

INNHOOLD

Forord	5
1. En framtidrettet helsestasjon- og skolehelsetjeneste	6
2. Innledning	8
3. En vanlig dag på jobben	10
4. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten	11
4.1 Om helsestasjon- og skolehelsetjenesten	12
4.2 Om helsesøstertjenesten	15
5. Barn, unge og foreldres erfaring med tjenesten	19
5.1. Hva sier foreldrene om helsestasjonen og hjemmebesøk etter fødsel?	20
5.2 Hvordan vurderer fedre på 1 årskontroll tilbudet fra helsesøster?	21
5.3 Hva sier elever og foreldre om skolehelsetjenesten?	22
5.4 Foreldrenes grunner til at det skal være helsesøster på skolen	24
5.5 Elevenes grunner til at det skal være helsesøster på skolen	25
6. Utfordringer og muligheter	27
6.1 Utfordringer og muligheter blant barn, unge og foreldre	28
6.2 Utfordringer og muligheter, slik helsesøstre ser det	42
6.3 Utfordringer og muligheter i tjenesten	46
7. Et samfunn og en tjeneste i utvikling	51
7.1 Endringer i samfunnet som påvirker tjenesten	52
7.2 Endringer i helsestasjon- og skolehelsetjenesten	52
8. Utdanning, kunnskap og forskning	60
8.1. Dagens og fremtidens helsesøsterutdanning	61
8.2. Spesialistgodkjenning	64
8.3. Nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter	66
Litteraturliste	69
Vedlegg	75
1. Om svargruppene	75
2. Utdanningsinstitusjoner som tilbyr helsesøsterutdanning, studieplasser, antall studenter, antall søkere og studiets oppbygning	76



FORORD

Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Landsgruppen av helsesøstre NSF (LaH NSF) har over flere år satt søkelyset på barns rett til helsefremmende og forebyggende helsetjenester. Dette er et helsetilbud som primært ytes gjennom helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Som en rekke politiske dokumenter og medieoppslag viser, er dette en tjeneste under press. Vi erfarer at vi i dialog med de ulike aktørene mangler et overordnet dokument som beskriver helsestasjon- og skolehelsetjenesten og utfordringsbildet i tjenesten sett fra helsesøstre, barn, unge og foreldres perspektiv. Med denne rapporten ønsker vi å gi politikere og helsemyndigheter et annet grunnlag for å vurdere utfordringsbildet. Barn, unge og foreldres stemmer er gjennomgående i rapporten. Kort oppsummert ønsker de en tjeneste som er trygg, tydelig og tilgjengelig.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2003) gir rammene for retten til et godt tjenestetilbud. Barnekonvensjonen som ble ratifisert av Norge i 1991 regulerer barns rettigheter, og har forrang i forhold til øvrig lovverk. I sammenheng med denne rapporten er artiklene 3 og 24 som omhandler retten til helsehjelp, omsorg, vern og barnets beste, særlig aktuelle. I følge rapport fra FNs barnekomite (2010) og flere tilsynsrapporter (Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, 2011 og 2015: Statens helsetilsyn, 2012) tilfredsstiller ikke dagens situasjon i helsestasjon- og skolehelsetjenesten verken kravene i Barnekonvensjonen eller gjeldende lov og forskrift. Barn og unge landet over har både mangelfull og ulik tilgang på helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det er ikke til barnas beste når kommunene ikke prioriterer eller velger å kutte i tjenesten, slik at faglige anbefalinger ikke kan følges. Barna fortjener bedre!

Takk til elever og foreldre som har bidratt med viktige besvarelser. Takk til skoleledelsen på de aktuelle skolene som har lagt til rette for gjennomføring av kartleggingen. Takk til lokale faggruppestyre for å ha gjennomført kartlegging og gruppesamtaler, og for selv å ha bidratt med viktige beskrivelser av utfordringsbildet. Takk til kolleger som har bidratt med tekst og gode eksempler. Takk til Frida i Kristiansund og barna ved Mørkvedmarka barnehage i Bodø for flotte tegninger! Takk til Kringler gjestegård som har sørget for arbeidsro og strålende bevertning under prosjektgruppens arbeidssamlinger. Og mest av alt: Takk til prosjektgruppen som har representert barn og unge 0–20 år, gjennom sin fagkunnskap. Mye fritid er brukt for å komme frem til et resultat som gir et troverdig bilde, uten å konkurrere med Knausgård i sidetall. God lesning!

Juli 2015

Kristin Sofie Waldum-Grevbo

Leder Landsgruppen av helsesøstre NSF

1. EN FRAMTIDSRETTET HELSE- STASJON- OG SKOLEHELSETJENESTE

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal bidra til gode og trygge foreldreskap og trygge barn og unge. Tjenesten bør – slik Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) understreker – rette innsatsen mot forhold som fremmer mestring, helse og trivsel. For å møte et samfunn i stadig utvikling, fremmer vi forslag til hvordan tjenesten kan videreutvikles og styrkes, og bidra til effektfulle tjenester for barn, unge og foreldre. Forslagene er basert på det barn, ungdom, foreldre og helsesøstre har formidlet, samt foreliggende kunnskapsgrunnlag. Ut fra dette har Landsgruppen av helsesøstre NSF følgende anbefalinger for en helsestasjon- og skolehelsetjeneste som skal være trygg, tydelig og tilgjengelig:

TRYGG

- BLIR TJENESTEN NÅR

- det opprettes nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for tjenesten
- elektroniske meldingssystemer ved fødsel og for samarbeid med fastleger er på plass
- skolen og skolehelsetjenestens gjensidig forpliktende samarbeid forankres i respektive lover/forskrifter
- det reinnføres profesjonskrav i helse- og omsorgstjenesteloven
- spesialistgodkjenning av helsesøstre innføres
- helsesøsterutdanningen blir mastergradstudie
- det inngås rammeavtaler på kommunenivå om årlige praksisplasser for helsesøsterstudenter, og etableres obligatorisk kompetanseprogram for praksisveiledere

TYDELIG

- BLIR TJENESTEN NÅR

- helsefremmende, befolkningsrettet innsats styrkes
- nye faglige retningslinjer tydeliggjør at helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en helsetjeneste
- ledere av helsestasjon- og skolehelsetjenesten har formell lederkompetanse
- kompetanseprogrammet Helsesøster som samfunnsaktør videreføres som fast etterutdanningstilbud
- statistikk over bemanning i de ulike delene av tjenesten innrapporteres nasjonalt



HOVEDANBEFALINGER FOR Å SIKRE EN FRAMTIDSRETTET HELSESTASJON- OG SKOLEHELSETJENESTE

- Trygg blir tjenesten når det opprettes et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for tjenesten
- Tydelig blir tjenesten når den helsefremmende og befolkningsrettede innsatsen styrkes
- Tilgjengelig blir tjenesten når nasjonal opptrappingsplan, med øremerkede midler og lokal bemanningsnorm iverksettes

TILGJENGELIG

- BLIR TJENESTEN NÅR

- nasjonal opptrappingsplan, med øremerkede midler og lokal bemanningsnorm iverksettes
- familiens hus etableres i flere kommuner
- vaksinasjonsarbeidet styrkes gjennom økt og tilpasset informasjon til foresatte, og tilførsel av ressurser når nye vaksiner innføres
- nettverksbygging gjennom grupper prioriteres
- barn, ungdom og foresatte involveres i utviklingen av tjenestetilbudet
- skolehelsetjenestens tilbud og innhold markedsføres tydelig overfor foresatte og ansatte i skolen
- flerkulturell kompetanse og kultursensitivitet styrkes i helsesøsterutdanningen og i praksisfeltet
- tiltak for å øke rekrutteringen av menn og søkere med annen etnisk bakgrunn enn norsk til helsesøsterutdanning iverksettes



2. INNLEDNING

I mars 2014 demonstrerte mer enn 600 elever foran Stortinget, med krav om flere helsesøstre i skolen. Det er mange eksempler i lokale medier på hva tjenesten kan utrette og bety for barns helse og oppvekst gitt at tjenesten har tilstrekkelige ressurser. Motsatt finnes utallige eksempler på hvilke konsekvenser det får når tjenesten ikke styrkes, eller enda verre – reduseres.

Barn og unge har en lovfestet rett til helsekontroller (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 6-1).

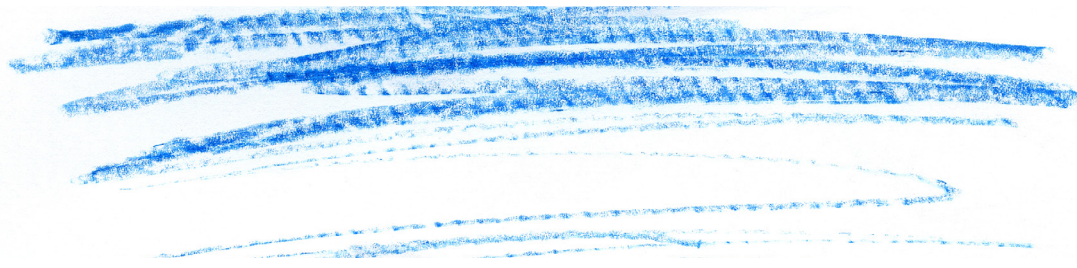
I barns første leveår er helsestasjonen den eneste offentlige instans som regelmessig treffer familien og systematisk observerer barns helse og utvikling. Nyfødte barn med foreldre sendes tidlig hjem fra barselavdeling uten at det er etablert kontakt med helsestasjonen. Jordmor- og helsesøsterdekningen i kommunene er ikke økt i samsvar med forskyvningen av ansvaret for barselomsorgen, fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Senere skal barnet og den unge frem til 20 års alder tilbys regelmessig oppfølging fra helsesøster og andre som jobber innenfor tjenesten. Til tross for dette, vet vi at svært mange opplever å møte en stengt dør når de henvender seg til helsesøster på skolen, og at hjemmebesøk og konsultasjoner på helsestasjonen kuttes eller nedprioriteres.

