

IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Forord

Helsedirektoratet fikk i brev datert 14.05.09 med endringer i brev 4.11.2009 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede alternative tiltak for å styrke kapasiteten i skolehelsetjenesten. Det ble bedt om en vurdering av behov for regelverksendring, eventuelt normering av tjenesten, dessuten om normering burde omfatte helsestasjon og skolehelsetjenesten eller bare skolehelsetjenesten. Departementet har i oppdraget bedt om at arbeidet ble sett i sammenheng med St. meld. 47 Samhandlingsreformen. Det har i den forbindelse særlig vært relevant å se utredningen i sammenheng med formålet om å styrke det forebyggende helsetjenestetilbudet i kommunene.

Utredningsoppdraget er gjennomført som prosjekt med en intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet, støttet av en ekstern referansegruppe. Som ledd i utredningen har Helsedirektoratet gjennomført en spørreundersøkelse til landets kommuner for å kartlegge bemanningssituasjonen ved helsestasjonene, helsestasjon for ungdom og i skolehelsetjenesten. Likeledes har en gjennomgang av dagens lov- og forskriftsregulering av tjenestene vært en sentral del av arbeidet.

Utarbeidelse av forslag til system for antallsmessig normering av personellressursene i tjenesten har vært en sentral del av utredningsarbeidet. I drøftingen av alternative tiltak har likevel Helsedirektoratet konkludert med at hovedstrategien for styrking av tjenesten bør innebære en tydeliggjøring og forsterking av den innholdsmessige reguleringen av tjenesten. Dette betyr videreføring av gjeldende pliktbestemmelser i kommunehelsetjenesteloven, presisering av dagens forskriftsbestemmelser om tjenesteinnhold, samt forskriftsfesting av kjerneinnholdet i det som i dag er anbefalt program for tjenesten. Dette vil være viktig for å oppnå målet om et godt og likeverdig tjenestetilbud for brukerne, uavhengig av kommunetilhørighet.

Styrket rapportering om tjenestetilbudet ansees viktig for å evaluere om etterlevelsen av eksisterende og presiserte krav er god nok. Et forslag til rapporteringssystem er derfor gitt i rapporten. Dersom slik evaluering tilsier at målene om styrket kapasitet i tjenesten ikke nås gjennom presisering av de innholdsmessige krav som stilles, bør antallsmessig normering på nytt vurderes som tiltak.

Helsedirektoratet takker de personer og aktører som har bidratt med verdifulle innspill i arbeidet.

Oslo, april 2010

Bjørn Inge Larsen
Helsedirektør

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Innholdsfortegnelse	3
1 Oppsummeringer og anbefaling	6
1.1 Oppdraget	6
1.2 Situasjonsbeskrivelse av dagens helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunene	6
1.3 Innspill fra andre aktører	7
1.4 Helsedirektoratets vurderinger av ulike tiltak for å gi god kvalitet på helsestasjons- og skolehelsetjenesten	7
1.5 Helsedirektoratets anbefalinger	9
2 Om oppdraget og utredningen	11
2.1 Bakgrunn	11
2.2 Forståelse av oppdrag og mandat.	11
2.3 Gjennomgang og presisering av avgrensning. Spesifisering av mål og resultatkrav	12
2.4 Organisering	13
3 Lov, forskrift og faglige retningslinjer for tjenesten	15
3.1 De formelle lov og forskriftskravene, samt faglige retningslinjer for tjenesten	15
3.2 Beskrive lover og forskrifter som regulerer helsestasjons- og skolehelsetjenesten	16
3.3 Hvordan er det eksisterende hjemmelsgrunnlag for ønsket bemanning?	21
3.4 Vurdere hvordan en norm kan forankres juridisk	22
3.5. Alternative tiltak for å styrke kapasiteten i skolehelsetjenesten	23
4 Beskrivelse av dagens situasjon og utfordringsbilde	24
4.1 Demografiske data	24
4.2 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste tilbudet	24
4.3 Nye faglige retningslinjer og oppgaver som er pålagt tjenesten	25
4.3.1 Vaksinerings	25
4.3.2 Oppfølging av for tidligfødte barn	25
4.3.3 Nye nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling	26
4.3.4 Nye nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge i primærhelsetjenesten	26
4.3.5 Forebygging og oppfølging av kjønnslemlestelse	27
4.3.6 Handlingsplan mot tvangsekteskap	27
4.3.7 Nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn	28
4.3.8 Barn med nedsatt funksjonsevne	28

4.4	Vurderinger av utfordringer	29
4.4.1	Nyfødte og deres foreldre	29
4.4.2	Ammekyndig helsestasjon	30
4.4.3	Mødre/foreldre med psykiske lidelser og / eller rusmiddelavhengighet	30
4.4.4	Psykisk helse barn og unge	31
4.4.5	Overvekt og fedme	31
4.4.6	Barn med skilte foreldre/ alene foreldre	32
4.4.7	Mobbing	33
4.4.8	Minoriteter	34
4.4.9	Frafall i videregående skole	35
4.4.10	Utfordringer for barn og unges oppvekst og helse	35
4.5	Statistikk om ressursinnsats i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	36
4.5.1	KOSTRA / SSB	36
4.5.2	HIAk – undersøkelsen 2005	37
4.5.3	Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008	38
4.5.4	Spørreundersøkelse til kommunene 2009/2010 gjennomført av TNS Gallup	39
4.6	Oppsummering av tilsyn med tjenesten gjennomført av Helsetilsynet	42
4.6.1	Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten	42
4.6.2	Landsomfattende tilsyn med helsetjeneste til barn og unge med psykiske problemer 2002	43
4.6.3	Landsomfattende tilsyn i 2006 med habiliteringstjenester til barn.	43
4.6.4	Landsomfattende tilsyn i 2008 for å undersøke om kommunene tilrettelegger for og følger opp samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge	43
4.6.5	Oppsummering av fylkesvise tilsyn fra Helsetilsynet	44
4.7	Effekten av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og brukererfaringer	44
5	Ulike tiltak for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten herunder nasjonal minstenorm med lokal normering	47
5.1	Nasjonal minstenorm for bemanning	48
5.2	Andre oppgaver som er normert	50
5.2.1	Oppfølging av mor 2- 4uker etter fødselen av fysioterapeut	50
5.2.2	Motorisk utvikling 4 måneders alder med fysioterapeut	50
5.2.3	Oppfølging av barn med overvekt og fedme	50
5.2.4	Befolkningsrettet arbeid	51
5.2.5	Tverrfaglige møter	52
5.3	Ressurs til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutviklingsarbeid samt ledelse av tjenesten	53
5.4	Lokal normering	54
5.5	Oppsummering angående normering	54
5.6	Drøfting av normering som tiltak for styrking av tjenesten	54
5.6.1	Rettslig grunnlag for bemanningsnorm	55
5.6.2	Forsvarlighetskravet	55
5.6.3	Oppsummering av lovverket	56

5.6.4	Ulike aspekter ved nivåfastsettelse	57
5.6.5	Erfaringer med bemanningsnormer	57
	<i>Erfaringer med bemanningsnormer fra Harstad og Bergen</i>	57
	<i>Erfaringer med bemanningsnormer i andre sammenlignbare land</i>	58
	<i>Erfaringer med bemanningsnormer i sykehjem</i>	59
5.7	Innholdsnormering	59
5.8	Styringsdata	61
5.8.1	Utvikling av kvalitetsindikatorer	61
5.8.2	Utvikling av KOSTRA statistikk	62
5.8.3	Utvikling av egen rapportering for å følge opp styrkingen av denne tjenesten	62
5.8.4	Samhandling	62
5.9	Kompetanse og forskning	64
5.10	Finansieringsordning	65
5.11	Drøfting og anbefaling	66
6	Rekrutteringspotensial og eventuelle tiltak for rekruttering	69
6.1	Hva er dagens sysselsetting og framtidig utdanningskapasitet	69
6.2	Vurdering av rekrutteringspotensiale	71
7	Økonomiske betraktninger vedrørende styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten	73
7.1	Kostnader vedrørende styrking av tjenesten	73
7.1.1	Kostnad ved prosessnorm i kommunene	74
7.1.2	Kostnad ved nasjonal minstenorm for bemanning	75
7.1.3	Kostnader vedrørende kompetanse	75
7.1.4	Oppsummering av kostnader	76
7.2	Andre kostnader i forhold til vårt forslag	77
	Vedlegg	78

1 Oppsummeringer og anbefaling

1.1 Oppdraget

I brev datert den 14.05.09 med endringer i brev av 4.11.2009 ber Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om at: *"Helsedirektoratet bes å utrede alternative tiltak for å styrke kapasiteten i skolehelsetjenesten, herunder en mulig "nasjonal minstenorm for bemanning" og alternativt "lokal normering" etter modell av "Lokal normering av legetjenester i sykehjem"*.

1.2 Situasjonsbeskrivelse av dagens helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunene

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lokale lavterskeltilbud til 1,1 millioner barn og unge og deres foreldre. Helsestasjonen benyttes i dag av nær 100 % av populasjonen. Vaksinasjonsdekningen i Norge er blant den høyeste i verden. I ungdomsskolene og videregående skole viser undersøkelser at der tjenesten er regelmessig til stede over tid blir den benyttet av 50 % av elevene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge i alderen 0-20 år, ved å forebygge sykdom og skade og fremme god fysisk og psykisk helse. Tjenesten skal også bidra til å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til kommunes oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til målgruppen.

Flere nye oppgaver er og vil bli pålagt tjenesten framover. Eksempler på dette er HPV vaksinerings av jenter, oppfølging av fortidlig fødte barn, nye retningslinjer for veiing og måling, nye retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme, forebygging og oppfølging av kjønnslemlestelse og forebygging av tvangsekteskap. Økt satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid i forhold til barn og unge med nedsatt funksjonsevne i kommunene er tiltak som beskrives i Handlingsplanen for habilitering av barn og unge. Opptil 10 % av barnebefolkningen vil kunne ha behov for habiliteringsbistand på kortere og lenge sikt på kommunalt nivå. Gode rutiner mellom helsestasjon og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering vil bedre tilbudet til barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Det er flere utfordringer for målgruppen som tidlig utskriving fra barsel, psykisk helse hos mor/foreldre, rusmiddelavhengighet hos foreldre, psykiske vansker og lidelser hos barn og unge, overvekt og fedme hos barn, barn med skilte foreldre, mobbing og frafall fra skolen.

Ca 14 % av befolkningen har minoritetsbakgrunn med en annen språklig og kulturell bakgrunn enn den norske, ofte med behov for tilrettelagte tjenester i form av kvalifisert tolkebruk og tilrettelagt informasjon.

Ved Fylkeslegenes felles tilsyn med skolehelsetjenesten i 2000 var tjenestenes overvåking av målgruppens helsetilstand og de faktorer som påvirker denne ett av

forholdene det ble gitt avvik og merknader for til i ca. en tredjedel av tilsynsobjektene.¹ Helsetilsynet påpeker imidlertid at skolehelsetjenesten har en svært vanskelig ressursituasjon. Tilsynet avdekket betydelige mangler ved kommunenes styring av skolehelsetjenesten. Halvparten av de undersøkte kommunene hadde ikke etablert internkontroll, alle de øvrige fikk merknader som påviste behov for forbedringer. Tilsynet viste at 10 av de 59 kommunene ikke kunne tilby skolehelsetjeneste til alle elever. Det var et større antall kommuner som oppga at de ikke hadde en skolehelsetjeneste som var fullverdig i henhold til kravene i forskriften. Mange av disse funnene ble også bekreftet i kartlegginger gjort i ulike fylker etter år 2000. Det er ikke gjennomført fellestilsyn i helsestasjonene.

1.3 Innspill fra andre aktører

Det er gjennomført to møter med en ekstern referansegruppe som har bestått av representanter fra Landsgruppen av Helsesøstere NSF, Den Norske jordmorforening, Legeforeningen, herunder Allmennlegeforeningen, Samfunnsmedisinsk forening, Norsk pediatrik forening og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Psykologforening, Statens helsetilsyn, Folkehelseinstituttet, Kunnskapssenteret, KS, Fylkemennene ved fem representanter, Barneombudet, Mental Helse, Elevorganisasjonen og Foreldreutvalget for grunnskolen (FUG).

Agenda på disse to møtene har vært drøfting av nåværende og framtidige oppgaver, og ulike måter å styrke den tverrfaglige tjenesten. Gruppens flertall anbefaler at det viktigste tiltaket for å styrke tjenesten er å innføre en nasjonal minstenorm for bemanning med lokal normering. Kompetanse, ledelse, kvalitetsarbeid og samarbeid er andre sentrale tiltak for å styrke tjenesten.

Deler av rapporten ble sendt den eksterne faggruppen til uttalelse, og de relevante innspill er tatt hensyn til i rapporten.

Det er gjennomført et separat møte med KS. I møtet ble det drøftet ulike måter å styrke tjenesten på. KS anbefaler ikke normering, men mener at tjenesten kan styrkes ved kvalitetsarbeid og kompetanse herunder utvikling av kvalitetsindikatorer, og samarbeid med andre aktører.

Oppdraget er også drøftet på møte med SOHEMI, Helsedirektoratets rådgivende forum for sosial og helsetjenester ved migrasjon. SOHEMI påpekte at dette tjenestetilbudet må være likeverdig for minoritetsbefolkningen og at et likeverdig tjenestetilbud oppnås ved å benytte kvalifisert tolk og tilrettelagt informasjon. Det er også behov for videreutvikling av flerkulturell kompetanse og kultursensitivitet.

1.4 Helsedirektoratets vurderinger av ulike tiltak for å gi god kvalitet på helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det er over lang tid observert en nedbygging og svekkelse av kommunenes tjenestetilbud på det aktuelle området. Rapporter fra helsetilsynet, KOSTRA-

¹ Statens helsetilsyn, juni 2001: Oppsummeringsrapport fra Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten.

statistikk og konkrete kartlegginger så som HiAk-undersøkelsen i 2005 underbygger disse observasjonene. Funnene har blitt bekreftet gjennom undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet med bruk av TNS Gallup høst/vinter 2009/2010. I begrenset grad dreier det seg om nedleggelse av selve tilbudene, derimot i større grad en svekkelse av personellressursene og særlig tverrfaglighet i tilbudene. Dette sees hovedsaklig innen skolehelsetjenesten.

Den observerte svekkelsen av disse forebyggende tjenestene står i kontrast til ambisjonene om økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon som er fremhevet i Samhandlingsreformen. En svekkelse av tilbudet er også i kontrast til den rolle helsestasjons- og skolehelsetjenesten er forutsatt å ha i samfunnets innsats for barn og unge, jf. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets rapport fra 2009: "Satsing på barn og ungdom".

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sårbar for økonomiske svingninger. Tjenesten har ikke ventelister eller pressgrupper som påvirker kommunale beslutningsorganer i betydelig grad. Generelle krav til kommunale tjenestetilbud om forsvarlighet er i liten grad nok til å opprettholde forebyggende tjenester som dette. Effekten av manglende forebygging sees i et langt tidsperspektiv, noe som medfører at det er krevende å gjøre konkrete forsvarlighetsvurderinger.

Hovedalternativene vedrørende tiltak i utredningen har vært innføring av nasjonal minstenorm for bemanning versus styrket regulering av kravene til tjenesteinnhold.

Forslag til konkret minstenorm har blitt utarbeidet i samarbeid med en ekstern referansegruppe, og har vært avstemt mot lokalt normeringsarbeid i Bergen og Harstad. Utgangspunktet for personellbehov har vært anbefalt program i gjeldende veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Gapet mellom forslaget til minstenorm og KOSTRA-statistikk, tilsvarer drøyt 1500 årsverk for yrkesgruppene helsesøster, fysioterapeut og lege.

Det er dessuten utarbeidet et forslag til mer detaljert, lokal normering basert på blant annet geografi, minoritetsbefolkning, sosioøkonomiske forhold og andel barn med særskilte behov. Slik lokal tilpasning vil gi normeringssystemet større fleksibilitet og imøtekomme enkeltkommuners behov på en bedre måte enn flat, nasjonal norm.

Styrken med antallsnormering som regulatorisk system for tjenesten er enkelheten, samt etterprøvbarhet vedrørende etterlevelse av myndighetskravene. Systemet gir høy sikkerhet for at det i alle kommuner etableres tilbud rettet mot de definerte målgruppene.

Viktige svakheter med antallsnormering er: Utfordring av kommunenes autonomi vedrørende intern organisering; liten fleksibilitet med tanke på lokale behov; mangelfull sammenheng mellom kravene som stilles og det som er primær målsetning med tilbudene da kapasitet ikke er en garanti for innholdsmessig kvalitet.

Hovedalternativet til nasjonal minstenorm for bemanning, er styrket regulering av hvilket tjenestetilbud som forutsettes gitt til målgruppene, uavhengig av hvilken kommune man er bosatt i. Slike krav må stilles og formuleres på en slik måte at de ikke blir gjenstand for ulik fortolkning fra kommune til kommune, og på en slik måte

at etterlevelsen blir mest mulig lik. Detaljeringsgraden i dagens system for innholdsregulering er høy nok, men kravene må tydeliggjøres og til dels styrkes gjennom revisjon av gjeldende forskrift og heving av rettsstatus til gjeldende anbefalte program for tjenesten. Spesifikasjonen av funksjonen helsestasjons- og skolehelsetjeneste må beholdes i ny kommunal helse- og omsorgslov for å tydeliggjøre de nasjonale forventningene til forebyggende innsats blant barn og unge.

Styrken med innholdsregulering fremfor antallsnormering er at det i større grad understøtter lokal autonomi hva gjelder organisering og samarbeid for å oppfylle nasjonale krav. Sammenhengen mellom krav som stilles og målene som ligger til grunn for kravene er tydeligere enn om det er personellantall som reguleres. Dette innebærer også økt stimulans til lokalt kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling.

En svakhet med innholdsregulering er at det kan stilles spørsmål om virkemiddelet er sterkt nok til å oppnå en kapasitetsøkning og styrking av tjenesten. Helsedirektoratet mener at tiltaket er godt nok, gitt at reguleringen blir sterk og tydelig nok i sin juridiske form, samt at etterlevelsen av de presiserte kravene følges opp med mer robuste rapporteringssystemer enn hva tilfellet er i dag.

Samlet sett finner vi at innholdsregulering på det nåværende tidspunkt er en bedre strategi enn antallsnormering. Men dersom målsetningene ikke nås innen rimelig tid, basert på funn gjennom rapporteringssystemet som etableres, bør antallsnormering gjennomføres. Rimelig tid i denne sammenheng ansees å være tre år.

1.5 Helsedirektoratets anbefalinger

Helsedirektoratet anbefaler som hovedgrep for å styrke dagens helsestasjons- og skolehelsetjeneste, en tydeliggjøring av kravene til innhold i tjenestene. Dette gjøres gjennom å opprettholde en tydelig funksjonsspesifikasjon i den nye helse- og omsorgsloven, samt gjennom opprettholdelse av forskrift med detaljering av kravene til konkret tjenestetilbud til målgruppene. Den rettslige statusen for det som i dag er anbefalt program for tjenestene, heves ved at programmets kjerneinnhold tas inn i forskrift.

Subsidiært anbefales normering av personellressursinnsats i tjenestene som virkemiddel for å øke kapasiteten, men dette ansees å være et mindre hensiktsmessig tiltak. Slikt tiltak synes likevel nødvendig dersom styrket innholdsregulering ikke bidrar til måloppnåelse.

Rapporten drøfter og anbefaler at oppgaver innen fagutvikling og forskning for dette feltet styrkes. Dette er av særlig betydning for å kunne etablere bedre kunnskap om hva som er effektive tiltak innen disse tjenesteområdene i et samfunnsperspektiv. Etablering av et forskningsmiljø, fortrinnsvis i tilknytning til en eksisterende forskningsinstitusjon med forebyggende og helsefremmende fokus, anbefales.

For å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er det viktig at helsestasjons- og skolehelsetjenesten knyttes til det nasjonale helsenettet.

Oversikt over kostnader med hensyn til nasjonal minstenorm for bemanning og innholdsnormering gjennomført med prosessnorm i kommunene. Det må presiseres at dette er grove estimater.

Tiltak	Kostnad ved nasjonal minstenorm for bemanning	Kostnad ved innholdsnormering gjennomført med prosessnorm i kommunene
2. Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer	700 000 (kun for et år)	700 000 (kun for et år)
3. Utarbeide veileder for prosessnorm		700 000 (kun for et år)
4. Ekstra rapportering	0	250 000 (kun for et år – utviklingskostnader)
5. Styrking av tjenesten for å oppfylle lov og forskrifter	885 mill årlig kostnad	500 mill årlig kostnad
6. Kompetansemidler	4,1 mill alternativt 1-2 % av brutto driftsbudsjett (årlig kostnad)	4,1 mill alternativt 1-2 % av brutto driftsbudsjett (årlig kostnad)
7. Forskningsenhet	3 mill (årlig kostnad)	3 mill (årlig kostnad)
Totalt	893 mill	510 mill

2 Om oppdraget og utredningen

2.1 Bakgrunn

Flere Stortingsmeldinger og offentlige utredninger påpeker viktigheten av å styrke og utvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tråd med samfunnets behov (St.meld. nr. 16 2006-2007, St.meld. nr. 20. 2006-2007, St.meld.nr.47 2008-2009 og Regjeringens strategi for forebygging 2009).

Meldingene peker på at tjenesten skal være et sentralt lavterskeltilbud for barn og unge, og den skal integrere tiltak rettet mot hele målgruppen 0 - 20 år og tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper. Tjenesten skal bidra til å styrke utsatte foreldre, barn og ungdoms evne og mulighet til å ta vare på egen helse. Videre påpekes det at tjenesten skal ha et reelt tilbud til all ungdom i aldersgruppen 13 til 20 år, og bedre tilpasses ungdom og nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten fremheves som en unik og spesielt viktig tjeneste i det forebyggende og helsefremmende arbeidet fordi den har et potensial for å nå alle barn og unge, uavhengig av sosial tilhørighet.

I Regjeringens strategi for forebygging (2009) heter det at de vil legge til rette for at forebygging skal gjennomføres. Viktigheten av at tjenestene i sterkere grad innrettes mot fellesarenaene, bl.a. barnehage, skole og arbeidsliv påpekes. I stedet for å løfte individer og grupper med spesielle utfordringer ut av fellesarenaene, må tiltakene settes inn gjennom tilstedeværelse der hvor folk er.

I Politisk plattform for flertallsregjeringen 2009- 2013 (Soria Moria 2 erklæringen) under kapitel 9 helse og omsorg sier regjeringen at de vil:
"Bygge ut lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten og helsestasjonene for å kunne behandle barn og ungdom på et tidlig tidspunkt".

2.2 Forståelse av oppdrag og mandat.

I brev datert den 4.11.2009 fra HOD heter det: *"Helsedirektoratet bes å utrede alternative tiltak for å styrke kapasiteten i skolehelsetjenesten, herunder en mulig "nasjonal minstenorm for bemanning" og alternativt "lokal normering" etter modell av "Lokal normering av legetjenester i sykehjem".*

"Helsedirektoratet bes drøfte valg av virkemidler sett i forhold til St.meld.nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og satsningen på forebyggende kommunale helsetjenester. Utredningen skal omfatte en vurdering av om tiltakene bør omfatte hele helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller bare skolehelsetjenesten. Videre at spørsmålet om rekrutteringspotensial og eventuelle tiltak for å sikre tilstrekkelig rekrutteringsgrunnlag omtales".

Utredningen skal i hovedsak utdype og videreutvikle de vurderingene som allerede er gjort i notat om "Vurdering av kapasitet og innhold i skolehelsetjenesten"(ref: 07/890), sendt HOD den 15.09.07. Helsedirektoratet anbefalte i dette notatet at det

burde innføres en nasjonal norm for bemanning kombinert med en lokal prosessnorm for å sikre en faglig forsvarlig tjeneste. I denne utredningen er bemanningsnormene grundig vurdert og gjennomgått, og anslaget som det er kommet fram til er lavere enn forslaget i 2007.

Departementet ber om en vurdering av om normeringen bør omfatte hele helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller bare skolehelsetjenesten. Med bakgrunn i tilsyn foretatt av Helsetilsynet og fylkesvise kartlegginger, er dette en tjeneste som blir lite prioritert i kommunene. Kommunenes andel av brutto driftsbudsjett brukt på helsestasjons og skolehelsetjeneste i 2008 utgjorde ca 1 %². Forebyggende og helsefremmende arbeid er et langsiktig arbeid som krever kontinuitet for at det skal gi resultater. Helsedirektoratet mener derfor at det er viktig å sikre et sammenhengende forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot aldersgruppen 0 - 20 år, og vil derfor anbefale at både helsestasjon 0 - 5 år og helsestasjon for ungdom omfattes av dette utredningsoppdraget.

I oppdragsbrevet (ref:200700568-/SJ) er bestillingen å se på alternative tiltak for å styrke kapasiteten i skolehelsetjenesten, herunder en mulig "nasjonal minstenorm for bemanning" og alternativt "lokal normering" etter modell av "Lokal normering av legetjenester i sykehjem". Oppdraget tolkes slik at Helsedirektoratets utredning skal belyse ulike tiltak, og spesielt drøfte normering som et virkemiddel med et konkret forslag til sentral norm for bemanning og en lokal prosessnorm for tjenestene. For å kunne belyse og begrunne behovet for en nasjonal norm godt, har dette fått en større plass i utredningen enn de andre forslagene til tiltak som bidrar til å styrke tjenesten.

Denne rapporten og "Utviklingsstrategi for å styrke jordmortjenesten" supplerer hverandre når det gjelder tilbudet til barn, unge og familier i kommunen.

Helsedirektoratets forslag til styrking av tjenesten er et ledd i tiltakene som gjøres i regi av Samhandlingsreformen. Denne utredningen sees i sammenheng med oppdraget fra HOD av 08.12.2009 der vi er bedt om å utarbeide et utkast til en prosjektplan for hvordan man planlegger å styrke de forebyggende tjenestene. I oppdragsbrevet fra HOD er forebyggende tjenester konkretisert til å omfatte:

- eksisterende forebyggende helsetjenester slik som helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern mv.
- nye tiltak slik som lavterskeltilbud, helsestasjon for eldre, ulykkesforebyggende arbeid.
- fastlegenes rolle i forebyggende helsetjenester
- tverrfaglig folkehelsearbeid i sammenheng med barnehage og skole, barnevern, arbeid og fritid

2.3 Gjennomgang og presisering av avgrensning. Spesifisering av mål og resultatkrav

Det er behov for et kontinuerlig arbeid med å vurdere å forbedre kvalitet, innhold og arbeidsmåte i tjenesten med grunnlag i nye oppgaver, utfordringer og behov i forhold

² Helsedirektoratet: Nøkkeltallsrapporten for helsesektoren Rapport 2009 (IS-1772)

til barn og unge 0 – 20 år.

Helsedirektoratet oppfatter at oppdraget omfatter en styrking av den eksisterende helsestasjons- og skolehelsetjenesten, dvs ikke andre eller nye tjenestetilbud til barn og unge. Det skal derfor tas utgangspunkt i de personellgrupper som ble lagt til grunn i notat til HOD den 15.09.07.

Mål:

Resultatmål: Belyse ulike tiltak for å styrke skolehelsetjenesten, herunder utvikle forslag til sentral norm for bemanning og en lokal prosessnorm/tilpasning for skolehelsetjenesten og helsestasjon, herunder helsestasjon for ungdom.

Prosessmål: Forslaget skal omfatte alternative tiltak for å styrke skolehelsetjenesten og helsestasjon, herunder forslag til en mulig "nasjonal minstenorm for bemanning", og alternativt "lokal normering" etter modell av "Lokal normering av legetjenester i sykehjem".

