

Vigdís Malt Marøy,

Leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Østnesbygd bydel, Oslo kommune

Kirsten Berge,

Helsesøster/spesialkonsulent, Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune

Signe Myklebust,

Helsesøster/spesialkonsulent, Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune

Forebygging er lønnsomt

– men ikke gratis

Helsestasjonsvirksomhetens oppgaver har blitt flere og mer krevende de senere år uten at ressursene har økt tilsvarende.

Tjenesten skal ha karakter av et lavterskeltilbud.

En generell vekst i befolkningen i hovedstaden, med rekordhøye fødselstall, har ført til økt press på en rekke tjenester, deriblant helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Bemanningen i tjenesten har ikke økt i takt med utviklingen i barne- og ungdomsbefolkningen. Hvordan innvirker dette på tilbudet til brukerne?

Generelt om tjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en del av kommunehelsetjenesten og omfatter kommunens tilbud om forebyggende helse-tjeneste til barn og unge 0–20 år og gravide. Barn og unge har en lovbestemt rett til «nødvendig helsehjelp», også i form av helsekontroller (1,2).

Helsepersonellgruppene som utgjør grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo er helsesøster, lege, jordmor og hjelpepersonell. I tillegg kan andre med helse- og sosialfaglig bakgrunn, være tilknyttet tjenesten på ulike måter.

Ifølge «Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (3) er formålet med tjenesten å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og

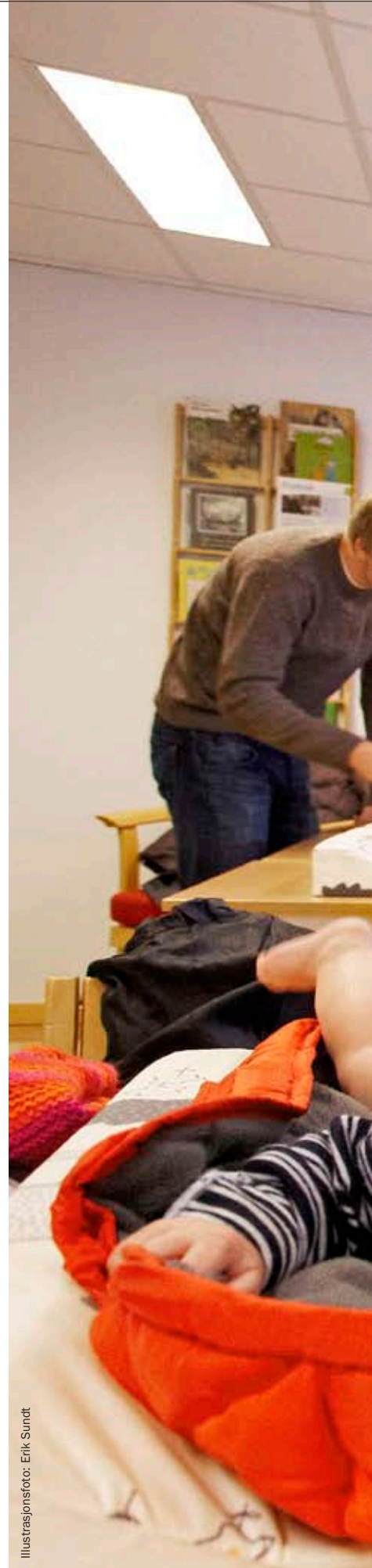
miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade. Tjenesten består av følgende virksomhetsområder:

- Helsestasjon 0–5 år inkludert svangerskapskontroll
- Skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole
- Helsestasjon for ungdom

Det legges i veiledende merknader til forskriften opp til at tjenesten skal fremstå som et helhetlig og samordnet tilbud til barn og unge mellom 0 og 20 år i kommunen.

Tjenestens rolle og posisjon

I Oslo har det vært faglig og politisk enighet om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal sentral i det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge. Tjenesten skal ha karakter av et lavterskeltilbud. Det innebærer at den skal være lett tilgjengelig for målgruppen, med kort ventetid på timeavtale og brukervennlig lokalisering og åpningstid. Det skal være kontinuitet i tilbudet, og tjenesten skal være oppsøkende, gratis og frivillig å bruke. Videre skal kommunen sørge for at adekvat fagpersonell er tilgjengelig i tjenesten. Tilbudet er basert på taushetsplikt, tillit og respekt, og tjenesten for-



Illustrasjonsfoto: Erik Sundt

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Helsestasjon
Helsesøster
Forebygging
Barn/ungdom



FOR ALLE: Helsestasjonen skal være brukervennlig, lett tilgjengelig, gratis og frivillig, ha kort ventetid og plausible åpningstider.

valter ingen sanksjonstiltak overfor barn eller foreldre.

