støtte seg på ulike kartleggingsverktøy i det tverrfaglige samarbeidet. På den annen side kan kartleggingsverktøyene også bidra til et tettere samarbeid, ved at en benytter seg av andre faggruppers kunnskap når en selv ikke strekker faglig godt nok til. Det trenger ikke være negativt, eller bety en ikke har tro på egen kunnskap, men heller være en faglig styrke å se sine begrensinger. Som Andrews og Wærness (2004) viser til har helsesøsteryrket endret seg, med et behov for ulike faggruppers spesialkunnskap innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dermed vil en trolig få et bedre

og mer helhetlig vurderingsgrunnlag når flere yrkesgrupper samarbeider om den samme problematikken.

Samtidig som informantene erfarte at kartleggingsverktøyene medførte positive ringvirkninger i det tverrfaglige samarbeidet, opplevd de et press fra andre yrkesgrupper om å ta i bruk ulike kartleggingsverktøy. Dette ble beskrevet ved at andre yrkesgrupper hadde store forventninger til at helsesøstrene skulle oppdage alle barn som hadde behov for videre oppfølging gjennom ulike kartleggingsverktøy. En av helsesøstrene forklarte;

«Det er jo mange andre som ønsker vi skal ta i bruk ulike skjemaer, fordi det er en fin måte for andre yrkesgrupper å kartlegge ting på. Siden vi møter de fleste barna, er det mange som ønsker vi skal kartlegge, de ønsker våre tall. Vi må ikke bli en sånn kartleggingsinstans for alle andre. Kjenner litt på presset når vi er på kurs, at de mener vi bør kartlegge».

En kan her forstå helsesøstrene slik at deres forventninger til bruk av kartleggingsverktøy, ikke stemmer overens med andre instanser og faggruppers forventninger. Dette ved at helsesøsteren omtaler helsestasjonen som en kartleggingsinstans, noe som i ytterste konsekvens kan bli en realitet dersom forventningene og anbefalingene andre yrkesgrupper kan ha til helsesøstrenes kartlegging blir gjennomført. Urealistiske forventninger til helsetjenesten kan skape frustrasjon (Øgar, 2008), der en viktig del av helsesøstrenes kvalitetsarbeid vil være å skape realistiske forventninger og prioriteringer.

Det presset som oppleves fra andre yrkesgrupper, kan relateres til det Lauvås og Lauvås (2004) forklarer som en intern maktkamp i det tverrfaglig samarbeidet. Som yrkesutøver har en forventninger til egen rolle som profesjonell, samtidig som andre samarbeidspartnere har forventninger til ens profesjonelle rolle. Dermed kan andre yrkesgrupper ha forventninger om at helsesøster, som møter opp mot 100 prosent av den norske barnebefolkningen, bør kartlegge alle barn i ulike sammenhenger. Derimot kan helsesøster ha forventning til egen rolle om å møte barna og barnas foreldre gjennom en mer individuell og tilpasset tilnærming. Som helsesøsteren her beskriver kan en risikere å bli en kartleggingsinstans for andre yrkesgrupper, noe som kan

medføre at en mister det individuelle og helhetlige en ønsker å tilføre gjennom sin helsesøsterfaglige rolle. Presset en møter i et tverrfaglig samarbeid kan medføre at en tilpasser seg ulike forventninger, selv om de strider mot egne oppfatninger (Lauvås & Lauvås, 2004). Som yrkesutøver har en også myndighet, samt en rett, til å ivareta bestemte funksjoner og tiltak (Orvik, 2015). Allikevel kan en møte motstand fra sterke profesjonsutøvere, som kan bidra til at enkelte tiltak ikke lar seg gjennomføres (ibid.).

En yrkesutøver i et tverrfaglig samarbeid har et grunnleggende behov for at andre yrkesgrupper aksepterer den spesialviten en har i tråd av sitt yrke (Lauvås & Lauvås, 2004). Dermed kan en stille seg undrene til om de forventningene andre yrkesgrupper har om kartlegging på helsestasjonen medfører at helsesøster ikke møter aksept for sin faglige kunnskap. Noe som videre medfører at en faktisk mister troen på egen kunnskap i samarbeid med andre instanser. Helsesøsteryrket kan dermed miste sin profesjonelle status, makt og innflytelse dersom en ikke får aksept for den kunnskapen en har. Noe som kan skje dersom det blir forventet, både fra en selv og andre faggrupper, at en bør bruke ulike kartleggingsverktøy som en kvalitetssikring. I et tverrfaglig samarbeid kan ulik status mellom ulike yrkesgrupper føre til et slags faglig hierarki (Lauvås & Lauvås, 2004). Helsesøsteryrket står dermed i reell fare for å miste sin posisjon i hierarkiet, fra å ha tydelige ansvarsområder til å bli et yrke som blir kontrollert og styrt av andre yrkesgrupper. Ikke bare vil dette tapet være skadelig for selve yrket, men det vil også være skadelig for helsesøsters relasjon til brukerne. Den unike posisjonen helsesøster har til å møte tilnærmet alle barn og unge må ikke utnyttes, men vernes om for alt det den er verdt. Som jeg har drøftet tidligere, vil det være viktig å ikke fremstå som en kontrollerende instans om en ønsker å få god relasjon til brukerne. Om brukerne blir møtt som en individuell person uten å føle at en må bevise hva en mestrer, vil helsesøstrene trolig også kunne få beholde den unike posisjonen de har til å møte opp mot alle barn i Norge.