Den forrige regjeringen startet det som var sagt å skulle være en mangeårig satsing på tjenesten. Dagens regjering har fulgt dette opp med årlige, økte bevilgninger til tjenesten. Det er viktige skritt i riktig retning! Landsgruppen av helsesøstre NSF opplever likevel at det er et misforhold mellom det uttalte ønsket om å styrke tjenesten og den reelle viljen til politisk, økonomisk og organisatorisk å styrke tjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet sier at tjenesten skal styrkes, men er ikke

villig til å øremerke midler og har uttalt at deler av tjenesten kan legges til fastlegen. Det gjennomføres en egen satsing på psykologer, noe som er bra, men tilsvarende satsing burde gjennomføres på tjenestens «skal-grupper», dvs. helsesøstre, jordmødre, leger og fysioterapeuter. Disse gruppene jobber for en stor del helsefremmende for å forhindre sykdom og plager og bidra til mestring, i tillegg til å fange opp dem som trenger behandling. Det helsefremmende perspektivet blir ofte glemt – det snakkes mest om å fange opp og sende videre. Helsedirektoratet understreker at helsestasjon- og skolehelsetjenesten ikke bør sammen slås med fastlegene for å unngå en individbasert helsetjeneste knyttet til fastlegens bestemte liste. Allikevel bevilger samme direktorat prosjektmidler for å prøve ut helsekontroller av barn på fastlegekontoret. Resultatet blir uklare styringssignaler, en tilfeldig og ufullstendig styrking, som bidrar til å øke forskjellene i helsetilbudet for barn og unge.

I denne rapporten belyses mulighetene og utfordringene innenfor tjenesten. Både barn, ungdom og foreldre gir tydelige budskap om hva de opplever som viktig med tilbudet fra helsesøster: det skal inngi trygghet, det skal fremstå tydelig og tilbudet må være tilgjengelig.

Til syvende og sist er det et politisk ansvar å prioritere om man i fremtiden vil øke utfordringene eller styrke mulighetene. Det er et politisk ansvar å avgjøre om helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal være et godt og solid tilbud for barn og unge i norske kommuner. Dette ansvaret må utøves både sentralt og lokalt.



ARBEIDSMETODE OG - PROSESS

Rapporten er utarbeidet av en prosjektgruppe i regi av Landsgruppen av helsesøstre, og finansiert av faglige utviklingsmidler fra Sentralt Fagforum i NSF. Prosjektgruppen har bestått av Anne-Gerd Karlsen, helsesøsterutdanningen ved Universitetet i Tromsø, Hilde Egge, helsesøsterutdanningen ved Høgskolen Diakonova, Hanne Molander Ott, lokal faggruppeleder i Akershus, Vibeke Olufsen, lokal faggruppeleder i Sør-Trøndelag, Eli Taranger Ljønes, nestleder/styremedlem i LaH NSF og Astrid Grydeland Ersvik, leder i LaH NSF frem til april 2014 og prosjektleder for arbeidet med rapporten.

Det er samlet inn erfaringer fra helsesøstre som jobber i helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fra barn og foreldre. Helse- og omsorgsdepartementet (forslag til ny fastlegeforskrift, 2011) har på en god måte formulert hvorfor dette er viktig: «Ofte vil kunnskap fra helse- og omsorgstjenesten være av mer kvalitativ art, gi bedre og dypere forståelse av utfordringene, og bringe inn andre forhold enn det en kan lese ut fra statistikk, registre mv. På bakgrunn av møte med pasienter og brukere får tjenestene et godt innblikk i utfordringsbilde og forbedringsbehov når det gjelder helsefremmende og forebyggende tiltak.»

LaH NSF's lokale faggruppeledere i 14 av 19 fylker, fra Finnmark i nord til Agder i sør innhentet informasjon fra barn, ungdom og foreldre ved sin helsestasjon/skole, i tillegg til at de selv besvarte spørsmål knyttet til temaområdene flerkultur og sosial ulikhet. Foreldre som møtte til 6-ukers kontroll i løpet av en bestemt uke og fedre som møtte til 1-årskontroll i løpet av en bestemt måned besvarte spørreskjema utdelt og utfylt på helsestasjonens ventetom. Elever i 6. og 10. klasse besvarte spørreskjema i forbindelse med vaksi-

nering/gruppekonsultasjon. Foreldrene besvarte spørreskjema medsendt eleven hjem. Svarene fra foreldre og elever ble innlevert anonymt og er kun gjengitt som statistikk og anonymiserte sitater. Noen elever utdypet i tillegg spørsmålene i gruppesamtaler med helsesøster. Disse svarene er også referert til anonymisert. Spørreskjema, informasjonsskriv og annet materiell sendt ut i forbindelse med kartleggingen ligger tilgjengelig på www.nsf.no/helsesostre

Arbeidsgruppen har hatt fem todagers samlinger, flere telefonmøter samt jobbet on-line. Referansegruppe har vært lokale faggruppestyrer i alle nitten fylker samt sentralt styre i Landsgruppen av helsesøstre. I tillegg har helsesøstre som har bidratt med tekst blitt bedt om å kommentere rapporten.



3. EN VANLIG DAG PÅ JOBBEN

En helsesøster gjorde i 2011 en stikkordsmessig oppsummering av en tilfeldig dag i skolehelsetjenesten på en videregående skole. Vi har valgt å ta denne med som en illustrasjon av det komplekse og til dels svært krevende innholdet en arbeidshverdag kan ha. Eksemplet er ikke enestående.

1. Klokken er 0815. Elev kommer etter avtale og henter brev som jeg har skrevet som dokumentasjon til Lånekassen om boligstipend pga. særlige forhold i hjemmet.
2. Elev kommer på eget initiativ og forteller at hun nylig har begynt med selvskading.
3. En annen elev forteller at hun har flyttet hjemmefra pga. morens alkoholbruk og uro hjemme.
4. Samtale med elev om sorg (har mistet en venn) og om konflikt med en venninne.
5. Telefon fra lærer om en elev som trenger time straks.
6. Spiseteamet på BUP har ringt meg to ganger uten at jeg kunne ta tlf. Ringer opp vedr. samarbeid om elev.
7. Telefon fra rådgiver om at et møte kl. 1300 samme dag mellom rådgiver, elev, lærer og meg må gå ut pga. at eleven ikke er på skolen. Elev som er psykisk syk og rusmisbruker.
8. Samtale på kontoret til rådgiver om elev som skal ha møte med rådgiver, elev med psykiske plager, men som ikke ønsker å motta hjelp.
9. SMS til elev for å avtale ny tid for samtale. Svarer at han ikke er på skolen for tiden, men får hjelp.
10. Elev på kontoret; forteller om selvskading, depresjon og diverse andre forhold. Hun venter på tid for innleggelse.
11. Spiser suppelunsj hos restaurant- og matfagelevene. 20 minutters pause.
12. Samtale med elev om familiekonflikter, sorg og lærevansker.
13. Jeg går inn til rådgiver som nå har elev fra pkt. 8 hos seg sammen med lærer. Samtale der.
14. Telefon fra kriseteamet om oppdatering vedr. oppfølging av ungdom etter Utøya.
15. Etter-abort samtale, om prevensjon og slutt med kjærasten.
16. Telefonsamtale med lærer om elev fra pkt. 8 og 13.
17. Samtale med elev som har mistet en venn i selvmord.
18. Samtale med rådgiver om elev fra pkt. 8 og 13.
19. Forberedelser til møteledelse på kveldsmøte.





4. HELSESTASJON- OG SKOLEHELSETJENESTEN

Målgruppen utgjør pr. 2015 en fjerdedel av landets befolkning; ca. 1,2 millioner barn og unge. Dette kan illustreres ved at helsestasjon- og skolehelsetjenesten - i likhet med skolen - retter seg mot alle barn i 17. mai-toget, mens samarbeidende tjenester gjerne retter seg mot en eller noen få klasser i toget.

Tillit er nøkkelen til den brede oppslutningen om tilbudet, og brukerundersøkelser viser stor grad av brukertilfredshet. Et fundament for tjenesten er å bidra til livsmestring, god helse og trivsel.

I dette kapitlet beskrives kort tjenestens lovforankring og tjenestetilbud, med særlig vekt på helsesøstertjenesten.