Gjennom regelverks- og programfestede konsultasjoner har tjenesten gode muligheter for kontakt med hele barne- og ungdomsbefolkningen og deres familier. Den er dermed i en unik posisjon som helsefremmende og forebyggende aktør. Den har mulighet til å nå barn og familier både for problemer oppstår og fester seg, og til å avdekke og intervensere overfor oppståtte problemer/sykdom og skjevutvikling på et tidlig stadium. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal, i tillegg til oppgaver knyttet til hvert enkelt barn og hver enkelt ungdom, utføre samfunns- miljø- og grupperettede tiltak. For å kunne oppfylle regelverkskravene er det avgjørende at tjenesten dimensjoneres i samsvar med utviklingen i barne- og ungdomsbefolkningen samt innehar relevant og kunnskapsbasert kompetanse.

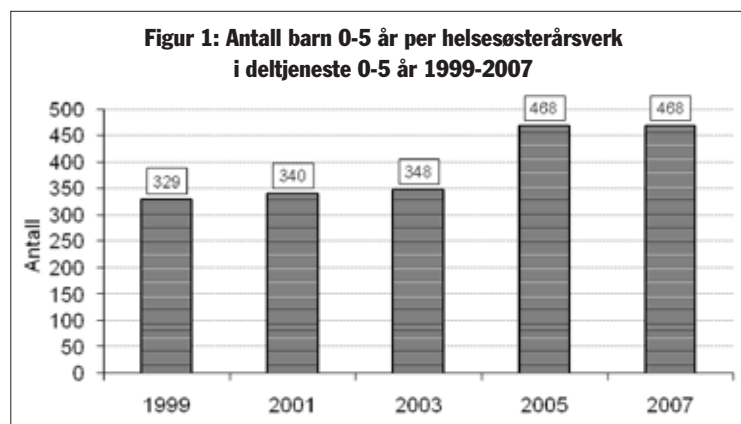
Helsestasjonsvirksomhet og svangerskapsomsorg

Til tross for at det er frivillig, bruker nesten alle sped- og små-

barnfamilier helsestasjonens tilbud om helsekontroller i henhold til det nasjonale, anbefalte programmet. Tallet på bosatte barn 0–5 år har vært økende de siste seks årene og lå i 2007 på rundt 44.500 (4).

De siste årene har det vært en kraftig økning i fødselstallet i Oslo. I 2006 og 2007 ble det født henholdsvis 9 410 og 9 444 barn. Dette er de høyest registrerte fødselstallene i byens historie (4).

Det er imidlertid ikke mulig å påvise en bemanningsøkning i helsestasjonene i takt med veksten i fødselstall. Som følge av de høye fødselstallene har det siden 1999 tvert i mot vært en økning i antall barn per helsesøsterårsverk (figur 1). I Opptrappingsplan for psykisk helse (OP) fra 1999 til 2008 legger staten føringer for en bemanningsøkning i perioden, tilsvarende 80 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 0–20 år i Oslo (800 årsverk på landsbasis). Ved utgangen av 2007 var noe under 40 årsverk finansiert med midler fra OP. Den registrerte realøkningen for hele tjenesten er imidlertid på bare 21,5 årsverk. Det-



te påpekes i brev av 29.1.2008 fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester til bydelene om styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tilbud til gravide

I tråd med faglige retningslinjer for svangerskapsomsorg ønsker mange gravide i Oslo kombinert oppfølging hos sin fastlege og jordmor på helsestasjonen (5). Det er en særlig utfordring i Oslo at et begrenset antall jordmødre i små stillingsbrøker (cirka 25 årsverk fordelt på 45 personer) har en forskriftsfestet plikt til å samarbeide med kommunens 400–500 fastleger om cirka 9500 gravide. Bydelens jordmorressurser er ikke tilstrekkelig til at den gravide fritt kan velge hvor hun vil følges opp, og av hvem.