Et tverrfaglig samarbeid har til hensikt å ivareta en helhetlig tilnærming og behandling for brukerens beste (Lauvås & Lauvås, 2004). Gjennom de profesjonelles behov og ønske om å bruke ulike kartleggingsverktøy, kan en stille seg undrende til om bruk av kartleggingsverktøy bare er til brukerens beste, eller om det også i stor grad er for den

profesjonelles beste. Som helsesøsteren forklarte ønsker andre faggrupper at helsesøstrene skal kartlegge. Dette med den hensikt å kunne tilby alle barn den hjelpen de har behov for, noe en lettere kan oppnå dersom en gjennomfører kartleggingen på en standardisert og systematisert måte. På den annen side kan en hevde det vil være det beste for brukeren å bli møtt individuelt ut fra den enkeltes behov, og ikke ut fra hva en som profesjonell yrkesutøver mener vil være den enkeltes behov på et gitt tidspunkt ut fra gjennomsnittlige vurderinger. Brukerens behov må ikke gå på bekostning av ulike faggruppers behov for å hevde seg i et tverrfaglig samarbeid, men en må etterstrebe en helhetlig tilnærming, der ulike yrkesgruppers kunnskap blir benyttet for brukerens beste.

4.3.2 Samarbeid med barnehagen

Kartleggingsverktøyet Språk 4 ble brukt av samtlige informanter, og ble beskrevet som et godt innarbeidet verktøy. Det var også det verktøyet som hadde eksistert lengst på de ulike helsestasjonene. Om helsesøstrene ble usikker på barnets språkutvikling, eller ikke fikk fullført språkkartleggingen på helsestasjonen, ble det forklart de da fikk tillatelse av foreldrene til å kontakte barnehagen for å høre hvordan de vurderte barnets språkutvikling. De fleste barnehagene hadde også et kartleggingsverktøy de brukte for å kartlegge språket. Om barnehagen ikke brukte kartleggingsverktøy, ble det beskrevet til helsesøsteren hvordan barnet fungerte i samhandling med andre barn og i kommunikasjon med personalet. Helsesøsteren og personalet fra barnehagen fikk da en felles forståelse av barnets språklige utvikling, og diskutere behovet for videre oppfølging. Et samarbeid med barnehagene ble påpekt som nødvendig, dersom en selv ikke fikk fullført kartleggingen og ble usikker på barnets språkutvikling. Dette kunne også gå motsatt vei, der foreldrene kunne si at barnehagen hadde en bekymring for språkutviklingen til barnet, og ønsket helsesøsteren skulle ta en grundig kartlegging av språket. En av helsesøstrene reflekterte over samarbeidet de hadde med barnehagen, og sa;

«Nå når over 90 % av barna går i barnehage, kan en jo spørre seg om behovet for at vi skal kartlegge språket. Er det viktig vi gjør det, når de gjør det i barnehagen? Barnet er jo da i mer naturlige omgivelser».