Forslagene skal beskrives i form av en utredningsrapport som normering av legetjenesten i sykehjem

2.4 Organisering

Helsedirektoratet organiserte arbeidet med å etablere en styringsgruppe, en intern arbeidsgruppe og en referansegruppe

Styringsgruppen har bestått av:

- Divisjonsdirektør Psykisk helse og rus, Ellinor Major fram til 31.12.09,
- Divisjonsdirektør Folkehelse og levekår, Knut-Inge Klepp
- Konstituert divisjonsdirektør Primærhelsetjenester, Jon Hilmar Iversen

Den interne *arbeidsgruppen* har hovedsakelig bestått av deltakere fra avdeling Allmennhelsetjenester, men med representasjon fra følgende divisjoner i Helsedirektoratet:

- Primærhelsetjenester
- Spesialisthelsetjenester
- Folkehelse
- Psykisk helse og rus
- Helseøkonomi og finansiering

Det ble etablert en ekstern referansegruppe som består av følgende representanter:

- Faggrupper:
 - Norsk sykepleier forbund, Landsgruppen av Helsesøstere NSF
 - Den Norske jordmorforening
 - Legeforeningen, herunder Allmennlegeforeningen, Samfunnsmedisinsk forening, Norsk pediatrik forening og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
 - Norsk Fysioterapeutforbund
 - Norsk Psykologforening

- Nasjonale aktører:
 - Statens helsetilsyn
 - Folkehelseinstituttet
 - Kunnskapssenteret
 - KS
 - Fylkemennene, ved fem representanter
 - Barneombudet
- Brukerorganisasjoner/Interesseorganisasjoner
 - Mental Helse
 - Elevorganisasjonen
 - Foreldreutvalget for grunnskolen (FUG),
 - Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) ble invitert, men ikke deltatt
 - Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner(SAFO) ble invitert, men ikke deltatt

Det har vært avholdt to møter med den eksterne referansegruppen, og agenda på disse to møtene har vært drøfting av nåværende og framtidige oppgaver, og ulike måter å styrke den tverrfaglige tjenesten. Noen av deltagerne har også kommet med innspill pr e-mail på forespørsel og på eget initiativ.

Deler av rapporten ble sendt den eksterne faggruppen til uttalelse, og relevante innspill er tatt hensyn til i rapporten.

3 Lov, forskrift og faglige retningslinjer for tjenesten

De formelle lov og forskriftskravene, samt faglige retningslinjer for tjenesten

Lover

- Lov om helsetjenesten i kommunene 19. november 1982 nr. 66
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer 5. august 1994 nr. 55
- Lov om forbud mot kjønnslemlestelse 15. desember 1995 nr. 74
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) 2. juli 1999 nr. 64
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) 10. februar 1967
- Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova) 19. mai 2006 nr. 16

Forskrifter

- Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Forskrift 23. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- Forskrift 21.12.2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering
- Forskrift 23. desember 2004 nr. nr.1387 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Forskrift 2. oktober 2009 nr. 1229 om nasjonalt vaksinasjonsprogram
- Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- Forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)
- Forskrift 13. februar 2009 nr. 205 om tuberkulosekontroll
- Forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften)
- Forskrift 20. juni 2003 nr. 739 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften)
- Forskrift 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer

Faglige retningslinjer, veiledere m.m.

- Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr 450 legger nasjonale føringer for hvordan det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal gjennomføres.
- Anbefalt program for helsestasjons- og skolehelsetjenesten³
- Statens helsetilsyn utredningsserie:
 - Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år, 1-98,(IK-2611)
 - Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0 – 20 år, 5- 98, (IK-2621)
- Nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn (IS-1235)
- Retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (IS-1419)
- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (IS-1179)
- Fra bekymring til handling – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (IS-1742)

3.1 Beskrive lover og forskrifter som regulerer helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig funksjon som er lovpålagt gjennom kommunehelsetjenesteloven (khtl.) § 1-3. Den er en av kommunens primære helsetjenesteoppgaver som det fremgår innledningsvis under kommunens oppgaver med å fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte, jf. khtl. § 1- 3 første ledd, litra b og c om helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler.

Fra formålsbestemmelsen i loven, jf. khtl. § 1-2, fremgår det at kommunen ved sin helsetjeneste skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. I denne sammenheng er helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler særlig sentral, jfr. også den tilhørende forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I kommunehelsetjenesteloven er "helsestasjonsvirksomhet" og "helsetjenester i skoler" pålagt, sammen med deltjenestene helsesøstertjeneste, allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, og jordmortjeneste, jf. khtl. § 1-3.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a skal kommunen planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Kommunen skal planlegge, organisere og tilrettelegge for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle disse og andre krav fastsatt i lov og forskrift som nevnt her samt i øvrig lov og forskriftsverk. Kommunens helsetjeneste skal også til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, samt gravide (som går til kontroll i

³ Sosial- og helsedirektoratet: Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450, Vedlegg kap.8.6, IS-1154

tilknytning til helsestasjon), jf. khtl. § 1-4 indirekte og forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-2 direkte. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen og i denne sammenheng er også helsestasjons- og skolehelsetjenesten viktig og sentral.

Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg, jf. khtl. § 2-1. Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. khtl. § 2-2 og pasientrettighetsloven (pasrl.) § 6-1. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Bestemmelsen må ses i sammenheng med barnevernets undersøkelsesrett og -plikt etter barnevernloven med særlig vekt på forebyggingsaspektet. Barns rett til helsekontroll kommer *i tillegg* til den retten barn har til nødvendig helsehjelp etter khtl. § 2-1, jf. kommunens ansvar for helsestasjonsvirksomhet etter § 1-3 første ledd. Bestemmelsen innebærer at helsetjenesten kan pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll. Et slikt pålegg er et enkeltvedtak, som kan være gjenstand for klage.

Kommunen skal medvirke til undervisning og praktisk opplæring av også helsepersonellet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sørge for at også ansatte helsepersonell får påkravet videre- og etterutdanning.

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasrl. § 2-5 om rett til individuell plan. Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene, jf. khtl. § 6-2 a. Det vises også til forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Ansatte og ledelse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal drive sitt forebyggende og helsefremmende arbeid forsvarlig, jf. khtl. § 6-3 in fine, helsepersonelloven (hpl.) § 4 og hpl. § 16.

Departementet skal fastlegge et nasjonalt program for vaksinerings mot smittsomme sykdommer som kommunehelsetjenesten skal tilby befolkningen, jf. smittevernloven (smvl.) § 3-8 første ledd. Barnevaksinasjonsprogrammet er en del av dette nasjonale vaksinasjonsprogrammet og skal tilbys alle barn i førskole- og grunnskolealder og gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Også barn har rett til nødvendig smittevernhjelp, jf. smvl. § 6-1 om rett til smittevernhjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av rett til nødvendig helsehjelp fra bl.a. kommunehelsetjenesten, jf. pasrl. § 2-1 første og annet ledd, jf. smvl. § 6-1.

Alle former for kjønnslemlestelse av jenter og kvinner er straffbart etter lov om forbud mot kjønnslemlestelse § 1. Strafferammen varierer mellom 3 og 8 år. Jenter og kvinner som er kjønnslemlestet har rett til nødvendig helsehjelp og oppfølging fra helsetjenesten. Personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er etter § 2 pålagt å avverge kjønnslemlestelse.

Tjenestetilbudet i helsestasjons og skolehelsetjenesten skal også være tilrettelagt for barn, ungdom og foreldre med flerkulturell bakgrunn. Helsestasjonene er en særlig ressurs i arbeidet med å forebygge kjønnslemlestelse av jenter. De ansatte skal bl.a. ha nødvendig kompetanse og kunnskap til å kunne holde en åpen dialog med aktuelle målgrupper. De skal gi relevant informasjon om hvilke fysiske og psykiske plager og komplikasjoner kjønnslemlestelse kan medføre og at kjønnslemlestelse er i strid med norsk lov. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten.⁴

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten, jf. pasrl. § 2-1. Pasienten (barnet) og foreldrene har rett til medvirkning og informasjon på nærmere bestemte vilkår, jf. pasientrettighetsloven kap. 3.

Det er ingen formell aldersgrense for å oppsøke helsetjenesten, for eksempel helsestasjonen og skolehelsetjenesten eller helsepersonell for å få veiledning, råd og informasjon. Helsehjelp kan som hovedregel bare gis med pasientens samtykke. Når barnet er under 16 år er det normalt foreldrene eller andre med foreldreansvaret som samtykker på vegne av barnet. I visse tilfeller kan imidlertid også barn under 16 år samtykke til helsehjelp, når "tiltakets art" tilsier det. Dette innebærer at jenter under 16 år som oppsøker helsetjenesten med ønske om undersøkelse og behandling som følge av for eksempel kjønnslemlestelse, etter en konkret vurdering selv vil kunne samtykke til helsehjelpen, jf. pasientrettighetsloven.

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand, jf. hpl. § 10a.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasientrettighetsloven (pasrl) §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke til å gi informasjon etter pasientrettighetsloven § 22. Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, jf. pasrl. § 32 om opplysninger til sosialtjenesten og likeledes i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, jf. pasrl. § 33 om opplysninger til barneverntjenesten.

Helsepersonell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal på vanlig måte føre journal og samarbeide med annet helsepersonell, jf. helsepersonelloven og pasientjournalforskriften.

Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal følge forvaltningsloven så fremt ikke annet fremgår, samt evt. gi partsinnsyn og alminnelig innsyn ved forespørsel, etter nærmere angitte regler.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fastsetter nærmere regler om innholdet i helsestasjons- og

⁴ Fra veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse (Q-1145 B)

skolehelsetjenesten. Denne forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og i smittevernloven § 3-8 første ledd.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er et kommunalt lavterskeltilbud til barn og unge fra 0 til 20 år og til gravide, jf. helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tjenesten har som formål bl.a. å fremme psykisk og fysisk helse og forebygge sykdom og skade hos disse gruppene.

Tjenestetilbudet omfatter bl.a. helseundersøkelser (både somatiske og psykiske), rådgivning med oppfølging eller henvisning ved behov, opplysningsvirksomhet og veiledning, enten individuelt eller i grupper.

Etter forskriften § 2-1 annet ledd skal kommunen sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgaver den skal utføre. Innholdet i tjenesten er nærmere fastlagt i § 2-3:

Helsestasjonens tilbud til gravide skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning

Etter bestemmelsen i § 2-3 annet ledd skal helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0 - 20 år omfatte:

1. helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
2. forebyggende psykososialt arbeid
3. opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper
4. hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet
5. samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever
6. bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det
7. samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede
8. informasjon om og tilbud om Barnevaksinasjonsprogrammet, jf. forskrift 2. oktober 2009 nr.1229 om nasjonalt vaksinasjonsprogram

Direktoratet tolker bestemmelsen slik at disse tjenestene må tilbys alle, med følgende modifikasjoner:

- helseundersøkelser og rådgivning (punkt 1) skal tilbys alle, men videre oppfølging/henvisning gjøres når det (etter en faglig vurdering) er behov for det.
- bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter (punkt 6) gis i den utstrekning skolen ønsker det.
- samarbeid om habilitering av barn og ungdom (punkt 7) tilbys barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede.

Videre skal kommunen gjennom sin helsestasjons- og skolehelsetjeneste i følge forskriftens formålsparagraf bidra til å fremme gode sosiale og miljømessige forhold. For kommunehelsetjenesten; herunder skolehelsetjenesten innebærer det i et større perspektiv også å ha søkelys på og bidra til å påvirke blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer i elevenes skole- og læringsmiljø, jf. khtl. § 4a-1.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til at det etableres rutiner for håndtering av legemidler i barnehager, skoler og skolefritidsordninger, jf. forskriften § 2-4.

Virksomhetsleder er ansvarlig for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter. Når virksomhetsleder ikke selv har legemiddelkompetanse, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik kompetanse, jf. legemiddelhåndteringsforskriften § 4.

Helsesøstertjeneste er en del av kommunens lovbestemte helsetjeneste, både faglig og administrativt. Kommunen skal tilsette kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, herunder blant annet helsesøstere for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjonene i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid. Faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster, jf. forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3.

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering.

Barnevaksinasjonsprogrammet skal tilbys alle barn i førskole- og grunnskolealder og gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. forskrift om vaksinasjonsprogram § 4.

Kommunens ansvar etter forskrift om tuberkulosekontroll for etablering, tilrettelegging og oppfølging av sitt tuberkulosekontrollprogram blir i praksis utført av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette innebærer diagnostikk herunder tuberkulintesting i primærhelsetjenesten.

Helsepersonell som gir vaksinasjoner i henhold til Barnevaksinasjonsprogrammet eller mot pandemisk influensa, skal uten hensyn til taushetsplikt registrere og melde opplysninger til Vaksinasjonsregisteret (SYSVAK).

Kommunehelsetjenesten ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal gjennomføre systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med slik de er nevnt ovenfor her, jf. internkontrollforskriften § 3.

En rekke lover kan dertil nevnes som å ha betydning for helsestasjons- og skolehelsetjenesten indirekte selv om dette ikke er bestemmelser som tjenesten selv jobber etter.

Det vises til plan og bygningsloven, opplæringsloven kapittel 9a om "Elevane sitt skolemiljø", barneombudslova, tannhelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, tilsynsloven, barnevernloven, folketrygdloven, vergemålsloven, barneloven, abortloven, barnehageloven og likestillings- og diskrimineringslovgivningen (likestillingsloven, diskrimineringsloven, samt diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) som noen av de viktigste å nevne i denne sammenhengen.

På forskriftsområdet er forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager av betydning.

3.2 Hvordan er det eksisterende hjemmelsgrunnlag for ønsket bemanning?

a) I kommunehelsetjenesteloven § 1-3 om oppgaver under helsetjenesten, heter det i femte ledd at departementet ved forskrift kan treffe nærmere bestemmelse om den virksomhet som hører under kommunens helsetjeneste, herunder forskrift om oppføring, innredning og drift av og tilsyn med sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

I denne sistnevnte forskriften slik den er utformet i dag fremkommer det nærmere personellkrav i § 3-2, men vedrørende "det antall personell" boformen skal ha tilknyttet seg fremkommer det kun at det skal være "det som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand."

En rekke forskrifter er hjemlet i denne bestemmelsen; deriblant også forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste 23. november 1983 nr. 1179 som omtaler bemanningskrav og ansvar i en av bestemmelsene.

Fra helsestasjons- og skolehelsetjenesteforskriften, som også er hjemlet i denne paragrafen, er det i § 2-1 annet ledd som kjent et krav til kommunen at den skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre, jf. khtl. § 1-3 første ledd nr. 1, litra b og c og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse.

Helsedirektoratet vurderer at denne lovbestemmelsen kan være hjemmelsgrunnlag for forskrift/forskriftsbestemmelse om ønsket bemanning.

b) I helsepersonelloven § 16 om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll, heter det i første ledd at virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

I annet ledd fremgår det at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

Fra merknadene til bestemmelsen i Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-20 /2001 fremkommer det at bestemmelsen skiller seg fra lovens øvrige bestemmelser da den er av organisatorisk art og at den er tatt inn i loven av pedagogiske årsaker.

Annet ledd gir departementet hjemmel til å utforme forskrifter om organisering av virksomhet og om internkontroll. Arbeidsgivers styringsrett innebærer rett til å organisere virksomheten innen lovbestemte rammer. Departementet kan imidlertid gjennom forskrifter i særskilte tilfeller treffe bestemmelser om organisasjonsformer og stille krav til internkontroll der dette anses påkrevd av hensyn til forsvarlig pasientbehandling.

En rekke forskrifter er hjemlet i denne bestemmelsen; deriblant forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 18.mars 2005 nr. 252. I denne forskriften

fremkommer det blant annet en bestemmelse med krav til så vel bemanning som helsefaglig kompetanse til ambulansetjenesten. Det kan således vurderes å være aktuelt å se for seg en tilsvarende parallell til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men da ved at en benytter hpl. § 16 annet ledd som hjemmel for ny forskrift om normering i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som sådan.

Det vises for øvrig også til pkt. 6.2.1. hvor det fremkommer bestemmelser som kan være momenter i forbindelse med en normering og hjemling av denne.

3.3 Vurdere hvordan en norm kan forankres juridisk

a) En norm kan forankres juridisk i form av lov eller forskrift. Ut i fra det som fremgår i foregående avsnitt ser imidlertid Helsedirektoratet ikke det som nødvendig å bruke lovs form, men at man kan hjemle normering i forskrift.

Skal en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i form av normering i forskrift oppnås over hele landet, vil det være nødvendig med sentral forskrift.

Det vises til punktet ovenfor og det som fremgår der under punktene a) og b). Disse er etter Helsedirektoratets vurdering en mulig hjemmel for å forankre en forskrift inneholdende norm for bemanning.

b) I kommunehelsetjenesteloven § 1-3 om oppgaver under helsetjenesten, in fine, heter det at departementet i forskrift kan gi nærmere regler om fastlegeordningen, herunder om adgangen til suspensjon.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene 14.april 2004 nr. 328 er hjemlet i denne bestemmelsen og gir nærmere spesifiserte bestemmelser om organisering av fastlegeordningen og utøvelsen av den.

I tillegg suppleres dette av avtaleverk mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeförening.

Alternativt til under a) ovenfor her, er det mulig å gi en tilsvarende lovbestemmelse som denne i et nytt åttende ledd hvor det fremgår at departementet i forskrift kan gi nærmere regler om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, herunder om bemanning, dersom det ikke er ønskelig å benytte alternativene innenfor a) ovenfor.

Dersom man benytter en slik fremgangsmåte kan en normeringsforskrift også hjemles i khtl. § 1-3 a, i tillegg til i et nytt åttende ledd. Etter khtl. § 1-3 a skal kommunen planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Det fremgår her at departementet i forskrift kan gi nærmere regler om pliktens innhold.

Denne siste bestemmelsen ble tatt inn i loven i forbindelse med vedtakelsen av den nye helsepersonelloven. Bestemmelsen er ment å understreke kommunens ansvar for planlegging og organisering, samt at dette skjer på en slik måte at helsepersonell kan utføre sine oppgaver i overensstemmelse med helsepersonellens plikter etter helsepersonelloven.

Helsedirektoratet vurderer imidlertid at khtl. § 1-3 a alene ikke er tilstrekkelig juridisk forankring for formålet.

c) Et annet alternativ er at normering forankres i nasjonale faglige retningslinjer eller veileder, men vil da ikke ha formelt bindende karakter juridisk.

d) Når det gjelder selve utformingen av en normering i forskrift kan dette gjøres i form av tekst og evt., tilhørende funksjonskrav.

Det er også en mulighet for at dette kan gjøres i form av medfølgende tabeller. Det vises i den forbindelse til for eksempel arveavgiftloven som innehar tabeller til bruk ved verdsettelse av inntekstnytelser. Tabeller kan også brukes til å forklare tekst. Det vises til det som her er selve sluttnormeringen.

En annen form for forankring er å utforme normeringen i form av funksjonskrav. Ved å ha krav om hvilke mål som skal nås i forskrift/forskriftsbestemmelse sammenholdt med evt. utfyllende retningslinjer, vil man kunne ha et mer fleksibelt og smidig verktøy.

Ved kun å stille funksjonskrav, dvs. krav om hvilke mål som skal nås, istedenfor å ha detaljerte regler om hvilke fremgangsmåter, kan man velge hvordan kravene skal oppfylles. Dette kan bidra til hensiktsmessige løsninger og ha den fordel at det er et smidig verktøy. Regelforenkling og effektivisering er andre argumenter som generelt trekkes frem som fordel ved funksjonskrav. Som et tillegg til slike regler kan det om ønskelig utarbeides veiledninger som angir måter funksjonskravene kan oppfylles på.

Det må imidlertid vurderes om funksjonskrav er egnet på dette området.

3.5. Alternative tiltak for å styrke kapasiteten i skolehelsetjenesten

Forankre helsestasjons- og skolehelsetjenesteprogrammet i en egen forskrift. Dette vil styrke og løftet opp programmets betydning, samt gjøre det tydeligere - og tilgjengelig for internkontroll også fra tilsynsmyndighetene. Det vil også ha en viktig symboleffekt og være lettere akseptabelt, jf. statlige føringer.

Argumenter mot dette kan være at helseforskningen utvikler seg så raskt, at det vil være problemer for forskriftsprosessen - med bl.a. sin normalt tre måneder lange høringsfrist jf. rettssikkerhetsaspektet – å holde følge med den.

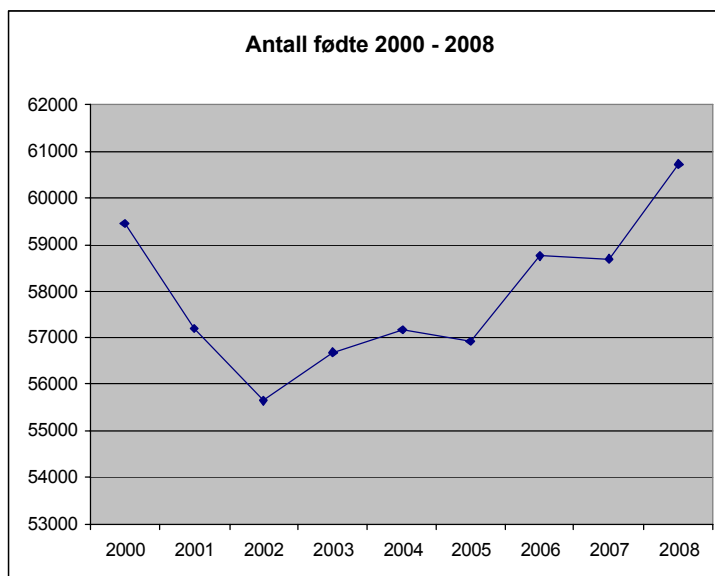
Rettssikkerheten her som på andre områder, vil imidlertid også bero på praktiseringen av regelverket, ikke bare på det formelle regelverket i seg selv.

4 Beskrivelse av dagens situasjon og utfordringsbilde

4.1 Demografiske data

Et demografisk bilde av norske barn viser at det per 1. januar 2009 var 1 103 500 registrerte bosatte barn (0 - 17 år) i landet. Barn og unge utgjorde dermed 23 prosent av hele befolkningen ved siste årsskifte⁵.

I 2009 ble det født 61 800 barn, det høyeste fødselstallet siden 1972. Bare fra 2008 til 2009 er det en økning på 1300 fødsler. St. melding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet* beskriver at det i 2020 er forventet en økning i antall fødte på i overkant av 8000 barn i forhold til 2008. En del av fruktbarhetsoppgangen de siste årene skyldes trolig at en del kvinner som normalt skulle fått barn tidlig, har utsatt dette ett eller flere år. Fødselsoverskuddet utgjorde 35 prosent av veksten i folketallet, mens innvandringsoverskuddet stod for 65 prosent.⁶ Denne økningen krever planlegging og tilrettelegging både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, ikke minst hva helsestasjons- og skolehelsetjeneste angår.



Figur 1 Antall fødte i perioden 2000 – 2008⁷

4.2 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste tilbudet

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge 0 - 20 år, ved å forebygge sykdom og skade, og fremme god fysisk og psykisk helse. Tjenesten skal også bidra til å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til kommunes

5 SSB -: Barn og unges familier

6 SSB: Kvartalsvise befolkningsendringer

7 SSB: <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/fodte/>

oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til målgruppen.

Arbeidet innebærer hjemmebesøk, råd og veiledning, helseundersøkelser, helseopplysning, vaksinerings, oppfølging av barn og unge med ulike behov.

Tjenesten har fokus på å fremme normalutvikling hos barn og unge.

Opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet omfatter blant annet temaene: Svangerskap, barseltid, barnestell, amming, samspill, kosthold, tannhelse, lek og bevegelsesutvikling, språkutvikling, sosial kompetanse, tilknytning til familie, venner/sosialt nettverk, fysisk og psykisk utvikling, fysisk aktivitet, bruk av tobakk, herunder eksponering for passiv røyking, rusmidler, inneklime, skader og ulykkesforebygging, samliv, seksualitet og prevensjon, smittevern, herunder vaksinerings, forebygging av HIV og seksuelt overførbare infeksjoner og kjønnslemlestelse⁸.

Tjenesten skal etter forskriften ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester som skole, barnevern, PPT, barnehager, koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering mfl, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten som BUP og habiliteringstjenesten mfl.

4.3 Nye faglige retningslinjer og oppgaver som er pålagt tjenesten

4.3.1 Vaksinerings

Fra skoleåret 2009/2010 er følgende endringer gjort gjeldende i barnevaksinasjonsprogrammet:

- Tuberkulose (BCG), 1 dose gis kun til barn i risikogruppen. Barnet vaksineres i løpet av de 6 første leveuker. I flere fylker er denne oppgaven overført fra sykehusene til helsestasjonene.
- Vaksine mot Humant papillomavirus (HPV) vaksine mot livmorhalskreft totalt 3 doser i løpet av 6 – 12 måneder, tilbys jenter i 7 klasse. Per 30. januar 2010 hadde 49 % av jentene i 7-klasse fått første dose av vaksinen. Det er stor variasjon mellom fylkene med vaksinasjonsdekning fra 29 % til 62 %. Vel 20 % av landets kommuner har foreløpig ikke startet HPV-vaksinasjonen. Det er grunn til å tro at oppstarten i en del kommuner kan ha blitt forsinket på grunn av kommunenes ekstraarbeid i forbindelse med pandemien. Dersom kommunene ikke lykkes i å gjennomføre HPV-vaksineringsen av årets 7. klassinger i inneværende skoleår, vil vaksinerings fullføres høsten 2010.

På grunn av stor skepsis fra både fagpersoner og foreldre til innføringen av HPV - vaksinen har dette vært en krevende informasjonsoppgave for helsesøstre i skolehelsetjenesten.

4.3.2 Oppfølging av for tidligfødte barn

Retningslinjer for oppfølging av for tidligfødte barn (2007) anbefaler at for tidlig fødte barn og deres familier bør tilbys en mer omfattende og målrettet oppfølging i primær- og spesialisthelsetjenesten enn barn født til rett tid. Omfanget vil avhenge av grad av prematuritet og komplikasjoner knyttet til for tidlig fødsel og nyfødtperiode.

⁸ Sosial- og helsedirektoratet (2005) Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IS-1154)

Foreldrenes trygghet i sin omsorgsutøvelse må understøttes ved at deres bekymringer og usikkerhet møtes med relevant kartlegging av barnets og familiens behov, og ved at nødvendige tiltak i primær - eller spesialisthelsetjenesten iverksettes.

I forbindelse med hjemreise fra sykehus er det behov for et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helsestasjonene for å trygge foreldrene i en ny situasjon. Oppfølging fra helsestasjonen vil kreve ekstrakonsultasjoner utover anbefalt program med ett ekstra hjemmebesøk og ekstrakonsultasjoner ved 7 mnd, 3 og 5 år. Noen barn vil ha behov for ytterligere oppfølging.

4.3.3 Nye nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling

Utkast til Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil føre til følgende endringer i oppsatt program.

- Barnet skal veies innen 10. dag etter fødsel. Dette vil medføre at hjemmebesøket må utføres innen 10. levedag, og ikke 14. levedag som er praksis i dag. Det anbefales også det utføres flere vekt/lengde-målinger frem til skolealder enn dagens veileder foreslår. Dette vil likevel ikke endre dagens praksis i stor grad, da mange helsestasjoner allerede i dag utfører vesentlig flere vekt/lengdemålinger enn det dagens veileder foreslår.
- I skolealder er det foreslått måling av høyde og vekt i 3. og 8. klasse. I dag gjennomføres kun høydemåling i 3. og 7. klasse. Disse høyde og vekt-konsultasjonene vil kreve økt tidsbruk av helsesøster i gjennomføring, men også fra lege og fysioterapeut i oppfølgingen av barn og unge med over- og undervektsproblematikk. Det er viktig at disse konsultasjonene gjennomføres på en slik måte at barn og ungdom opplever at de får råd og veiledning som fremmer helse og mestring og at de ikke blir påført ubehag og maktesløshet.

4.3.4 Nye nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge i primærhelsetjenesten

Disse nasjonale faglige retningslinjene er i ferd med å bli slutført våren 2010. Barnevekststudien gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2008 viste at mellom 16- 18 % av dagens 9 åringer lider av overvekt og 4 % av fedme. Det vil si at disse barna og deres foreldre trenger ekstra oppfølging og noen også individuell plan for å motiveres og legge til rette for endring av levevaner. Oppfølgingen av denne gruppen krever et tett samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

For å kunne gi råd og veiledning til barn og unge som er overvektig er det behov for ernæringskompetanse. Viktige samarbeidspartnere for helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å tilrettelegge et tilbud til barn og unge som er overvektig er Frisklivstilbud som finnes i mange kommuner. Disse skal ha kunnskap om endringsfokusert veiledning i arbeid med mennesker som bør endre levevaner. For disse barna vil det være aktuelt å legge til rette for et familietilbud.

Oslo kommune startet i 2008 opp et 2,5 års prosjekt som skulle prøve ut en modell der klinisk ernæringsfysiolog er en ressurs for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Her har helsestasjons- og skolehelsetjenesten fått tilbud om besøk, kunnet sende inn henvendelser vedrørende individer, men også i forhold til skolekantiner og undervisning. Prosjektet har utviklet egne nettsider. Prosjektet har hatt samarbeid med spesialisthelsetjenesten vedrørende kostråd til premature og "Stor og sterk prosjektet" oppfølging av barn med fedme. Den foreløpige evalueringen fra fagpersonene, som i hovedsak er helsesøstere, viser at de er svært fornøyde med tilbudet, og at de ønsker at dette blir et permanent tilbud.