4.1 OM HELSESTASJON- OG SKOLEHELSE-TJENESTEN

Tjenesten er et gratis og frivillig tilbud til alle barn og unge fra 0 til 20 år og deres foreldre, samt for gravide. Den er unik i internasjonal sammenheng i og med at den retter seg spesifikt mot barn og unge, og har nesten hundre prosent oppslutning. Et særpreg ved tjenesten er at den aktivt oppsøker målgruppen, gjennom å tilby hjemmebesøk og konsultasjoner.

Helsestasjonen retter seg mot barn og foreldre fra svangerskapet og til barnet fyller 5 år.

Helsestasjonen er den eneste helsetjenesten som vurderer barns helse på faste tidspunkter de første leveårene. Skolehelsetjenesten retter seg mot elever fra skolestart til utgangen av videregående skole. Den skal tilbys ved alle offentlige og private skoler og skal være lokalisert i skolen. Helsestasjon for ungdom (HFU) er et tilbud til ungdom i alderen 13 til 20 år, og er etablert i 78 % av landets kommuner (Helsedirektoratet, 2010a). Helsestasjon for ungdom er et supplement til skolehelsetjenesten, og skal ikke fungere som en erstatning for skolehelsetjenesten.

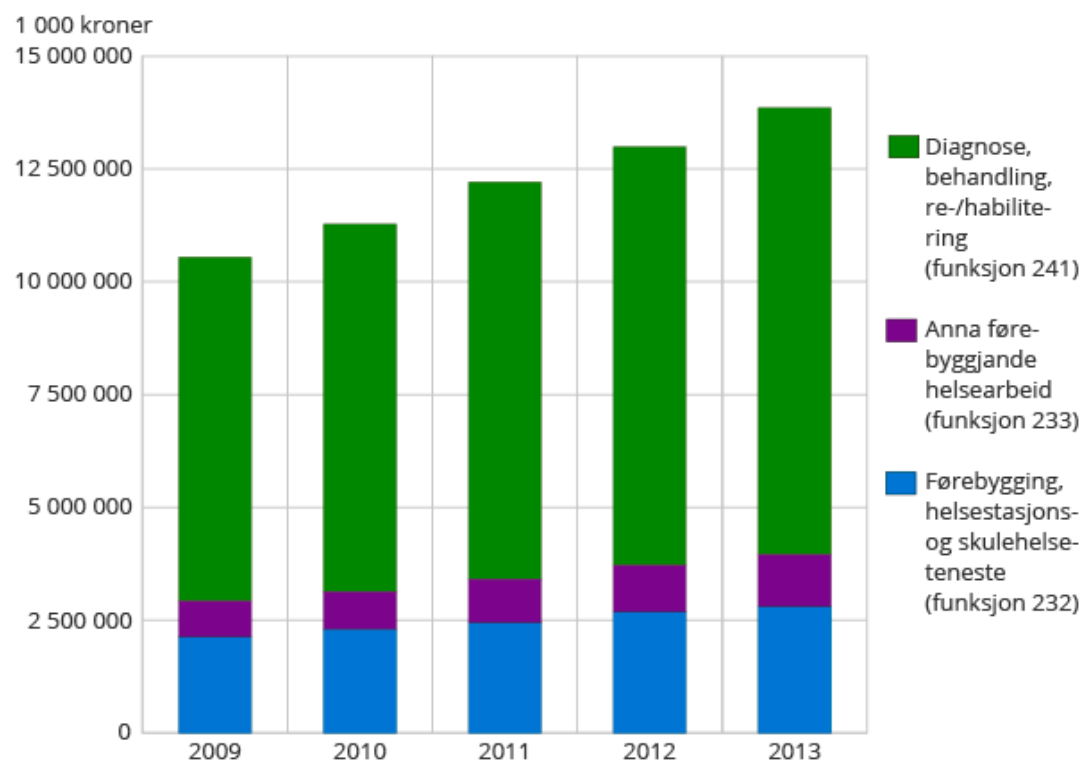
Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er regulert gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a), paragraf 3-2, som sier at kommunen for å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal tilby helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste. Videre sier Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2003), paragraf 2-1 at:

Kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre ...

I 2013 var det totalt vel 4 200 årsverk knyttet til tjenesten. Av disse var 2168 helsesøsterårsverk, en økning på 4,8 % fra 2011. Utgiftene i kommunene til forebygging i helsestasjon- og skolehelsetjenesten kom på om lag 2,8 milliarder kroner i 2013. Dette tilsier en økning på 4,4 prosent fra 2012 (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Tabellen (Figur 1) viser imidlertid at økningen har vært minst innenfor forebygging i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og størst innenfor diagnose, behandling og re-/habilitering.

Figur 1. Kommunehelsetenester. Brutto driftsutgifter, etter teneste. Absolutte tal



Kjelde: Statistisk sentralbyrå.

peker på at KOSTRA-tallene ikke skiller mellom personellinnsatsen i helsestasjonstjenesten 0-5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. De sier derfor ikke noe spesifikt om personellsituasjonen i de ulike deltjenestene (Helsedirektoratet, 2010b). I rundskrivet Nasjonale mål og prioriteringer for 2014 (Helsedirektoratet 2014c) bes det om at kommunene styrker helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og at legetjenesten innenfor tjenesten prioriteres. Regjeringen har de siste årene bevilget ekstra midler til styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten, men undersøkelser viser at mange kommuner ikke bruker midlene slik de er tenkt. En undersøkelse gjennomført av tidsskriftet Sykepleien (Sykepleien, 2014a) viser at under halvparten av ekstrabevilgningene som skulle styrke skolehelsetjenesten og helsestasjonene har gått til å øke antallet helsesøsterårsverk. Inntrykket forsterkes ytterligere av en kartlegging blant alle 25 kommuner i Sør-Trøndelag. Denne viste at av de 22 millionene Sør-Trøndelag fikk tildelt for 2014/15, ble kun 4 millioner benyttet i 2014. 4 kommuner styrker helsestasjon- og skolehelsetjenesten i både 2014 og 2015, 5 kommuner styrket den i 2014 og 2 vil styrke den i 2015 (Olufsen V, Sliper JO, Aune I, 2015).

En undersøkelse gjennomført av Kommunebarometeret på oppdrag av NSF (Norsk Sykepleierforbund, 2014) viser at 52 % av ordførere og rådmenn ikke vil foreslå at det ansettes flere i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. 22 % sier at de vil foreslå flere helsesøstre og 12 % vil ansette annet helsepersonell.

På bakgrunn av disse undersøkelsene er det rimelig å anta at mange kommuner ansetter personell med behandlerkompetanse på bekostning av helsefremmende og primærforebyggende kompetanse. Fysioterapeuter i bydeler og kommuner benyttes i mange tilfeller kun til behandling og rehabilitering, istedenfor at de inngår i det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot alle barn. Resultatet blir mer behandling og mindre helsefremming og forebyggende helsetjenester til barn og unge, ref. fig.1. Vi er usikre på om dette er en tilsiktet konsekvens av kommunens prioriteringer eller om de ikke har utredet konsekvensene av de endringer de gjennomfører. Det vil uansett innebære en «høyreforskyvning» på tvers av sentrale politiske føringer



som ønsker en dreining over mot mer helsefremming, forebygging og tidlig innsats.

Kartleggingen blant kommunene i Sør-Trøndelag viser at «...det i mange kommuner i Sør-Trøndelag er et misforhold mellom Helse- og omsorgsdepartementets uttalte ønske om å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og de prioriteringer lokale kommunepolitikere gjør økonomisk og organisatorisk for å styrke tjenesten. Det er stor usikkerhet med hensyn til hvilke styringsdata beslutningstakere ønsker og får opplysninger om. Kommunene har systemer for rapportering og avvikshåndtering, men systemet blir hverken hensiktsmessig eller tilstrekkelig benyttet og intensjonen med helsestasjon- og skolehelsetjenesten ser ikke ut til å nå frem til beslutningstakerne. Kartleggingen viser at det er en usikkerhet rundt hvem i kommunen som har det faglige ansvaret og myndigheten for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Fagleder har i de fleste kommunene ikke det faglige beslutningsansvaret. Dette gjør det svært vanskelig å kvalitetssikre og utvikle effektive helsefremmende og primærforebyggende tiltak i skolehelsetjenesten til det beste for barn, unge og deres foreldre» (ibid.).

Faktaboks

Studien «Cost-Benefit Study of School Nursing Services» som omfatter 477 163 elever ved 933 skoler i USA, viser at det er økonomisk lønnsomt å investere i heltidsansatte sykepleiere i skolehelsetjenesten. Forskerne bak studien har beregnet at for hver dollar investert i skolehelsetjenesten, vil det redusere andre samfunnsutgifter med 2,2 dollar.

Kilde: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1872779>

I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning sies det at helsestasjon- og skolehelsetjenesten er hyppigste deltaker i tverrsektorielle grupper på folkehelseområdet. De hevder at «Delvis på bakgrunn av hovedaktiviteter som veiing, måling, vaksineringskampanjer kan tjenesten gi utsatte familier ekstra oppfølging og det kan etableres nettverk for ulike grupper» (Helgesen og Hofstad, 2012). Dette illustrerer behovet for å videreutvikle samarbeidsavtaler og – system med andre tjenester.