En god svangerskapsomsorg har alltid blitt sett på som viktig for den gravides helse. Nyere forskning viser at mødres fysiske og psykiske helse i svangerskapet også er av stor betydning for det nyfødte barnets helse og tidlige tilknytning. Dette illustrerer ytterligere behovet for en velfungerende svangerskapsomsorg.

Svangerskapsomsorgen skal bidra til å identifisere gravide som på ulike vis trenger spesiell oppfølging, for eksempel fra sosialtjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Det er blant annet svært viktig å avdekke tilstander som diabetes, rusmisbruk og psykisk sykdom. Kvinner som er omskåret, bør fanges opp og tilbys adekvat hjelp før fødselen. Nyankomne flyktninger og innvandrere har oftest et særlig omsorgsbehov. Det er følgelig et høyt antall gravide

i Oslo som har behov for tett oppfølging i svangerskapet. Den viktigste forutsetningen for at helsestasjonene skal kunne gi en forsvarlig og kvalitetsmessig god omsorg til denne gruppen, er en kompetent og tilstrekkelig bemannet jordmortjeneste. Fødselstallet i kommunen har økt betydelig de siste årene uten tilsvarende økning i jordmorressursene.

Tilbud til barn 0–5 år Hjemmebesøk/opsøkende virksomhet

Forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (3) slår fast at tjenestens tilbud blant annet skal omfatte hjemmebesøk/opsøkende virksomhet. I programmet for tjenesten anbefales det hjemmebesøk til *alle* nyfødte innen to uker etter hjemkomst. Det kan også foretas hjemmebesøk utover besøket til nyfødte når det er hensiktsmessig. Av kapasitetsmessige grunner utføres dette i liten grad.

Vaksinasjonsprogram

Alle barn har etter Lov om vern mot smittsomme sykdommer rett til å bli vaksinert og få den beskyttelse dette gir (6). Helsepersonell har en forskriftsfestet plikt til å informere om og tilby programmet i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og gjennomføre vaksiner. I Oslo innebærer dette at det årlig blir satt cirka 70 000 vaksiner i de to første leveårene. I tillegg får innflyttede barn fra andre land tilbud om ettervaksiner om de ikke har dokumentasjon på at de er vaksinert



Illustrasjonsfoto: Erik Sundt

EKSTRA STØTTE: Mange familier med innvandrerbakgrunn trenger ekstra oppfølging med hensyn til språk, vaksinasjon, ernæring og tannhelse.

tidligere. Vaksinasjonsprogrammet gjennomføres i det alt vesentligste i tilknytning til de anbefalte konsultasjonene på helsestasjonen.

Konsultasjonsprogram

I programmet for tjenesten anbefaler Helsedirektoratet ti konsultasjoner til alle barn i løpet av første leveår (7). Deretter anbefales fire konsultasjoner i småbarnsalder opptil fire år. For Oslos del, med rundt 44.500 barn i alderen 0–5 år, innebærer dette cirka 130 000 kontakter i året. Innholdet i de anbefalte konsultasjonene er unikt for helsestasjonstilbudet og tar opp aspekter ved barne- og familiehelse som ikke systematisk blir berørt i andre sammenhenger. Temaene som tas opp spenner over et vidt spekter, fra barnets generelle trivsel og utvikling til foreldrenes helse og familiens sosiale nettverk.

I tillegg skal helsestasjonen gi et utvidet tilbud til barn med behov for ekstra oppfølging, eventuelt i samarbeid med andre involverte instanser og tjenester. Dette kan bidra til å øke antall konsultasjoner betydelig.

Statistisk har cirka 20 prosent av barna behov for spesiell oppfølging og iverksettelse av forebyggende hjelpetiltak. For mange av barna er dette i utgangspunktet uavklarte vansker som helsestasjonspersonalet skal avdekke gjennom samtaler med familien, egne observasjoner og undersøkelser og i samarbeid med andre yrkesgrupper. En forutsetning for at dette kan skje, er at personalet har tid og anledning til grundige og ofte tidkrevende samtaler med foreldrene og kunnskapsbaserte observasjoner av barna.