4.3.5 Forebygging og oppfølging av kjønnslemlestelse

Føringer for dette arbeidet er gitt i Rundskriv 1-5/2009 Forebygging av kjønnslemlestelse (revidert utgave vil foreligge i mars/april 2010) og Veileder IS-1746 for helsestasjons- og skolehelsetjenesten om forebygging av kjønnslemlestelse. Jenter/kvinner med innvandringsbakgrunn skal gis tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser. Målgruppen for tilbudet er foreldre og jenter med bakgrunn fra land hvor kjønnslemlestelse har en utbredelse på 30 prosent eller mer. Aktuelle foreldre og jenter skal få tilbud om samtale og underlivsundersøkelse ved skolestart (5 - 6 år), på 5. trinn (10 - 11 år) og på ungdomsskolens klassetrinn (14 - 16 år).

Tilbudet ble igangsatt i høsten 2009 i bydelene Stovner, Bjerke, Grünerløkka og Sagene i Oslo, samt Lier og Drammen kommune. Tilbudet skal være landsomfattende fra 2010. Det er anslagsvis mellom 170 og 240 jenter i målgruppen i disse kommunene/ bydelene. Pandemien (H1N1) forsinket arbeidet, men 26 jenter / foreldre ble invitert til samtale. Av disse møtte 19. Ingen tok i mot tilbudet om underlivsundersøkelse. Det rapporteres at arbeidet var krevende og at legene selv påpekte at de manglet kompetanse til å gjennomføre undersøkelsen.

4.3.6 Handlingsplan mot tvangsekteskap

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten møter unge som er i risikozonen for, som trues med eller utsettes for tvangsekteskap og annen æresrelatert vold. Regjeringens Handlingsplan mot tvangsekteskap (2008 - 2011) legger føringer for tjenestenes arbeid på dette feltet som handler om både forebyggende arbeid og oppfølging av konkrete saker.

- Det er viktig at kommunale helsetjenester har kunnskap om hvordan slike situasjoner manifesterer seg og skal følges opp, slik at berørte personer blir sett og får nødvendig hjelp.
- Skolehelsetjenesten skal distribuere relevant informasjonsmateriell om tvangsekteskap (tiltak 9).

Tilgjengelighet er nødvendig for at aktuell ungdom vet at de kan bruke personalet i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom som samtalepartnere og rådgivere. Gjennom opplysning og informasjonsmateriell er dette tydeliggjort i mange bydeler og kommuner. Skolehelsetjenesten samarbeider med barnevern til ungdom under 18 år, og sosialtjenesten for dem over 18 år i disse sakene. Dette er kompliserte saker om krever tett oppfølging og samarbeid mellom ulike instanser i tjenesteapparatet.

Det er opprettet et nasjonalt kompetanseteam mot tvangsekteskap som ved behov kan bistå førstelinjetjenesten med råd og veiledning i konkrete saker. De regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) vil også ved behov bidra med kompetanse. Ved flere videregående skoler er det ansatt minoritetsrådgivere som gir informasjon og samtaletilbud til aktuelle ungdommer og disse er viktige samarbeidspartnere for skolehelsetjenesten.

4.3.7 Nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn

Nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn medfører ingen store endringer for tjenesten.

Det er innført hørselsscreening med otoakustisk emisjon (OAE) av alle nyfødte barn. Retningslinjene for hørselsundersøkelser medfører en større omlegging av tidligere praksis. Ansvar for undersøkelse av spedbarn er overført fra primærhelsetjenesten (helsestasjonene) til spesialisthelsetjenesten (barsel- og nyfødtavdelingene).

I tillegg anbefales at det stadig rettes oppmerksomhet mot barnets hørsel ved kontakt med helsetjenesten. Helsestasjonene har i sitt program nedfelt observasjon og undersøkelse av hørsel på flere alderstrinn.

Det er anbefalt at det i den generelle helseundersøkelsen av barn gjennomføres systematisk kartlegging av kommunikasjon, språkforståelse og talespråk. Barnet skal henvises til videre språkutredning dersom det er mistanke om forsinket språkutvikling.

Det er utarbeidet kartleggingsmateriell for bruk ved helsestasjonens 2 - og 4 - årskontroll, SATS og SPRÅK 4 som mange helsestasjoner benytter.

4.3.8 Barn med nedsatt funksjonsevne

Helsedirektoratet ga i 2009 ut Handlingsplan for habilitering av barn og unge etter oppdrag fra HOD i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011(St.prp.nr.1 2007-2008). Flere statistiske utviklingsparametre peker i retning av at antall barn og unge med funksjonsnedsettelse som har behov for habiliteringsbistand fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene har økt de siste årene. Det er ikke usannsynlig at 10 % av barnebefolkningen vil kunne ha behov for en eller annen habiliteringsbistand på kommunalt nivå i kortere og lengre tid. Handlingsplanen inneholder flere tiltak, ett av dem fokuserer spesielt på å intensivere helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge med funksjonsnedsettelse i kommunene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig aktør i dette arbeidet i kommunene.

Tilbud om habilitering og rehabilitering skal omfatte alle personer som har behov på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemning eller kronisk sykdom. Tilsvarende for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemning eller kronisk sykdom. Tjenesteyteren skal sørge for at den enkelte bruker medvirker ved målsettingen og gjennomføringen av eget habiliteringstilbud. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering. Det skal finnes en

koordinerende enhet for re-/habiliteringsvirksomheten i kommunene og helseforetak. Koordinerende enhet skal være et sted å henvende seg til for brukere og tjenesteapparat og ivareta samhandling mellom aktørene. Erfaringer fra prosjekt Familieveiviser (2008-2010) viser at det ikke er gode nok rutiner mellom helsestasjon og koordinerende enhet når det gjelder fødselsmeldinger.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan, jfr. forskriften. Både kommunens sosial- og helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten har plikt til å sørge for at planarbeidet settes i gang etter brukernes ønske. Brukeren har rett til å delta i prosessen med å lage planen. Videre er formålet å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølging av tjenestemottaker. Helsesøster skal på lik linje med andre tjenesteytere inneha rollen som hovedansvarlig tjenesteyter (koordinator). Landsomfattende tilsyn i 2006 med habiliteringstjenester til barn viser bl.a. at koordinator sin rolle er uklar og at det varierer om og hvordan IP blir brukt. (ref 4.4.2). Erfaringer fra prosjekt Familieveiviser (2008-2010) viser de samme tendenser.

En dybdestudie gjennomført av forsker Lisbeth Grut i SINTEF viser at nordmenn med sjeldne og lite kjente diagnoser kjenner seg alene med problemene sine. Siden de ofte faller utenfor fagfolks kunnskapsunivers, har de problem med å nå fram. Det finnes nasjonale kompetansesentra, nettsteder (www.rarelink.no) og servicetelefon (800 41710) for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, som i større grad kan benyttes av tjenesten.

4.4 Vurderinger av utfordringer

4.4.1 Nyfødte og deres foreldre

Ved mange fødeavdelinger skrives kvinnen ut allerede 48 timer etter fødselen. Noen foreldre opplever at dette er for tidlig da de har behov for råd og veiledning i en ny livssituasjon. For en del kvinner kan dette gi utfordringer da de ikke har kommet i gang med amming. Det er viktig at både jordmor og helsesøster kommer tidlig i kontakt med familien. Rutinene med hjemmebesøk fra helsestasjon er ulike, og mange får ikke hjemmebesøk før etter to uker. Flere bydeler og kommuner har ikke kapasitet til hjemmebesøk og tilbyr derfor konsultasjon på helsestasjonen. Andelen hjemmebesøk er sunket fra 80 % i 2006 til 75 % i 2008⁹.

Kommunikasjonen mellom fødeavdeling og kommune er ofte for dårlig slik at det tar lang tid før helsestasjonen mottar fødselsmelding. Det vil være av stor betydning for samhandlingen mellom sykehus og helsestasjon om denne tjenesten kommer inn i nasjonalt helsenett, slik at melding om fødsel kan sendes elektronisk.

En kartlegging som er gjennomført av helsetilsynet i Rogaland i 2009 viser at sykehuset reduserte liggetiden på barsel fra to til tre dager uten nærmere samarbeid med helsestasjonene før ordninger ble innført. Dette resulterte i at helsestasjonene ikke hadde mulighet til å kunne tilby barselkvinnene og den nyfødte den hjelpen de trengte fra tredje dag etter fødselen. Mange foreldre kom til helsestasjonen med ammeproblemer og bekymringer for barnets ernæring like etter hjemreise fra sykehuset. Dette ga også negative ringvirkninger for helsestasjonsvirksomheten for

øvrig og også for skolehelsetjenesten. Helsesøstrene prioriterer nyfødte og deres familie høyt, og flere kommuner gir eksempler på at dette har gått på bekostning av andre oppgaver ved helsestasjonen og skolehelsetjenesten¹⁰.

Ullevål universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus har gjennomført prosjektet "Jordmor hjem" der foretaket har fulgt opp kvinnen de første ti dagene etter fødselen. Kvinnene har i gjennomsnitt fått to besøk. De er også fulgt opp med sms og telefon. Kvinner som har fått tilbudet gir tilbakemelding om at de er fornøyd med oppfølgingen og føler seg trygge og ivaretatt av prosjektet. Det har i disse prosjektene ikke vært noe formelt samarbeid med helsestasjonene.

4.4.2 Ammekyndig helsestasjon

Fra 2009 har Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA) videreutviklet WHO/Unicefs Mor-barn vennlig initiativ til å omfatte Ammekyndig helsestasjon. Denne utvidelsen er spesielt viktig med dagens korte liggetid på barselavdelingen. Ammekyndig helsestasjon skal arbeide med en systematisk kvalitetsforbedring av sin ammeveiledning. I regjeringens handlingsplan for bedre kosthold påpekes det at amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos barnet og at dette også kan ha positiv effekt på helsen senere i livet for både mor og barn. Ammekyndig helsestasjon er ett ledd i å følge opp dette tiltaket. I tillegg er et av formålene med å bidra til å redusere sosial ulikhet i amming gjennom et universelt tiltak, nemlig styrking av tjenestetilbudet til alle.

4.4.3 Mødre/foreldre med psykiske lidelser og / eller rusmiddelavhengighet

Det er forskningsmessig belegg for å anta at 6000 til 9000 barselkvinner (10 – 15 %) til en hver tid sliter med symptomer på angst og depresjon. Depresjon hos mødre er i en særstilling som risikofaktor fordi den er sterkt knyttet til alle typer psykiske vansker hos barn¹¹. Ved noen helsestasjoner har helsesøstrene startet med å screene mors psykiske helse (EPDS kartlegging). Dette har resultert i at man før screening fant ca 3 % av mødre som hadde en depresjon, mens etter innføring av screeningen økte andelen til ca 10 %.

Barn med foreldre som ruser seg antar man utgjør mer 200.000 barn på landsbasis¹². Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2010) påpeker at pårørende, herunder også barn og søsken av rusmiddelavhengige, skal bli bedre ivaretatt. Dette skal gjøres ved blant annet å utarbeide et rundskriv som retter seg mot helsepersonell i kommunale og spesialiserte tjenester. Rundskrivet bygger på Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av barn som pårørende). Med barn som pårørende menes barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde.

10 Helsetilsynet i Rogaland: Barselomsorg i bedring... Kartlegging av barselomsorgen i Sør-Rogaland 2009

11 FHI: Rapport 2009:8

12 Ot.prp. 84 2008-2009. Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av barn som pårørende)

Rundskrivet er en utdypning av Ot.prp. 84 og lovendringene i helsepersonellovens § 10 a om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende og spesialisthelsetjenestelovens § 3-7a om barneansvarlig personell. Lovendringene og rundskrivet ønsker å bidra til å heve kunnskapen om barn som trenger hjelp.

Ved noen helsestasjoner har personalet startet med å bruke TWEAK som et screeningsverktøy for å avdekke risikofyllt bruk av alkohol hos gravide. I løpet av 2010 vil det være regionale team som tilbyr kommunenes helsestasjoner denne opplæringen i screeningverktøyene TWEAK (avdekking av risikofyllt alkoholbruk) og (EPDS - Edinburghmetoden). Ansvarlige for opplæringstilbudet er RBUP/ NKVTS, Kompetansesentrene på rusfeltet, Bufetat, Helsedirektoratet og Bufdir.

Screening som både EPDS og TWEAK forutsetter at det er lagt til rette for et differensiert og lett tilgjengelig støtte- og behandlingstilbud i kommunene. Uten dette har screening i klinisk virksomhet ingen hensikt.

4.4.4 Psykisk helse barn og unge

Basert på forskningsrapporter har man estimert at om lag 8 % (70 000) av alle barn og unge mellom 3 og 18 år har en psykisk lidelse¹³. For disse barna er det viktig i første rekke at de fanges opp gjennom helsestasjon og skolehelsetjenesten, for så å få et adekvat oppfølgingstilbud tilpasset barnets behov enten fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlege, kommunal psykisk helsetjeneste (psykiatrisk sykepleier eller psykolog), eller BUP.

Samhandlingsreformen legger til grunn at det er behov for å satse sterkere på forebygging og innsats tidligere i et sykdomsforløp. Psykologrekruttering til kommunene inngår som en del av dette. Det ble i 2009 opprettet en tilskuddsordning der formålet er å bidra til utprøving av modeller for psykologers arbeid og økt rekruttering av psykologer i kommunehelsetjenesten, og omfatter tilbud til voksne, inkludert eldre, samt til barn og unge. Modellene som retter seg til barn og unge er:

- psykologer på helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom
- psykologer i familiesentre /familiens hus

Prosjektet "Lavterskeltilbud – utviklingsfremmende samtaler" gjennomført i noen bydeler i Oslo er skolehelsetjenesten i videregående skole valgt som arena for prosjektet og helsesøstere og spesialister fra psykisk helsevern arbeider sammen. Hensikten med tilbudet er å gi elevene et stabilt og lett tilgjengelig lavterskeltilbud, der ungdommen får hjelp, eller blir henvist til riktig behandlingsinstans.

4.4.5 Overvekt og fedme

Folkehelseinstituttets undersøkelse "Barns vekst i Norge" ¹⁴ som ble gjennomført

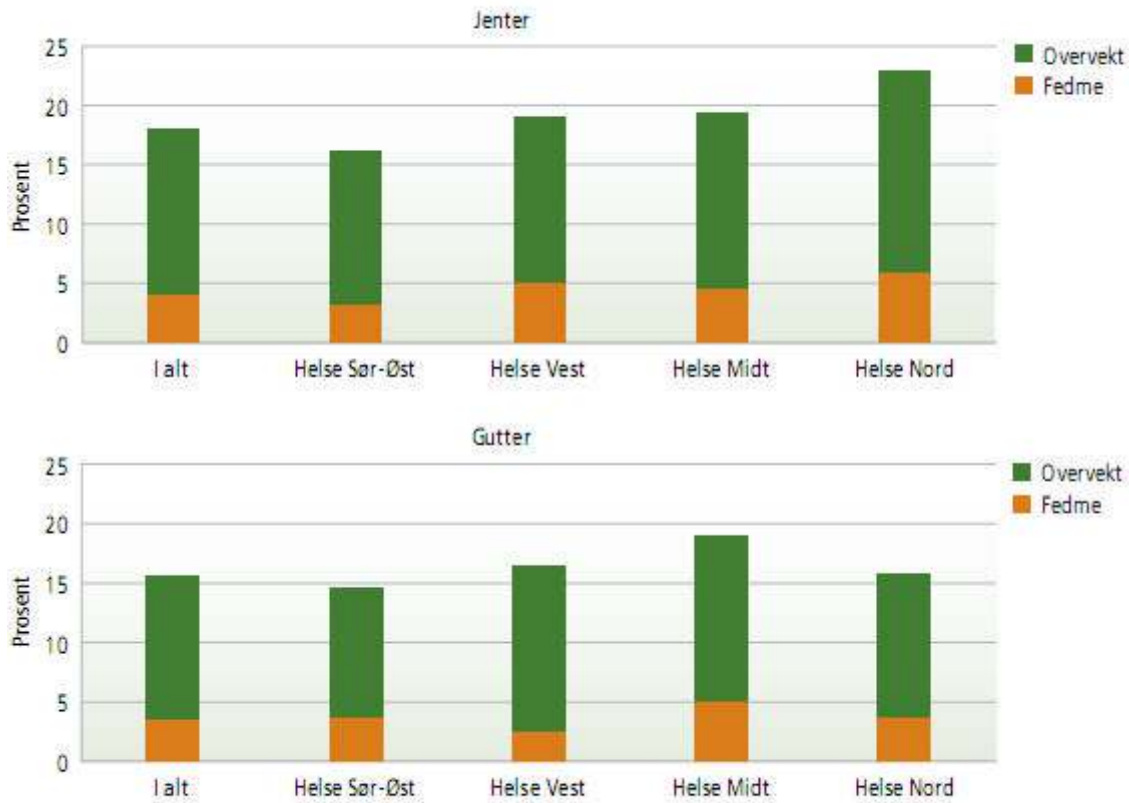
13 FHI: Rapport 2009:8

14 FHI: <http://www.fhi.no/dokumenter/345898ef6.pdf>

høsten 2008 blant elever i tredje klasse (8-9 åringer) viste at:

- 14 prosent av jentene ble definert som overvektige, i tillegg hadde 4 prosent fedme, totalt 18 prosent.
- 12 prosent av guttene ble definert som overvektige, i tillegg hadde 3,5 prosent fedme, totalt 15,5 prosent.

Figur 3.8 Andel med barn med overvekt og fedme. Landet og helseregion. 2008.



Kilde: Bamevekststudien 2008, Folkehelseinstituttet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten følger opp disse barna sammen med deres familier. Det er viktig med en tverrfaglig oppfølging i tett samarbeid med fastlegen og klinisk ernæringsfysiolog der det finnes. For skolebarn vil tilrettelegging for økt fysisk aktivitet i skolehverdagen være et viktig tiltak. For dem med fedmeproblematikk vil oppfølgingen foregå i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

4.4.6 Barn med skilte foreldre/ alene foreldre

Siden barnestatistikken ble publisert for første gang i 1989, har andelen barn i alderen 0 - 17 år som bor sammen med begge sine foreldre gått ned fra 82 til 75 prosent¹⁵. Omlag 11.000 barn under 18 år opplever hvert år at foreldrene skilles. Når barn av samboende blir inkludert, regner man med at 25.000 – 30.000 barn hvert år opplever at foreldrene skiller lag.

En studie fra Folkehelseinstituttet¹⁶ har fokusert på utvikling i mental helse og tilpasning gjennom ungdomsårene. Hensikten med studien var å se på om ungdom

¹⁵ SSB: http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2009/familie/

¹⁶ FHI: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trq=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:52254::0:5667:1::0:0

med skilte foreldre hadde en lik eller en forskjellig utvikling gjennom ungdomsårene sammenlignet med annen ungdom. 2000 ungdommer deltok, og det ble sett på symptomer på angst og depresjon, velvære, selvbilde og skoleproblemer. Resultatene viste at blant gutter med skilte foreldre var utviklingen i ungdomsårene parallell eller lik den man så blant de andre guttene. Guttene med skilte foreldre hadde litt flere problemer på begge tidspunktene, men forskjellen mellom gutter med skilte foreldre og de andre guttene ble ikke større i løpet av perioden. Blant jentene var det også forskjell mellom gruppene både på tidspunkt 1 og tidspunkt 2. Det som var spesielt for jentene var imidlertid at forskjellen mellom de med skilte foreldre og andre jenter økte i denne perioden. Dette gjaldt for symptomer på angst og depresjon, velvære og skoleproblemer. Mulige forklaringer på dette kan være fortsatt konflikt i hjemmet, problemer knyttet til relasjoner, problemer knyttet til kjæreste, opplevd ansvar for søsken og foreldre, og liten opplevelse av støtte fra hjemmet.

I Bærum kommune har de utviklet et gruppetilbud til barn med skilte foreldre til elever i både barne- ungdom og videregående skole. Gruppene drives av helsesøster i samarbeid med lærer, PP-rådgiver, familierådgiver eller annen relevant fagperson, og varer en skoletime over 6 ganger. Gruppetilbudet er evaluert positivt av både barn, foreldre og lærere.

4.4.7 Mobbing

Tall fra "Elevundersøkelsen i 2008" viser at 24 % av barna har blitt mobbet på skolen og at 5,4 % har vært utsatt for alvorlig eller hyppig mobbing. I følge "Elevundersøkelsen" er andelen som blir mobbet større på barnetrinnet enn på høyere trinn. Mobbingen inkluderer derved nær 100 000 elever på landsbasis. Mobbing blant barn og unge er en sterk risikofaktor for både akutte og senere psykiske lidelser¹⁷.

I Manifest mot mobbing 2009 – 2010 forplikter både regjeringen, KS, fagorganisasjoner og foreldreutvalget for grunnskolen seg til å arbeide for et inkluderende oppvekst- og læringsmiljø. Den overordede føringen er at: *"barn og unge skal ikke bli utsatt for krenkende ord eller handlinger som mobbing, vold, rasisme, homofobi, diskriminering eller utestengning. Den viktigste innsatsen mot mobbing må skje der barn og unge befinner seg. Vi er derfor opptatt av å motivere og bistå den lokale og regionale innsatsen mot mobbing."*

Følgende tiltak fra Manifest mot mobbing 2009–2010 er HOD / Helsedirektoratet er ansvarlige for:

1. støtte implementeringen av tiltak og program med dokumentert effekt for arbeidet med læringsmiljøet og mobbing
8. implementere "Psykisk helse i skolen"
9. spre informasjon til ansatte og foresatte om barns psykiske helse

¹⁷ FHI: Rapport 2009:8

14. spre informasjon til ansatte i barnehage om barns psykiske helse
23 mobilisere helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en sentral samarbeidspartner for skolene og barnehagene i arbeidet med å skape et godt psykososialt læringsmiljø
24. spre informasjon til foreldre og foresatte med barn i barnehage og skole om barns psykiske helse

Skolehelsetjenesten har her en sentral rolle, og bør ha et forpliktende samarbeide med skolen i oppfølging av både dem som blir mobbet, men også de som mobber.

4.4.8 Minoriteter

Innvandrerbefolkningen er svært sammensatt hva gjelder utdanningsbakgrunn, klasse og sosioøkonomiske forhold. Språklige og kulturelle forskjeller vil i varierende grad utløse behov for tilrettelagte tjenester i form av kvalifisert tolkebruk og tilrettelagt informasjon og veiledning. Det er et mål at helsetjenestene skal være likeverdige og tilpasset slik at hele befolkningen kan dra nytte av tjenestene. Dette innebærer at tjenestene må ta høyde for ulike forventninger og behov og ulike forståelser av god behandling og gode løsninger på aktuelle problemer. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil det være relevant med kunnskap om ulike kulturelle syn på barn/ungdom, relasjon barn - foreldre, seksualitet, samliv, foreldreskap, kjønnsroller og familie.

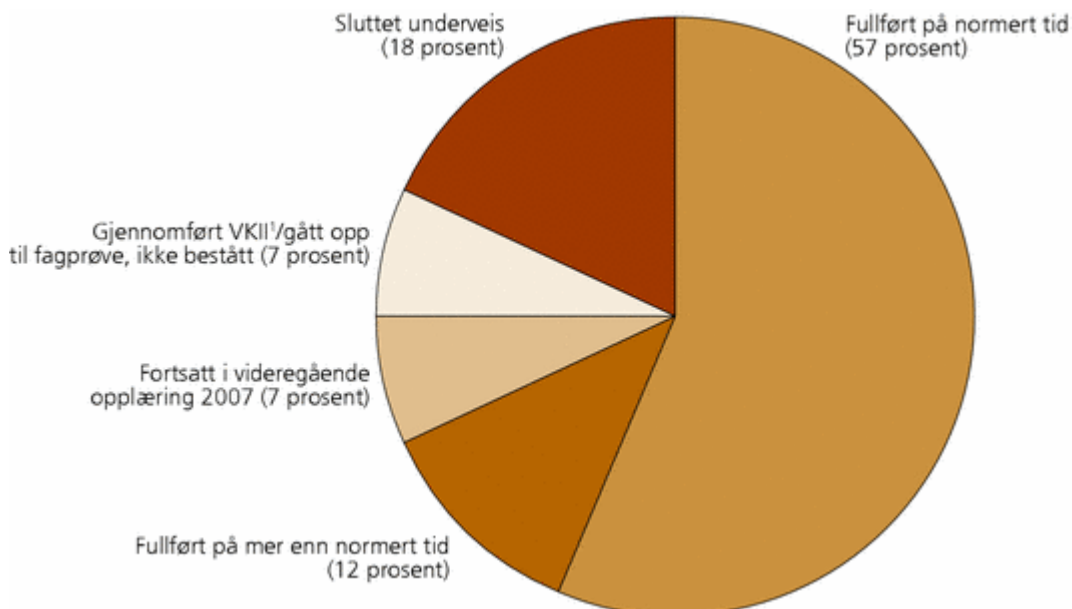
Ca 14 % av befolkningen i Norge har innvandrerbakgrunn, dersom man regner med alle som ikke er født i Norge og alle som har minst én utenlandsk forelder (SSB, 2008). Nesten halvparten av innvandrerbefolkningen er bosatt i de sørøstlige delene av landet. Størst konsentrasjon er det i Oslo, hvor innvandrerbefolkningen har økt betraktelig spesielt de siste 20 årene.

Kunnskapen om og forståelsen av det norske systemet og de norske helsetjenestene er ofte liten, spesielt blant innvandrere som har bodd relativt kort tid i Norge. Det er viktig å informere om tjenestene på en god måte slik at flest mulig kan dra nytte av tjenestene og på et tidlig stadium få nødvendig hjelp. Kulturforståelse og sensitivitet, i tillegg til bestilling og bruk av kvalifisert tolk, er i mange tilfeller en nødvendig kompetanse for å håndtere brukere med andre språklige og kulturelle forutsetninger enn den norske majoriteten på en best mulig måte.

For gode tjenester i forhold til brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn enn den norske majoriteten kan brukerundersøkelser som fanger opp denne målgruppens erfaringer og perspektiver utgjøre et viktig kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av tjenestene. Som på andre områder og innenfor andre tjenester kan det også være nødvendig å vurdere tiltak for økt rekruttering av ansatte i tjenestene med språklig og kulturell minoritetsbakgrunn, spesielt i områder med høy innvandrerandel i brukerkretsen.

4.4.9 Frafall i videregående skole

Det er ca 25 % av elevene i videregående skole som slutter. Det er store variasjoner mellom yrkesfag og allmenn studieretning, og frafallet er størst i yrkesfag.



Elever som startet i grunnkurs¹ for første gang høsten 2002, etter fullført videregående opplæring med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem år i prosent

Prosjektet "Bortvalg og kompetanse"¹⁸ fulgte 9749 ungdommer på Østlandet ut av grunnskolen, inn i, gjennom og ut av videregående opplæring fra våren 2002 til høsten 2007. Prosjektet fant at blant ungdom på 15 år som bodde sammen med begge foreldrene var det færre som sluttet før de var ferdige enn sammenlignet med ungdom som ikke bodde sammen med begge foreldrene.

Det er kjent at utdanning henger sammen med tilknytning til arbeidslivet, og har stor betydning for utvikling av både fysisk og psykisk helse. Å redusere antall frafallelever er en viktig faktor for å redusere de sosiale helseforskjellene. En tverrfaglig skolehelsetjeneste kan i tett samarbeid med skolen, eleven og foreldre følge opp både fravær og frafall allerede fra grunnskole. Skolen og skolehelsetjenesten må utarbeide rutiner for fraværsoppfølging. Det er imidlertid en utfordring at Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunen å tilby skolehelsetjeneste som et lavterskeltilbud som har som sin oppgave å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse, mens det ikke finnes tilsvarende bestemmelse i Opplæringsloven om å trekke skolehelsetjenesten inn i skolen.

4.4.10 Utfordringer for barn og unges oppvekst og helse

Det er vanskelig å finne tall på barn som lever med omsorgsvikt og vanskjøtsel. Helsestasjonen står for ca 6 % av alle meldinger til barnevernet. Skolen utgjør ca 10 % og her er helsesøster en viktig samarbeidspartner i avdekking av barn og unges levekår.