Med disse beskrivelsene og dette utsagnet kan en forstå helsesøstrene slik at det er et godt samarbeid med barnehagen når språket kartlegges på helsestasjonen, samtidig som det stilles spørsmålstegn til behovet for å kartlegge på helsestasjonen når barnehagen også kartlegger språket. Som helsesøstrene forklarer fremstår samarbeidet mellom helsestasjonen og barnehagen som et gjensidig samarbeid, der begge parter benytter seg av den andres kunnskap. Både helsestasjonen og barnehagen deler et felles ansvarsområde tilknyttet barnets språkutvikling ved å oppdage og iverksette forebyggende tiltak (Rygvold, 2001; Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Samtidig er det en rekke forskjeller mellom helsestasjonens og barnehagens muligheter rundt det å kartlegge barnets språk. Helsesøsteren har for eksempel tilgang til barnets journal som omhandler barnets helse og utvikling fra fødsel, samt opplysninger om barnets sosiale forhold, noe som bidrar til en mer helhetlig vurdering av barnet situasjon. Barnehagen har ikke samme tilgang på et slikt bredt informasjonsgrunnlag, derimot har barnehagen større muligheter for å observere og kartlegge barnet under kjente omgivelser over tid. En av forklaringene til at språket kartlegges både i barnehagen og på helsestasjonen er trolig for å unngå at noen barn faller utenfor, siden det verken er obligatorisk å gå i barnehagen, eller obligatorisk å gå til helsesøster. Når det er flere som observerer og kartlegger barnet under forskjellige forhold, vil det også være en ekstra forsikring om at flest mulig barn som har behov for tettere oppfølging blir oppdaget. Samtidig kan det også ligge en forklaring i at helsesøsters bruk av kartleggingsverktøyet Språk 4 beskrives som et innarbeidet verktøy, og dermed kan være vanskelig å gi slipp på når det har vært en fast del av helsesøsters ansvarsområde over flere år. Samfunnsendringer har medført at en stor prosentdel av barnebefolkningen nå går i barnehage (Utdanningsdirektoratet, 2015), noe som trolig får helsesøsteren til å reflektere over om det da fortsatt er nødvendig å kartlegge barns språk på helsestasjonen. Samfunnsendringer medfører også endringer i helsesøsterens ansvarsområde (Andrews & Wærness, 2004), noe som videre åpner opp for at barnehagen nå kan være et bedre alternativ for språkkartleggingen.

Barnehagen er en forbyggende instans som stimulerer og tilpasser til lek og læring ut fra barnets behov (Rygvold, 2001). Dermed vil barnehagen ha mulighet til å kartlegge barnets språk i naturlige situasjoner med kjente personer, noe som videre kan gi et godt

bilde av språket. Det vises til positive erfaringer fra helsesøstre, pedagoger og foresatte når 4 års konsultasjonen med språkkartlegging gjennomføres i barnehagen der barna er i sine trygge og kjente omgivelser (Ruud, 2010). Språkkartlegging på helsestasjonen, i en konsultasjon med en fremmed person, kan gi et begrenset bilde av barnets språk. Spesielt dersom barnet ikke ønsker å snakke med helsesøsteren der og da, samtidig som helsesøsteren i begrenset grad får tatt med i vurderingen om barnet er i en periode hvor språket er under utvikling. På den annen side har helsesøsteren gode muligheter for å fange opp eventuelle faresignaler i et barns språkutvikling, spesielt siden hun er en fremmed for barnet. Når barnet er i tre til fem års alderen skal ikke barnet være avhengig av en kjent kontekst for å kunne forstå og kommunisere i situasjonen (Rygvoid, 2001). Det vil også være en fordel om noen som ikke samhandler med barnet til vanlig hører barnets språklyder, og dermed kan fange opp språklige utførelser.

4.3.3 Oppsummerende refleksjoner

Som empirien her viser har helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy betydning for det tverrfaglige samarbeidet, som er en viktig del av helsesøsters arbeid på helsestasjonen. Det tverrfaglige samarbeidet beskrives som en nødvendighet, samtidig som det utfordrer helsesøstrenes tro på egen kunnskap og vurderingsevne. Jeg tolker helsesøstrenes beskrivelser slik at de gjennom det tverrfaglige samarbeidet blir usikker egen rolle i møte med andre faggrupper, samtidig som de selv underbygger egen betydning ved å først føle en har tyngde i sine påstander når en kan henvise til kartleggingsverktøyet resultater. Forventinger til egen rolle blir utfordret, der en står mellom et ønske om å bli mer synlig, samtidig som en frykter konsekvensene ved å ta i bruk ulike kartleggingsverktøy andre yrkesgrupper mener helsesøstrene bør bruke. Helsesøsterens frykt for å bli en kartleggingsinstans kan også tolkes slik at det til slutt ikke vil ha noen betydning hvilken faglig bakgrunn en har når kartleggingsverktøy brukes. Helsestasjonen kan dermed beskrives som en mellomstasjon, en instans alle systematisk bør være innom. Det kan da oppfattes som om en må kjempe for å markere seg, samt styrke sin status og autoritet som yrkesgruppe i det tverrfaglige samarbeidet. Et helhetlig tverrfaglig samarbeid vil være det beste for brukerens situasjon, der en får benyttet ulike faggruppers kunnskap og vurderingsevne på en samlet og god måte.

Helsesøsterens refleksjoner om barnehagene bør overta språkkartleggingen helt, mener jeg også viser til en usikkerhet til egen rolle, der helsesøstrene kan oppleve uklare grenser på ens ansvarsområder. Samtidig tolker jeg det slik at det blir et spørsmål om hva en skal prioritere i konsultasjonen. Skal en prioritere språket når andre instanser har gode muligheter til å gjøre det, eller skal en heller prioritere eventuelle andre problemstillinger. Språket bør fortsatt være en viktig del av den totale vurderingen, men det blir et spørsmål om hvor mye tid en skal bruke på å kartlegge barnets språkforståelse under en konsultasjon når en stor del av barnebefolkningen nå går i barnehagen.