Utfordringer og nye oppgaver

Utjevning av sosiale helseforskjeller

Helse er ulikt fordelt på sosiale grupper og det må erkjennes at vi har et lagdelt samfunn. Dette understrekes i St.meld.nr.20 (2006–2007) «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» (8). Et av helsestasjonstjenestens fortrinn er at den som eneste virksomhetsområde treffer så godt som alle barn de første leveårene, uavhengig av

foreldrenes sosioøkonomiske status. Hovedmålet for «Folkehelseplan for Oslo 2005–2008» er å redusere helseforskjellene i kommunen gjennom å forbedre helsen til utsatte grupper (9). Den brede kontakthelsetjenesten har mot barnefamilieene gir en unik og verdifull posisjon i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Vekst i fødselstallet

Når fødselstallet øker i det omfanget som i Oslo de siste årene, er det en utfordring å gi tjenester til hele barnebefolkningen, og særlig til barn i første leveår, uten en tilsvarende økning i bemanningen. Lang erfaring fra praksis viser at det bør være en øvre grense på cirka 75 nyfødte per helsesøsterårsverk. Dette gir et oppfølgingsansvar for cirka 375 barn i alderen 0–5 år per helsesøsterårsverk. Som figur 1 viser, har et helsesøsterårsverk i Oslo årlig ansvar for oppfølging av nær 500 barn i denne aldersgruppen.

Kortere liggetid i fødeinstitusjoner

Helsestasjonstjenesten fikk en utvidelse av ansvarsområde og arbeidsoppgaver på midten av 1990-tallet i forbindelse med redusert liggetid i fødeinstitusjonene. Fra 15. april 2008 ble liggetiden ytterligere redusert. Ved Ullevål Universitets-sykehus er liggetiden for friske flegangsfødende endret fra tre til to døgn. Friske førstegangsfødende tilbys fortsatt maksimalt opphold på tre døgn.

Barselkvinnene som utskrives så tidlig etter fødsel, har stort behov for råd og veiledning når det gjelder egen tilstand, og foreldrene kan ofte være usikre og ha mange spørsmål knyttet til det nyfødte barnet. Helsestasjonene erfarer at dette fører til økt behov for råd- og veiledningstid til en gruppe som tidligere var innlagt på sykehus. Endringen har ikke ført til overføring av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helsestasjonstjeneste.

Oppfølging av for tidlig fødte barn

Premature har høyere risiko for sykdommer og skader med betydning

for helse og utvikling enn barn født til termin. Helsestasjonstjenesten har alltid hatt en sentral rolle i oppfølgingen av disse barna.

Sommeren 2007 la Sosial- og helsedirektoratet fram «Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn» (10). Retningslinjene understreker primærhelsetjenestens hovedansvar for oppfølgingen av denne gruppen barn og deres familier. Helsestasjonstjenesten er pålagt ansvar for rutinemessig og hyppig kontakt med familiene, der barnets og familiens funksjon på mange områder skal vurderes. Oppfølging av de nye retningslinjene bidrar til økt press i helsestasjonstjenesten.

Fødselsdepresjon

Kvinner med depresjon eller andre psykiske vansker knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid, skal tilbys adekvat hjelp og oppfølging i helsestasjonstjenesten. Et godt samspill mellom mor og barn er av helt avgjørende betydning for barnets følelsesmessige og kognitive utvikling. Et kort og brukervennlig screeninginstrument, «The Edinburgh Postnatal Depression scale» (EPDS), er utviklet for å finne kvinner som trenger hjelp slik at forebyggende samtaletilbud kan gis. Helsestasjonene er en naturlig arena for dette viktige forebyggende arbeidet. Tid og oppdatert kompetanse for jordmødre, helsesøstre og leger er nødvendig for at denne velprøvde og anbefalte metoden kan iverksettes også i Oslo.

Tidlig intervensjon

Nyere forskning slår fast at problemer som inntreffer tidlig i et barns liv har sterk sammenheng med vansker på senere alderstrinn. Tidlig intervensjon er helt sentralt for å kunne redusere negative kjedeeffekter av sosial arv, biomedisinske svakheter hos barn og motvirke mulige virkninger hos barn av psykisk syke foreldre. Det er ingen grunn til å tro at sped- og småbarn har mindre psykososiale problemer enn ungdommer. En av årsakene til underrapportering kan være at det råder en «vente-og-se-holdning» i

hjelpeapparatet. Dette gir helsestasjonstjenesten et ansvar for å bidra til implementering av anbefalte kartleggingsverktøy og forebyggingsmetoder.