¹⁸ http://www.nifustep.no/norsk/nyheter/bortvalg_og_kompetanse

8 - 19 % blant jenter og fra 1 - 14 % blant gutter utsettes for seksuelle overgrep¹⁹. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et særlig fokus på denne problematikken. Vold i nære relasjoner berører minst 7 % som opplever at far mishandler mor eller 2 % som opplever at mor mishandler far²⁰

Oppvekst i husholdninger med vedvarende lav inntekt er i økende grad et innvandrerenomen. Nær fire av ti av alle barn i familier med lave inntekter over tid har i dag innvandrerbakgrunn, viser tall fra 2007. Kombinasjonen av blant annet svak yrkestilknytning blant de voksne og høy forsørgelsesbyrde på grunn av store familier, har ført til at mange innvandrerefamilier har hatt en dårligere inntektsutvikling enn befolkningen generelt. Mens under 3 prosent av barn og unge under 18 år uten innvandrerbakgrunn bodde i husholdninger med vedvarende lavinntekt, var den tilsvarende andelen blant barn og unge med innvandrereforeldre over 25 prosent.²¹

Det må være et tverrfaglig fokus på fattigdomsproblematikk, da det berører flere områder av barn og unges hverdag og påvirker psykisk og sosial helse. Helsestasjon og skolehelsetjenesten benyttes av alle uansett sosial bakgrunn og helsesøster er godt kjent med det øvrige kommunale hjelpeapparatet og i mange henseende også det frivillige nettverket i kommunene.

4.5 Statistikk om ressursinnsats i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Beskrivelsen av dagens personellsituasjon baserer seg på følgende kilder: KOSTRA-tall, kartleggingsundersøkelser gjennomført av TNS gallup (2010) og av Høgskolen i Akershus (HiAk).²² og forventet personelldekning gjennom Opptrappingsplanen psykisk helse (OP)

4.5.1 KOSTRA / SSB

Det er viktig å merke seg at KOSTRA-tallene ikke skiller mellom personellinnsatsen i helsestasjonstjenesten 0-5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. KOSTRA-tallene sier derfor ikke noe spesifikt om personellsituasjonen i de ulike deltjenestene.

Tabell 7 viser at det har vært en jevn, men langsom økning av personell fra 1994 til 2008 i den totale tjenesten på til sammen 1108 årsverk. Grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut. Helsesøstre har økt med 605 årsverk, jordmødre med 160 årsverk, lege med 6 årsverk, mens fysioterapeuter hatt en nedgang i antall årsverk med 35. For legenes del må det også bemerkes en nedgang på 16 årsverk fra "toppåret" 2002. Antall årsverk for annet personell har i perioden økt med hele 372 årsverk. I kategorien "andre" som utgjør ca. 19 % av timeverkene, regnes psykologer, ergoterapeuter, vernepleiere, miljøterapeuter, legesekretærer og annet personell med og uten helsefaglig utdanning.

¹⁹ http://www.nkvtis.no/biblioteket/Publikasjoner/Seksuelle_fysiske%20overgrep_barn_Kunnskapsstatus.pdf

²⁰ Justis- og politidepartementet; Vendepunkt - handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008 - 2011

²¹ SSB http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2010-03-12-01.html

²² Kartlegging av helsesøstersituasjonen i Norge. Signe Myklebust og Svein Hovde. Småskrift (Høgskolen i Akershus), nr 4/2005.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Personell i alt	2 372	2 550	2 628	2 735	2 817	2 874	2 916	3 003	3 073	3 104	3 150	3 146	3 271	3 421	3 480
Leger	210	213	217	219	222	227	228	231	232	224	217	214	207	207	216
Fysio- terapeuter	237	241	264	291	296	293	263	271	263	249	237	231	223	212	202
Helsesøstre	1 430	1 477	1 520	1 557	1 577	1 612	1 654	1 719	1 755	1 772	1 834	1 849	1 945	1 986	2 035
Jordmødre	135	176	201	224	240	256	253	251	256	273	271	272	278	287	295
Annet personell	360	443	427	443	484	487	517	530	566	586	591	581	617	729	732

¹ Inkludert personell uten helsefaglig utdanning.

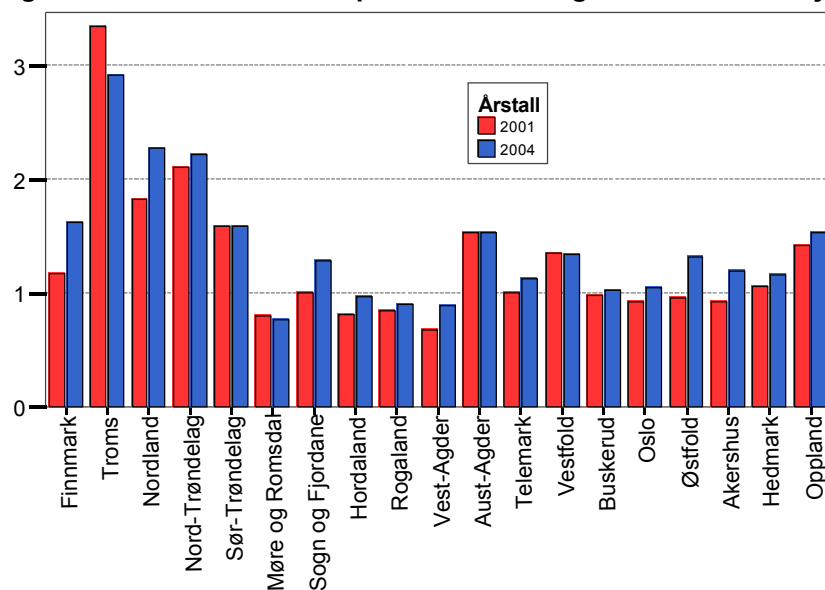
4.5.2 HIAk – undersøkelsen 2005

Høgskolen i Akershus gjennomførte i 2005 en undersøkelse om ressursfordeling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Resultatene viser at ressursene, målt i helsesøstertetthet, varierer mellom de ulike målgruppene. Denne kartleggingsundersøkelsen sammenligner tall fra 2001 og 2004, den er landsdekkende og har en svarprosent på 63. Tallene fra denne undersøkelsen kalles her for "HiAk-tallene". HiAk-tallene skiller ut helsesøsterårsverkene i skolehelsetjenesten og kan brukes til å gi et anslag over helsesøsterårsverk i skolehelsetjenesten i Norge. HiAk-tallene samler imidlertid alle de andre aktuelle yrkesgruppene i sekken: "lege, psykolog, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier og annet personell".

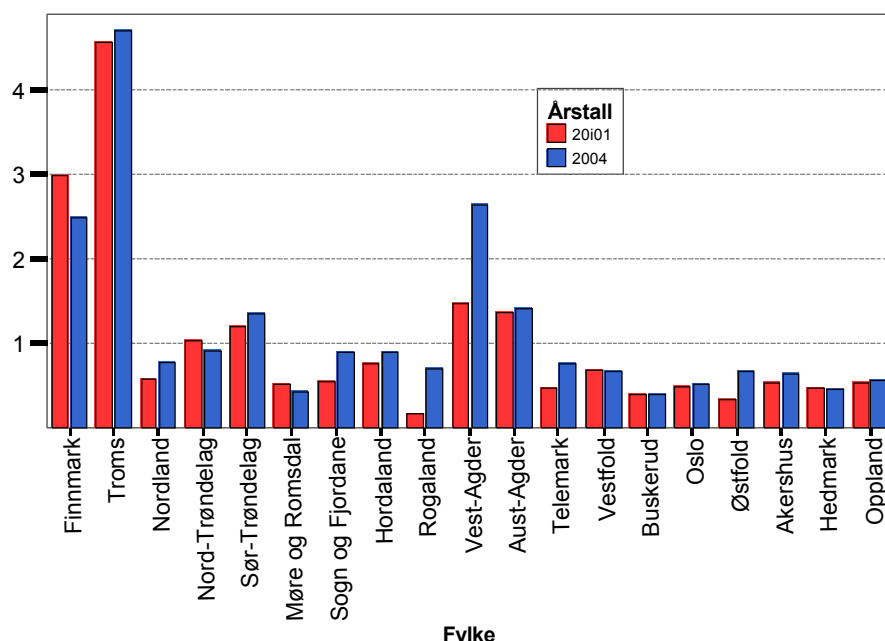
Undersøkelsen viser at det er i gjennomsnitt 1 helsesøsterårsverk per 1000 elever, totalt 780 på landsbasis og 0,3 årsverk per 1000 elever for andre faggrupper, totalt 235 årsverk, men det er store variasjoner fra fylke til fylke, med en faktor på mellom 4 i grunnskolen og 8 i videregående skole. Undersøkelsen gir ingen forklaring på disse store variasjonene.

Andre faggrupper som er knyttet til tjenesten er lege, fysioterapeut, psykolog/psykisk helsearbeider. Grunnlagsdata for de ulike yrkesgruppene finnes i materialet, men er ikke bearbeidet.

Figur 1: Helsesøsterårsverk per 1000 elever i grunnskolen etter fylke, HiAk 2005



Figur 2: Helsesøsterårsverk per 1000 elever i videregående skole etter fylke, HiAk 2005



HiAk-undersøkelsen dokumenterer at ressursene prioriteres og fordeles ulikt mellom de ulike aldersgruppene. Resultatene viser at helsesøstertettheten er høyest i aldersgruppen 0-5 år, men synker kraftig i grunnskolen og videregående skole. Dette samsvarer også med KOSTRA-tall som viser at dekningsgraden av kontroller er høyest blant barn under skolealder, og at dekningsgraden synker med alder.

4.5.3 Opptappingsplanen for psykisk helse 1998-2008

Opptappingsplanen (OP) ble iverksatt for å styrke psykisk helsefeltet og innebar konkrete tiltak og en forpliktende økonomisk plan. Et overordnet prinsipp var forebygging der dette var mulig, og å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten var det viktig å forebygge

psykososiale vansker, spiseforstyrrelser med videre. Styrking av helsestasjons - virksomhet for ungdom var nevnt spesielt.

Det viktigste virkemidlet for å oppfylle måltallet i kommunene var øremerkede tilskudd. Minst 20 % av de øremerkede tilskuddene til kommunene skulle gå til barn og unge. Det har ikke vært satt eget årsverksmål for skolehelsetjenestedelen av satsningen i OP.

Rapporteringen fra kommunene i 2008 viser at 105 % av totalmåltallet på 4770 årsverk var oppnådd, dvs. at 5006 årsverk totalt ble opprettet i kommunene (faktisk økning 1998-2008). I dette var det 136 % oppnåelse av måltallet på 1060 årsverk til barn og unge. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten var 93 % av måltallet på 800 årsverk realisert (746), mens måloppnåelsen var på 265 % (690 årsverk) når det gjelder måltallet på 260 årsverk til annet psykososialt og forebyggende arbeid. Av dette ser vi at:

1. Kommunene har disponert 23 % av de øremerkede midlene til barn og unge. Kravet var minimum 20 %.
2. Innenfor tiltak for barn og unge har kommunene prioritert annet psykososialt og forebyggende arbeid framfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
3. Den sterke veksten har vært innenfor annet psykososialt arbeid for barn og unge og deres familier, eks. Familiens hus, familiesenter, Barne- og ungdomsteam.

I helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser tall fra KOSTRA at den reelle veksten i årsverk finansiert over OP på 561 årsverk i samme periode. Totaltallene viser at den reelle økningen er 120 årsverk lavere enn økningen via OP skulle tilsi. Dette indikerer at kommunene har foretatt nedskjæringer i egenfinansierte stillinger parallelt med at det opprettes stillinger for opptrappingsmidler og at denne "lekkasjen" per 2008 var på 194 stillinger.

Kommunene ble, som et signal ved disponeringen av veksten i de øremerkede tilskuddene for 2008, oppfordret til særlig vektlegging av skolehelsetjenestens psykiske helsearbeid.

Psykologer utgjør en meget liten andel av de totale antall årsverk innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kun 1 % av alle årsverk i 2005, eller 42 psykologårsverk for hele landet. Legger man til antall psykiatriske sykepleiere finner man i alt 52 årsverk (psykologer og psykiatriske sykepleiere).

4.5.4 Spørreundersøkelse til kommunene 2009/2010 gjennomført av TNS Gallup

Bakgrunnen for at Helsedirektoratet gjennomførte denne spørreundersøkelse til alle landets kommuner er at KOSTRA funksjon 232 ikke spesifiserer timeverk spesifikt på disse tre tjenesteområdene, noe som er nødvendig for den videre planlegging og tilrettelegging av disse tjenestene i kommunene.

Det ble sendt ut 457 skjemaene som resulterte i ulike utfall:

- 109 er ubesvarte
- 10 respondenter har kun har sett igjennom skjemaet uten å fylle inn informasjon

- 3 respondenter har hatt vansker med utfyllingen, da kommunen ikke skiller de tre funksjonene.
- 2 besvarelser er ufullstendige, da det er registrert stillingsbrøk i stedet for timeantall.
- 333 er besvart i sin helhet, tilsvarende 73 % av antall utsendte skjema.

En av grunnene til at svarprosenten ikke ble høyere var at kommunene var opptatt med pandemiarbeid. Det ble sendt totalt tre purringer. Besvarelsene representerer 311 kommuner (inklusive bydelene) og 25 bydeler. I Oslo er 14 av 15 bydeler representert, i Bergen alle 8, og i Trondheim 3 av 4.

Utvalget følger i det store og hele fordelingen i landet for øvrig. Det er noe overrepresentert i Oppland og i Rogaland, og noe underrepresentert i Hordaland og i de nordligste landsdelene. Dette betyr samtidig at det gjennomgående representerer litt større kommuner (i gjennomsnitt 12.720 innbyggere per fylke mot 10.874 i landet totalt) og kommuner med noe flere enheter (70,0 mot 64,9 henholdsvis) enn i landet som helhet.

A. Tjenestetilbud (rapporterer 1 eller flere timer)

	Har tilbud	Prosent
Helsestasjon	330	99,1
Skolehelsetjeneste	323	97,0
Helsestasjons for ungdom	264	79,3
Total èn eller flere tjenester	333	100
Gjennomsnitt antall tilbud		2,8
Antall kommuner (N)	333	100

Dette viser at bare tre kommuner ikke tilbyr helsestasjon, og 10 kommuner tilbyr ikke skolehelsetjenesten, mens 69 kommuner tilbyr ikke helsestasjon for ungdom.

B. Antall kommuner som tilbyr tjenester som del av interkommunalt samarbeid.

	Har tilbud som del av	Prosent
Helsestasjon	Antall ja	7,9
Skolehelsetjeneste	Antall ja	8,6
Helsestasjons for ungdom	Antall ja	19,9
Total èn eller flere tjenester	Antall ja	24,9
Gjennomsnitt antall tilbud		0,4

Antall kommuner i utvalget 333.

I underkant av 25 % av respondentene har et interkommunalt samarbeid vedrørende disse tjenestene. Det er flest (19,9 %) som har samarbeid om helsestasjon for ungdom.

Tatt i betraktning av at utvalget er svakt overrepresentert i større kommuner, antydes det anslagsvis 10 – 15 % underrapportering av timebruken i utvalget sammenliknet med KOSTRA rapporteringen.

Avvik vil kunne skyldes:

- Ulike rapporteringstidspunkt.
- Problemer med å skille mellom tjenestetyper og profesjoner, da disse inngår i tverrfaglige funksjoner og arbeider på tvers – særlig i mindre kommuner.

- Samarbeidsavtaler med fylkeskommunale/statlige institusjoner.
- "Resttimer" blir ikke inkludert, knyttet til f.eks folkehelsearbeid, reisevaksinering og smittevern.
- Etc.

Årsverk på helsestasjons pr yrkesgruppe pr 100 av populasjonen barn 0-5 år

FYLKE	Barn 0-5 år ¹	Årsverk helsesøster	Årsverk Lege	Årsverk fysioterapeut	Årsverk jordmor	Årsverk psykolog	Årsverk andre*	Sum årsv/100 pop
ØSTFOLD	15285	0,23	0,03	0,02	0,05	0	0,1	0,42
AKERSHUS	37802	0,15	0,03	0,01	0,04	0,01	0,05	0,29
OSLO	43387	0,21	0,03	0,03	0,05	0	0,07	0,41
HEDMARK	9261	0,29	0,04	0,04	0,08	0	0,02	0,47
OPPLAND	10006	0,38	0,03	0,05	0,07	0,02	0,08	0,62
BUSKERUD	15836	0,24	0,04	0,03	0,04	0,01	0,03	0,39
VESTFOLD	14145	0,25	0,04	0,04	0,04	0,02	0,03	0,42
TELEMARK	10076	0,26	0,04	0,04	0,06	0	0,06	0,47
AUST-AGDER	2606	0,30	0,04	0,03	0,09	0	0,02	0,47
VEST-AGDER	10977	0,23	0,03	0,05	0,06	0	0,04	0,41
ROGALAND	35538	0,22	0,03	0	0,04	0,01	0,02	0,32
HORDALAND	28427	0,24	0,03	0,01	0,06	0,03	0,04	0,4
SOGN OG FJORDANE	6672	0,34	0,05	0,02	0,09	0,03	0,02	0,55
MØRE OG ROMSDAL	14907	0,28	0,04	0,02	0,03	0	0,05	0,42
SØR-TRØNDELAG	16767	0,14	0,02	0,01	0,03	0	0,01	0,21
NORD-TRØNDELAG	6706	0,25	0,03	0,02	0,06	0	0,06	0,42
NORDLAND	7828	0,29	0,05	0,01	0,07	0	0,04	0,47
TROMS	9643	0,30	0,03	0,02	0,04	0	0,02	0,41
FINNMARK	4260	0,23	0,03	0,01	0,05	0	0,05	0,37
"LANDET"	300129	0,23	0,03	0,02	0,05	0,01	0,05	0,39

* De vanligste yrkesgruppene under andre er merkantil, ergoterapeut, familieveileder, psykiatrisk sykepleier

Resultatene fra denne undersøkelsen viser et gap mellom rapporterte årsverk og den utarbeidede nasjonale minstenorm for bemanning. Dette utgjør følgende: for helsesøster på helsestasjonen her må det økes med 0,89 årsverk pr 100 barn i populasjonen. For lege med 0,12 årsverk pr 100 barn i populasjonen, og for fysioterapeut må det økes med 0,02 årsverk pr 100 barn i populasjonen.

Årsverk i skolehelsetjenesten pr yrkesgruppe pr 100 av populasjonen barn 6-19 år

FYLKE	Barn 6-19 år1	Årsverk helsesøster	Årsverk Lege	Årsverk fysioterapeut	Årsverk jordmor	Årsverk psykolog	Årsverk andre*	Sum årsv/100 pop
ØSTFOLD	39729	0,09	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,12
AKERSHUS	92884	0,07	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,09
OSLO	70890	0,11	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,13
HEDMARK	25834	0,09	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,11
OPPLAND	27971	0,09	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,11
BUSKERUD	38104	0,10	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,12
VESTFOLD	37037	0,10	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,12
TELEMARK	27934	0,12	0,00	0,02	0,00	0,00	0,01	0,16
AUST-AGDER	7004	0,10	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,12
VEST-AGDER	26968	0,11	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,12
ROGALAND	82134	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
HORDALAND	67773	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,11
SOGN OG FJORDANE	17915	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10
MØRE OG ROMSDAL	38675	0,07	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,10
SØR-TRØNDELAG	41685	0,07	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,11
NØRD-TRØNDELAG	18026	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,12
NORDLAND	23324	0,10	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,12
TROMS	23768	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10
FINNMARK	11375	0,06	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07
"LANDET"	719030	0,09	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,11

* De vanligste yrkesgruppene under andre er merkantil, ergoterapeut, familieveileder, psykiatrisk sykepleier

For skolehelsetjenesten er det litt vanskeligere å gi eksakte tall da vi ikke har spurt etter bemanning pr barne- ungdoms- og videregående skole, men spurt etter skolehelsetjenesten totalt. Kartleggingen for skolehelsetjenesten viser at denne tjenesten er svært lite tverrfaglig sammensatt da både lege og fysioterapeut er delvis fraværende, og tjenesten dekkes av en liten helsesøsterressurs. Dette er ikke i tråd med intensjonene for tjenesten. For å kunne oppfylle lov, forskrift og anbefalt program er det behov for styrking av personalressursene.

4.6 Oppsummering av tilsyn med tjenesten gjennomført av Helsetilsynet

4.6.1 Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten

Ved Fylkeslegenes felles tilsyn med skolehelsetjenesten i 2000 var tjenestenes overvåking av målgruppens helsetilstand og de faktorer som påvirker denne ett av forholdene det ble gitt avvik og merknader for til i ca. en tredjedel av tilsynsobjektene.²³ Tilsynet spurte ikke etter årsakene til at det blant annet ikke fantes prosedyrer og systematiske tiltak for å identifisere og rapportere helsetilstand og risikodata. Helsetilsynet påpeker imidlertid at skolehelsetjenesten har en svært vanskelig ressursituasjon. Dette tilsynet avdekket betydelige mangler ved

²³ Statens helsetilsyn, juni 2001: Oppsummeringsrapport fra Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten.

kommunenes styring av skolehelsetjenesten. Halvparten av de undersøkte kommunene hadde ikke etablert internkontroll, alle de øvrige fikk merknader som påviste behov for forbedringer. Tilsynet viste at 10 av de 59 kommunene ikke kunne tilby skolehelsetjeneste til alle elever. Det var et større antall kommuner som oppga at de ikke hadde en skolehelsetjeneste som var fullverdig i henhold til kravene i forskriften.

4.6.2 Landsomfattende tilsyn med helsetjeneste til barn og unge med psykiske problemer 2002

Det ble gjennomført tilsyn i 83 kommuner og ved 41 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Hovedfunnene var svikt i legeundersøkelsen ved helsestasjon og i skolehelsetjenesten, sviktende samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten og nesten fullstendig mangel på individuelle planer. Retten til vurdering og prioritering i spesialisthelsetjenesten synes å være ivarettatt.

4.6.3 Landsomfattende tilsyn i 2006 med habiliteringstjenester til barn.

Tilsynet omfattet sosial- og helsetjenester i kommunene og enheter for barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Målgruppa for tilsynet var barn i alderen 0 - 18 år med medfødte, tidlig manifesterte eller tidlig ervervede nevrologiske tilstander eller skader i nevesystemet. Barn i målgruppa for tilsynet har vanligvis behov for tjenester fra mange instanser. Det er gjennomført tilsyn med 40 kommuner og 21 enheter for barnehabilitering.

- I kommunene ble det i alt påpekt 53 avvik og gitt 46 merknader. To kommuner fikk ikke avvik eller merknader.
- Ansvarsforhold mellom helsestasjonslege og fastlege var ikke avklart i en fjerdedel av kommunene.
- I mer enn halvparten av kommunene varierte det om og hvordan individuell plan ble brukt.
- Koordinators ansvar var uklart. Rutiner for utarbeiding og oppfølging av individuelle planer var flere steder ikke kjent eller fulgt.

4.6.4 Landsomfattende tilsyn i 2008 for å undersøke om kommunene tilrettelegger for og følger opp samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge

Tilsynet ble gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene som systemrevisjon i 114 kommuner. Tilsynet undersøkte om barnevern, sosial- og helsetjenester samarbeidet om tjenester til barn og unge som ved tilbaketrekking, utagering, rusmisbruk eller på andre måter viser ved sin oppførsel at de har behov for samordnede tjenester. Tilsynet omfattet tjenester til hjemmeboende barn i skolepliktig alder og til unge som har hatt barneverntiltak, og som nærmer seg, eller er i aldersgruppen, 18–23 år.

- Bare i 11 av de 114 kommunene har tilsynsmyndighetene ikke funnet noe å bemerke til tilretteleggingen og oppfølging av samarbeidet.
- Norske kommuner må gjennomgå og forbedre sin styring og samordning av barnevern, helse- og sosialtjenester til utsatte barn og unge.

- Det svikter i tilrettelegging og samordning både når det gjelder å fange opp barn som kan lide overlast, når det gjelder å utrede og følge opp de enkelte barna, og når det gjelder de unge som vil trenge barnevernets eller sosialtjenestens hjelp og støtte også etter fylte 18 år.

4.6.5 Oppsummering av fylkesvise tilsyn fra Helsetilsynet

Statens helsetilsyn har erfaring fra noen enkeltsaker mot helsestasjonspersonell som Helsetilsynet i fylket har sendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. (5 avsluttede saker fra 010107 – i dag).

Problemer som går igjen i disse sakene:

- Uklar rolleforståelse.
- Mangelfull dokumentasjon av utført helsehjelp i helsestasjonens dokumentasjonssystem.
- Manglende oppfyllelse av meldeplikt til barnevernet.
- Misforståelser vedrørende taushetsplikten.
- Ikke rettidig henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Uklar/sviktende kommunikasjon mellom helsesøster og helsestasjonslege.
- Lite stabilitet i helsestasjonslegestillinger. Hyppig utskifting av leger med kortvarige engasjement i helsestasjon/skolehelsetjeneste fører til dårlig kontinuitet i det enkelte barns oppfølging.
- I noen av individsakene har samtidig også 2. linjetjenestens tilbud blitt vurdert.
- I flere saker har kommunen fått systemkritikk på grunn av mangelfull internkontroll slik at de lovpålagte oppgavene i denne tjenestesektor ikke ble ivaretatt eller ikke var forsvarlige. Som eksempel et tilfelle der kommunen har engasjert ikke autorisert helsepersonell til skolehelsetjenesten, helsestasjon, helsestasjon for ungdom uten å gi informasjon om gjeldende helselovgivning.

Kartleggingen gjennomført av Helsetilsynet i fylkene Akershus (2007), Hordaland (2008) og Sør Trøndelag (2009) bekrefter de overstående funnene.

4.7 Effekten av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og brukererfaringer

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lokale lavterskeltilbud til 1,1 millioner barn, ungdom og deres foreldre. Helsestasjonen benyttes i dag av nær 100 % av populasjonen. Antall barn som dør i første leveår har falt jevnt de siste 100 årene. Antallet var i 2008 3,5 per 1000 levende fødte. Årsaken til spedbarnsdødelighet er i de fleste tilfeller medfødt sykdom. Over tid vil spedbarnsdødeligheten påvirkes av økt levestandard, bedre trygder og andre velferdsordninger for mor og barn, samt helsetilbud og medisinske fremskritt. Sammen med levealderen er derfor spedbarnsdødelighet blant de viktigste målene på helsetilstanden i et samfunn²⁴. I Danmark hvor man har valgt å legge helseundersøkelser av barn til allmennlegene meldes det nå om bekymring da barn i de sosialt utsatte familier ikke får forebyggende helseundersøkelser²⁵.

²⁴ FHI;
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:70809::1:6043:20::0:0
²⁵ <http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2009/December/Barnvaccine.aspx>

Oppsummering av spedbarns kost fra 2006-2007 viste at andelen som kun fikk morsmelk (fullammede) var 82 % ved 4 ukers alder, 46 % ved 4 måneders alder og 9 % ved 6 måneders alder. Kun 1 % av spedbarna hadde aldri fått morsmelk. Andelen som totalt sett fikk morsmelk (ammende) var 95 % ved 4 ukers alder, 85 % ved 4 måneders alder og 80 % ved 6 måneders alder²⁶.

Vaksinasjonsdekningen i Norge er blant den høyeste i verden. Den viser kontaktflaten mot målgruppen; vaksinasjonsdekningen for trippelvaksine (difteri, stivkrampe, polio) for 2 åringer f. 2006 er 94 %, og for 16 åringer f. 1992 92 %, MMR 95 %. (SYSVAK pr. 31.12.08). Danmark har en vaksinasjonsdekning på 3. dose DTP på 75 %. Her utføres vaksinasjon hos allmennlegene. Dette er en vaksinasjonsdekning under WHO's anbefalinger 80-95 % for å forebygge sykdom.

Tabell 8 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetenesta. 2002-2008 (SSB)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Svangerskapsomsorg							
Talet på gravide med fullført fødselsførebuande kurs i regi av helsestasjonen	8 772	8 741	7 686	7 406	7 617	7 860	8 118
Talet på nyinnskrivne gravide til kontroll	38 387	41 014	43 657	41 830	43 122	44 491	45 805
Tenester til barn og ungdom							
Nyfødde med heimebesøk innan to veker etter heimkomst. Prosent ¹	76	78	80	79	80	75	75
Spedbarn med fullført helseundersøking innan 8. leveveke. Prosent	..	..	99	100	99	99	99
Barn med fullført helseundersøking ved 2-3 års alder. Prosent	..	..	98	96	96	96	98
Barn med fullført helseundersøking ved 4 års alder. Prosent	..	..	..	92	91	90	96
Barn med fullført helseundersøking i 1. trinn i grunnskolen. Prosent	..	..	95	89	92	88	88
Kommunar utan helsestasjon for ungdom (HFU). Prosent	48	42	38	30	25	25	26
Kommunar med HFU, 0-2 timar opningstid i veka. Prosent	..	..	..	..	38	36	36
Kommunar med HFU, over 2 timar opningstid i veka. Prosent	..	..	..	..	37	38	38

¹ Teksta er endra frå heimebesøk etter fødsel til heimebesøk innan to veker etter heimkomst i 2007

Kommunene har en høy og stabil dekningsgrad for helsestasjonsundersøkelser av små barn med 96 - 99 % av populasjonen. Unntaket er hjemmebesøk etter fødsel som er synkende. Til tross for at hjemmebesøk er hjemlet i Forskrift av 3.april 2003 nr 450, kan det være mange årsaker til nedgangen, blant annet at flere kommuner bare tilbyr hjemmebesøk til førstegangsfødende, eller bare tilbyr samtale på helsestasjonen, for lav bemanning i forhold til oppgaver, lange reiseavstander mm.