Eksempel

GRUPPER PÅ HELSESTASJONEN

Nettverksskapende tiltak som barselgrupper, støtte- og samtalegrupper for foreldre har lang tradisjon og tilbys ved de fleste av landets helsestasjoner. Mangel på sosial støtte til barnefamilier i perioder med belastninger kan øke faren for at foreldre og barn utvikler helseproblemer. Tiltak som bidrar til å styrke opplevelsen av sosial støtte er helsefremmende og kan redusere hyppigheten av både psykiske og somatiske lidelser. Helsesøster vil gjennom etablering av ulike grupper-eksempelvis barselgrupper, konsultasjonsgrupper og søvngrupper bidra til at sosialt nettverk mellom sped- og småbarnsforeldre etableres.

Eksempel

GRUPPER I 5. OG 9. KLASSE

På Lillehammer tilbys jentegrupper både på 5. og 9.klassetrinn. Målet med begge gruppene er at det psykososiale miljøet skal bli bedre. I 5.klasse er opplegget på 5 x 1 time. Temaene er vennskap, mobbing, selvtillit, egne grenser og kropp. Helsesøster har mest fokus på de fire første temaene siden hun også har undervisningen om kropp og pubertet på dette klassetrinnet. I 9. klasse er opplegget på 4 x 2 timer med hver gruppe. Gruppene holdes av helsesøster på skolen og Ungdomsbasens representant på skolen (Ungdomsbasen = utekontakten). Temaene er vennskap, mobbing, selvtillit, egne grenser, kroppen, seksualitet og rus.

Eksempel

UTVIDET TILBUD VED HELSESTASJON FOR UNGDOM

En del steder er aldersgruppen for de som kan få et tilbud på helsestasjon for ungdom utvidet til 25 år, fordi man har sett et behov for et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i overgangsfasen mellom ungdom og voksen. Helsestasjon for ungdom er et drop in-tilbud hvor ungdom kan komme med små eller store helseutfordringer. I Oslo er det også etablert byomfattende tilbud for spesielt utsatte grupper, med helsestasjon for lesbisk, homofil, bifil og transkjønnet ungdom samt helsestasjon for hørselshemmet ungdom (Helsedirektoratet 2014).



4.2 OM HELSESØSTERTJENESTEN

Betegnelsen *helsesøster* ble første gang brukt i 1925. I 1947 startet den første *helsesøsterutdanningen* i Norge. I 2013 var det 2168 årsverk *helsesøstre* i Norge. De fylkesvise variasjonene i årsverk pr. 10 000 innbygger er store, og ligger mellom 3,3 og 5,7 (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Helsesøster utgjør hovedtyngden av arbeidsstyrken i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Helsesøster kan sies å være en overvåker av barn og unges utvikling og helse. Helsesøster bidrar til mestring, god helse og livskvalitet i samarbeid med barnet, den unge, foreldrene og andre yrkesgrupper. Helsesøstertjenesten er del av kommunenes lovbestemte helsetjeneste som dekker behovet for sykepleietjenester innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid. Spesielt vektlegges opplysende, veiledende og rådgivende virksomhet innenfor nasjonale innsatsområder og gjennomføring av nasjonalt barnevaksinasjonsprogram. Oppgavene er i vesentlig grad knyttet til helsestasjon for barn 0–5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Helsesøster kan også være tilknyttet kommunale vaksinasjons-/smittevernkontor og asylant-/flyktningehelsetjeneste.

Faktaboks

Helsesøster er den eneste profesjonen som har en videreutdanning spesifikt rettet mot målgruppen barn og unge 0–20 år, i forhold til fagområdet helsefremmende og forebyggende arbeid, på arenaen helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Helsesøstertjenesten er regulert gjennom Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunen paragraf 3 (Helsedepartementet, 1983):

- Kommunen tilsetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, herunder blant annet*
- *Helsesøstre for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid.*
 - *Sykepleiere og hjelpepleiere for å utføre andre funksjoner i kommunens sykepleietjeneste.*



For å kunne tilsettes i helsesøsterstilling må vedkommende ha bestått eksamen fra godkjent helsesøsterutdanning.

Offentlig godkjent sykepleier kan konstitueres i helsesøsterstilling.

Faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster.

For beskrivelse av helsesøsters kompetanse viser vi til brosjyren *Spesialistgodkjenning av helsesøstre* (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2012). I følgende avsnitt trekker vi kun frem noen sentrale områder der helsesøster har et særlig ansvar og en særlig kompetanse.

Helsesøstertittelen debatteres i profesjonsmiljøet og blant politikere og i media. LaH NSF har et vedtak om å utrede tittelendring, som vil følges opp de nærmeste årene. En endring til en kjønnsnøytral, men dekkende tittel er et siktemål.

4.2.1 Folkehelse

Folkehelsearbeid er et felles anliggende for alle etater i en kommune, i nært samvirke med frivillige organisasjoner og andre instanser. Helsesøster ivaretar en tjeneste til alle barn og unge med et systematisk helsetilbud fra «vugge til voksen», og er med denne innsatsen en sentral aktør i kommunenes folkehelsearbeid (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2008). Selve formålet med helsesøsterutdanningen er å utdanne sykepleiere til helsefremmende og forebyggende arbeid for og med barn, unge og deres familier. Helsesøsters rolle er å ha oversikt over målgruppens helsetilstand og helse relatert adferd, utfordringer og muligheter, over tjenestetilbud og aktører i kommunene, være pådriver for utviklingsarbeid og tiltak og bidra til koordinering av tiltak.

«Folkehelseprofesjoner som helsesøstertjenesten har en viktig funksjon i å synliggjøre befolkningens behov og rapportere mønstre og trender i folkehelse», hevder Anne Clancy i sin doktorgradsavhandling i folkehelsevitenskap (Clancy, 2010). Hun skriver videre at «dersom helsestasjonstjenester for barnefamilier ikke synliggjøres kan disse bli tatt for gitt av beslutningstakere». Hennes avhandling konkluderer med at foreldre, ungdom og beslutningstakere er fornøyde med helsesøstertjenesten, men at helsesøstre står overfor viktige utfordringer i samarbeidsrelasjoner, i forhold til grenser for involvering og i å synliggjøre deres helsefremmende funksjon. (ibid).

I 2013 kom ny folkehelselov som understreker kommunens ansvar for folkehelsearbeid. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en sentral tjeneste i dette, og har et stort potensiale i forhold til bredt folkehelsearbeid rettet mot barn og unge. Funn fra rapporten *Den vanskelige samhandlingen* (Myrvold et al, 2011, side 126) tyder på at jo mer tid helsestasjonene og skolehelsetjenesten bruker på forebyggende arbeid i kommunen, desto mindre er bruken av institusjoner:

«Jo større ressurser kommunen bruker på helsesøster/helsestasjon i forhold til antall barn i kommunen, desto mindre er det udekkede behovet for ulike typer barneverntiltak i hjemmet. Dette kan indikere at et godt forebyggende arbeid i kommunene, har betydning for bruken av disse tiltakene.» (side 126)

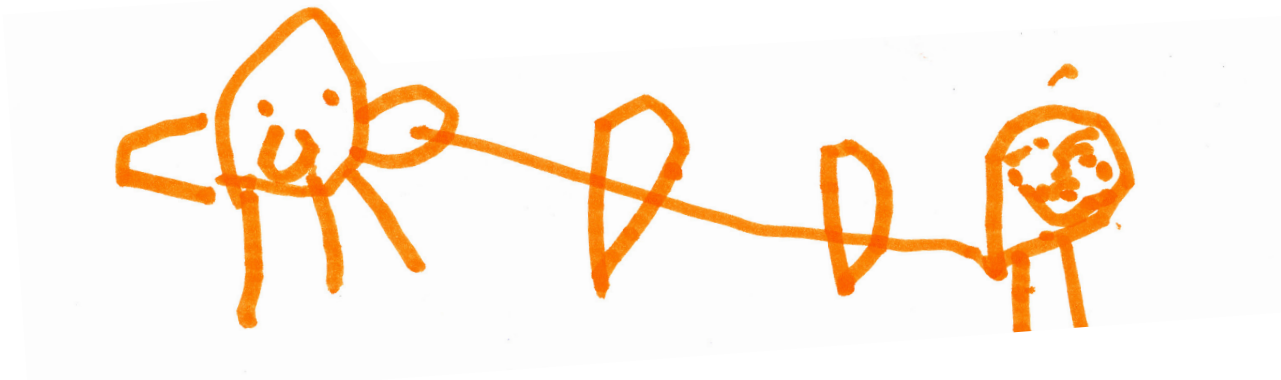
Samfunnsøkonomiske beregninger viser at det kan spares store summer ved å forhindre at en ungdom blir rusmisbruker, eller at et barn utvikler psykisk lidelse som krever innleggelse (Statens Folkhälsoinstitut Sverige, 2004). Det alene burde tilsi en betydelig satsing på tidlig innsats. Tidlig innsats omfatter både avdekking og tiltak/intervensjon tidlig i livsløpet og tidlig i en sykdomsut-

vikling. Jo tidligere tiltak settes inn, på alle nivåer, jo større er sjansen for et vellykket resultat. Dette gjør barn og unge til en særdeles viktig målgruppe for forebyggende helsetjenester. Utviklingen i de første leveårene og tidlig etablering av helsevaner legger grunnlaget for en persons helsetilstand senere i livet. Helsesøster har et særlig ansvar for å ha en helsefremmende tilnærming i alt sitt arbeid. Helsefremmende arbeid innebærer å styrke de faktorene som setter barn, ungdom og foreldre i stand til å bevare og bedre egen helse. Det innebærer blant annet å ha et vidt normalitetsbegrep og bidra til mestringsfølelse hos den enkelte. Kartlegginger og tilsyn har vist at helsesøstre pga. en presset ressursituasjon ofte nedprioriterer det brede folkehelsearbeidet. Det er bekymringsfullt i en tid hvor folkehelsearbeid er et satsingsområde både lokalt og nasjonalt, og kan gi store gevinster for samfunnet.