Foreldreveiledning

Foreldreveiledning har vært en sentral metode i helsestasjonsarbeidet i mange år, men mangel på et godt verktøy og tid har ført til tilfeldig og usystematisk gjennomføring. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet introduserte våren 2008, i samarbeid med Helsedirektoratet, nytt veiledningsmaterieell for helsestasjonstjenesten. Materieellet er nyttig i det forebyggende arbeidet, men systematisk bruk og god tid til samtalene med foreldrene, er avgjørende for nytten av verktøyet.

Språk 4

I det vedtatte budsjettet for Oslo for 2005 ble det vist til helsestasjonens sentrale rolle i å kartlegge alle barns språkforståelse og evne til språklig kommunikasjon ved fireårskonsultasjonene ved hjelp av kartleggingsverktøyet SPRÅK 4. Siden 2006 har Oslo, som en av 12 kommuner, deltatt i et forsøksprosjekt i regi av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Gjennom prosjektet prøves SPRÅK 4 ut som verktøy for kartlegging av barns språkutvikling med spesiell vekt på flerspråklige barn.

Alle de vel 30 helsestasjonene i Oslo bruker dette kartleggingsverktøyet, og det utføres årlig 5 000 – 6 000 språkkartlegginger. Målet er å finne fram til barn som trenger språkstimulering og kunne gi dem tilpassede tilbud i bostedsbydelen slik at de får bedre forutsetninger for å følge undervisningen ved skolestart. Dette har krevd ekstra ressurser på bekostning av andre arbeidsoppgaver.

Overvekt og fedme

I de senere årene har overvekt og fedme blitt en stor helseutfordring, også i barnebefolkningen. Forebygging av overvekt og fedme hos barn er viktig, ikke minst på grunn av psykiske vansker knyttet til tilstanden. På sikt er også utvikling av

lidelser som diabetes, muskel-/skjelettplager og hjerte-/karsykdommer alvorlige trusler for helsen. Dette er sammensatte og kompliserte problemstillinger der tiltakene, i tillegg til individuell oppfølging, bør rette seg mot ulike samfunnsmessige forhold. Det knytter seg store faglige, metodiske og pedagogiske utfordringer til veiledningen av og hjelpetiltakene for enkeltbarna og familiene deres. Helsestasjonstjenesten er en selvskreven aktør i tiltakskjeden og må regne med krav om økt innsats når nye retningslinjer på området, som er under utarbeidelse i Helsedirektoratet, foreligger.

Kvinnelig kjønnslemlestelse

Helsestasjonstjenesten har et helt spesielt ansvar for forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse. Svangrskapsomsorgen treffer kvinner med ettervirkninger og medisinske komplikasjoner som følge av omskjæring og som trenger behandling og annen oppfølging. For øvrig skal helsestasjonstjenesten iverksette forebyggende tiltak rettet mot jenter 0–5 år fra befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse. Oslo er den kommunen i landet som har den største andelen innflyttere fra aktuelle befolkningsgrupper.

Det er en utfordring for bydelene når Helsedirektoratet i «Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008–2011», tiltak 23, oppfordrer helsestasjonene til å opprette foreldregrupper med videre i berørte miljøer (11). Gruppevirksomhet på dette området er en ressurskrevende arbeidsmetode som krever høy faglig kompetanse, tid, lokaler og tolk.

Familier med innvandrerbakgrunn

Antallet innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er stort i Oslo, og ulikt fordelt i bydelene. Mange snakker godt norsk, har god utdanning og deltar i arbeids- og samfunnslivet. Sosioøkonomiske oversikter viser imidlertid at det også er mange med avbrutt skolegang, uten jobb og med dårlige norsksferdigheter, både muntlig og skriftlig. For mange familier er det helt nødvendig med særlig opp-

følging på områder som språkutvikling, vaksinasjon, ernæring og tannhelse.

I alt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid står dialogen som metode sentralt. For å få en god dialog mellom helsepersonell og brukere med innvandrerbakgrunn og svake norsksferdigheter, kan bruk av tolk være et viktig tiltak. Ifølge «Pasientrettighetsloven» § 3-5 skal helsepersonell blant annet sikre seg at brukeren forstår innholdet i samtalen, og at informasjon er tilpasset brukerens kultur- og språkbakgrunn (12). Bruk av tolk kan være avgjørende for at brukeren får oppfylt denne rettigheten. Kapasitetssituasjonen i helsestasjonene fører imidlertid svært ofte til at dette tilbudet ikke gis.