I ungdomsskolene og videregående skole viser undersøkelser at der tjenesten er regelmessig til stede over tid, blir den benyttet av 50 % av elevene. Tjenesten er i en særlig gunstig posisjon til å bidra til utjevning av sosiale ulikheter i helse, samt til forebygging og tidlig avdekking og hjelp når det gjelder både psykiske, psykososiale og somatiske helseproblemer og lidelser hos barn og unge. I alt 93 % av ungdom og

²⁶ Spedkost 2006-2007, IS 1535 Helsedirektoratet / Mattilsynet/ Universitetet i Oslo

foresatte til barn med psykiske problemer opplever at helsestasjonen møter dem på en positiv og ivaretaende måte, viser en ny rapport²⁷. Omdømmeundersøkelser viser at helsestasjonen i stor grad har befolkningens tillit.

²⁷ Sintef helse, Rapport A5204, Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007.

5 Ulike tiltak for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten herunder nasjonal minstenorm med lokal normering

Kvalitet skal være grunnleggende for tjenesten. Nasjonal helseplan 2007-2010 beskriver kvalitetsbegrepet som ”i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og mestre slutten av livet.” For å kunne si at tjenesten oppfyller kvalitetskravene må den oppfylle lov og forskrifter.

God kvalitet forutsetter at helsepersonell utøver sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet som stilles i helsepersonelloven § 4. Forsvarlighetskravet i § 4 fungerer som en kvalitetsindikator ved å stille krav til helsepersonell om å utføre sitt arbeid slik det kan forventes basert på helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf lov om helsepersonell § 4. Helsepersonellets plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med den plikt som kommunen har til å sørge for forsvarlig virksomhet. Dette innebærer bl.a. å sørge for at de rutiner som etableres er forsvarlige, og at forholdene legges til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på forsvarlig måte²⁸

God kvalitet gjør det nødvendig å differensiere kvalifikasjonskravene ut fra hva slags tjeneste det dreier seg om. Eksempelvis kan visse typer helsehjelp bare gis av personell med særskilte kvalifikasjoner, jf helsepersonelloven § 4, tredje ledd der det går fram at departementet i forskrift kan bestemme at visse typer helsehjelp bare skal gis av personell med særskilte kvalifikasjoner. Med kvalifikasjoner siktes til formelle og reelle kvalifikasjoner, det vil si helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Teoretiske krav til lege, helsesøster, jordmor og fysioterapiutdanning er eksempler på formelle kvalifikasjonskrav²⁹.

Forsvarlighetskravet er en nødvendig forutsetning for utvikling av god kvalitet, men ikke ensbetydende med at de tjenester som ytes etter forsvarlighetskravet nødvendigvis trenger å være av god kvalitet. En del av forsvarlighetsområdet vil være den minstestandarden som en kommune ikke kan gå under i henhold til lov og forskrift. I tillegg til denne lovbestemte minstestandarden vil faglige, økonomiske og organisatoriske forhold spille en rolle for kvaliteten på tjenestene. Ny kunnskap i samfunnet vil endre fagmiljøenes oppfatning av hva som er god kvalitet, med eller uten følger for hva som defineres som forsvarlig.³⁰

28 NOU2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene).

29 Sosial- og helsedirektoratet; Normering av legetjenester i sykehjem, 2005 (IS-1293)

30 Sosial- og helsedirektoratet; Normering av legetjenester i sykehjem, 2005 (IS-1293)

5.1 Nasjonal minstenorm for bemanning

Beregning av tidsbruk er utarbeidet med bakgrunn anbefalt program i Veilederen for helsesøster, lege og fysioterapeut.

Jordmortjenesten er ikke normert, da det gjøres et separat utredningsarbeid i oppfølging av St. melding nr 12 *"En lykkelig begivenhet"*. Det er allikevel nødvendig å påpeke at det er behov for å styrke denne tjenesten i oppfølgingen av mødre de først 10 dagene etter fødselen, for å styrke mors mestringsevne, spesielt med hensyn til amming.

Psykologer i denne tjenesten er heller ikke normert. Behovet for denne kompetansen må vurderes ut fra de behov som barn og ungdom har i kommunen og allerede eksisterende kompetanse som finnes i kommunen³¹. Vi vil påpeke at det er viktig at kommunene har lavterskel psykisk helsetilbud til denne målgruppen, og at dette kan oppnås ved et interkommunalt samarbeid, eller i samarbeid med BUP og PPT. Opplæringsloven § 5-6 påpeker at *"PPT skal legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov."* Særlige behov er et vidt begrep og slik vi ser det omfatter denne gruppen en større gruppe enn de med behov for spesialpedagogisk tilrettelegging.

I arbeidet med rapporten er det vurdert normeringer utarbeidet av Harstad kommune for helsesøsterbemanning, Bergen kommune for helsesøster- og legebemanning, Landsgruppen av helsesøstere NSF (LaH) for helsesøsterbemanning og Telemark fra prosjektet "Den gode skolehelsetjenesten" for helsesøsterbemanning. Helsedirektoratet mener at for å få en tjeneste med kvalitet som er faglig forsvarlig må den være tverrfaglig sammensatt av jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut slik forskriften beskriver. Det er også viktig at det settes av tid til fagutvikling og kvalitetsarbeid, og at det arbeides både individ og befolkningsrettet. Samtidig er det pålagt gjennom forskriften at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastleger, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten.

Her følger en kort presentasjon av behovet for normering innen KOSTRA funksjon 232 med hensyn til de ulike deltjenestene. Detaljert utregning er lagt som vedlegg til rapporten.

Helsestasjon

- En helsesøster kan følge opp 65 fødsler pr år under forutsetning av at helsestasjonen har merkantilt personell. Det vil si at 100 fødsler krever 1,5 helsesøsterstilling.
- Det er behov for 20 % merkantilt personell pr 100 % helsesøsterstilling.
- En lege i 20 % stilling kan følge opp 100 fødsler.
- En fysioterapeut i 5 % stilling kan følge opp 100 fødsler.

Barneskole

- En helsesøster i 35 % stilling kan følge opp 100 skolebarn.
- En lege i 5 % stilling kan følge opp 100 skolebarn.
- En fysioterapeut i 7 % stilling kan følge opp 100 skolebarn.

³¹ Sosial- og helsedirektoratet; Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, 2007 (IS- 1405)

Ungdomsskole

- En helsesøster i 18 % stilling kan følge opp 100 skolebarn. Det vil si at en helsesøster i 100 % stilling kan følge opp en skole med 550 elever.
- En lege i 20 % stilling kan følge opp 550 elever.
- En fysioterapeut i 7 % stilling kan følge opp 100 skolebarn. Det vil si at 550 elever krever 38 % fysioterapeut.

Videregående

- En helsesøster i 13 % stilling kan følge opp 100 skolebarn. Det vil si at en helsesøster i 100 % stilling kan følge opp en skole med 800 elever.
 - En lege i 20 % stilling kan følge opp 800 elever.
 - En fysioterapeut i 7 % stilling kan følge opp 100 skolebarn. Det vil si at 800 elever krever 56 % fysioterapeut.
- For yrkesrettet utdanning er det behov for ergonomiundervisning. Denne er lagt inn i det befolkningsrettede arbeidet.

Helsestasjon for ungdom (HFU)

Det er vanskelig å bergene en normering for helsestasjons for ungdom. Veilederen anbefaler at tilgjengelighet i form av lokalisering og åpningstider må tilpasses ungdommenes behov.

KOSTRA tall³² viser at 26 % av kommunen ikke har tilbud om HFU.

Helsedirektoratet anbefaler at alle kommuner, enten alene eller i interkommunalt samarbeid, har et tilbud om HFU på to timer pr uke bemannet av både helsesøster og lege. Det er viktig å knytte til seg kompetanse innen psykisk helse enten ved å ansette egen psykolog, eller gjennom samarbeid med BUP, PPT eller ved interkommunalt samarbeid. Åpningstidene og tilbudet må tilpasses brukernes behov og utvides i større kommuner.

Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU) skriver i et notat 20.10.2009 som et innspill til HIV / Aids politikken:

"Ungdom trenger et nasjonalt løft for helsestasjoner for ungdom og gratis helsetilbud for studenter. Det er viktig med gode offentlige helsetjenester, og norske myndigheter har et ansvar for å sørge for at seksuell og reproduktiv helse og rettigheter blir satt på agendaen og prioritert. Vi mener det er viktig med helsestasjoner for ungdom som fokuserer på seksuell helse for Norges satsning på HIV og aids forebygging i Norge. For at ungdom skal ta vare på sin egen seksuelle helse trenger de kunnskap, lett tilgjengelig informasjon og et sted å gå for konsultasjon. Ungdom trenger et gratis tilbud hvor de har mulighet til å få legesjekk, testing for kjønnssykdommer, gratis prevensjon og samtaler med fagpersoner. Dette gjelder også for unge mennesker over 20 år."

LNU påpeker også at selv om tilbud om Helsestasjon for ungdom er forskriftsfestet, er det fortsatt 25 % av kommunene som ikke har et slikt tilbud og i 36 % av kommunene har man liten tilgjengelighet med åpningstid 0 - 2 timer pr uke.

I utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene³³ skriver arbeidsgruppen at det har vært en hovedoppgave for arbeidsgruppen å kartlegge på hvilke områder

³² SSB <http://www.ssb.no/helsetjko/tab-2009-06-24-08.html>

dagens tjenester etter gruppens vurdering ikke fungerer godt nok. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet forebyggende arbeid i kommunen beskrives her som en viktig oppgave. Legeforeningen foreslår å styrke helsestasjons- og skolehelsetjeneste med 110 legeårsverk, dette vil si en 50 % styrking fra 2006.

5.2 Andre oppgaver som er normert

5.2.1 Oppfølging av mor 2- 4 uker etter fødselen av fysioterapeut

Den gjennomsnittlige liggetiden på sykehus etter en ukomplisert fødsel er i dag 2 døgn, ref 4.4.1. På grunn av kortere liggetid på sykehus blir et større ansvar for barselomsorgen lagt over på kommunehelsetjenesten. På den knappe tiden på sykehuset er få kvinner mottagelige for den viktige informasjonen fra fysioterapeut vedrørende mors helse i barseltiden, treningsråd, bekkenbunnstrening og ergonomi i forbindelse med bæring, løft og amming. Denne informasjonen bør barselkvinnen derfor få på helsestasjonen. Dette kan organiseres som et gruppetilbud, en informasjonstime ledet av fysioterapeut av varighet på 1-1,5 timer. Kvinner som ønsker en individuell samtale/konsultasjon med fysioterapeut bør få mulighet til det.

Det kan være aktuelt at fysioterapeut ved helsestasjonen tilbyr gruppetrening i barseltiden, også dette organisert som et lavterskeltilbud, slik at mor kan komme seg i form fysisk etter svangerskapet og fødselen. Et slikt tilbud bør være tilgjengelig fra seks uker etter fødsel med en 12 ukers varighet. Mange sliter med bekkenrelaterte plager og inkontinensproblematikk postpartum. Det er viktig at slike problemstillinger blir tatt på alvor da konsekvensene kan bli store både for individet og for samfunnet i form av økte kostnader til hjelpemidler og sykemeldinger. Dette tilbudet bør være gratis for å hindre sosiale forskjeller.

5.2.2 Motorisk utvikling 4 måneders alder med fysioterapeut

For å styrke og stimulere til motoriske utvikling, bør fysioterapeut delta på 4 måneders konsultasjonene. Det er viktig å veilede foreldrene på hvordan de kan stimulere sine barn motorisk, og ha fokus på normal utvikling. Samtidig er det viktig å snu en utvikling så tidlig som mulig i forhold til asymmetri når det gjelder hodeform. Å stimulere foreldrene til å legge barnet i mageleie når det er våkent, bidrar til å forhindre favorittsider. Tidlig intervensjon med hensyn til motorisk stimulering har stor betydning for barnets videre utvikling. Å gi informasjon om forskjellig barneutstyr er hensiktsmessig på denne konsultasjonen.

5.2.3 Oppfølging av barn med overvekt og fedme

De nasjonale retningslinjene er ikke ferdigbehandlet. Oppfølgingen av denne gruppen krever et systematisk oppfølgingsarbeid av både barnet og familiene fra helsesøster, lege og fysioterapeut, samt at det er behov for tverrfaglige møter med spesialisthelsetjenesten. Det er valgt å legge inn et gruppetilbud fra fysioterapeut 2 timer pr uke både i grunn- og videregående skole. Dette tilbudet må utvikles lokalt i samarbeid med skolen, og eventuelt frisklivstilbud der det finnes. Hensikten er å gi barna et tilpasset aktivitetstilbud som stimulerer til fysisk aktivitet.

³³ Helsedirektoratet: Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene, 2008 (IS-1652)

Skolehelsetjenesten vil trenge kunnskap vedrørende ernæring, og dette kan løses ved samarbeid med ernæringsfysiolog ansatt i kommunen som i prosjektet i Oslo ref 4.2.4, eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det viktigste tiltaket for denne gruppen vil være å utvikle helsefremmende arenaer som barnehage og skoler der tilbud om ernæring og fysisk aktivitet er rettet mot hele barnegruppen jfr. 5.2.4.

5.2.4 Befolkningsrettet arbeid

Dette er beskrevet som en strategi i forskriften der planleggingen av tiltak tar utgangspunkt i helsetilstanden til en større befolkningsgruppe for å identifisere risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer med hensikten å fremme helse. Det er valgt å tidfeste dette i utregningen da både tilsyn og undersøkelser viser at dette arbeidet blir nedprioritert på grunn av trange økonomiske rammer.

Både helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentrale aktører i disse tiltakene. Arbeid med helsefremmende barnehager og skoler vil være befolkningsrettede tiltak som vil ha effekt for alle barn og unge, og spesielt vil barn som er i risiko for å utvikle overvekt og fedme vil ha stor nytte av slike tiltak.

Nordland fylkekommune gjennomfører prosjekter med helsefremmende barnehager i mange kommuner der formålet er å fremme trivsel og sunn livsførsel i barnehagen, og fremme barnehagens holdningsskapende arbeid for trivsel og sunn livsstil gjennom hele livet

Helsefremmende skoler (*HEFRES*) har vært et pilotprosjekt på ti norske skoler siden 1993, og ble avsluttet i 2002. Erfaringene fra prosjektet er svært positive. Skolene rapporterer om reduserte disiplinproblemer og hærverk, mer motiverte elever og lavere sykefravær blant lærerne. Tiltaket er evaluert av Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (Hemil senteret) tilknyttet Universitetet i Bergen.

Kjernen i arbeidet er å la alle parter delta og få ansvar ved utvikling og gjennomføring av tiltak, og sørge for at tiltakene følges opp over tid. Det unike ved prosjektet "Helsefremmende skoler" er at trivselsarbeid er systematisert og utviklet i samarbeid mellom elever, personale og skolehelsetjenesten, og på noen skoler også i et samarbeid med lokalmiljøet.

Oppland fylkekommune vedtok i 2008 kriterier for sertifisering av helsefremmende videregående skoler.

Et annet befolkningsrette tiltak er "God skolestart" som er utviklet i Stavanger som et prosjekt fra 2002- 2005 som er prøvd ut i flere kommuner. Skoler, skolehelsetjenesten, fysio - og ergoterapitjenesten og PPT samarbeidet om å skape en best mulig skolestart for alle barn. Det ble fokusert på innføring av generelle helse- og utviklingsfremmende tiltak, samt støtte til ekstra sårbare barn. Arbeidsformen bestod i at de eksterne fagpersonene jobbet sammen med pedagogisk personell i løpet av en såkalt "ressursuke" om høsten i 1.klasse. Prosjektet bidro til økt implementering av generelle helse- og utviklingsfremmende tiltak. Ekstern tverrfaglig støtte bidro til en bedre skolestart og tilrettelegging for ekstra sårbare barn. Bygging av gjensidig lærende team basert på praktisk samarbeid i barnas naturlige miljø fremstod som en særlig styrke ved prosjektet.

Forebygging av belastningsplager

Det forventes at elevene skal bruke PC jevnlig i videregående skole, men også i grunnskolen. Gjennom Kunnskapsløftet er det lagt vekt på å lære elevene opp i bruk av forskjellig programvare, men det settes ikke av tid til systematisk opplæring i hvordan en kan unngå belastningsplager ved PC bruk. I følge forskrift fra arbeidstilsynet nr. 528 om Arbeid ved dataskjerm har arbeidstakere som er avhengig av dataverktøy for å gjøre jobben sin noen lovbestemte rettigheter. Denne forskriften gjelder ikke for elever i videregående skole. For elevene er det forskrift om miljørettet helsevern som gjelder og den er ikke så spesifikk på rettigheter ved databruk. Slik vi ser det er skolehelsetjenesten elevenes bedriftshelsetjeneste og bør gi en generell grunnleggende opplæring i arbeidsteknikk for hele kull.

Elevene på yrkesfaglige linjer har i tillegg behov for kunnskap om arbeidsteknikk og forebygging av belastningsskader innen sitt spesielle fagfelt. Sykefraværstatistikk fra (NAV + SSB) vise at både fravær og turnover er høyere innen noen fag enn generelt i arbeidsstokken – eks. frisør, renhold, hjemmebaserte helsetjenester o.s.v. Noen av disse fagene både starter og avslutter utdanningen i videregående skole. Det er grunn til å anta at et godt opplegg rundt opplæring i arbeidsteknikk innen det enkelte faget kunne bidra til både mindre plager for individet. Følgende forslag til opplegg foreslås:

- 1-2 timer ergonomi-teori relatert til det aktuelle yrkesfaget med praktiske eksempler
- Veiledning av elevene i praksis-situasjoner 2 -3 ganger med 3 - 4 mnd. mellomrom i løpet av utdanningen – der elevene gis anledning til å reflektere over hvordan de opplever arbeidsbelastningen på egen kropp.]

Fysioterapeut bør stå for både undervisning og veiledning.

5.2.5 Tverrfaglige møter

Dette er beskrevet i programmet og forskriftsfestet i § 2-1 i forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi har valgt å tidsfeste dette ved å estimere dette som en prosentandel av stillingene. Lege og fysioterapeut har i mange kommuner i liten grad vært trukket inn i dette, spesielt når det gjelder samarbeid med barnehage og skole. I Trondheim kommune gjennomføres et prosjekt der legeundersøkelsene flyttes til fastlegene. Ved en skole har elevene 40 ulike fastleger. Å få til et godt tverrfaglig samarbeid mellom skole, helsesøster fysioterapeut og 40 fastleger for å få til en tidlig intervensjon blir svært komplisert.

For å kunne være barnas bedriftshelsetjeneste er det viktig med denne tverrfaglig tilnærmingen. Det er viktig at disse møtene kommer elevene til gode, ved at det alltid innhentes informert samtykke fra foreldrene, og der det er mulig inviteres barn og foreldre til deltagelse. Barn og unge har ifølge barnekonvensjonen som er ratifisert i Norge og barneloven rett til å si sin mening og bli hørt i forhold til alder. Opplysningene må gis i en form som er tilpasset barnet alder og utvikling. Brukemedvirkning er sentralt, og det må bestrebes at foresatte og barn deltar i møter som angår dem selv. Ofte sitter de selv på løsningen.

Ifølge pasientrettighetsloven § 3-4 er hovedregelen at foreldre eller andre med foreldreansvar skal gis informasjon når barnet er under 16 år. I tillegg har som nevnt barnet uansett alder krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen.

Når barnet er over 16 år har helsepersonell som hovedregel taushetsplikt overfor foreldrene, med mindre barnet samtykker i at opplysninger gis eller informasjonen er av en slik art at foreldre må få vite for å ivareta sitt foreldreansvar.

I forhold til oppfølging av fravær er det viktig å få både en medisinsk vurdering, men også vurdering i forhold til trivsel, mobbing, hjemmeforhold og fysiske plager. Dette handler om tidlig intervensjon, og kanaliser enkeltelever til riktig behandling og oppfølging på et tidligst mulig tidspunkt.

5.3 Ressurs til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutviklingsarbeid samt ledelse av tjenesten

Kvalitetssikring, organisasjons- og fagutviklingsarbeid er beskrevet i programmet og forskriftsfestet i § 4-1. Dette er valgt tidsfestet ved å estimere det som en prosentandel av stillingene. Bakgrunnen for dette er funnene i tilsynene og kartleggingen gjennomført av Helsetilsynet som ofte påpeker mangler innfor dette område. For å få en tjeneste med god kvalitet og som er faglig forsvarlig må det settes av tid til dette arbeidet. Det er viktig at alle faggruppene deltar for å få et eierskap og slik at det blir implementert i hele tjenesten.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 4.1 setter krav om at *"tjenesten skal etablere internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med god praksis og krav fastsatt i lov eller forskrift"*.

For å kunne oppfylle dette kravet er det behov for at kommunen avsetter tid for ledelse både faglig og administrativt for denne tjenesten. Stillingsandelen bør være i tråd med størrelse og arbeidsoppgaver. I kommuner med store enheter der leder har personalansvar for 15-20 personer er det behov for støttetjenester med hensyn til økonomi, personal og fagutvikling.

I Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3 heter det: *"Faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster"*. Det er viktig at denne lederen har oversikt over tjenestens ressurser.

5.4 Lokal normering

Det er flere variabler som må ligge til grunn for lokal normering. I samarbeid med ekstern faggruppe har vi kommet fram til følgende forslag:

- Helseprofiler gir kunnskap om de sosioøkonomiske forholdene til befolkningen. I de kommunene der det er høy andel med personer som scorer lavt på levekårsindeks bør dette utløse flere personalressurser.
- Andel av befolkningen med minoritetsbakgrunn der mange konsultasjoner vil kreve tolk er også en variabel som bør utløse flere personalressurser.
- Store geografiske avstander i en kommune vil medføre at en bruker mer tid på reisetid til brukerne ved hjemmebesøk, mellom ulike skoler, møtevirksomhet med mer.
- Barn med spesielle behov. Vi har estimert at ca 30 % av barnebefolkningen vil ha behov for ekstraoppfølging (Oppfølgingsgruppe 1-4). Der andelen er høyere bør det også være en indikator for økt bemanning.
- I kommuner der flere ungdommer i videregående skole er hybelboere, kan dette være en indikator for økt bemanning.

Disse variablene må tas inn i metoden som skal brukes av kommunene for å utarbeide en bemanning som oppfyller lov og forskrift.

5.5 Oppsummering angående normering

Med bakgrunn i oppsatte normering for yrkesgruppene leger, helsesøster og fysioterapeut vil vi i understående tabell sammenligne KOSTRA tallene for 2008 med normeringstallene for å se på behovet for økning i antall årsverk. Behov for årsverk i forhold til normering er regnet ut med tall for populasjonene fra SSB.

Yrkesgruppe	KOSTRA tall 2008 årsverk	Behov i forhold til normering årsverk	Behov for økning i årsverk
Helsesøster	2035	2994	859
Lege	216	467,5	251,5
Fysioterapeut	202	641	439
Totalt	2453	4102,5	1549,5

I forhold til Opptappingsplanen for psykisk helse skulle det vært 194 flere årsverk på KOSTRA tallene for 2008. Det vil si at kommunene har foretatt en nedskjæring i egne finansierte stillinger med 194 årsverk. Det reelle behovet for økning i årsverk skulle da vært 1355,5.

I flere kommuner vil det være behov for en høyere normering på grunn av lokale forhold som sosioøkonomiske forhold, andel av befolkningen med minoritetsbakgrunn, store geografiske avstander, barn med spesielle behov og ungdom på hybel. Det må legges til rette for at det avsettes ressurser til ledelse i tillegg slik at tjenesten kan planlegges og utføres i tråd med lov og forskrifter.

5.6 Drøfting av normering som tiltak for styrking av tjenesten

Å følge en generell planleggingsnorm for et bestemt nivå på helsetjenester betyr ikke nødvendigvis at det blir tilstrekkelig. Det kan først avgjøres i ettertid ved alminnelig

evaluering eller ved formelt tilsyn med enkelthendelser eller hele systemer.

Det er vesentlig at en nasjonal minstenorm legges så høyt at man tåler enkelte avvik fra normen uten at kvaliteten dermed blir for utilfredsstillende lav eller direkte uforsvarlig, altså en sikkerhetsmargin for uforutsette hendelser³⁴.

Forestillingen om at en nasjonal minstenorm kunne settes lik en grense for god kvalitet er uforenlig med konseptet om god kvalitet som noe den ansvarlige må definere i hvert enkelt tilfelle, helsearbeideren i møte med den enkelte bruker og kommunen i møte med egen helsestasjons- og skolehelsetjenestesituasjon. Kommunen har både en myndighetsrolle i forhold til å definere lokale kvalitetskrav for tjenestene og forvaltningsansvar for tildeling av tjenestetilbud til den enkelte bruker. På grunnlag av fattede vedtak må helsearbeiderne løpende vurdere nærmere hvordan tjenestetilbudet til den enkelte skal utformes³⁵.

Styrken med antallsnormering som et regulatorisk system gjør det enklere å etterprøve om myndighetskravene etterlevs. Systemet gir høy sikkerhet for at alle kommuner etablerer tilbud rettet mot de definerte målgruppene.

Noen svakheter med antallsnormering er:

Utfordring av kommunenes autonomi vedrørende intern organisering, liten fleksibilitet med tanke på lokale behov, mangelfull sammenheng mellom kravene som stilles og det som er primær målsetning med tilbudene (kapasitet er ingen garanti for innholdsmessig kvalitet).

5.6.1 Rettslig grunnlag for bemanningsnorm

Lov om kommunale helsetjenester §§ 1-1, 1-3, 2-1, lov om helsepersonell § 4, lov om pasientrettigheter § 2-1, kvalitetsforskriften §§ 1,3 og Internkontrollforskriften inneholder kriterier som kan danne grunnlag for en bemanningsnorm. For helsestasjons- og skolehelsetjeneste betyr dette at tjenesten må dekke gravide, barn og unge og deres foreldres behov for nødvendig helsehjelp. Normen må være av et omfang slik at brukerne kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene stå i rimelig forhold til tiltakets effekt, jf pasientrettighetsloven § 2-1.

5.6.2 Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet er et annet kriterium som en norm må oppfylle. I NOU 2004:18 s. 67 fremgår det at *"kravet til faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard som består av tre hovedelementer; tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitativt, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang"* (Halvorsen 1998)³⁶

Generelle krav til kommunale tjenestetilbud om forsvarlighet er i liten grad nok til å opprettholde forebyggende tjenester som dette, fordi effekten av manglende forebygging sees i et langt tidsperspektiv der konkrete forsvarlighetsvurderinger er krevende.

Av Ot. prp. nr 66 s. 31 går det fram at det ikke kan forventes at alle kommuner i

³⁴ Sosial- og helsedirektoratet; Normering av legetjenester i sykehjem; 2005 (IS -1293)

³⁵ Sosial- og helsedirektoratet; Normering av legetjenester i sykehjem; 2005 (IS - 1293)

³⁶ Sosial- og helsedirektoratet; Normering av legetjenester i sykehjem, 2005 (IS-1293)

landet til enhver tid skal kunne ha helsetjeneste som yter mer enn fastlagte minstekrav til standard, da det ikke er meningen med kommunehelsetjenesteloven § 2-1 å pålegge en urimelig og urealistisk forpliktelse. I forarbeidene, jf Ot. prp. nr 66, forutsettes det at det finnes en minstestandard som kommunen ikke kan gå under. Denne standarden tar utgangspunkt i helsevesenets plikt til å yte øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp, jf helsepersonelloven §§ 4 og 7, og psykisk helsevern § 2. For å oppfylle denne minstestandarden skal kommunens økonomi ikke hindre at gravide, barn og unge får den helsehjelp de har rettskrav på. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1 skal kommunen sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre.

5.6.3 Oppsummering av lovverket

Tabellen under inneholder en oversikt over hva som står i lovverket om minstenivå for helsetjenester, for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Andre regelverk som forvaltningsloven og lov om statlig tilsyn vil kunne få en indirekte innvirkning på minstenivået.