4.2.2 Helsesøster som lokalt barneombud

Et viktig ledd i helsesøsters folkehelsearbeid er å være samfunnsaktør og premissleverandør, eller det vi kan kalle lokalt barneombud. I det legger vi aktivt å delta i kommunale plan- og budsjettprosesser, ha løpende dialog med administrasjon og politikere for å ivareta barn og unges interesser, og å bidra med folkeopplysning via nettverk/møter og bruk av media. En kartlegging LaH NSF gjorde i 2010 tydet på at helsesøstre ikke prioriterte eller hadde god nok kompetanse på dette området. Ut fra dette utviklet og prøvde LaH NSF ut kompetanseprogrammet *Helsesøster som samfunnsaktør*, som omtales nærmere under punkt 8.2.3.

Å satse på utvikling av helsesøsters kompetanse på å formidle barnas stemme til beslutningstakere er i tråd med barneombudets anbefalinger i *Helse på barns premisser* (Barneombudet, 2014).



Eksempel

LOKALAVISA ITROMSØ HADDE HELSESTASJONEN SOM FAST SPALTE

Fra 2010 til 2013 skrev helsesøster Guri Midtgard skrev om ulike tema foreldre var opptatt av, ga veiledning, råd og informasjon. Temaene ble formidlet på en gjenkjennelig, alminnelig og informativ måte. Spalten var med på å gi mer kunnskap i lokalbefolkningen - folkehelsearbeid i praksis. Tekstene er utgitt i boken *Å leve med barn - temaer fra helsestasjonen*, som nå deles ut til alle som får barn i Tromsø.

I 2014 ble tilsvarende spalte etablert i avisa Nordland: <http://www.an.no/nyheter/article7684455.ece>



unge poliomyelitt med lammelser eller hjernehinnebetennelse. Ti prosent av de som ble syke døde av sykdommen. Høy vaksinasjonsdekning har ført til at sykdommen ikke lenger forekommer i Norge. Det er fortsatt risiko for import fra utlandet, og sykdommen kan spres hvis vaksinasjonsdekningen ikke opprettholdes. Den siste tiden har det vært en vaksinedebatt i Norge i lys av både meslinge-, kikhoste- og polioutbrudd i flere vestlige land. Enkelte tar til orde for å gjøre barnevaksinasjon påbudt, noe Landsgruppen av helsesøstre vil advare mot. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er et frivillig tilbud, og det vil være problematisk å innføre tvungen vaksinasjon i en slik type tjeneste. Grundig informasjon og veiledning om vaksinasjon, og tid til målrettet oppfølging av særlige grupper er etter LaH NSF sitt syn den beste måten å oppnå økt vaksinasjonsopplutning.

4.2.3 Smittevern, vaksinasjon og beredskap

Ebolautbruddet i 2014–2015 minner oss om hvor sårbare mennesker er når alvorlige smittsomme sykdommer bryter ut i befolkningen. Helsesøster er en sentral del av den nasjonale og lokale beredskapen dersom alvorlige smittsomme sykdommer bryter ut. På en rask og effektiv måte vil landets helsesøstre gjennom helsestasjon- og skolehelsetjenesten gi informasjon, kalle inn og vaksinere hele barne- og ungdomsbefolkningen. Dette skjedde sist i 2009 da myndighetene ønsket å beskytte landets befolkning mot en forventet svineinfluensapandemi.

Den siste tidens utbrudd av både meslinger, kikhoste og polio i Europa og USA viser viktigheten av å ha et godt nasjonalt program for vaksinering. Barnevaksinasjonsprogrammet og helsesøstres vaksinasjonsarbeid har vært en udelt suksesshistorie. Høy vaksinasjonsdekning, og flokkimmunitet ved at barn som ikke er vaksinert også får beskyttelse er hovedgrunnen til at vi i Norge knapt ser de sykdommene det vaksineres mot (Folkehelseinstituttet, 2014a: 2014b). Helsesøstre har siden andre verdenskrig hatt ansvaret for å gjennomføre Barnevaksinasjonsprogrammet. Betydningen av dette kan illustreres med poliovaksinen. På begynnelsen av 1950-tallet fikk om lag to tusen norske barn og

Faktaboks

Mer enn ni av ti barn og unge fikk i 2013 de vaksinene som er anbefalt. Det fører Norge på verdenstoppen i vaksinasjonsdekning. Årlig gis rundt 900 000 vaksinedoser. Disse vaksinasjonene er det helsesøster som planlegger, utfører, journalfører og rapporterer til SYSVAK - det nasjonale vaksinerregisteret.

Våren 2015 er forslag om innføring av HepB-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet sendt på høring og HPV-vaksine til gutter debatteres. Ved innføring av alle nye vaksiner er det viktig å huske på at informasjonsarbeidet til barn, unge og foreldre ved vaksinerings er tidkrevende og viktig for å opprettholde god kunnskap i befolkningen om hvorfor vi vaksinerer. Informasjon er avgjørende for at foreldre kan gjøre gode valg for sine barn og samfunnet for øvrig.

Helsesøster er i beredskap dersom deler av befolkningen må undersøkes fordi de kan være utsatt for smitte, eks. tuberkulose og hjernehinnebetennelse. Helsesøster foretar miljøundersøkelser, sikrer at de involverte tar nødvendige prøver og bidrar med informasjon. Mange asylanter og innvandrere kommer fra områder der smittsomme sykdommer er vanlige, noe som øker smittepresset og betydningen av godt smittevernarbeid. Helsesøster må etterspørre barn og unges vaksinasjonsstatus, sjekke vaksinasjonsrutiner i hjemlandet, vurdere behov for etter-/innhentingsvaksinerings, og evt. gjennomføre ettervaksinerings. Dette krever kunnskap om andre lands smitteforhold og -beredskap, gjentatte konsultasjoner, bruk av tolk eller informasjon gitt på engelsk. I tillegg kan det være behov for å kartlegge smitte-/antistoffstatus før eventuell vaksinerings. Både menneskelig og samfunnsøkonomisk er det bedre å satse på det smittevernarbeidet helsesøstre og andre daglig utfører, kontra smitteoppsporing og behandling av oppstått sykdom. Småbarnsforeldre ønsker seg mer informasjon fra helsesøster om infeksjonssykdommer. Dette viste funn fra en større undersøkelse, som er ledd i et samarbeidsprosjekt mellom Ullevål Universitetssykehus, Høgskolen i Oslo og Høgskolen Diakonova (Spoletini og Strand, 2007).