5 Avslutning

Gjennom studiens problemstilling ønsket jeg å undersøke hvilken betydning kartleggingsverktøy har for helsesøsters arbeid på helsestasjonen. Målet var ikke å vurdere kvaliteten på verktøyene, men å få en bred forståelse av hva det vil si for helsesøstrenes arbeid å bruke ulike kartleggingsverktøy. Funnene fra datamaterialet viser til at dette temaet er et vidt og sammensatt tema, det er mange parter som er involvert, noe som videre tilsier at mange parter vil bli berørt. Informantenes erfaringer ved å bruke kartleggingsverktøy viser til at deres bruk av kartleggingsverktøy har betydning for helsesøsters faglige kompetanse, helsesøsters relasjon til brukerne og helsesøsters tverrfaglige samarbeid. I det følgende gis en kort oppsummering av studiens funn, for deretter å drøfte funnenes implikasjon for praksis. Til slutt reflekteres det rundt behovet for videre forskning.

5.1 Oppsummering

Som beskrevet innledningsvis er det et politisk ønske å sikre kvaliteten på helsestasjonene ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy på alle barn (Kunnskapsdepartementet, 2006). Dette er også noe som kommer frem i studiens funn der helsesøstrene erfarte at kartleggingsverktøyene bidro til en kvalitetssikring av tjenesten. Dette gjennom en opplevelse av støtte, hjelp og trygghet i det å bruke standardiserte kartleggingsverktøy systematisk på alle barna. Samtidig erfarte helsesøstrene et behov for å evaluere og oppgradere kartleggingsverktøyene på grunn av at de kunne føre til misforståelser og frustrasjon blant brukerne. Funnene viser videre til at en individuell og helhetlig vurdering av barna var spesielt viktig når det ble brukt standardiserte kartleggingsverktøy. Kartleggingen ble kombinert med en totalvurdering av barnets helhetlige situasjon, samtidig som helsesøstrene erfart at verktøyene kunne ta for stor plass i den totale vurderingen. Helsesøstrene kunne få et for snevert blikk gjennom kartleggingsverktøyenes avgrensede fokusområde, som videre kunne medføre et redusert syn på hva som var normalt i et barns utvikling. Funnene viser også til at den støtten og tryggheten kartleggingsverktøyene gav helsesøstrene, kunne medføre en redusert selvstendighet i helsesøstrenes arbeid. Helsesøstrene risikerte å ikke stolte på egen kunnskap og vurderingsevne når de brukte kartleggingsverktøy på grunn av at de støttet seg på verktøyene i for stor grad.

En god relasjon til barnet og barnets foreldre var svært viktig for helsesøstrene for å kunne gjennomføre kartleggingen på en god og gyldig måte. Dette ved at kartleggingsverktøyene bidro til å rette fokuset mer direkte mot barnet, som videre bidro til at barnets behov for videre oppfølging lettere ble synliggjort. Når foreldrene så tydelig barnets behov for videre oppfølging, opplevde helsesøstrene at det var lettere å nå frem med tilpasset veiledning. Samtidig opplevde helsesøstrene et negativt fokus på barnet gjennom kartleggingsverktøyene, helsesøstrene kunne oppleve at barnet følte seg testet som gav en opplevelse av nederlag. Videre ble kartleggingsverktøyene beskrevet som en inngangsport for samtale, det ble spesielt fremhevet som et godt hjelpemiddel for å snakke om vanskelige og ømfintlige temaer. Dermed unngikk en at noen følte seg mistenkeliggjort, fornærmet, eller i verste fall ikke fikk den hjelpen de trengte. Samtidig ble det beskrevet at fokuset på verktøyene kunne bli for stort, der en kunne glemme å spørre foreldrene hva de hadde behov for å snakke om. Helsesøstrene kunne bli for opphengt i skjemaet og skjemaets fokusområde at de fikk et redusert fokus på andre områder og utfordringer foreldrene kunne sitte med i det aktuelle tidspunktet.