Lover og forskrifter	Vilkår(kriterier) for den minstenorm som er beskrevet i lovverket
Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1,1-3,2-1	Rett til nødvendig helsehjelp
Helsepersonelloven § 4	Krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp
Pasientrettighetsloven §§ 2-1,6-1	Rett til nødvendig helsehjelp for barn også helsekontroller
Kvalitetsforskrift §§ 1,3	Dekke grunnleggende behov ved etablering av et system av prosedyrer
Internkontrollforskriften §§ 3,4	Systematiske tiltak som skal sikre at aktiviteter planlegges, organiseres med mer i samsvar med krav i medhold av helselovgivningen
Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten §§ 2-1, 2-2	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år og gravide svangerskapskontroll. - Bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen
Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3	<p>Kommunen tilsetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, herunder blant annet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsesøstere for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid
Ot. prp. nr 66 (1981-82)	I viss grad ta hensyn til økonomi i kommunen og i samfunnet /helsesektoren generelt

5.6.4 Ulike aspekter ved nivåfastsettelse

På bakgrunn av føringene i bestillingen finner vi det hensiktsmessig å redegjøre prinsipielt for ulike metoder myndighetene kan bruke til å fastsette nivået på helsetjenester.

Fastsetting av nivå for en tjeneste må kunne benyttes til planlegging, kvalitetsstyring/kvalitetsforbedring og tilsyn. Nivåfastsettelsen skal medvirke til trygghet for at tjenesten til enhver tid er faglig forsvarlig.

Blant annet har følgende forhold knyttet til nivåfastsettelsen interesse:

Hvilken type kvalitetsindikator benyttes?

1. Innsatsfaktorer (for eksempel antall og type personell)
2. Prosess (krav til beslutningsprosess)
3. Resultat (for eksempel andel barn som blir vaksinert eller som får oppfølging gjennom samtaler)

Hvilken rettslige status (styrke)?

1. Veiledende norm (et faglig "bør")
2. Nasjonal faglig retningslinje (et sterkt faglig "bør", egentlig et faglig "skal", hvis det ikke foreligger god grunn for gjøre noe annet og det må da kunne dokumenteres)
3. Forskriftsfestet norm (et juridisk "skal", det vil si at å ikke oppfylle normen er ulovlig)

Hvor fleksibelt er nivået?

1. Et bestemt nivå på en skala som defineres som grensen for forsvarlig praksis
2. Et område for faglig forsvarlig praksis
3. En prosess for forsvarlig håndtering, en metode for utredning, vurdering og beslutning som ansvarlig instans (for eksempel kommunen) skal gjennomføre for å sette forsvarlig nivå på egen tjeneste

Nivåfastsettelse utført av myndigheter bør klart uttrykke den ønskede kvaliteten på kjerneoppgavene i den aktuelle tjenesten, og de bør være lette å måle.

5.6.5 Erfaringer med bemanningsnormer

Erfaringer med bemanningsnormer fra Harstad og Bergen

Med bakgrunn i henvendelse fra oss svarer Bergen og Harstad følgende:

- Hva er deres erfaringer med å bruke bemanningsnormer, og hvordan har dere brukt dette i tjenesten og inn i kvalitetsarbeidet?
"Vi bruker den som et godt verktøy til å planlegge, vurdere og justere bemanningen i bydelene på de forskjellige helsestasjonene/skolene. Normen er brukt under utarbeidelse av Program for skolehelse tjenesten i Bergen. På denne måte blir det synlig for alle hvilket ansvarsområde og arbeidsomfang den enkelte har. Bruk av bemanningsnorm gir god oversikt over bemanningssituasjonen og skaper en forutsigbarhet og rettferdig fordeling av oppgaver og ansvar. Vi har som mål i Styringskortet (adm. /politisk bestemt) at arbeidsoppgaver og fordeling (iht bemanning) skal gjennomgås en gang i året. Erfaringer noen av oss gjør er et hyppigere behov grunnet endringer/vikarer etc." (Toril Økland, Bergen).

"Tidsmatrisen i Harstad var i utgangspunktet regnet ut med marginalt med tid på den enkelte oppgave. Den viste allikevel at vi hadde for lav bemanning, 4,7 helsesøster stillinger for lite. Tidsmatrisen er deretter brukt til å redusere tjenestetilbudet innenfor forebyggende helsearbeid og tilpasse tjenestetilbudet til de stillingsressursene vi har til rådighet, ca 7 helsesøsterstillinger. Den er også brukt til å fordele stillingsressursen på den enkelte oppgave innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vår tidsmatrise har beregnet kun oppgaver ihh. til standardprogrammet i tjenesten. Det er mange oppgaver helsesøster har som det ikke er utregnet tidsbruk for. Det er bl.a. sorgarbeid ved plutselig død hos barn og foresatte, oppfølgingsarbeid ifh. til barn med funksjonshemming, informasjon og tilrettelegging ihh. til retningslinjer om legemiddelhåndtering i barnehager og skoler, forespørsel om helseinformasjon til foreldre og ansatte i barnehager og skoler, demografiske forhold som øyer og fergereiser og rasfarlige veistrekninger og annet folkehelsearbeid. Helsesøster deltar også i ulike samarbeidsfora og i utviklingsarbeid for barn- og unge i kommunen. Dette kommer ikke fram i tidsmatrisen. Svineinfluensapandemien (H1N1) er et annet eksempel som krever store ressurser som medfører reduksjon i ordinært program. Vi har ikke skolelege i skolehelsetjenesten. I de saker hvor det er behov for en medisinsk faglig vurdering, tas kontakt med fastlege, evt. kommuneoverlege. Dette er ikke i et fast system og krever ekstra tid for helsesøster til administrering. Sjefhelsesøsters arbeid er ikke medregnet i tidsmatrisen (Wenche Bjellmo, Harstad)".

- Har dere brukt bemanningsnormene overfor politikerne mht tydeliggjøring av oppgaver i tjenesten?

"Det er forsøkt, men kanskje ikke godt nok. Normen er ikke godkjent som standard i Bergen kommune, men er laget som et redskap for å kvalitetssikre tjenesten. Det er f.eks ingen kobling mellom tildeling av budsjett og bemanningsbehovet sett ift. oppgaver for å oppfylle retningslinjer for innhold i tjenestene (Veileder til forskrift, 2004). Budsjett tildeling har vi iht til utarbeidede lokale kriterier (antall barn og levekår.)"(Toril Økland, Bergen)

"Tidsmatrisen har vært brukt overfor etatsleder for å tydeliggjøre behovet for økt bemanning. Etatsleder har brukt den overfor øverste ledelse i kommunen. Tjenesten har ikke fått nedtrekk ifm. med kostnadsreduksjoner, det arbeides for å få frigjort flere stillingsressurser til helsesøstertjenesten." (Wenche Bjellmo, Harstad)

Erfaringer med bemanningsnormer i andre sammenlignbare land

Så langt vi er kjent med er det ikke utviklet bemanningsnormer for denne tjenesten i andre land. Stockholms läns landsting skriver i sin årsrapport for 2007 at de anbefaler at en sykepleier ved barnhälsovården bør ha ansvar for 60 nyfødte pr årskull i et normalområde. De skrivere videre at i sosioøkonomiske svake områder med høy andel av familier med utenlandsk herkomst bør antall nyfødte pr sykepleie reduseres.

Erfaringer med bemanningsnormer i sykehjem

Normering av legetjenester i sykehjem³⁷ ga anbefalinger om at kommunene skulle arbeide med en normering av legetjenesten ved sykehjemmene etter en oppsatt metode. KOSTRA tall viser at antall årsverk i sykehjem har økt fra 275 i 2005 til 343 i 2008³⁸.

I tilsynsrapporten fra Helsetilsynet vedrørende legemiddelhåndtering i sykehjem fra Frøya kommune(2009) er følgende beskrevet: *"Frøya kommune har vedtatt lokal norm for legetjenester i sykehjemmet. I utarbeidelse av lokal norm er nasjonal veileder lagt til grunn for hvilke oppgaver som tilligger sykehjemslegefunksjonen. Økningen i antall timer for sykehjemslegefunksjonen har medført at systemarbeid, pårørendekontakt og medvirkning til internundervisning i sykehjemmet har blitt styrket. Sykehjemslegefunksjonen oppfattes å være en del av sykehjemmets virksomhet, men er administrativt underlagt virksomheten Familie/Helse. Det er regelmessig møter mellom lederne for de aktuelle virksomhetene Familie/Helse og PLO sykehjemmet".* Sykehjemmet fikk ingen avvik.

Dette viser at en normering gir både en gevinst på kapasitet, kompetanse og kvalitet og samarbeid, og derved brukeren en bedre tjeneste.

5.7 Innholdsnormering

Hovedalternativet til nasjonal minstenorm for bemanning, er styrket regulering av hvilket tjenestetilbud som forutsettes gitt til målgruppene, uavhengig av hvilken kommune man er bosatt i. Slike krav må stilles og formuleres på en slik måte at de ikke blir gjenstand for ulik fortolkning fra kommune til kommune, og på en slik måte at etterlevelsen blir mest mulig lik. Detaljeringsgraden i dagens system for innholdsregulering er høy nok, men kravene må tydeliggjøres og til dels styrkes gjennom revisjon av gjeldende forskrift og heving av rettsstatus til gjeldende anbefalte program for tjenesten.

Resultater fra gjennomførte tilsyn og kartlegginger med helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser følgende:

- Fylkeslegenes felles tilsyn i 2000 med skolehelsetjenesten viste at 10 av de 59 kommunene ikke kan tilby skolehelsetjeneste til alle elever. Det er et større antall kommuner som oppgir at de ikke har en skolehelsetjeneste som er fullverdig i henhold til kravene i forskriften.
- Fylkesmannen i Oslo og Akershus kartla skolehelsetjenesten i videregående skole i Akershus i 2007 og fant at det anbefalte programmet ble fulgt ved tre av fire skoler.
- Helsetilsynet i Hordaland gjennomførte en kartlegging av helsetjenester til ungdom i kommunene i 2008, og avdekket at mer enn halvparten av kommunene og bydelene (53 %) rapporterer at det er oppgaver de ikke får gjort i skolehelsetjenesten i ungdomsskolen.
- Helsetilsynet i Sør-Trøndelag kartla tjenestetilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2009, og avdekket at av 25 kommuner var det 17 kommuner ikke følger programmet.

³⁷ Sosial- og helsedirektoratet; Normering av legetjenester i sykehjem (IS 1293)

³⁸ SSB tabell 5

Med bakgrunn i overnevnte tilsyn og kartlegginger ser det ut som kommunene ikke betrakter det anbefalte programmet i Veilederen som bindende og førende for tjenestetilbudet. Et tjenestetilbud som ikke følger anbefalt program oppfyller heller ikke kravet til kvalitet.

Helsedirektoratet foreslår derfor at det anbefalte programmet i veilederen oppgraderes til nasjonale faglige retningslinjer. Nasjonale faglige retningslinjer er også et virkemiddel for å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer og hindre uønsket variasjon. Det kan være et bidrag for å løse samhandlingsutfordringer og til å sikre helhetlige pasientforløp. Utvikling av disse retningslinjene bør skje i nært samarbeid med sentrale fagmiljøer.

En enda tydeligere føring vil være å heve den rettslige statusen for anbefalt program ved at programmets kjerneinnhold tas inn i forskrift. Denne forskriften er hjemlet både i Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 femte ledd og Smittevernloven § 3-8 først ledd. For å kunne tilby befolkningen en likeverdig tjeneste uansett bosted og være et lavterskeltilbud til hele befolkningen må tilbudet sikres og prioriteres.

Samhandlingsreformen beskriver i utfordring 2 at *"tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom"*. I kapitel 7.6 beskrives forebygging som et viktig element, og at det forebyggende helsearbeidet skal styrkes.

Departementet vurderer at kommunen skal ha fokus på følgende områder:

- Bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt
- Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt
- Kommunale lærings- og mestringstilbud med blant annet lavterskeltilbud
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid

Regjeringen har over statsbudsjettet for 2010 bevilget 230 millioner i økte frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene.

Ved å forskriftsfeste kjerneinnhold i anbefalt program i Veilederen er dette en tydelig føring og i tråd med Samhandlingsreformen om at kommunen må satse på og prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid. Vi vet også at forebyggende og helsefremmende arbeid krever et langsiktig og planmessig arbeid for å gi effekt. Dette vil gjøre det mulig for Helsetilsynet å føre tilsyn med tjenesten, og gi avvik på tjenester som ikke oppfyller forskriften. Det er ikke mulig å gi avvik på et anbefalt program, men kun merknad.

For å kunne oppfylle § 2-2 i forskriften om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vedrørende bidrag til kommunes oversikt over helsetilstanden, er det vesentlig at konsultasjonene registreres på en slik måte at dataene kan bidra til å utvikle helseprofiler for befolkningsgruppen. Dette vil være viktige data i forhold til barn og unges helse, og samtidig kan dette være et styringsverktøy for satsninger i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet anbefaler at det gjennomføres en prosessnorm i kommunene der de med bakgrunn i ny nasjonal faglig retningslinje for tjenesten skal planlegge, utvikle, implementere og vedlikeholde en tjeneste som oppfyller kvalitetskravene, lov

og forskrift. Dette foreslås gjennomført fra 2011. Helsedirektoratet utarbeider en veileder til bruk som et planleggingsverktøy for kommunene etter modell av Legetjenester i sykehjem - en veileder for kommunene.³⁹ Hensynet til lokal kvalitetsutvikling vil da bli ivaretatt, da hver enkelt kommune kan utvikle en tjeneste i tråd med brukerens behov tilpasset de lokale forhold. Kommunenes selvråderett blir ivaretatt i denne prosessen. Det antas at prosessnormen kan bidra til økt interkommunalt samarbeid i forhold til helsestasjoner og helsestasjoner for ungdom, og samfinansiering av skolehelsetjenesten ved videregående skoler som rekrutterer elever fra flere kommuner.

5.8 Styringsdata

5.8.1 Utvikling av kvalitetsindikatorer

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsesektoren 2005 beskriver følgende kvalitetsdimensjoner for tjenesten: *”Trygge og sikre, virksomme, involverer brukerne og gir dem innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet, produsert slik at ressursene utnyttes på en god måte, tilgjengelige og rettferdig fordelt.”*

For å kunne utvikle gode indikatorer for tjenesten kreves et utredningsarbeid. Vi har drøftet dette med KS, og ser det som hensiktsmessig å samarbeide med dem og Kunnskapssenteret om utvikling av gode kvalitetsindikatorer for tjenesten som kan brukes som styringsverktøy i kommunene. Det er viktig at det utvikles indikatorer for de ulike deltjenestene som svangerskapsomsorgen, helsestasjonen, skolehelsetjenesten i både grunn- og videregående skole samt helsestasjon for ungdom.

Flere indikatorer ligger inne i dagens KOSTRA rapportering under tabell 8. *Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:*

- Nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst.
- Spedbarn med fullført helseundersøkelse innen 8. leveuke
- Barn med fullført helseundersøkelse ved 2 - 3 års alder
- Barn med fullført helseundersøkelse ved 4 års alder
- Barn med fullført helseundersøkelse i 1. trinn i grunnskolen
- Åpningstid på helsestasjon for ungdom pr uke

I samråd med den eksterne faggruppen har vi sett på noen aktuelle indikatorer som det kan være hensiktsmessig å prøve ut:

- Gjennomføring av brukerundersøkelser
- Bruk av oppfølgingsgruppe0-4, (*system for oppfølging av barn og unge med spesielle behov og en indikator over helsetilstanden i målgruppen.jfr. IS 2700 Veileder i journalføring*)
- Systematisk, strukturert tverrfaglig samarbeid både internt og eksternt
- System for registrering av lokale helsedata for aldersgruppen 0 – 20 år
- Følge de oppsatte konsultasjonene i anbefalt program i Veilederen.

Det er behov for en grundig vurdering av hvilke styringsdata vi trenger for å kunne beskrive kvalitet i hele tjenesten, og det vil være hensiktsmessig å utarbeide og

³⁹ Sosial og helsedirektoratet: Legetjenester i sykehjem en veileder for kommunene, 2007 (IS-1436)

prøve ut totalt fire – fem gode indikatorer for tjenesten.

5.8.2 Utvikling av KOSTRA statistikk

Dagens KOSTRA rapportering på funksjon 232 personell skiller ikke mellom personellinnsatsen mellom helsestasjonen 0-5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Erfaringsmessig vet vi at det er et dårligere tilbud i skolehelsetjenesten, og spesielt videregående skole, der det ved enkelte skoler ikke er et skolehelsetilbud. For å kunne få relevante styringsdata til kommunene fra KOSTRA er det behov for å videreutvikle denne, ved blant annet å skille mellom de ulike deltjenestene.

Vår spørreundersøkelse til kommunene gjennomført av TNS Gallup skilte mellom helsestasjon og skolehelsetjenesten. Kommunene ble samtidig spurt om de hadde interkommunalt samarbeid. Det kan være hensiktsmessig å bygge videre på denne statistikken og implementere dette inn i KOSTRA rapporteringen på funksjon 232.

5.8.3 Utvikling av egen rapportering for å følge opp styrkingen av denne tjenesten

KOSTRA statistikken oppleves som lite relevant som styringsdata for kommunene da den gir for få og for lite presise data. I arbeidet med prosessnorm i kommune for å styrke denne tjenesten mener Helsedirektoratet at det er vesentlig at etterlevelsen av de presiserte kravene evalueres med mer robuste rapporteringssystemer enn hva tilfellet er i dag. Det bør derfor innføres en egen rapportering som inneholder personelloversikt, tjenestetilbud herunder også brukertilfredshet, kvalitetsindikatorer, interkommunalt samarbeid og rapportering på hvorvidt ny faglig veileder følges. I rapporten fra Statistisk sentralbyrå⁴⁰ påpekes manglende styringsdata for denne tjenesten. Her foreslås utvikling av nye kvalitetsindikatorer, utvalgsundersøkelser for kommunene og for brukere. Noen av disse forslagene kan det være hensiktsmessig å trekke inn i den nye rapporteringen.

Det kan vurderes om denne rapporteringen bør legges inn i embetsoppdraget.

5.8.4 Samhandling

Samhandlingsreformen peker på flere utfordringer blant andre: *"Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester"*

Dette gjelder spesielt to grupper barn og unge; 1.) barn med nedsatt funksjonsevne som har behov for individuell plan og 2) barn med psykiske vansker og lidelser.

Nøkkeltallsrapporten for helsesektoren 2009 påpeker følgende:

"Kommuner og spesialisthelsetjenesten er pålagt å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Helsedirektoratet har i 2009 sett nærmere på koordinerende enhets funksjon og rolle. I en undersøkelse blant 192 kommuner, oppgir 72 prosent at de ivaretar systemansvaret for individuell plan i meget eller stor grad⁴¹". Dette bekreftes også av rapporteringer fra Fylkesmennene. Systemansvaret går blant annet ut på å utvikle sektorovergripende prosedyrer for arbeidet med individuell plan, opplæring og rekruttering av koordinatører, oversikt over planarbeid med mer. I tillegg sier et flertall at de i meget eller stor grad er pådrivere for tverrfaglig (78 prosent) og tverretattlig samarbeid (66 prosent).

⁴⁰ SSB; Julie Kjevik; Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene, 2007/32

⁴¹ Sørensen LB, Kavli H. Undersøkelse om private rehabiliteringsinstitusjoner. Oslo: Synovate; 2008. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/

Nøkkeltall 7.5 Helsestasjonens samhandling med andre aktører

Tabell 7.5a Antall kommuner/bydeler der helsestasjons-/skolehelsetjenesten har etablert rutinemessige, forpliktende samarbeid med andre aktører. 2007–2008.

	Antall kommuner/bydeler			
	2007		2008	
	ja	nei	ja	nei
Tannhelsetjenesten	284	160	301	144
Habiliteringsteam	166	278	175	270
Barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger	336	108	361	84
Andre sykehusavdelinger	122	322	126	319

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 7.5b Antall kommuner som har etablert avtaler fordelt på ulike områder. 2008.

	Antall kommuner/bydeler	
	ja	nei
Psykisk helse	330	115
Rehabilitering og habilitering	174	271
Utskrivning og innskrivningspraksis	311	134
Andre områder	119	326

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Gjennom nye samarbeidsmønstre og oppgaver som forutsetter raskere, sikrere og nærere samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastleger, andre kommuner og innad i egen kommune, er det en forutsetning at gode integrerte eHelse-løsninger også omfatter kommunenes helse- og omsorgstjenester. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må i større grad være likeverdige partnere.

Nøkkeltall 7.6 Elektronisk pasientjournal

Tabell 7.6 Andel som har innført elektronisk pasientjournal fordelt på tjenesteområder. 2000–2008.

	2000	2002	2004	2006	2008
Helseforetak	57,9	73,7	84,2	94,7	100,0
Legekontor	88,5	95,5	95,5	97,8	97,8
Sykehjem	14,3	26,0	35,1	55,8	79,2
Helsestasjoner	23,4	39,0	49,4	53,2	63,6

Kilde: EPJ Monitor 2008

Her ser vi at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har hatt en langsommere utvikling mht elektronisk pasientjournal enn andre relevante tjenesteområder. Det er nødvendig at denne tjenesten styrkes også på dette område slik at en får en bedre samhandling mellom tjenestene som kommer brukerne til gode. Elektronisk pasientjournal er et viktig redskap for å kunne få oversikt over helsetilstanden til barn og unge. Sammen med leveårsdata fra SSB vil en kunne få et bilde over de utfordringer som barn- og ungdomsbefolkningen har, og med bakgrunn i dette kan man sette i verk målrettede tiltak.

Kvaliteten på helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil også være betinget av strukturert samarbeid, forankret på høyeste ledernivå, med spesialisthelsetjenesten BUP i form av samarbeidsavtaler, og muligheter for BUP til å yte tjenester i samarbeid med primærhelsetjenesten jf Utviklingsfremmende samtaler, og strukturert samarbeid med andre kommunale tjenester som barnehager, barnevern, NAV, kvalifiseringstjenesten, skolene, oppsøkende virksomhet (Utekontakten), fritidsklubber mfl.

Det er naturlig å se skolehelsetjenesten i sammenheng med Opplæringslovens § 9 a og føringer som denne loven gir for at skolen har ansvar for elevens helse, trivsel og læring. Opplæringsloven gir en gylden anledning for å samordne innsatsen og definere hvordan skolen og skolehelsetjenesten kan nå disse målene gjennom samordnede tiltak. For skolehelsetjenesten vil samsvar mellom helse- og skoleetatens retningslinjer for forpliktende arbeid om definerte problemområder hvor forebygging er nødvendig, bidra til en helhetlig tilnærming overfor elevene.

5.9 Kompetanse og forskning

Dette innsatsområde omfatter både forskning og fagutvikling.

Kommunehelsetjenestelovens kap. 6 legger føringer for undervisning og praktisk opplæring § 6-1. *”Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring”.*

§ 6-2. gir føringer for videre- og etterutdanning *”Kommunen skal sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til at helsepersonell i privat virksomhet innen dens helsetjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Helsepersonell innen kommunens helsetjeneste plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner vedlike”.*

For å møte nye utfordringer og styrke kompetansen er det behov for å utvikle blant annet:

- emnekurs for leger i barne- og ungdomsmedisin med et forebyggende og helsefremmende perspektiv.
- for alle yrkesgruppene ferdigheter innen endringsfokusert rådgivning for å arbeide med levevaneendringer som overvekt, fedme, spiseforstyrrelser, rus med mer
- for alle yrkesgruppene ferdigheter innen flerkulturell kompetanse og kultursensitivitet
- videreføre videreutdanningen innen psykisk helse

Nasjonal strategi for kvalitetsforebeding i Sosial og helsetjenesten angir en rekke krav til god kvalitet blant annet at tjenestene er virkningsfulle. Det er behov for å ivareta følgende oppgaver:

- Bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
- Etablere nasjonale faglige standarder
- Bidra til og delta i forskning innen fagfeltet
- Sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av denne.

- Være et rådgivende organ

Helsedirektoratet anbefaler at oppgaver innen fagutvikling og forskning for dette feltet styrkes. Dette er av særlig betydning for å kunne etablere bedre kunnskap enn i dag om hva som er effektive tiltak innen disse tjenesteområdene i et samfunnsperspektiv. Det anbefales etablering av et forskningsmiljø, fortrinnsvis i tilknytning til en eksisterende forskningsinstitusjon med forebyggende og helsefremmende fokus. Å styrke dette fagfeltet innen forskning og fagutvikling vil kunne bidra til at kommunene vil kunne velge de tiltakene som gir effekt og som er kostnadseffektive.

Landsgruppen av helsesøstre i Norske sykepleierforbund har gjennomført et tverrfaglig utredningsprosjekt vedrørende nasjonal kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons – og skolehelsetjenesten.⁴² Konklusjonen i utredningsprosjektet er i tråd med de anbefalinger Helsedirektoratet gir.

5.10 Finansieringsordning

Samhandlingsreformen ” beskriver satsning på forebygging som en viktig del av en ny kommunerolle”. Regjeringen har over statsbudsjettet for 2010 bevilget 230 millioner i økte frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er beskrevet som en av de forebyggende helsetjenestene som disse midlene er anbefalt brukt til.

I IS-1/2010 Rundskriv Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010 gis fylkesmannen følgende oppfølgingsansvar i punkt 2.3.2.2 for helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

”Fylkesmannen skal følge opp at kommunene ivaretar og styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tråd med lover og forskrift og anbefalt program for tjenesten. Det vises også til statsbudsjettets økning av kommunens frie midler for å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten. Skolehelsetjenesten er i mange kommuner mangelfullt utbygd. Fylkesmannen må derfor påse spesielt at kommunene ivaretar sitt ansvar om helsetjeneste i skolen”.

Det blir viktig å følge med på rapportering fra Fylkesmennene angående dette oppdraget, om kommunen bruker midlene på denne tjenesten. Denne rapporteringen kan si noe om det er behov for tydeligere føringer fra HOD slik at kommunene prioriterer de forebyggende helsetjenester som er nevnt i Samhandlingsreformen.

I arbeidet med revisjon av fastlegeavtalen der en ser på nye funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen, er det viktig å se på økt behov for legeressurser inn i denne tjenesten. I fastlegeavtalen i dag kan fastlegen tilpliktes å bruke inntil 7,5 timer pr uke til kommunalt arbeid i sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, veiledning av turnusleger med mer. En tilbakemelding fra en bydel i Oslo viser at bare 25 - 30 % av denne ressursen utnyttes. Bakgrunnen for dette er at mange

⁴² Landsgruppen av helsesøstre NSF; Nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2009, tilgjengelig på [https://www.sykepleierforbundet.no/ikb/Viewer/Content/260382/030609%20%20NASJONALT%20kompetansesenter%20%20Presentasjon%20\(2\)%20\(2\).pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikb/Viewer/Content/260382/030609%20%20NASJONALT%20kompetansesenter%20%20Presentasjon%20(2)%20(2).pdf)

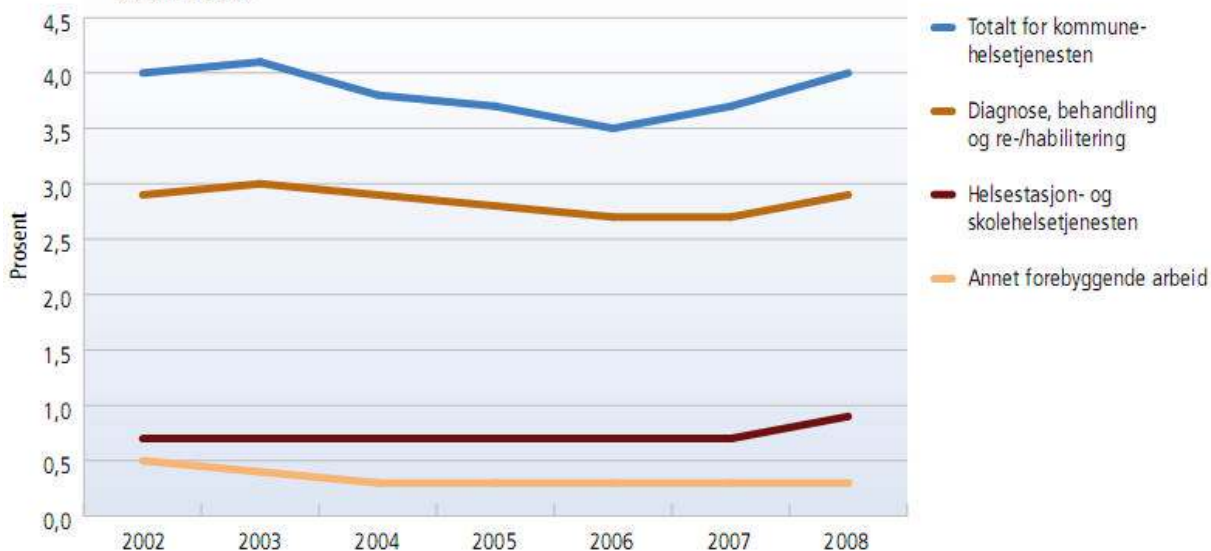
sykehjem har ansatt faste leger, og bruker derfor ikke fastlegene, eller at kommuner ansetter fastleger i kommunale bistillinger. Det kan se ut som det er en uutnyttet ressurs her. Utfordringen er at kommunene betaler ca 600 kr pr time for lege i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i dag. For å kunne finansiere økt legeressurs i denne tjeneste er det mulig å tenke seg at midler overføres fra staten som en del av finansieringen av Samhandlingsreformen for å unngå at kommunene får økte kostnader.