Muligheter og dilemma

Et av Oslo kommunes vedtatte mål er å sikre at barn som har særskilt behov for helsehjelp får et tilbud så tidlig som mulig og at helsestasjonen har rutiner for tverrfaglig samarbeid for oppfølgingen av barna. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal organiseres og drives slik at det oppnås et nært samarbeid med både bydelens øvrige tjenester og med spesialisthelsetjenester som pediatri og psykisk helsevern for barn og ungdom. Samarbeidet skal baseres på brukernes behov og medvirkning.

Mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livet. Barn og gravide er derfor en svært viktig målgruppe for det forebyggende helsearbeidet i kommunen. En velfungerende og tilstrekkelig dimensjonert helsestasjonstjeneste er således mulighetenes tjeneste med et stort potensial for å:

- avverge omsorgssvikt, overgrep og mishandling
- redusere sosialt betingede helseforskjeller
- avverge og avdekke risikofaktorer og uheldig og skadelig helseatferd, familievansker, skjevutvikling og psykisk og fysisk sykdom

Tidlig forebyggende innsats gir store gevinster.

Dette kan oppnås ved å:

- nå fram til gravide og tilnærmet alle barn og deres familier de første leveårene, uavhengig av sosial og økonomisk situasjon og status
- gjennomføre psykiske og somatiske helseundersøkelser, vaksiner, veiledning, rådgivning og opplysning
- legge til grunn brukernes mestring, ressurser, behov og medvirkning på individ- og samfunnsnivå
- gi støtte og veiledning i foreldre-rolle- og funksjon

Veksten i befolkningsgruppen 0–5 år og andre vesentlige helse- og samfunnsmessige utviklingstrekk, sammen med lokale og nasjonale myndigheters krav og forventninger til helsestasjonstjenesten som sentral aktør på forebyggingsområdet, gir store prioriteringsutfordringer og legger et betydelig press på tjenesten. Det har gjennom flere år vært satset på kompetanseheving i tjenesten, og personellet er godt kvalifisert. Det er imidlertid et dilemma at det med dagens ressursituasjon kan knyttes stor usikkerhet til om tjenesten har mulighet til å utføre de mange pålagte oppgavene på en faglig forsvarlig og kvalitetsmessig god måte og dermed oppfylle kommunens vedtatte mål.

Vi har i dag kunnskap om hvordan det er mulig å forhindre en rekke helseproblemer. I tillegg kjenner vi til gode metoder for å avdekke risiko og sykdom på et tidlig tidspunkt. Tidlig forebyggende innsats gir store gevinster, både samfunnsøkonomisk og i form av sparte menneskelige lidelser, sammenlignet med omkostningene som er forbundet med å behandle og reparere når sykdom og problemer er et faktum. Forebygging er likevel ikke kostnadsfritt.

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven). NOU 1982:66. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1982.
2. Norges offentlige utredninger. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). NOU 1999:64. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
3. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 3.april 2003 nr.450
4. Befolkningsstatistikk fra Utviklings- og kompetanseetaten (basert på materiale fra Statistisk sentralbyrå), sektorstatistikk fra Helse- og velferdsetaten, Statistisk årbok for Oslo, 2007.
5. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, Oslo: Helsedirektoratet, 2005.
6. Lov om vern mot smittsomme sykdommer(smittevernloven) 5.august 1994 nr. 55 <http://www.lovdatab.no/all/hl-19940805-055.html>
7. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2004.
8. St. meld nr. 20 (2006 – 2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
9. Folkehelseplan for Oslo 2005 – 2008 http://helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/samfunns-helse/folkehelseplan_2/
10. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
11. Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008 – 2011). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet, 2008.
12. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). 7. februar 1999. <http://www.jur.uib.no/Ansatte/jprsl/h01/Lovlinker/Pasientrettighetsloven.htm>

Helsesøstrenes ressursmangel:

Ikke bare et storbyfenomen

Kragerø kommune har bare 11 000 innbyggere. Likevel sliter helsesøstre der med mange av de samme problemene som Oslo.