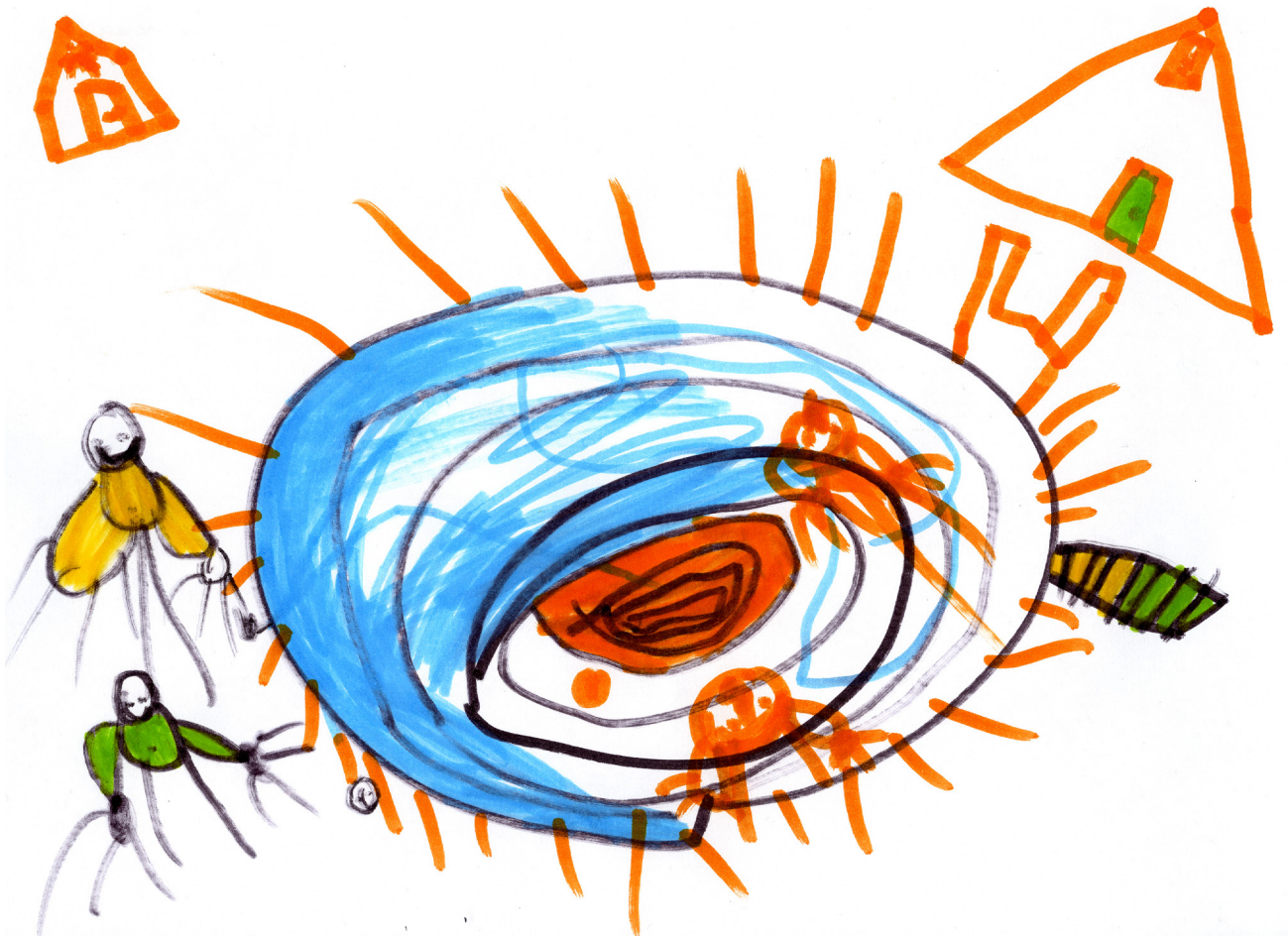
De lokale kriseteamene har ansvar for psykososial oppfølging av mennesker/lokalsamfunn som rammes av kriser og katastrofer (kriser.no, 2014). Kriseteamet kan både bistå innbyggerne direkte, og være en ressurs for innsatspersonell. Det kan være snakk om kriser i form av trafikkulykker, brann, selvmord og større katastrofer slik vi erfarte med terroraksjonen i 2011. Helsesøster har en sentral rolle i kommunal kriseberedskap og som medlem i lokale kriseteam. Helsesøster har gjennom sin kontakt med og oversikt over barn, ungdom og foreldre og sin kompetanse på krise- og sorgreaksjoner forutsetninger for å utgjøre en viktig ressurs i lokale kriseteam.

Lese mer?

- Helsedirektoratets nettsider om tjenesten: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/>
- NCD-strategi 2013–2017, Helse- og omsorgsdepartementet
- www.fhi.no/tema/vaksiner-og-vaksinasjon
- www.fhi.no/tema/smittevern-og-overvaaking

Landsgruppen av helsesøstre NSF anbefaler

- **Nasjonal opptrappingsplan, med øremerkede midler og lokal bemanningsnorm innføres**
- **Helsefremmende, befolkningsrettet innsats styrkes – både gjennom kompetanseutvikling, ressurser og prioritering**
- **Det reinnføres profesjonskrav i helse- og omsorgstjenesteloven**
- **Vaksinasjonsarbeidet styrkes gjennom økt og tilpasset informasjon til foresatte, og tilførsel av ressurser når nye vaksiner innføres**



5. BARN, UNGE OG FORELDRES ERFARING MED TJENESTEN

Helsestasjonen er den eneste helsetjenesten som regelmessig og systematisk oppsøker målgruppen, observerer og vurderer barns helse første leveår. Også i skolehelsetjenesten har helsesøster regelmessig kontakt med barn og ungdom på ulike alderstrinn. Oppslutning om tjenestetilbudet og brukerundersøkelser tyder på at foreldre i stor grad er fornøyde med tilbudet fra helsestasjon for barn, mens elever, foreldre og skoleledelsen etterspør en styrket og tilgjengelig skolehelsetjeneste.

Barn, unge og foreldre er i for liten grad involvert i utviklingen av tjenestetilbudet, og kjenner i for liten grad til hva de har krav på og kan forvente av tjenesten.



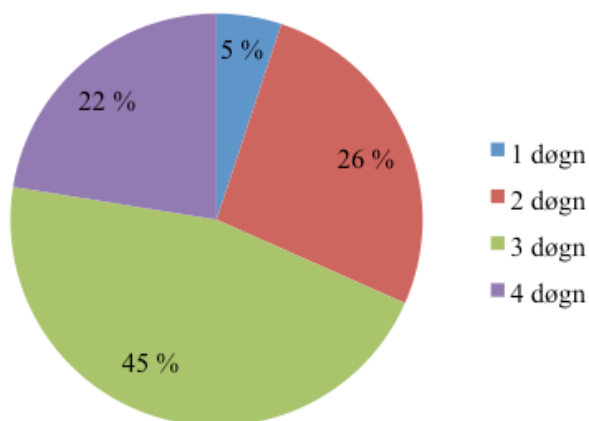
5.1. HVA SIER FORELDRENE OM HELSESTASJONEN OG HJEMMEBESØK ETTER FØDSEL?

Nye faglige retningslinjer for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014a) stiller krav til kommunene om å tilby tidlig hjemmebesøk etter fødsel, både fra jordmor og helsesøster. Dette er et viktig ledd i å styrke barselomsorgen. Forskning tyder på at mødre som hadde fått hjemmebesøk, var signifikant mer tilfredse med det første møtet med helsesøster enn mødre som hadde sitt første møte på helsestasjonen (Hjälmhult, 2009). En annen studie viser at helsesøsters informasjon og støtte på hjemmebesøket også kan bidra til å forebygge utvikling av depressive symptomer hos barselkvinner (Glavin, 2012). Hva er det i tilbudet fra helsestasjonen som foreldre opplever som viktig og relevant, og hvilke forslag har de for å forbedre tilbudet ytterligere? I spørreundersøkelsen til foreldre på 6-ukerskontrollen svarte 108 mødre og 18 fedre på dette.

Hva var foreldrenes opplevelse av helsesøsters hjemmebesøk?

Mange av mødrene i undersøkelsen var raskt tilbake i hjemmet etter fødselen, se fig. 2. Nær 80 % takket ja til hjemmebesøk. Av de som ikke fikk hjemmebesøk (26 familier) hadde 80 % ønsket at de hadde fått tilbudet. 86 % av de som fikk hjemmebesøk svarte at hjemmebesøket bidro til å trygge dem i ulik grad i foreldrerollen. 90 % av de som mottok hjemmebesøk mente at det kom tidlig nok i forhold til de behovene de hadde. Foreldrene pekte på flere forhold som for dem var viktige i forbindelse med helsesøsters hjemmebesøk. Noe går på innholdet i hjemmebesøket, noe på formen og relasjonen til helsesøster, og noe på opplevd utbytte.

Figur 2. Antall liggedøgn etter fødsel



Informasjon

Samtale og informasjon om barnets utvikling og regulering, samt ammeveiledning er sentrale tema for foreldrene i forbindelse med hjemmebesøk av helsesøster. Foreldrene oppgir å ha fått nyttig informasjon i forhold til en rekke tema, både muntlig og i form av brosjyremateriell.

«Helsesøster ga relevant informasjon og bidro til å skape trygghet i forhold til at alt er normalt»

Gir trygghet

Foreldrene beskriver at hjemmebesøket bidro til å trygge dem i foreldrerollen, de fikk svar på det de lurte på om smått og stort. De fikk hjelp med amming, barnet ble veid og samtidig fikk de bekreftet at utviklingen var normal.

«God kjemi, vennlig, faglig dyktig, dette samlet ga trygghet og skapte tillit»

«Var veldig usikker og møtet med helsesøster gjorde meg trygg på meg sjølv. Er veldig fornøyd med helsesøsteren!!»

Tilgjengelighet og personlighet

Flere foreldre kommenterer at det er fint å slippe å måtte ut med babyen så kort tid etter fødsel, og at det er roligere og tryggere omgivelser hjemme kontra på helsestasjonen. Noen påpeker at de har fått raskt hjemmebesøk og at det har vært lett å få kontakt enten via SMS eller telefon. Helsesøster omtales med ord som faglig dyktig, kunnskapsrik, rolig, hyggelig, engasjert, åpen og lett å snakke med.

«Har hatt samme helsesøster med alle barna, trygghet i å kjenne hverandre godt, helsesøster tok seg god tid (var på besøk i 1,5 timer), stilte direkte spørsmål, positiv, omsorgsfull, oppmerksom, interessert.»