I forhold til fysioterapeuter i kommunene er andelen stillinger som er rapportert på KOSTRA funksjon 232 fra 1994-2008 sunket med 35 årsverk. Mange fysioterapeuter i kommunene arbeider med diagnose, behandling og rehabilitering på KOSTRA funksjon 241, der det har vært en økning på 1131 årsverk i samme periode. Denne rapporteringen gjelder hele befolkningen, og mange årsverk vil her være knyttet til pleie og omsorg. Man må undersøke hvor stor andel på funksjon 241 som går til barn og unge, og eventuelt gjennomføre en omfordeling til funksjon 232.

5.11 Drøfting og anbefaling

Samhandlingsreformen påpeker at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Nøkkeltallsrapporten for helsesektoren 2009 viser at kommunen bruker ca 1 % av brutto driftsutgifter til en tjeneste som når i underkant av 25 % av befolkningen.

Figur 5.1 Andel av kommunenes totale brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester, etter funksjoner. 2002–2008.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det å tilrettelegge for helsefremmende og forebyggende arbeid vil ha både en helsegevinst og en samfunnsøkonomisk gevinst. I dette arbeidet er det viktig å satse på de befolkningsrettede tiltak som når alle, men også tiltak tilpasset det enkelte individ. Grunnlaget for levevaner legges i barne- og ungdomså, og det er derfor viktig å gi barn og unge kunnskap om hva som fremmer helse, men også viktig å komme tidlig inn med tiltak der en ser en uheldig utvikling for eksempel innen overvekt og fedme, tobakk, rus og psykisk helse.

Forebyggende og helsefremmende arbeid krever en tydelig organisatorisk plassering i kommunene og god forankring i kommunenes plan- og budsjett-system⁴³. For å lykkes må dette arbeidet være målrettet og langsiktig og tiltakene som settes i verk må være effektive og kunnskapsbaserte. Det vil derfor være uhensiktsmessig å styrke dette arbeidet med kortsiktige prosjektmidler.

For å følge opp Samhandlingsreformen må det forebyggende og helsefremmende arbeidet reflekteres i lover og forskrifter. Spesifikasjonen av funksjonen helsestasjons- og skolehelsetjeneste; helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler, må beholdes i ny kommunal helse- og omsorgslov for å tydeliggjøre de nasjonale forventningene til forebyggende innsats blant barn og unge. Dette vil være en tydelig føring til kommunene og et vesenlig grep hvis myndighetene ønsker å dreie helsetjenesten mer i forebyggende og helsefremmende retning.

Behovet for personellressurser i de forebyggende helsetjenestene blir ikke synliggjort ved hjelp av køer eller ventelister. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er likevel rettet mot en definert målgruppe/ befolkningsgrunnlag av kjent omfang. Behovet for personell med ulik kompetanse kan anslås på bakgrunn av at tilbudet skal gjennomføres ved hjelp av et konkret, nasjonalt program og at en har god kunnskap om målgruppens behov og helseproblemer. En tjeneste med marginale ressurser er et dårlig utgangspunkt for kvalitet, og enda mer i forhold til om tjenestene skal kunne medvirke tilstrekkelig til gjennomføring av ulike helsepolitiske satsinger. Underbemanning kan i mange tilfeller være en faktor som bidrar til at det kan være vanskelig å knytte til seg nødvendig kompetanse. Det blir problematisk å opprette et tverrfaglig miljø og samarbeide på tvers av fag- og sektorgrenser.

Styrken med antallsnormering som regulatorisk system for tjenesten er enkelheten, samt etterprøvbarhet vedrørende etterlevelse av myndighetskravene. Systemet gir høy sikkerhet for at det i alle kommuner etableres tilbud rettet mot de definerte målgruppene. Normtall for bemanning er et virkemiddel som kan spille godt sammen med økte økonomiske rammer til kommunene som det nå blir gitt gjennom oppfølgingen av Samhandlingsreformen.

Svakheter med antallsnormering er at enhver normering av kommunale tjenester kan sies å være et inngrep i det kommunale selvstyret. Siden selvstyret er en overordnet demokratisk verdi er det ønskelig å bruke andre virkemidler så langt som mulig. Antallsnormering kan være lite fleksibelt med tanke på lokale behov, mangelfull sammenheng mellom kravene som stilles og det som er primær målsetning med tilbudene da kapasitet ikke er en garanti for innholdsmessig kvalitet.

Den viktigste styrken med innholdsregulering fremfor antallsnormering er at det i større grad understøtter lokal autonomi hva gjelder organisering og samarbeid for å oppfylle nasjonale krav. Sammenhengen mellom krav som stilles og målene som ligger til grunn for kravene er tydeligere enn om det er personellantall som reguleres. Dette innebærer også økt stimulans til lokalt kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling.

En svakhet med innholdsregulering er at det kan stilles spørsmål ved om virkemiddelet er sterkt nok til å oppnå en kapasitetsøkning og styrking av tjenesten.

⁴³ Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement; Prop. 1 S, Proposisjon til Stortinget (forsalg om stortingsvedtak) 2009-2010

Helsedirektoratet mener at tiltaket er godt nok gitt at reguleringen blir sterk og tydelig nok i sin juridiske form, samt at etterlevelsen av de presiserte kravene følges opp med mer robuste rapporteringssystemer enn hva tilfellet er i dag.

Samlet sett finner Helsedirektoratet at innholdsregulering på det nåværende tidspunkt er en bedre strategi enn antallsnormering. Helsedirektoratet vil derfor anbefale at tjenesten styrkes ved at det gjennomføres en prosessnorm fra 2011 der kommunene får i oppdrag, med bakgrunn i ny nasjonal faglig retningslinje for tjenesten, å planlegge, utvikle, implementere og vedlikeholde en tjeneste som oppfyller kvalitetskravene, lov og forskrift. Dersom målsetningene ikke nås innen rimelig tid, basert på funn gjennom rapporteringssystemet som etableres, bør antallsnormering gjennomføres. Rimelig tid i denne sammenheng anses å være tre år.

Der kommunene ikke kan gi et helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbud i tråd med lov og forskrifter, kan det være hensiktsmessig med interkommunalt samarbeid. Det kan være aktuelt med interkommunale helsestasjoner, og samfinansiering av skolehelsetjenesten ved videregående skoler som rekrutterer elever fra flere kommuner. Erfaringer med samkommuneprosjekter er viktig for å videreutvikle dette arbeidet.

For å følge med om tjenesten styrkes i kommunene i tråd med forutsetningene er det behov for å innføre en egen rapportering som inneholder personelloversikt, tjenestetilbud, herunder brukerundersøkelser, kvalitetsindikatorer, interkommunalt samarbeid og rapportering på hvorvidt ny faglig veileder følges. Dagens KOSTRA rapportering gir oss ikke adekvate styringsdata som kan brukes for å følge med dette arbeidet i kommunene.

Det er parallelt behov for å videreutvikle dagens kvalitetsindikatorer for å få styringsdata som reflekterer alle deltjenestene og som indikerer om tjenesten oppfyller kravene til god kvalitet.

Samtidig er det viktig at det settes av tid til kvalitetssikring og ledelse av denne tjenesten. Å bidra til å få en enhetlig tjeneste der brukeren får en lik tjeneste uansett kommunetilknytning er viktig for å gi et likeverdig tilbud.

Behov for økt forskning og fagutvikling er nødvendig for å oppnå virkningsfulle tjenester. Tjenestetilbudet helsestasjons- og skolehelsetjenesten er unikt for Norge og Sverige, og det er derfor lite forskning innenfor området. I dette utredningsarbeidet har vi bestilt en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret angående *effekten av allment tilgjengelig skolehelsetjeneste for barn og unge på psykisk og fysisk helse*. De foreløpige funnene viser at det er vanskelig å finne relevant forskningsresultater. Helsedirektoratet vil derfor anbefale at oppgaver innen fagutvikling og forskning for dette feltet tillegges et forskningscenter innen forebyggende og helsefremmende arbeid.

6 Rekrutteringspotensial og eventuelle tiltak for rekruttering

6.1 Hva er dagens sysselsetting og framtidig utdanningskapasitet

I dette kapitlet velger vi først å si noe om sysselsettingen av de ulike yrkesgruppene, får så beskrive tilgangen på de ulike personellgruppene.

Sysselsatte i alderen 16-66 år med helse- og sosialfaglig utdanning, etter fagutdanning, sysselsetting og avtalt årsverk. Sysselsettingsprosent og årsverksprosent¹. 4. kvartal 2008

Faggruppe	Sysselsatte i alle næringer		Sysselsatte		Avtalt Årsverk	
	2008	Syss. pst	2008	Syss. pst	2008	Årsv. pst
Fysioterapeut	10171	91,9	8635	78,0	8154	73,7
Jordmor	2748	89,8	2438	79,7	1960	64,0
Helsesøster	3599	88,9	3087	76,2	2636	65,1
Lege med spesialitet	9778	91,2	8395	78,3	8193	76,5
Lege uten spesialitet	10717	96,5	9716	87,5	9692	87,3
psykolog	5777	94,2	4093	66,7	4058	66,2

¹Sysselsettingsprosent og årsverksprosent er henholdsvis antall sysselsatte personer og årsverk i prosent av personer i alt med helse- og sosialfaglig utdanning⁴⁴

Sysselsatte personer i alderen 16-66 år med helse- og sosialfaglig utdanning, etter fagutdanning og andel sysselsatte i næring. 4. kvartal 2008⁴⁵

Faggruppe	Sysselsatte i alt		Helse og sosial tjenester		Offentlig administrasjon		Forskning og undervisning		Andre næringer	
	2008	andel	2008	andel	2008	andel	2008	andel	2008	andel
Fysioterapeut	10171	100,0	8635	84,9	314	3,1	366	3,6	856	8,4
Jordmor og helsesøster	6347	100,0	5525	87,0	172	2,7	316	5,0	334	5,3
Lege med spesialitet	10717	100,0	9716	90,7	271	2,5	431	4,0	299	2,8
Lege uten spesialitet	10239	100,0	8709	85,1	351	3,4	560	5,5	619	6,0
psykolog	5777	100,0	4093	70,8	289	5,0	1015	17,6	380	6,6

44 SSB <http://www.ssb.no/emner/06/01/hesospers/tab-2009-06-19-03.html>

45 SSB <http://www.ssb.no/hesospers/tab-2009-06-19-04.html>

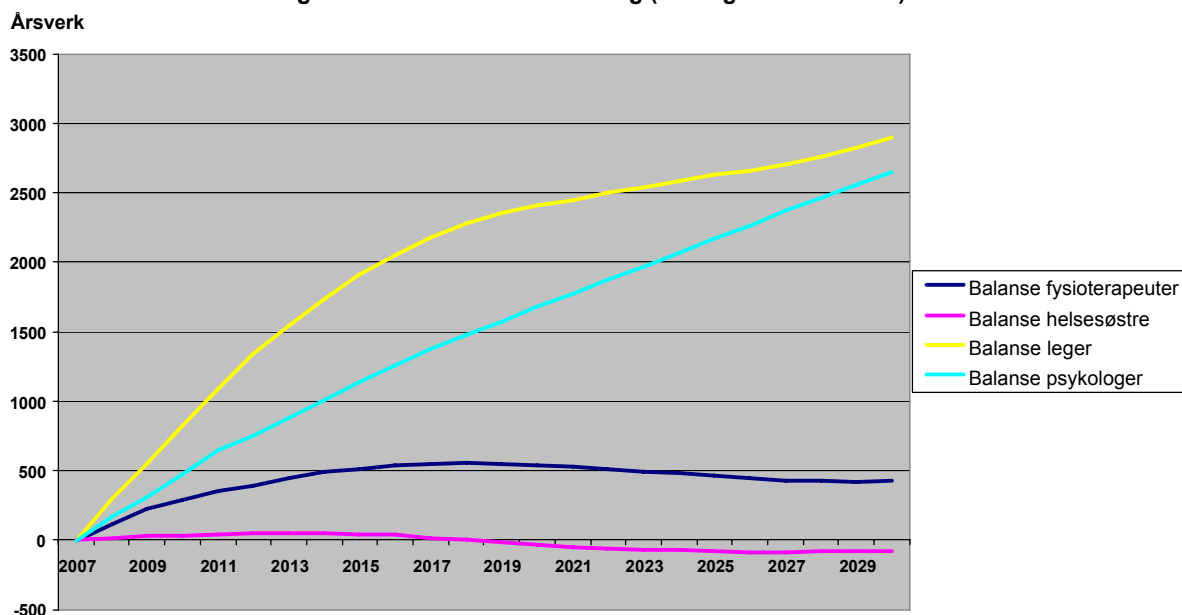
HELSEMOD⁴⁶ er en beregningsmodell for arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell som er utarbeidet av SSB etter oppdrag fra Helsedirektoratet. Modellen har en tilbudsside og en etterspørselsside med alternative forutsetninger for utviklingsbaner fram til 2030.

Den siste versjonen som ble publisert i mars 2009 bygger på data for tilbud (beholdningstall for personell og tilgang fra utdanning for 19 utdanninger) og data for etterspørsel basert på befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester innenfor 11 spesifiserte aktivitetsområder. Modellen gir balansetall for utdanningsgruppene med ulike sett forutsetninger for årene fram til 2030.

Figurene under illustrerer alternative balansebaner for fysioterapeuter, helsesøstere, leger og psykologer etter de 2 mest brukte utviklingsbaner.

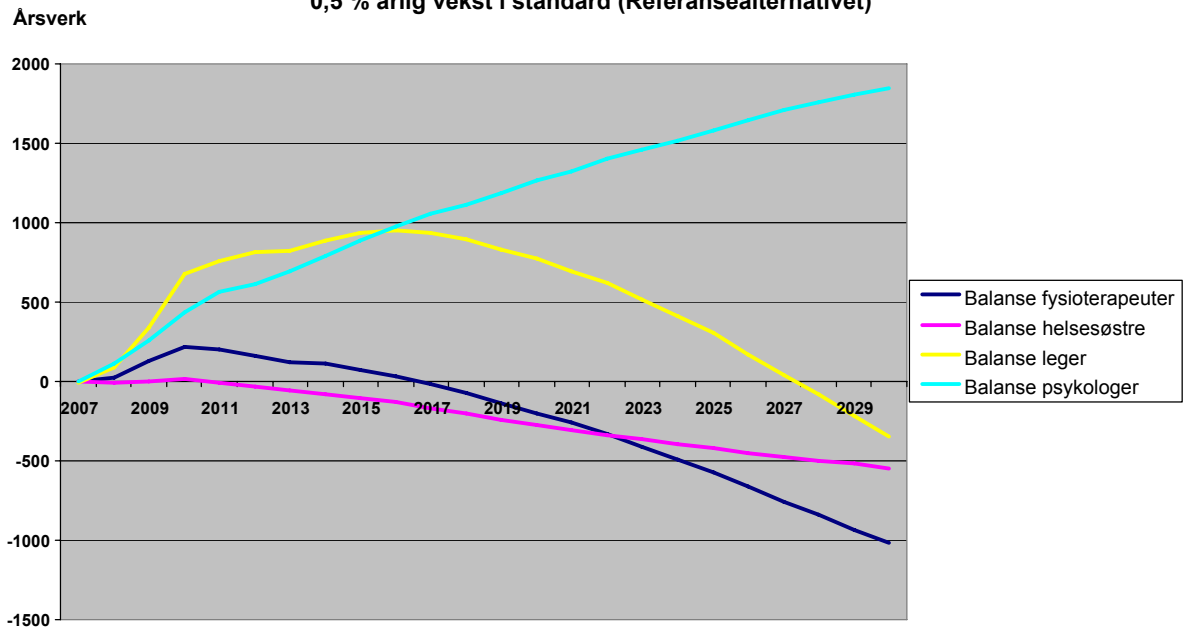
- Demografialternativet som forutsetter samme aldersrelaterte forbruksrater (andel av befolkningen etter alder som tjeneste mottar tjeneste) i aktivitetsområdene og tjenesteomfang som i 2007. Det er m.a.o. bare endringer i befolkningens størrelse og sammensetning som påvirker etterspørselen etter personell.
- Referansealternativet forutsetter at en legger en årlig standardøkning på 0,5 % på toppen av vekst i etterspørsel som følge av demografi.
- Referansealternativet som forutsetter at en i tillegg har en økning som følge av økonomisk vekst med 0,5 % årlig.
- Det finnes i tillegg en rekke andre alternative utviklingsbaner:
 - Høy vekst, 1 % årlig økning i standard
 - Substitusjon, som forutsetter noen endringer i arbeidsfordelingen mellom enkelte utdanningsgrupper
 - Primærhelse, som forutsetter noe sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Balanse i arbeidsmarkedet for fysioterapeuter, helsesøstre, leger og psykologer fram til 2030, alternativ med endring i etterspørsel bare som følge av vekst i befolkningen og endret alderssammensetning (Demografialternativet)



⁴⁶ http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_helse/index.html

Balanse i arbeidsmarkedet for fysioterapeuter, helsesøstre, leger og psykologer fram mot 2030, alternativ med vekst i etterspørsel som følge av endringer i befolkningen + 0,5 % årlig vekst i standard (Referansealternativet)



Kurvene er forenklet med de to mest brukte utviklingsbanene og enkle kurver som viser når man er over 0 – akse (overskudd av personell) og under 0 – akse (underdekning).

6.2 Vurdering av rekrutteringspotensiale

Høsten 2007 ble opptaket til helsesøsterutdanningen økt med 50 kandidater. Dette er en 25 % kapasitetsøkning som, hvis den blir videreført, vil dekke opp underbalansen for denne gruppen i begge alternativer. Ellers vil det være fysioterapeuter som vil være den mest kritiske gruppen for rekruttering i henhold til disse beregningene. For legene vil det være et betydelig handlingsrom for styrking det nærmeste tiåret, også i alternativet med standardøkning, men her vil virkninger av St.meld.nr47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og planlagt styrking av legetjenesten i sykeheimeier trolig legge beslag på mye av denne kapasiteten. Utdanningskapasiteten for psykologer ble også økt fra høsten 2009, med 40 plasser. Dette forsterker et fra før av beregnet overskudd i arbeidsmarkedet. Denne gruppen påvirkes også sterkt av etterspørsel i privat sektor ved at ca en tredjedel finner sitt arbeid her.

I følge SSBs registerbaserte statistikk om helse- og sosialpersonell arbeider ca 500 personer som har tatt utdanning som helsesøster i løpet av de siste 10 årene, utenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er i denne gruppen en trolig finner det viktigste rekrutteringspotensialet til tjenesten.

Gjennomsnittlig stillingsprosent for helsesøstre er 85 % og jordmødre 80 %. Halvparten av de deltidsarbeidende var under 50 år. Det burde derfor være mulig å styrke bemanningen noe ved å øke stillingsprosenten blant helsesøstere og

jordmødre.

På den annen side er det som vist ovenfor et rekrutteringspotensiale blant helsesøstre. 40 % av helsesøstrene arbeider utenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dersom en liten andel av disse rekrutteres til arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vil behovet for helsesøstere i tjenesten likevel kunne bli dekket.

7 Økonomiske betraktninger vedrørende styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Samhandlingsreformen påpeker viktigheten av å styrke de forebyggende helsetjenester i kommunene. Målsetningen med denne styrkingen vil være både å videreutvikle og benytte dokumenterte tiltak som reduserer og til dels motvirker risiko for funksjonstap og bortfall fra skole og arbeidsliv. De forebyggende tjenester skal arbeide med å styrke individets egenmestring, stimulere til helsefremmende oppvekstmiljøer, og ved det redusere risiko for sykdomsutvikling.

Effekten av styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten dreier seg ikke kun om helse og levetid, men også om (helserelatert) livskvalitet. En styrket helsestasjons- og skolehelsetjeneste kan gi flere kvalitetsjusterte leveår (QALYs) i befolkningen. QALYs er et samlemål for levetid - og livskvalitetsgevinster.

Grunnlaget for de gode levevanene legges i barne- og ungdomsårene. Det vil derfor ha en samfunnsmessig gevinst både i form av flere leveår, men også bedre helse de årene vi lever, hvis barn og unge etablerer sunne levevaner og viderefører disse i voksenlivet. En prospektiv populasjonsstudie av over 20 000 kvinner og menn over 45 år viste at kombinasjonen av å røyke, være inaktiv, ha stort alkoholinntak og usunt kosthold gir en dødsrisiko tilsvarende en 14 år eldre person.⁴⁷

En enkel modellberegning basert på SSB's dødelighetsstatistikk for 2008 viser at den økte dødsrisikoen i gjennomsnitt tilsvarer omtrent 13,5 tapte leveår for en 16 åring som etablerer denne usunne livsstilen over livsløpet(!). I tillegg kommer livskvalitetstap som følge av dårligere mental og fysisk helse. Gevinstpotensialet er med andre ord stort.

I Samhandlingsreformen sier Regjeringen at de vil legge til rette for at veksten i legetjenestene i hovedsak skal komme i kommunene. Dette vil gi rom for at fastlegene kan prioritere allmenntilleggs oppgaver som helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

7.1 Kostnader vedrørende styrking av tjenesten

Helsedirektoratet anbefaler at det riktige og overordnede grepet for å styrke denne tjenesten er å tydeliggjøre innholdskravene gjennom en kombinasjon av lov, forskrift og nasjonal faglig retningslinje, og implementering i kommunene gjennom en prosessnorm. Alternativt til dette er å gjennomføre en nasjonal minstenorm for bemanning med lokal normering.

Oppsummert er forslagene til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

1. Det helsefremmende og forebyggende formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten beholdes i ny helse- og omsorgslov. Tjenesten må

⁴⁷ PloS Med 2008;5 (1)e 12

omtales som en egen tjeneste under forebyggende og helsefremmende tjenester. Vi viser til Helsedirektoratets innspill til lovarbeidet i HOD som ble oversendt 01.04.10

2. Anbefalt program i veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten omarbeides til en nasjonal faglig retningslinje. En enda tydeligere føring vil være å heve den rettslige statusen for anbefalt program ved at kjerneinnholdet i programmets tas inn i forskrift. Det er behov for at dette gjennomføres som et prosjekt ledet av Helsedirektoratet i samarbeid med eksterne fagpersoner.
3. Vi anbefaler en prosessnorm der kommunene med bakgrunn i ny nasjonal faglig retningslinje for tjenesten, får i oppdrag å planlegge, utvikle, implementere og vedlikeholde en tjeneste som oppfyller kvalitetskravene i lov og forskrift. Dette bør gjennomføres fra 2011. Helsedirektoratet utarbeider en veileder til bruk som et planleggingsverktøy til bruk for kommunene etter modell av Legetjenester i sykehjem - en veileder for kommunene. Dette arbeidet bør også prosjektstyres jf pkt 2.
4. For å følge med utviklingen av denne tjenesten i kommunene, innføres det en egen rapportering som inneholder personelloversikt, tjenestetilbud, kvalitetsindikatorer, interkommunalt samarbeid og rapportering på hvorvidt ny faglig veileder følges. Kostnader til dette er estimert til kr. 250 000. Alternativt gjennomføres denne rapporteringen som en del av embetsoppdraget.
5. Hvis rapporteringen viser at kommunene ikke gjennomfører prosessnormen og gjennom dette arbeidet styrker tjenesten innen tre år, anbefaler vi at den nasjonale minstenormen for bemanning med lokal normering innføres.
6. Kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling - her foreslås at det legges inn 1 - 2 % av brutto driftsbudsjett (ref. spesialisthelsetjenesten) Et alternativ vil selvsagt være å gi et bestemt kronebeløp, og hvis en i første omgang estimerer dette til 1000 kr pr årsverk for 4102,5 årsverk vil det utgjøre 4,1 mill kr.
7. Det anbefales at oppgaver innen fagutvikling og forskning for dette feltet tillegges et forskningssenter innen forebyggende og helsefremmende arbeid i løpet av 2011.
8. For å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er det viktig at helsestasjons- og skolehelsetjenesten knyttes til det nasjonale helsenettet som finansieres særskilt av staten.

7.1.1 Kostnad ved prosessnorm i kommunene

Hvis alle kommunene oppfylte lov og forskrift, og rapportering på KOSTRA tall funksjon 232 (Tabell 8) viste at alle aktivitetene hadde en tilnærmet 100 % dekning, ville kostnadene vedrørende prosessnormen i kommunene vært tilnærmet null.

Gjennomførte tilsyn og kartlegginger viser at:

- Fylkeslegenes felles tilsyn i 2000 med skolehelsetjenesten viste at 10 av de 59 kommunene ikke kan tilby skolehelsetjeneste til alle elever. Det er et større antall kommuner som oppgir at de ikke har en skolehelsetjeneste som er fullverdig i henhold til kravene i forskriften.

- Fylkesmannen i Oslo og Akershus kartla skolehelsetjenesten i videregående skole i Akershus i 2007, og fant at det anbefalte programmet ble fulgt ved tre av fire skoler.
- Helsetilsynet i Hordaland gjennomførte en kartlegging av helsetjenester til ungdom i kommunene i 2008, og avdekket at mer enn halvparten av kommunene og bydelene (53 %) rapporterer at det er oppgaver de ikke får gjort i skolehelsetjenesten i ungdomsskolen.
- Helsetilsynet i Sør Trøndelag kartla tjenestetilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2009, og avdekket at av 25 kommuner var det 17 kommuner ikke følger programmet.

KOSTRA tall viser at 26 % av landets kommuner ikke tilbyr helsestasjon for ungdom. Det er videre 75 % av landets nyfødte som får hjemmebesøk, og 88 % av landets førsteklassinger som får skolestartundersøkelse. Dette indikerer at det er behov for en personellstyrking av denne tjenesten for gi et likeverdig tjenestetilbud til alle uansett bosted og for å oppfylle lov og forskrifter. Den totale kostnaden ved innføring av prosessnorm er estimert til 500 millioner.

7.1.2 Kostnad ved nasjonal minstenorm for bemanning

Med bakgrunn i utregnet normering er det er behov for en økning av antall årsverk for lege med 251,5, helsesøster med 859 og fysioterapeut med 439. Totalt vil det utgjøre 1549,5 årsverk.

Kostnaden ved økningen i antall årsverk	
1 million ⁴⁸ pr legeårsverk tilsvarer for 251,5 årsverk	251,5 millioner
488 200 ⁴⁹ pr helsesøsterårsverk tilsvarer for 859 årsverk	419,5 millioner
488 200 ⁵⁰ pr fysioterapeutårsverk tilsvarer for 439 årsverk	214,3 millioner
Totalt årlige kostnader	885,3 millioner

I tillegg vil det komme økte kostnader til kommuner der det er behov for økt normering pga lokale forhold. I de kommunene der det i dag ikke er satt av ressurser til ledelse vil dette også komme som en kostnad. Dette er vanskelig å estimere da vi ikke vet nok om de enkelte kommunene.

7.1.3 Kostnader vedrørende kompetanse

I forhold til fagutvikling vil det være store forskjeller i kostnader til et emnekurs for lege, til et dagseminar f eks arrangert av Fylkesmannen. Forslaget er at det legges inn 1 - 2 % av brutto driftsbudsjett (ref.spesialisthelsetjenesten) til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling. Et alternativ vil selvsagt være å gi et bestemt kronebeløp, og hvis en i første omgang estimerer dette til kr 1000 pr årsverk så vil dette for 4102,5 årsverk utgjøre en kostnad på kr. 4,1 millioner. Det er ikke kjent hva kommunen i dag har lagt inn i forhold til kompetansemidler. Det kan være

⁴⁸ Sosial og helsedirektoratet; Normering av legetjenester i sykehjem, 2005 (IS-1293)

⁴⁹ SSB Gjennomsnittlige arbeidskraftskostnader per årsverk, etter næringshovedområde (SN2002¹). 2008. Kroner

⁵⁰ SSB Gjennomsnittlige arbeidskraftskostnader per årsverk, etter næringshovedområde (SN2002¹). 2008. Kroner

hensiktsmessig å legge inn hele summen som en kostnad. Det vil være store variasjoner mht til kostnader til reise fra ulike fylker, og det bør her vurderes om det skal legges inn et lokalt tillegg.