Studiens funn viser også til at helsesøstrenes bruk av kartleggingsverktøy har betydning for deres tverrfaglige samarbeid. Dette ved at helsesøstrenes arbeid ble mer synlig når de brukte ulike kartleggingsverktøy i samarbeid med andre yrkesgrupper, samtidig som helsesøstrene opplevde det som mer akseptabelt og gyldig å henvise videre på grunnlag av kartleggingsverktøyenes resultater. Funnene viser videre til at helsesøstrene opplevde et økende press fra andre yrkesgrupper om å bruke flere kartleggingsverktøy, dette på grunn av helsesøstrenes unike mulighet til å fange opp barn som hadde behov for videre oppfølging på et tidlig utviklingsnivå. Dette kunne stride imot helsesøstrenes ønske om en mer individuell og tilpasset tilnærming. Videre viser funnene til at helsesøstrene hadde et godt samarbeid med barnehagen, med et felles ansvar om å oppdage og tilrettelegge for en god språklig utvikling for førskolebarna. Samtidig som det ble stilt spørsmålsteget til hvorfor en skulle kartlegge språket på helsestasjonen, når tilnærmet alle barn gikk i barnehagen og fikk kartlagt språket i mer naturlige omgivelser.

Som beskrevet innledningsvis opplevde jeg som helsesøsterstudent et stort fokus på risikofaktorer for sykdomsutvikling og utviklingsavvik gjennom bruk av

kartleggingsverktøy, og en beskjeden fokusering på barnets beskyttelsesfaktorer for å takle livets utfordringer. Samtidig som jeg opplevde at empowerment ble en ideologisk holdning som ikke nådde opp mot helsesøstrenes ekspertrolle, der brukerne ble passive mottakere av helsesøsters ekspertkunnskap. Disse erfaringen fra min praksis samsvarer i noen grad med de funnene studien viser til. Informantene i studien beskrev ikke et unormalt stort fokus på risikofaktorer, men prøvde å få til en helhetlig vurdering. Det ble heller ikke beskrevet at brukerne var passive mottakere av helsetjenesten, men informantene reflekterte over mulig baksider kartleggingsverktøyene kunne ha for brukerne. Allikevel viser denne studien til at empowerment er en prosess helsesøstre kan fremheve i enda større grad.

5.2 Betydning for praksis

Studien vil kunne tilføre praksisfeltet et bredt perspektiv på ulike aspekter og utfordringer helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy har på helsestasjonen. Studien vil også kunne være et bidrag til å skape et økt fokus og mer diskusjon rundt et viktig tema jeg mener må drøftes mer blant helsesøstrene. Studien belyser ulike erfaringer og synspunkter, og det vil trolig være vanskelig å få til en felles enighet om temaets ulike aspekter. Det er allikevel en slik drøfting og diskusjon tjenesten behøver, og som kan bidra til endring og forbedring også i fremtiden.

Uansett hvilke tiltak eller tilnæringsmåter en velger i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet har alle et tilnærmet felles mål, men det vil allikevel være viktig å vurdere hva de tiltakene en velger går på bekostning av. Som denne studien viser kan helsesøsters systematiserte og standardiserte bruk av kartleggingsverktøy gå på bekostning av en mer individuell og helhetlig vurdering, samtidig som det også kan gå på bekostning av helsesøstrenes faglige trygghet og stolthet. Den største utfordringen er trolig hva det vil gå på bekostning av tilknyttet brukerne av tjenesten. Dersom helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy går på bekostning av helsesøstrenes relasjon til brukerne, ved at helsesøstertjenesten fremstår som en kontrollerende, upersonlig og teknisk instans, mister en den unike muligheten en nå har til å møte tilnærmet alle barn fra 0-5 år, samt deres foreldre, på helsestasjonen.

5.3 Videre forskning

Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy er et emne det er behov for mer forskning innenfor. Det er spesielt viktig med mer forskning fra et helsesøsterfaglig perspektiv, der manglende forskning og fagutvikling innenfor eget fag kan medføre en usikkerhet til egen kompetanse, en blir passiv og lar andre faggrupper overta tyngden og utviklingen innenfor faget (Glavin, 2007 b). Evaluering og refleksjon av praksis vil utvikle ny verdifull kunnskap som kan skape utgangspunkt for videre forskning.

Det er et behov for å forske mer på ulike konsekvenser helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy kan ha, både for selve yrket, men også på hva det vil bety for brukerne å bli møtt på helsestasjonen med ulike kartleggingsverktøy. Siden det også er et samfunnsaktuelt tema som berører flere faggrupper, ville det vært en verdifull kunnskap og få belyst andre faggruppers erfaringer og refleksjoner rundt helsesøsters rolle på helsestasjonen.