«Rask hjelp/svar på spørsmål, ble tatt seriøst (ingen spørsmål er dumme)»

5.1.1 Hvilke grunner oppgir foreldre for å ta imot tilbudet fra helsestasjonen?

Sosialt nettverk, lett tilgjengelig og oppfølging

På helsestasjonen treffes foreldre i samme situasjon. De får tilbud om deltakelse i barselgruppe og andre typer grupper med nabolagets barn og foreldre. Dette bidrar til at det skapes et samhold blant familier lokalt. Det er kort vei til helsestasjonen. Den ligger lokalt og er samtidig sentral, slik at det for eksempel er lett å stikke innom for veiing i kombinasjon med andre ærend. På helsestasjonen får barnet og familien tett oppfølging over tid, og om avvik eller omsorgssvikt oppdages kan hjelp og tiltak settes inn tidlig.

5.1.2 Hvilke grunner oppgir foreldre for å ha helsesøster på helsestasjonen?

Tillit, trygghet og kontinuitet

Foreldre ønsker helsesøster på helsestasjonen først og fremst fordi hun gir trygghet. Med helsesøster kan de snakke om alt som opptar dem angående barnet. De får svar på det de spør om fordi helsesøster har faglig kunnskap og erfaring med barn, - hun er spesialist på området. Hun gir informasjon, veiledning og råd, og konkret hjelp f.eks. i forhold til amming.

Terskelen er lav for å oppsøke helsesøster og foreldrene opplever at de har en nær og personlig relasjon til henne. Hun følger familien over tid og kjenner barnet deres. Hun har tid, inngir tillit, gir omsorg og observerer om barnet er friskt og utvikler seg normalt. Foreldrene føler seg hjemme på helsestasjonen, blir godt behandlet, og erfarer at de også får hjelp i forhold til psykisk helse hvis det skulle være behov for det. Det blir også bemerket at det er en trygghet i at helsesøster og jordmor er på samme plass. Noen sitater fra foreldre:

«Hvem skulle ellers vært her?» «Utenkelig uten...»

«Den gode oppfølgingen hadde vært savnet hvis de ikke var der.»

«Helsesøster gir god kunnskap til spedbarnsforeldre/småbarnsforeldre om stell, kosthold, søvn osv.»

Kort oppsummert

- Helsestasjonen forbereder, trykker og styrker foreldrene i sin rolle
- Å ha samme helsesøster over tid skaper tillit og oppleves betryggende
- Helsestasjonen er et samlingspunkt for nybakte foreldre



5.2 HVORDAN VURDERER FEDRE PÅ 1 ÅRSKONTROLL TILBUDET FRA HELSESØSTER?

Det er lite kunnskap om fedres opplevelse av helsestasjonstilbudet og møtet med helsesøster. Vi ønsket å se spesielt på fedres erfaringer med tilbudet fra helsesøster, og om dette oppleves godt nok tilpasset deres behov. 94 fedre besvarte spørreundersøkelsen.

Fedre er fornøyde

68 % av de fedrene vi spurte var godt fornøyde med helsesøstertilbudet. 20 % av fedrene er i noen grad fornøyde, mens 3 % i liten grad eller ikke i det hele tatt er fornøyde. 9 % svarte vet ikke.

«Lett tilgjengelig. Innarbeidet, ikke ventetid. Ser det fra fars ståsted også, ikke bare fra et medisinsk ståsted.»

«Føler meg likestilt med mor»

Når fedrene utdyper hva de mener om tilbudet, peker flertallet på at helsesøster bidrar med informasjon, kompetanse og trygghet.

«Mulighet til å stille spørsmål. Muligheten til å øke egen bevissthet ved at jeg blir stilt spørsmål til. Trygghet gjennom vaksiner, oppfølging/kommentarer på vekt/lengde/matvaner mm.»

«Får svar på det jeg lurer på, blir aktivt tatt med i samtalen selv om mor er der.»

«For mye fokus på mor. Fars behov i stor grad skjøvet på sidelinjen. Far blir ikke tatt nok på alvor. Man føler seg «alene»/bare kvinner som deltar i grupper.»



Skreddersydd for far?

Vi ba også om tips til å forbedre tilbudet for fedrene. Mange var fornøyde slik tilbudet er i dag. Men en kommenterer:

«Slutt å gjøre forskjell på mamma og pappa når vi møter opp på kontroll. Vi er der som foreldre»

Tipsene fordelte seg ellers på ønsker om skreddersydde tilbud for far i form av barsegrupper for fedre eller egne pappagrupper. Fedre ønsker mer spesielt tilrettelagt informasjon for seg, mer «opp-læring» av far – både på helsetema og på barns utvikling og behov, mer direkte involvering og forslag til aktiviteter sammen med barnet.

«Mer kunnskap om fars rolle som primær omsorgsgiver. Hva kan far gjøre/hvordan gjør andre fedre det?»

Praktisk tilrettelegging

Fedrenes ønsker går ikke i én retning. De peker på alt fra mikrobølgeovn for morsmelkerstatning ved stellebordet, WiFi på venterommet, kaffeautomat, gratis frukt og grønt og massasjestoler. Tilgjengelighet i form av timer utenom ordinær arbeidstid, på andre dager, SMS-varsling om timer til både far og mor og flere helsestasjoner på små plasser er noen av ønskene.

«Lengre åpningstider. Kontroll bare med far, ikke med mor»

«Viktig med en stabil arbeidsstokk, at det ikke byttes underveis. Tilgang på informasjon på nett.»

Kort oppsummert

- Fedre er i all hovedsak godt fornøyde med tilbudet de får på helsestasjonen
- Fedre ønsker å bli informert og involvert på lik linje med mor
- Fedre ønsker konkret informasjon om barnets utvikling og behov, og forslag til aktiviteter de kan gjøre sammen med barnet
- Fedre etterspør ikke selv tilbudet aktivt, men oppdager nytten av det når de får det

5.3 HVA SIER ELEVER OG FORELDRE OM SKOLEHELSETJENESTEN?

Vi vet en god del om status for skolehelsetjenesten, og hva elever, foreldre, ansatte og myndighetene ønsker av skolehelsetjenesten. I vår kartlegging undersøkte vi spesielt et område som i liten grad er beskrevet og tematisert av andre; familien og helsesøstertjenesten i cyberspace. I 5./6.klasse fikk vi svar fra 112 elever; 59 jenter og 53 gutter, og 80 foreldre; 3 av 4 mødre. I 10. klasse svarte 79 elever; 33 gutter og 46 jenter, samt 51 foresatte; 43 av disse var mødre, 6 fedre og 2 med annen tilknytning til den unge.

5.3.1 Familien og helsesøster i cyberspace

Internett og sosiale medier er en viktig del av hverdagen og oppvekstmiljøet for barn og ungdom. Det gir kilde til informasjon og utvikling, men kan også gi skadelige virkninger som for eksempel forstyrret samspill, føre til isolasjon, passivitet og nett-mobbing. Helsesøstre bruker elektronisk journal og rapporterer vaksiner elektronisk. I hvor stor grad helsesøstre har kunnskap om og dialog med barn, ungdom og foreldre om de elektroniske mediene, og om dette er tema som elever og foreldre ønsker at helsesøstre i skolehelsetjenesten skal snakke om, finnes det lite kunnskap om.

Informasjon om sosiale medier

Vår kartlegging viser at foreldre og ungdom bare i mindre grad forventer veiledning fra helsestasjonen og skolehelsetjenesten om bruk av nett og datateknologi. Majoriteten – nær 75 % av foreldrene i 5./6.klasse svarer at sosiale medier ikke er



et tema helsesøster har tatt opp i samtaler eller på foreldremøter. Kun 35 % svarer ja på at de ønsker at helsesøster skal ta opp dette temaet, 52 % svarer nei og resten besvarer ikke spørsmålet.

I den grad sosiale medier har vært tema i kontakten med skolehelsetjenesten, er foreldre fornøyd med den informasjon de har fått fra helsesøster. Noe av informasjonen er ny, og de har fått innspill på hvordan de som foreldre kan forholde seg til barnas bruk. Noen foreldre savner bistand og råd om hvordan de kan begrense barnas skjermtid.

Også i ungdomsskolen svarer 75 % av foreldrene at sosiale medier ikke er et tema helsesøster har tatt opp, verken i samtaler eller på foreldremøter. Heller ikke foreldrene til 10.klassingene synes dette er noe de ville snakket med helsesøster om; 3 av 4 svarer nei på det. Noen sier at de ønsker mer informasjon om mobbing på sosiale medier, og en dialog om grensesetting i forhold til ungdoms tidsbruk på nettet. En var fornøyd med å ha fått tips til gode nettsted.

På nett med helsesøster?

70 % av elevene svarer nei på spørsmål om helsesøster har snakket med dem om bruk av nett og sosiale medier, det er nesten likt fordelt på gutter og jenter. Om dette er noe de ønsker å snakke med helsesøster om, besvarer de i liten grad, eller svarer vet ikke.

Det er bare en tredjedel av elevene som ønsker å få informasjon fra og snakke med helsesøster på sosiale medier; det er ingen forskjell mellom jenter og gutter. De elevene som ønsker kontakt med helsesøster på nettet, vil hovedsakelig ta opp «private ting som man vil ha hjelp av andre enn foreldre». De nevner puberteten, klasse miljø, kropp/helse/sykdom og følelser, mobbing. Noen ønsker også å ta opp nettvett og nettmobbing; eller andre problemstillinger som handler om hva som er rett og galt, eks. tagging. Noen elever kommenterer at de heller ønsker å ta opp ting med helsesøster i samtaler med henne på skolen, ansikt til ansikt.