7.1.4 Oppsummering av kostnader

Oppsummert viser tabellen under en oversikt over kostnader vedrørende de to aktuelle alternativene for styrking av denne tjenesten.

Tiltak	Kostnad ved nasjonal minstenorm for bemanning	Kostnad ved innholdsnormering gjennomført med prosessnorm i kommunene
2. Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer	700 000 (kun for et år)	700 000 (kun for et år)
3. Utarbeide veileder for prosessnorm		700 000 (kun for et år)
4. Ekstra rapportering	0	250 000 (kun for et år – utviklingskostnader)
5. Styrking av tjenesten for å oppfylle lov og forskrifter	885 mill årlig kostnad	500 mill årlig kostnad
6. Kompetansemidler	4,1 mill alternativt 1-2 % av brutto driftsbudsjett (årlig kostnad)	4,1 mill alternativt 1-2 % av brutto driftsbudsjett (årlig kostnad)
7. Forskningsenhet	3 mill (årlig kostnad)	3 mill (årlig kostnad)
Totalt	893 mill	510 mill

Kostnadene som er estimert både med hensyn til nasjonal minstenorm for bemanning og kostnader ved innholdsnormering er grove anslag. Det er knyttet usikkerhet til gap mellom antatt normtall og bemanning, og dagens situasjon i de 430 kommunene. I forhold til vår kartlegging ser vi at det er stor variasjon mellom de ulike kommunene, og at det er relativt få kommuner som har interkommunalt samarbeid om disse tjenestene, i underkant av 25 % av 333 kommuner som har besvart spørreundersøkelsen.

Bakgrunnen for differansen mellom kostnadene i forhold til nasjonal normering for bemanning på 893 millioner og innholdsnormering på 510 millioner bygger på følgende antagelser: Kommunene kan gjennom prosessnormen se muligheter for både interkommunalt samarbeid som kan være kostnadsbesparende, men også ved gjennomgang av arbeidsoppgaver der vurderer bruk av merkantilt personell i større grad. Dette kan avlaste fagpersoner og derved frigi tid til brukerrelatert arbeid. Arbeidet med prosessnormen kan gi mulighet for en omprioritering innad i tjenesten. Dette kan blant annet gjøres gjennom kvalitetsforbedringsprosjekt. Fylkesmannen i Hordaland har satt i gang et slikt prosjekt i samarbeid med Kunnskapssenteret der de ser på variasjon mellom andel hjemmebesøk mellom de ulike bydelene i Bergen.⁵¹

Som det er påpekt i rapporten er det behov for at tjenesten knyttes til nasjonalt helsenett, og at alle helsestasjoner får elektronisk pasientjournal. Dette vil lette

⁵¹ <http://www.gruk.no/>

samarbeid med andre kommunale aktører og spesialisthelsetjenesten og være tidsbesparende.

7.2 Andre kostnader i forhold til vårt forslag

I forhold til utvikling av KOSTRA statistikk vil dette gjøres som et samarbeid mellom KS, Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret. Dette vil legges inn som en del av ordinært arbeid.

Vedlegg

Vedlagt følger detaljert utregning i forhold til deltjenestene; helsestasjon, skolehelsetjeneste i barneskolen, skolehelsetjeneste i ungdomsskolen og skolehelsetjeneste i videregående skole.

Helsestasjonen

Ulike bemanningsnormer med bakgrunn i anbefalt program i veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450

*Materialet bygger på opplysninger fra Harstad, Bergen, Landsgruppa for helsesøstre NSF (LaH).
Utregningene er gjort med utgangspunkt i 100 barn.*

Konsultasjoner/ kontroller etter alder	Harstad	Bergen	LaH	Helsedir. oppgaveberegning Pr barn	Hjemmel i forskrift
Nyfødte: hjemmebesøk inkludert veiing innen 10 dag	2 t. pr fødte barn = 200 t (inkl. forberedelser og etterarb.)	2 t x 100 = 200 t	2,5 t = 250 t	2,5 t hjemmebesøk, for- og etterarbeid og kort reiseavstand	§ 2-3
7-10 dager/ hjemmebesøk?				Bør legge inn 2 hjemmebesøk ved tidlig utreise 2t x 2= 4 timer gjøres av jordmor	
2-4 uker gruppe (G) / individ (I) (ant. Barn i Gruppe: Harstad =4, Bergen=5)	G: 2 t x 25 (G) = 50 t I: 0,5 t x 100 (I) = 50 t	G: 2,5 t x 20 = 50 t I: 0,5 x 100 = 50 t + Hep B / BCG, 5 % = 45 t	1 time pr barn	45 min inkludert for- og etterarbeid. Fysioterapeut: Gruppe med 5-6 mødre 2 timer inkl for- og etterarbeid	§ 2-3
6 uker Bergen = tid = helsesøster +lege	15 min x 100 = 25 t	0,5 t x 100 = 50 t	1 time pr barn	40 min inkl for og etterarbeid Helsesøster og lege	§ 2-3
3 mnd m/ vaksine	0,5 t x 100= 50 t	0,5 t x 100 = 50 t	1 time pr barn	45 min inkludert for og etterarbeid	§ 2-3 § 3-1
4 mnd		0,5 t x 100= 50 t	1 time pr barn	45 min inkludert for og etterarbeid Fysioterapeut: Gruppe 5-6 mødre 2 timer inkl for- og etterarbeid	§ 2-3
5 mnd m/ vaksine	0,5 t x 100 = 50 t	0,5 t x 100 = 50 t	1 time pr barn	45 min inkludert for og etterarbeid	§ 2-3 §3-1
6 mnd Bergen = tid = helsesøster +lege	15 min x 100 = 25 t	0,5 t x 100 = 50 t	1 time pr barn	40 min inkl for og etterarbeid: Helsesøster og lege	§ 2-3
8 mnd	0,5 t x 100 = 50 t	0,5 t x 100 = 50 t	1 time pr barn	45 min inkludert for og etterarbeid	§ 2-3
10/ 11 mnd	0,5 t x 100 = 50 t		1 time pr barn	45 min inkludert for og etterarbeid	§ 2-3
12 mnd m/ vaksine	15 min x 100 = 25 t	0,5 t x 100 = 50 t	1 time pr barn	40 min inkl for og etterarbeid Helsesøster og lege	§ 2-3 §3-1
Totalt antall i 1. leveår	575 t	645 t	1100 t	Helsesøster: 9 t pr. barn Lege: 2 t pr. barn Fysioterapeut: 30 min t pr. barn	

Konsultasjoner/kontr.etter alder	Harstad	Bergen	LaH	Helseidir. Oppgaveberegning pr. barn	Hjemmel i forskrift
15 mnd m/vaksine	G:2 t x 25 (G) = 50 t I: 0,5 t x 100 (I) = 50 t	0,5 x 100 = 50 t	3 kons. 1-2 år = 3,5 time pr barn (t.o.m. 2 år) x 100 = 350	45 min inkludert for og etterarbeid	§ 2-3 §3-1
17 / 18 mnd		0,5 t x 100 = 50 t		45 min inkludert for og etterarbeid	§ 2-3
2 år	1 t x 100= 100 t	0,5 t x 100 = 50 t		40 min inkl for og etterarbeid Helsesøster og lege	§ 2-3
4 år	1 t x 100= 100 t	1 t x 100 = 100 t	1, 25 t pr barn x 100 = 125 t	75 min inkl for og etterarbeid	§ 2-3
Totalt 0 – 4 år	875 t	900 t	1625	Helsesøster: 12t 30 min / barn Lege: 2 t 40 min/barn Fysioterapeut: 30 min pr barn	
Åpen helsestasjon				2 timer/uke - 100 fødsler/år	
Barn med IP (barn med spesielle behov)	275	25 % av barna = 225 t	25 % av 100 barn	Oppstart 40 timer Vedlikehold av plan 20 timer pr år	§ 2-3
*.Foreldreforbereidende kurs / grupper **. (Godt samliv)	20 % av årskullet 3 t x 2 x antall kurs per år		10 t pr barn = 100 t	*: 10 t pr kurs **: 10 t pr kurs	§ 2-3
Familier med behov for oppfølging ca 20 % av populasjonen				10 timer pr barn inkl for og etterarbeid	§ 2-3
Kontoroppgaver, telefoner, osv / før og etterarbeid	77,6 t	20 % av 900 t = 180t	3 t pr barn = 300		
"Ikke møtt" tlf, brev		5 % av 900 t= 45 t			
Tverrfaglige møter		84 t (pr årsverk)	506 t (pr årsverk)	10 % pr årsverk	§ 2-1
Kvalitetssikring, organisasjons- og fagutviklings arbeid		169 t (pr.årsverk)		10 % pr årsverk	§ 4-1
Befolkningsrettet arbeid (Helsefremmende barnehager, god skolestart og annet folkehelsearbeid)				10 % pr årsverk	§ 2-1
Merkantilt arbeid: Sortering av post, arkiv, innkallinger, sende og motta helsekort. Telefonhenvendelser, bestilling av varer, veie og måle barn med mer. Dvs. 20 % stilling pr årsverk helsesøster					

Helsesøster	
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:	
Et årsverk utgjør	1688 timer
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til befolkningsrettet	169 timer
Sum	1181 timer
*Oppfølging av barn med IP 2 barn (1oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer
Oppfølging av familier med spesielle behov (oppfølgingsgruppe 1-4)	140 timer
Foreldreforbereidende kurs og foreldreveiledning 4 kurs pr år	40 timer
Åpen helsestasjon 2 timer pr uke i 48 uker	96 timer
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	825 timer
Oppfølgingen pr barn / år til anbefalt program er 12,5 timer	

* Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En helsesøster bør følge opp 65 fødsler pr år under forutsetning av at det er merkantilt personell. Det vil si at 100 fødsler krever 1,5 stilling. Det er behov for 20 % merkantil pr 100 % helsesøsterstilling.

Lege		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	84timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 2,5 % av stillingen til befolkningsrettet	42 timer	§ 2-1
Sum	1393 timer	
Oppfølging av familier med spesielle behov (oppfølgingsgruppe 1-4)	20 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1373 timer	
Oppfølgingen pr barn / år til anbefalt program er 2 timer og 40 min		§2-3

En lege bør følge opp 457 fødsler pr år. Det vil si at 100 fødsler krever 20 % stilling.

Fysioterapeut		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til befolkningsrettet	84 timer	§ 2-1
Sum	1266 timer	
*Oppfølging av barn med IP 2 barn (1oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer	§2-3
Foreldreforbereidende kurs og foreldreveiledning 4 kurs pr år	40 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1146 timer	
Oppfølgingen pr barn / år til anbefalt program er 0,5 timer		§2-3

- Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En fysioterapeut bør følge opp 2000 fødsler pr år. Det vil si at 100 fødsler krever 5 % stilling. Arbeid registret på KOSTRA 241 er ikke registret her da det er behandling av barn med nedsatt funksjonsevne.

Barneskolen

Ulike bemanningsnormer med bakgrunn i anbefalt program i veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450

(LaH, NSF hadde ingen beregninger for bruk av tid i barneskolen)

Alder/ Klasse-trinn	Harstad pr elev/ klasse	Bergen pr elev	Helsedir. oppgavebergning pr elev/ klasse	Hjemmel i forskrift
6 år - Skolestart undersøkelsen med helseopplysnings skjema	2 timer	Lege 22 min pr elev Helsesøster 75 min pr elev Vaksinasjon flyttet fra 2.klasse	- Lege 40 min inkl for og etterarbeid - Helsesøster 60 min inkl for og etterarbeid - Målrettede helseundersøkelser på 30 % av populasjonen 1 timer pr elev	§ 2-3 § 2-2
Foreldremøte skolestart	2 timer pr klasse		2 timer pr klasse	§ 2-3
7 år/ 2.trinn	15 min pr elev og 15 min pr klasse informasjon		15 min pr elev og 15 min pr klasse informasjon	§3-1
8 år/ 3. trinn	Klasseundervisning 3 t pr klasse Høydemåling 10 min pr elev	Lege 5 min pr elev Helsesøster 34 min pr elev	- Klasseundervisning 3 t pr klasse - Veiing og måling 30 min pr elev - Målrettede helseundersøkelser på 30 % av populasjonen, 2 timer pr elev	§ 2-3 §2-2
10 år / 5. trinn		Lege 7 min pr elev Helsesøster 9 min pr elev	Klasseundervisning 3 t pr klasse	§ 2-3
11 år / 6. trinn	Klasseundervisning 3 t pr klasse Vaksinasjon 15 min pr elev og 15 min info pr klasse			§ 2-3
12 år / 7. trinn	Vaksinasjon 15 min pr elev og 15 min info pr klasse	38 minutter	- Vaksinasjon 15 min pr elev og 15 min info pr klasse (MMR) - Vaksinasjon 45 min pr jente og 15 min info pr klasse (HPVx3) - Veiing og måling 30 min pr elev	§ 2-3, §2-2, §3-1
Sum	2,4 timer/ elev + 2 t foreldremøte	Helses 2,3 t/elev Lege 34 min/elev	- Lege 40 min / elev - Helsesøster 2,45 t /elev og 8,45 timer/ klasse	

Alder/ Klasse-trinn	Harstad pr elev/ klasse	Bergen pr elev	Helsedir. oppgaveberegning pr elev/ klasse	Hjemmel i forskrift
Tilgjengelig tjeneste		Beregnet inn i individuell oppfølging	30 % av elevene oppsøker tjenesten uten avtale - 2 t oppfølging= 60 t 25 % trenger lege 30 x 30 min = 15 t <i> Dette inkluderer nye elever</i>	§ 2-3
Gruppetilbud Skillsmisser/sorg/ psykisk helse/ Mestring og selvfølelse Kosthold og fysisk aktivitet			Gruppetilbud for 4-6 elever 2,5 timer pr uke Gruppene drives sammen med skole, eller andre i kommunale tjenester	§ 2-3
Barn med IP		Oppstart av IP 60,5 timer. Vedlikehold av IP 11 timer Deltagelse i ansvarsgr. 15 t / 350 elever - både helsesøster og lege	Oppstart 40 timer Vedlikehold av plan 20 timer pr år	§ 2-3
Individuelle oppfølginger etter behov på alle klassetrinn	Beregnet til 30 % av elevene trenger 3 konsultasjoner hos helsesøster á 1 time=3tx 30 = 90t	Beregnet til 30 % av elevene. 3 konsultasjoner á 30 min hos helsesøster. Ca 25 % av disse trenger lege. Pr 100 elever blir dette: - Helsesøster:30 elever x 1,5 t= 45 t - Lege: 8 elever med 2 konsultasjoner x20 min = 5,5,time	- Beregnet til 30 % av elevene trenger 2 konsultasjoner hos helsesøster á 1t Dvs. 2t x 30elever = 60t totalt. - Beregnet at 30 elever trenger lege vurdering/ henvisning 30 x 1 time = 30 t (dette inkluderer oppfølging av barn med IP.) - Barn med overvekt og fedme 18 %. Oppfølging i gruppe 3 t pr uke	§ 2-3
Nye elever		Gjennomsnitt 10 elever pr år får 2 konsultasjons á 30 min = 10 t 5 elever får legetime á 20 min=1,5 t	Lagt inn i tilgjengelig tjeneste	
Ansvarsgrupper og tverrfaglig samarbeid	673 timer pr 100 barn	- Tverrfaglige møter - Lege 6 t /100 barn - Helsesøster 7t/100 barn	10 % av et årsverk	§ 2-1
Kvalitetssikring, organisasjons- og fagutviklings arbeid			10 % av et årsverk	§ 4-1
Befolkningsrettet arbeid (Helsefremmende skoler, god skolestart og annet folkehelsearbeid)			10 % av et årsverk	§ 2-1

Helsesøster		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til befolkningsrettet	169 timer	§ 2-1
Sum	1181 timer	
*Oppfølging av barn med IP, 2 barn (1oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer	§2-3
Tilgjengelig tjeneste for elevene ved skolen der de kan komme uten avtale	60 timer	§2-3
Gruppetilbud 2,5 t/uke x 40 uker	100 timer	§2-3
Individuell oppfølging av 30 % av elevene med ulike behov	60 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	881 timer	
Oppfølgingen pr elev / år til anbefalt program er 2,5 timer for 100 elever	250 timer	§2-3
Oppfølging pr klasse 8,45 timer for 7 klasser herunder målrettede undersøkelser	60 timer	§2-3

* Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En helsesøster i 35 % stilling bør følge opp 100 skolebarn. Det vil si at en helsesøster i 100 % stilling bør følge opp en skole med 300 elever.

Lege Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		Hjemmel i forskrift
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	84 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 2,5 % av stillingen til befolkningsrettet	42 timer	§ 2-1
Sum	1393 timer	
Oppfølging av familier med spesielle behov (oppfølgingsgruppe 1-4) kan også være barn med IP	30 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1363 timer	
Oppfølgingen pr elev / år til anbefalt program er 40 min til 100 elever	67 timer	§2-3

En lege i 5 % stilling kan følge opp 100 skolebarn.

Fysioterapeut Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		Hjemmel i forskrift
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til befolkningsrettet	84 timer	§ 2-1
Sum	1266 timer	
*Oppfølging av barn med IP 2 barn (1 oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1186 timer	
Oppfølgingen av elever med overvekt 2t/uke x 40 uker	80 timer	§2-3

* Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En fysioterapeut i 7 % stilling kan følge opp 100 skolebarn.

Arbeid registret på KOSTRA 241 er ikke registret her da det er behandling av barn med nedsatt funksjonsevne

Ungdomsskole

Ulike bemanningsnormer med bakgrunn i anbefalt program i veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450

	Harstad	Bergen	LaH	Helsedir. oppgaveberging pr barn	Hjemmel i forskrift
13 år / 8. trinn	Info om tjenesten 15 min i hver klasse Klasseundervisning 3 t pr klasse Forarbeid til målrette undersøkelse 5 min/elev	Lege: 11 min /elev Helsesøster: 50 min/elev	1,5 t / elev 100 % stilling kan følge opp 400 barn	Klasseundervisning 3 t pr klasse Målrettet helseundersøkelser på 30 % av populasjonen er 2 timer pr elev	§ 2-3
Foreldremøte 8 klasse	2 timer			2 timer	§ 2-3
14 år/ 9. trinn	Temaundervisning: 6 t /klasse	Lege: 6 min / elev Helsesøster: 7 min/elev		Klasseundervisning 3 t pr. klasse (psykisk helse)	§ 2-3
15 år/ 10. trinn	Vaksinering: 15 min/elev Info i klasse: 15 min / klasse Temaundervisning 3 timer/klasse	Lege: 17 min /elev Helsesøster: 68 min/elev		Klasseundervisning: 3 t pr klasse Vaksinasjon: 15 min pr elev og 15 min info pr klasse. Veiling og måling: 30 min pr elev Vaksinasjonskort: 10 min/ elev X 100 = 16,6 timer*	§ 2-3
Tilgjengelig tjeneste		Beregnet inn i individuell oppfølging		- 30 % av elevene oppsøker tjenesten uten avtale, 2 t oppfølging= 60 t - 25 % trenger lege: 30 x 30 min = 15 t <i>Dette inkluderer nye elever</i>	§ 2-3
Gruppetilbud Skillsmisse/sorg/ psykisk helse/ mestring og selvfølelse, kosthold og fysisk aktivitet				Gruppetilbud for 4-6 elever 2,5 timer pr uke Gruppene drives sammen med skole, eller andre i kommunale tjenester	§ 2-3

	Harstad	Bergen	LaH	Oppgaveberging pr barn	Hjemmel i forskrift
Barn med IP		Oppstart av IP 60,5 timer. Vedlikehold 11 timer Deltagelse i ansvarsgr 15 t / 350 elever både helsesøster og lege		Oppstart 40 timer Vedlikehold av plan 20 timer pr år	§ 2-3
Individuelle oppfølginger etter behov på alle klassetrinn	8 klasse: 35 % av elevene får 4 t oppfølging 9. klasse: 40 % av elevene får 4 t oppfølging 10 klasse: 40 % av elevene får 4 t oppfølging	Beregnet til 30 % av elevene. 3 konsultasjoner à 30 min hos helsesøster. Ca 25 % av disse trenger lege. Pr 100 elever blir dette: - 30 elever x 1,5 t = 45 t, helsesøster - Lege 8 elever med 2 x20 min = 5,5t		Beregnet til 30 % av elevene trenger 2 konsultasjoner hos helsesøster à 1 time: 2tx 30 = 60t 25 % av disse trenger lege 30 x 30 min = 15 t Barn med overvekt og fedme 18 %. Oppfølging i gruppe 3 t pr uke.	§ 2-3
Nye elever		Gjennomsnitt 10 elever pr år får 2 konsultasjons à 30 min = 10 t 5 elever får legetime à 20 min = 1,5 t		Lagt inn i tilgjengelig tjeneste	
Ansvarsgrupper og tverrfaglig samarbeid	53 t / 100 elever 6 t pr skole	Tverrfaglige møter Lege 5 t /100 barn Helsesøster 6t/100 barn		10 % av et årsverk	§ 2-1
Kvalitetssikring, organisasjons- og fagutviklings arbeid				10 % av et årsverk	§ 4-1
Befolkningsrettet arbeid (Helsefremmende skoler, god skolestart og annet folkehelsearbeid)	Temaundervisning: 6 t / skole Ekstra foreldremøte: 2 timer /skole			10 % av et årsverk	§ 2-1

- Vaksinasjonskort kan gjøres av merkantil

Helsesøster		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til befolkningsrettet	169 timer	§ 2-1
Sum	1181 timer	
*Oppfølging av barn med IP 2 barn (1oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer	§2-3
Tilgjengelig tjeneste for elevene ved skolen der de kan komme uten avtale	60 timer	§2-3
Gruppetilbud 2,5 timer/uke x 40 uker	100 timer	§2-3
Individuell oppfølging av 30 % av elevene med ulike behov	60 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	881 timer	
Oppfølgingen pr elev / år til anbefalt program er 55 min for 100 elever	92 timer	§2-3
Oppfølging pr klasse 11,15 timer for 6 klasser inkludert målrettede undersøkelser	67timer	§2-3

* Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En helsesøster i 18 % stilling bør følge opp 100 skolebarn. Det vil si at en helsesøster i 100 % stilling bør følge opp en skole med 550 elever.

Lege		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	84 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 2,5 % av stillingen til befolkningsrettet	42 timer	§ 2-1
Sum	1393 timer	
Oppfølging av familier med spesielle behov (oppfølgingsgruppe 1-4) kan også være barn med IP	30 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1363 timer	

En lege i 20 % stilling bør følge opp 550 elever.

Fysioterapeut		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til befolkningsrettet	84 timer	§ 2-1
Sum	1266 timer	
*Oppfølging av barn med IP 2 barn (1oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1186 timer	
Oppfølgingen av elever med overvekt 2t/uke x 40 uker	80 timer	§2-3

* Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En fysioterapeut i 7 % stilling kan følge opp 100 skolebarn.

Arbeid registret på KOSTRA 241 er ikke registret her da det er behandling av barn med nedsatt funksjonsevne

Videregående skole

Ulike bemanningsnormer med bakgrunn i anbefalt program i veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450

Klasse / intervensjon	Bergen	La H	Helsedir. oppgaveberging pr ungdom	Hjemmel i forskrift
16 år / 1. trinn VGS	Målrettede us og info i alle klasser Helsesøster: 53,5 t/100 elever Lege: 20 t / 100 elever	600 elever / 100 % stilling	- Info om tjenesten i alle klasser 2 time pr klasse - Kartlegging av helse – egenmelding 30 min pr elev - Målrettede helseundersøkelser på 40 % av elevene	§ 2-3
Foreldremøte			2 timer for trinnet	§ 2-3
17 år / 2. trinn VGS	Info i klassene, undervisning om kost, rus og egenomsorg. Helsesøster 47 t / 100 elever		- Helseopplysning 2 t /klasse - Målrettede helseundersøkelser på 40 % av elevene	§ 2-3
18 år / 3. trinn VGS	Info i klassene, russeinfo. Helsesøster: 47t/ 100 elever Lege: 5t / 100 elever		- Klasseundervisning 3 timer pr klasse - Målrettede helseundersøkelser på 40 % av elevene	§ 2-3
Tilgjengelig tjeneste	Lege: 11t/100 elever Helsesøster: 140 t / 100 elever		60 % av elevene oppsøker tjenesten uten avtale 2 t oppfølging= 120 t 50 % trenger lege 30 x 30 min = 15 t <i>Dette inkluderer nye elever</i>	§ 2-3
Gruppetilbud: Skilsmisse/sorg/ psykisk helse/ mestring og selvfølelse. Kosthold og fysisk aktivitet			Gruppetilbud for 4-6 elever 2,5 timer pr uke Gruppene drives sammen med skole, eller andre i kommunale tjenester	§ 2-3
Barn med IP			Oppstart 40 timer Vedlikehold av plan 20 timer pr år.	

Klasse / intervensjon	Bergen	La H	Helsedir. oppgavebergning pr ungdom	Hjemmel i forskrift
Individuelle oppfølginger etter behov på alle klassetrinn			Beregnet til 60 % av elevene trenger 3 konsultasjoner hos helsesøster á 1 time=3x 60 = 180t 50 % av disse trenger lege 2 konsultasjoner á 30 min, 30 x 1 t= 30 t. Dette gjelder også systematisk oppfølging av fravær. Barn med overvekt og fedme 18 %. Oppfølging i gruppe 3 t pr uke Ergonomi undervisning til yrkesfag	
Ansvarsgrupper og tverrfaglig samarbeid	Lege: 13,5 t / 100 elever Helsesøster: 25 t / 100 elever		10 % av et årsverk	
Kvalitetssikring, organisasjons- og fagutviklings arbeid	Helsesøster 7,5 t / 100 elever		10 % av et årsverk	
Befolkningsrettet arbeid (Helsefremmende skoler, god skolestart og annet folkehelsearbeid)			10 % av et årsverk	

Helsesøster		Hjemmel i forskrift
Bergningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til befolkningsrettet	169 timer	§ 2-1
Sum	1181 timer	
*Oppfølging av barn med IP 2 barn (1oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer	§2-3
Tilgjengelig tjeneste for elevene ved skolen kan komme uten avtale	120 timer	§2-3
Gruppetilbud 2,5 timer/uke x 40 uker	100 timer	§2-3
Individuell oppfølging av 60 % av elevene med ulike behov	180 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	701 timer	
Oppfølgingen pr elev / år til anbefalt program er 30 min for 100 elever	-50 timer	§2-3
Oppfølging pr klasse 9 timer for 4 klasser inkludert målrettede undersøkelser	-36timer	§2-3

* Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En helsesøster i 13 % stilling kan følge opp 100 skolebarn. Det vil si at en helsesøster i 100 % stilling kan følge opp en skole med 800 elever.

Lege		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	84 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 2,5 % av stillingen til befolkningsrettet	42 timer	§ 2-1
Sum	1393 timer	
Oppfølging av familier med spesielle behov (oppfølgingsgruppe 1-4) kan også være barn med IP	30 timer	§2-3
Tilgjengelig tjeneste for elevene ved skolen kan komme uten avtale	15 timer	
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1348 timer	

En lege i 20 % stilling kan følge opp 800 elever.

Fysioterapeut		Hjemmel i forskrift
Beregningen er gjort pr årsverk og oppgavene er normert pr år, og bygger på følgende:		
Et årsverk utgjør	1688 timer	
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling	169 timer	§ 4-1
Det er beregnet at en må bruke 10 % av stillingen til tverrfaglige møter	169 timer	§ 2-1
Det er beregnet at en må bruke 5 % av stillingen til befolkningsrettet	84 timer	§ 2-1
Sum	1266 timer	
*Oppfølging av barn med IP 2 barn (1oppstart 60 t og vedlikehold 20 timer)	80 timer	§2-3
Sum til bruk til anbefalt program i veilederen, gjelder alle barn	1186 timer	
Oppfølgingen av elever med overvekt 2t/uke x 40 uker	80 timer	§2-3

* Erfaring fra Bergen og andre kommuner viser at 3 % av barnebefolkningen trenger IP

En fysioterapeut i 7 % stilling kan følge opp 100 skolebarn. Det vil si at 800 elever krever 56 % fysioterapeut. Arbeid registret på KOSTRA 241 er ikke registret her da det er behandling av barn med nedsatt funksjonsevne
For yrkesrette utdanning er det behov for ergonomiundervisning. Denne er lagt inn i det befolkningsrettede