Litteraturliste

- Andrews, T., & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk tidsskrift*, 12, 325-341. Hentet fra http://www.idunn.no/ts/st/2004/04/deprofesjonalisering_av_helsesosteryrket
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco & London: The Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series and The Jossey-Bass Health Series.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. København: TANGO forlag.
- Braarud, Slinning, K., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Guedeney, A., & Heimann, M. (2013). Relation between social withdrawal symptoms in full-term and premature infants and depressive symptoms in mothers: a longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 532-541. doi: 10.1002/imhj.21414
- Braarud, H. (2007). Kartlegging av kompetanse: Forebygging, tidlig intervensjon og iverksetting av tiltak for barn i alderen 0-2 år. *Prosjekt, Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen HF*. Hentet fra https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5740/Braarud_Kartlegging%200-2.pdf?sequence=2
- Christiansen, B., Carlsten, T. C., & Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, 4(2), 100-1006. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0053
- Clancy, A. (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*, 54(2), 197-203. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00519.x
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra 15.mai 2014 fra <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0027
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 3(134), 297-301. doi: 10.4045/tidsskr.13.0068
- Ersvik, A. G. (2012). Ikke alt som teller kan telles, og ikke alt som telles teller. *Tidsskrift for helsesøstre*, 2, 68-71. Hentet fra <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/892793/kartleggingsverktoy.pdf>
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Brighton: The Harvester Press.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.

- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12(2), 143-165. Hentet fra http://www.idunn.no/st/2004/02/helsemodeller_og_forebyggende_helsearbeid
- Gjerstad, C. (2014). Livet var en fest. Helt til mørkets fyrstinne, helsesøsteren, steg vaklende ut i lyset, *Bergensavisen*. Hentet 14. januar 2015 fra <http://www.ba.no/meninger/article7101148.ece>
- Glavin, K. (2007 a). Screening og strukturerte kartleggingsinstrumenter. I: K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 105-116). Oslo: Akribe AS.
- Glavin, K. (2007 b). Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I: K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 48-67). Oslo: Akribe AS.
- Glavin, K., & Helseth, S. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien*, 93(5), 56-57. doi: 10.4220/sykepleiens.2005.0007
- Glavin, K., & Økland, T. (2007). Kvalitetsutvikling i helsesøstertjenesten. I: K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 79-102). Oslo: Akribe AS.
- Graverholt, B., Nortvedt, M. W., Reiersgaard, A., & Jamtvedt, G. (2011). Kunnskapsbasert praksis og det instrumentalistiske mistaket. *Sykepleien Forskning*, 6(3), 246-252. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0166
- Gulddal, J. (1999). Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. I: J. Gulddal & M. Møller (red.), *Hermeneutik: En antologi om forståelse* (s. 127-182). København: Gyldendal.
- Gulddal, J., & Møller, M. (1999). Fra filologi til filosofi: Introduktion til den moderne hermeneutik. I: G. Jesper & M. Martin (red.), *Hermeneutik: En antologi om forståelse* (s. 9-45). København: Gyldendal.
- Hammerlin, Y., & Larsen, E. (1997). *Menneskesyn i teorier om mennesket*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Handeland, M. (2015). Tester ut skjema for kartlegging av barns utvikling. *Tidsskrift for helsesøstre*, 2, 44-47.
- Hansen, M. B., & Jacobsen, H. (2008). *Sped- og småbarn i risiko - en kunnskapsstatus*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (Helseregion øst og sør) Hentet fra [http://www.r-bup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/\\$file/Tiltak42.pdf](http://www.r-bup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/$file/Tiltak42.pdf).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning>
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Klema, M., Gustafsson, J.-E., & Hagtveta, B. (2014). The Dimensionality of Language Ability in Four-Year-Olds: Construct Validation of a Language Screening Tool. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 59(2). doi: 10.1080/00313831.2014.904416

- Kunnskapsdepartementet. (2006). *...og ingen stod igjen. Tidlig innsats for livslang læring.* (St.meld. nr. 16, 2006-2007). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007-/id441395/>.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Kartlegging av språkstimulering og språkkartlegging i kommunene.* (Sluttrapport). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/barnehager/rapporter-og-planer/sluttrapport-sprakstimulering-og-sprakkartlegging.pdf?id=2265347>.
- Kunnskapscenteret. (2014). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 25.mars 2015 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/kunnskapsbasert-praksis>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvarme, L. G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 28-34). Oslo: Akribe AS.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindstrøm, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal Epidemiol Community Health*, 59, 440-442. doi: 10.1136/jech.2005.034777
- Lyngseth, E. J. (2008). Erfaringer med bruk av TRAS-observasjoner i barnehagen. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 5(92), 352-363. Hentet fra http://www.idunn.no/ts/npt/2008/05/erfaringer_med_bruk_av_tras-observasjoner_i_barnehagen
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. (2005). Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. (*Rapport fra Kunnskapscenteret Nr.10, 2005*). Hentet fra <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/kartleggingsverktoy-og-instrumenter-for-tidlig-avdekking-av-utviklings-atferds-og-psykososiale-vansker-hos-barn-0-6-ar>
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. (2013). Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel. Hentet 24. oktober 2014 fra <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinner-ved-svangerskap-og-barsel>
- Neumann, C. B. (2008). Helsesøsters dilemmaer: kategoriseringer, tvil og grensefigurer. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 5(3), 268-277.
- Nilsen, I., Litland, A. S., & Hjalnhult, E. (2014). Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 4(9), 358-365. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0171
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (2012). Må prosjektet meldes? Hentet 14. mai 2014 fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF.
- Nortvedt, P., Grimen, G. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldensal Akademisk.

- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Paulsen, B. (1990). "Snakk med de på helsestasjonen..." En analyse av bruk av helsesøstertjenesten. (*NIS-rapport 3/90*). Oslo: Kommuneforlaget.
- Persson, B., Nordström, B., Petersson, K., Edwinston, M. M., & Sivberg, B. (2006). Screening for Infants With Developmental Deficits and/or Autism: A Swedish Pilot Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(4), 313-324. doi: 10.1016/j.pedn.2005.07.004
- Pettersvold, M., & Østrem, S. (2012). *Mestrer, mestrer ikke: Jakten på det normale barnet*. Oslo: Res Publica.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9 utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins
- Ruud, B. (2010). 4-års konsultasjon: Barnehagen som samarbeidspartner. *Helsesøstre*, 1, 22-25. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/385300/Helsesostre_1-2010.pdf
- Rygvold, A.-L. (2001). Språkvansker hos barn. I: E. Befring & R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk* (2 utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Sattler, J. M. (2008). *Assessment of Children: Cognitive Foundations* (5 utg.). California: Sattler Publisher.
- Skaar, K., Viblemo, T. E., & Karlsen, E. J. (2008). Se han snakker. *Evaluering av kartleggingsverktøyet SPRÅK 4. (Oppdrag for IMDi)*. Hentet fra http://www.imdi.no/Documents/Rapporter/Se_han_snakker.pdf
- Skjervheim, H. (1972). Det instrumentalistiske mistaket. I: N. Mediaas, J. Houge-Thiis, S. Haga, J. Ellingjord & B. Bjørklid (red.), *Etablert pedagogikk: Makt eller avmakt?* (s. 45-52). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (2004). Tilknytning *Spedbarnsalderen* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre skal det bli: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015. Til deg som leder og utøver*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-undersokelse-av-syn-horsel-og-sprak-hos-barn->.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn>.
- Suominen, S., & Lindstrøm, B. (2008). Salutogenesis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 337-339. doi: 10.1177/1403494808093268
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis: Et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2015). *Utdanningsspeilet: Tall og analyse av barnehager og grunnopplæringen i Norge*. Oslo: Hentet fra <http://utdanningsspeilet.udir.no/innhold/kapittel-1/1-1-barn-i-barnehage/>.
- Vikan, A. R., & Andersen, A. H. (2014). Avdekket fødselsdepresjon. *Sykepleien*, 102(6), 68-70. doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0071
- Vogt, A. (2008). Vurdering: Hvordan kartlegge når barn og unge antas å ha sosiale og emosjonelle vansker? I: R. Haugen (red.), *Barn og unges læringsmiljø 3: Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Vågan, A., & Grimen, H. (2008). Profesjoner i maktteoretisk perspektiv. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 411-428). Oslo: Universitetsforlaget.
- Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 1(124), 65-66. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/953695>
- World Medical Association. (2014). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (red). Hentet 10. mai 2014 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Øgar, P. (2008). Kvalitetsarbeid. I: Ø. Larsen, A. Alvik, K. Hagestad & M. Nylenna (red.), *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Øvreide, H. (2009). *Samtaler med barn: Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Vedlegg 1. **Informasjonsskriv til ledende helsesøster.**

Til ledende helsesøster.

Jeg sender deg dette informasjonsskrivet i forbindelse med min mastergradsoppgave. Jeg er nyutdannet helsesøster fra Universitet i Tromsø, og skal i løpet av 2014/2015 skrive mastergradsoppgave om helsesøsters erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen for barn 0-5 år.

I forbindelse med mastergradsoppgaven ønsker jeg å intervjuer helsesøstre om deres erfaringer, og ber dermed om tillatelse til å intervjuer 1-2 helsesøstre ansatt på helsestasjonen for barn 0-5 år i (...) kommune. Dersom det er aktuelt å gjennomføre intervjuene, ber jeg deg vennligst informere helsesøstergruppen om prosjektet, og videreformidle vedlagt informasjonsskriv (**Forespørsel om å delta i et intervju**) til helsesøstre som eventuelt kan tenke seg å delta.