I Oslo har helsesøstrene 500 barn i alderen 0-5 år per årsverk. I Kragerø har de bare 130, men der har de samme helsesøstrene også ansvaret for skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole, helsestasjon for ungdom og mange andre oppgaver. Totalt har de 5,1 prosent helsesøsterstillinger, inkludert ledende helsesøster.

Dokumentere mer

Ledende helsesøster i Kragerø, Irene Tangen, kan skrive under på at det de siste årene har blitt mer å gjøre uten at ressursene har økt tilsvarende. Noen av de nye lovpålagte oppgavene gjør at de får mindre tid til kontakt med folk.

– Vi må lage og evaluere nye prosedyrer. Vi skal dokumentere mer. Før kunne vi for eksempel ta en telefon og legge på røret. Nå må det skrives opp hvem vi har snakket med og hvilke råd og anbefalinger vi har gitt. Det er selvfølgelig viktig og riktig, men det tar tid, sier hun.

Flerkulturelle utfordringer

Norge er et flerkulturelt samfunn også utenfor storbyene. Kragerø får 35 asylsøkere neste år, noen flere enn i år, uten at det vises på budsjettet for helsestasjonen.

– Innvandrere og asylsøkere trenger ekstra oppfølging både i skolehelsetjenesten, svangerskapsomsorgen og helsestasjonen. Ofte må vi sette opp flere timer før de møter opp. Når tolken vi har bestilt kommer, må denne betales selv om det ikke dukker opp noen til timen, sier Tangen.

Helsesøstrene har samarbeidsmøter med flyktningtjenesten og er med i flere tverrfaglige prosjekt i kommunen, blant annet om språkutvikling, også hos fremmedspråklige barn. Noen har nylig vært på et todagers kurs for å lære seg et nytt språkverktoy.

– Kompetanseutvikling er viktig. Kurset er gratis, men helsesøstrene er jo borte fra jobb og det blir mindre tid til annet arbeid. Det gis ikke anledning til overtidsbetaling, så all overtid må tas ut i avspasering, noe som kan være problematisk å få tid til, sier Tangen.

Er som poteter

Av andre nye oppgaver nevner Tangen at jordmor har vært med i voldsforebyggende arbeid, der målet er å avdekke vold mot gravide via spørreskjemaer og skaffe nødvendig hjelp. Det foregår også diverse gruppevirksomhet. Blant annet ble det forsøkt å ha barsel-



FRUSTRETT: Ledende helsesøster i Kragerø, Irene Tangen, synes økte oppgaver skaper frustrasjon når de i utgangspunktet er presset på tid og oppgaver.

grupper for fremmedspråklige, noe som ikke var så vellykket fordi få møtte opp. Økt oppmerksomhet mot fedme og overvekt har ført til oppstart av en aktivitetsgruppe for barn med kroppsmasseindeks fra 25 og oppover.

Individuell plan er nok en lovpålagt og tidkrevende oppgave som kommer på toppen av alt annet.

– Helsesøstre er som poteter. Vi kan brukes til alt fordi vi er trent til å se helheten rundt personer. Men økte oppgaver uten at ressursene følger med, skaper frustrasjon når vi er presset på tid og oppgaver i utgangspunktet, mener Tangen.

Frykter nedskjæringer

Opptrappingsplanen i psykisk helse krever økt innsats, men herfra har det også dryppet noen ekstra lønnsmidler, selv om det ikke har vært nok til å dekke alt planen legger opp til i Kragerø. 1,7 av helsesøsterstillingene er finansiert av

disse øremerka psykiatrimidlene. Tangen frykter at noe av dette vil forsvinne ved neste nedskjæringsmøte i kommunen.

– Innsparingsspøkelset henger over oss en gang i året, hvis ikke oftere. Hver gang kommuneøkonomien legges fram skal man helst gi fra seg ressurser. Det er så leit at vi på grunn av ressursmangel ikke med entusiasme kan gå inn i nye oppgaver, for mange av dem er jo viktige, synes Tangen.

Hun lurer på hva myndighetene egentlig tenker om helsesøstertjenesten når de bare kan gi den nye oppgaver uten å øke midlene.

– Tror de ikke vi har nok å gjøre fra før? Hadde de enda latt ressursene følge med, kunne vi sett positivt på det: Da kunne vi tolket det dit hen at myndighetene synes vår yrkesgruppe er viktig og nettopp av den grunn tillegges nye oppgaver. Det ville også være et signal om vilje til å satse på forebygging.