Intervjuet vil ha en varighet på maks 45 minutter. Dersom det er mulig for dere, ønsker jeg å gjennomføre intervjuene innen utgangen av desember 2014. Om ønskelig møter jeg opp på helsestasjonen i arbeidstiden til den aktuelle helsesøster. Intervjuene vil bli tatt opp på digitalt lydbånd, materialet vil bli behandlet konfidensielt og slettet i løpet av mai 2015. Alle person- og stedsopplysninger vil bli anonymisert. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Min veileder i prosjektet er Universitetslektor Anne - Gerd Karlsen fra Universitet i Tromsø.

Med vennlig hilsen

Bente Sleveland

E-mail adresse:

Mobil nummer:

Vedlegg 2. **Forespørsel om å delta i et intervju.**

Til helsesøster.

Jeg sender deg dette informasjonsskrivet i forbindelse med min mastergradsoppgave. Jeg er nyutdannet helsesøster fra Universitet i Tromsø, og skal i løpet av 2014/2015 skrive mastergradsoppgave om helsesøsters erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen for barn 0-5 år.

I forbindelse med mastergradsoppgaven ønsker jeg å foreta et personlig intervju med deg, for å få din erfaring og dine synspunkter knyttet til bruk av kartleggingsverktøy. Jeg vil legge opp til en åpen dialog oss imellom, med åpne spørsmål og mulighet for refleksjon.

Intervjuet vil ha en varighet på maks 45 minutter. Dersom det er mulig for deg ønsker jeg å gjennomføre intervjuet innen utgangen av desember 2014. Om ønskelig møter jeg opp på helsestasjonen i arbeidstiden din etter avtale. Intervjuene vil bli tatt opp på digitalt lydbånd, transkribert og brukt i min mastergradsoppgave. Jeg vil eventuelt diskutere intervjumaterialet med min veileder, ellers er jeg den eneste som skal behandle innsamlet materiale. Materialet vil bli behandlet konfidensielt og slettet i løpet av mai 2015. Alle person- og stedsopplysninger vil bli anonymisert. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Deltakelse i prosjektet er frivillig, og du kan trekke deg fra prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt uten begrunnelse. Eventuelle innsamlede data vil da bli slettet umiddelbart.

Min veileder i prosjektet er Universitetslektor Anne - Gerd Karlsen fra Universitet i Tromsø.

Dersom du ønsker å delta i intervjuet, ber jeg deg sende meg en e-mail slik at vi kan sette opp en videre avtale. Jeg vil også be deg om å signere følgende samtykkeerklæring ved et eventuelt intervju.

Med vennlig hilsen

Bente Sleveland

E-mail adresse:

Mobil nummer:

Vedlegg 3.

Samtykkeerklæring.

Jeg samtykker med dette deltakelse ved prosjektet om helsesøsters erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjon for barn 0-5 år.

Navn:

E-mail:

Tlf.nr:

.....den.....

Signatur:

Innledende spørsmål:

- Hvor mange år har du jobbet som helsesøster?
- Hvor mange år har du jobbet på helsestasjonen for barn 0-5 år?
- Hvilke kartleggingsverktøy brukes her på helsestasjonen?

Hovedspørsmålene i intervjuet:

- Kan du fortelle om din erfaring i å bruke kartleggingsverktøyene?
 - Kan du si litt mer om positive og negative sider ved bruk av kartleggingsverktøyene?
 - Kan du si litt om hva du anser som viktig ved bruk av verktøyene?
 - Kan du fortelle om hva det betyr for din arbeidshverdag å bruke disse verktøyene?
- Kan du fortelle om hvilken betydning verktøyene har for deg i konsultasjonen?
 - Kan du si litt mer om hvordan du opplever at bruk av verktøyene eventuelt påvirker ulike ressurser du har tilgjengelig?
 - Kan du fortelle litt om rammene rundt konsultasjonen?
- Kan du si noe om responsen fra foreldrene ved bruk av kartleggingsverktøy?
 - Opplever du at foreldrene spør om hensikten med kartleggingen?
 - Kan du fortelle om samarbeidet i gjennomføringen?
 - Kan du si noe om samarbeidet til foreldrene når du forteller om resultatet?

Avrundning av intervjuet.

- Noe du ønsker å utdype eller tilføye tilknyttet teamet?
- Kan jeg ta kontakt per e-mail dersom behov for oppklaringsspørsmål i etterkant?
- Ønsker du å få tilsendt masteroppgaven i sin helhet når den er ferdigstilt?

Takk for din tid og deltakelse!



Anne-Gerd Karlsen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 01.09.2014

Vår ref: 39558 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39558</i>	<i>Helsesøstres erfaring med bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjoner</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne-Gerd Karlsen</i>
<i>Student</i>	<i>Bente Sleveland</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 melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Bente Sleveland bentesleveland@gmail.com

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

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, 7891 Trondheim. Tel. +47-73 59 19 07. kjerne.sva:va@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD: SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel. +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no*

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39558

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 29.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel), slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) og slette lydopptak.