Vi har spurt om hva de var fornøyd med eller savnet, i de tilfeller hvor helsesøster har snakket om nett og sosiale medier. De sier at de savner at helsesøster tar opp nettrekler og nettvett. Noen

er også opptatt av hvilke «apper» som er bra eller dårlig.



I ungdomsskolen er det en litt høyere andel – 22 % av elevene – som oppgir at nett og sosiale medier har vært tema i samtaler med helsesøster. Fortsatt er det 50 % som svarer nei, mens resten ikke vet. Når vi spør om dette er noe de ville ha snakket med helsesøster om, fordeler svarene seg jevnt mellom ja, nei og vet ikke.

Ønsker 10.klassingene å kommunisere med helsesøster på nettet? 39 % svarer ja på det, resten fordeler seg jevnt på nei eller vet ikke. Det er ubetydelig forskjell på jenter og gutter. Vi ser det samme i fokusgruppene; de er jevnt over lite opptatt av å kommunisere med helsesøster på nettet. Et overveiende flertall av de som svarte ja, ønsker informasjon på nettet om når helsesøster er på skolen, et telefonnummer der de kan få tak i henne/han og mulighet for å kunne bestille time. Noen bruker tjenester som «Klara klok» eller ung.no og er fornøyd med det. Noen sier at de gjerne vil vite hvem de kommuniserer med på nettet; de vil være anonyme selv, men synes det ville være fint å vite at den helsesøsteren de skriver til er den helsesøsteren som de kjenner.

De som ønsker å bruke nettet, ønsker å ta opp personlige ting det kan være vanskelig å snakke om. Noen nevner psykisk helse, sex og prevensjon. Noen er bekymret for personvern og sikkerhet ved bruk av nettet. Utsagnet nedenfor uttrykker hva mange mener:

«Bedre å snakke når man er med hverandre»

Tilgjengelighet

I hvilken grad foreldrene til 5-6 klassinger opplever helsesøster på skolen som tilgjengelig varierer. Av de 60 som besvarer dette spørsmålet, oppgir 47 % at de har fått god informasjon om tilbudet og opplever det som i noen, stor eller meget stor grad som tilgjengelig for seg og sine barn. Hele 28 % svarer vet ikke, og 25 % svarer ikke eller i liten grad. Foreldrene er ukjent med tilbudet på grunn av manglende informasjon, liten tilgjengelighet eller de har ikke hatt behov for kontakt.



«Får høre at hun har samtaler med barn innimellom, men ikke noe til foresatte. Har aldri fått forståelse/informasjon om at det er åpent for foreldre».

De som har hatt kontakt med helsesøster opplever å ha fått god hjelp og støtte i riktig omfang og til riktig tid. De ønsker at helsesøster skal være oftere til stede til faste tidspunkt for barn og foreldre, og legger vekt på tilgjengelighet og forutsigbarhet. Foreldre er fornøyd med den informasjon/helseopplysning helsesøster har bidratt med på foreldremøter. De er positive til at helsesøster gir tilpasset helseopplysning til barn om tema som kropp og pubertetsundervisning. En nevner også at helsesøster bidrar med å løse utfordringer i klassen.

Vi spurte om i hvilken grad foreldre til 10.klasse-elever opplever at helsesøstertilbudet på skolen er tilgjengelig for dem. Her svarer 33 % av foreldrene i stor eller svært stor grad, 29 % opplever helsesøster som tilgjengelig i noen grad, 20 % svarer at de ikke vet og 18 % ikke i det hele tatt eller i liten grad.

Kort oppsummert

- Foreldrene er ikke opptatt av å nå helsesøster på nettet, eller at hun skal snakke med barna om sosiale medier
- Elevene er lite opptatt av å kommunisere med helsesøster via nett eller om nettbruk
- Foreldre opplever i liten grad at skolehelsetjenesten er et kjent og tilgjengelig tilbud for dem



5.4 FORELDRENES GRUNNER FOR AT DET SKAL VÆRE HELSESØSTER PÅ SKOLEN

Foreldre i både 5./6.klasse og 10.klasse ble bedt om å oppgi fem grunner til at det skulle være helsesøster på skolen. Foreldrenes synspunkter er sammenfattet i noen overskrifter.

Tilgjengelighet

Foreldre i 5. og 6.klasse synes det er viktig at det er en fagperson tilgjengelig på skolen som barna deres kan snakke med om ulike utfordringer i hverdagen, eller temaer som det kan være vanskelig å ta opp hjemme. Eksempler på tema kan være omsorgssvikt, skilsmisse og konflikter, mobbing og overgrep. De har tillit til at barna deres kan snakke med helsesøster om ting de ikke vil si til foreldrene, og legger i tillegg vekt på taushetsplikten. Noen skriver at helsesøster også kan være tilgjengelig for råd og veiledning til foreldre.

«Det er viktig at barna har en voksen kompetent og trygg person med helsefaglig bakgrunn å snakke med hvis det er noe de lurer på, eller er bekymret for eller plages av noen/noe»

«Tillit skapes ved tilstedeværelse og kontakt»

Ungdomsskoleforeldrene har klart flest kommentarer som sier det er viktig at det er en tilgjengelig helsesøster på skolen som ungdommen kan snakke med. Det er mange temaer som foreldrene synes er aktuelle; som seksualitet og prevensjon, skilsmisse, dødsfall, fysisk og psykisk helse, vennekonflikter mm. De er også åpne for at det kan være ting ungdom kan snakke med helsesøster om, som det kan være vanskelig å ta opp hjemme, og at foreldre ikke behøver å bli informert om alt. Flere foreldre vektlegger at det betyr trygghet for ungdommen å ha en tilgjengelig helsesøster på skolen. En skriver:

«Det viktigste er at hun er der når ungdommene trenger en å snakke med. Kommer ungdommen til låst dør så er det ikke sikkert han kommer igjen. Da blir han gående alene med sine tanker»

Kropp og helse

I tilbakemeldingene fra alle foreldrene er det mange som synes det er viktig at helsesøster setter vaksiner. Mange nevner forebyggende helsearbeid og undervisning om temaer som kosthold, hygiene og søvn, fysisk aktivitet, pubertet; og at hun utfører helseundersøkelser og sjekker syn og hørsel. De synes også det er en trygghet at helsesøster er der hvis barna blir syke eller skader seg på skolen.

Kompetanse og bindeledd

Foreldrene trekker i sine svar fram at helsesøster har en annen kompetanse enn lærerne, og at det er nyttig i skolen. De ser skolehelsetjenesten som et bindeledd til andre samarbeidende instanser, som PPT og barnevern, og også mellom hjem og skole. De mener at helsesøster har viktig kompetanse i forhold til eksempelvis å oppdage omsorgssvikt og vold i hjemmet.

Kommentarene fra 10. klasseforeldrene viser at de ser på helsesøster som en fagperson som har kompetanse på ungdom. De mener helsesøster kan være rådgiver og veileder for både foreldre og lærere. Helsesøster har en kompetanse som er nyttig i skolen, og kan bistå lærere og foreldre i ulike situasjoner.

«Viktig bindeledd mellom elev og skule»

Undervisning, helseopplysning

Foreldrene i 10. klasse er opptatte av helsefremmende og forebyggende arbeid, og mener det er viktig at helsesøster informerer om alt fra søvn og mat, til spiseforstyrrelser, rus, kropp og utvikling. En synes det er viktig at vi tar opp data-bruk. Gruppetilbud nevnes også av noen. Behovet ser ut til å være stort; en ønsker at helsesøster skal:

«Forebygge alt som ungdommen kan komme ut for, ved at helsesøster skal ha minst 1 time i uka med elevene for å bli godt kjent venn og kunne fange opp ting»

De synes også det er viktig at vi kan fange opp ungdom med høyt fravær, eller som strever i hverdagen på andre måter.

Kort oppsummert

- Foreldre har tillit til helsesøster og til skolehelsetjenesten
- Foreldre ønsker at helsesøster er tilgjengelig på skolen for elever og foreldre
- Foreldre oppgir at sykepleiefaglig kompetanse er viktig; helsesøsters funksjon kan ikke fylles av en med en annen fagbakgrunn
- Foreldre opplever helsesøster som bindeledd mellom barn og foreldre, mellom elev og skole, og mellom eleven, helsetjenesten og andre tjenester



5.5 ELEVENES GRUNNER FOR AT DET SKAL VÆRE HELSESØSTER PÅ SKOLEN

Elevene pekte på mange av de samme momentene som sine foreldre.

En trygg samtalepartner

I likhet med de eldre elevene, vil elevene i 5. og 6. klasse ha helsesøster på skolen fordi de ønsker en voksen å snakke med. Dette er et ønske som går igjen i en eller annen form i samtlige svar. De nevner mange aktuelle tema for disse samtalerne; problemer hjemme eller på skolen, mobbing, vennskap, nettbruk og sosiale medier. Elevene legger vekt på det at de kan ta opp følsomme og vanskelige ting. De mener helsesøster viser forståelse og at hun kan trøste og oppmuntre. Trygghet og tillit er viktig, og flere elever synes det er viktig at helsesøster har taushetsplikt og at de kan stole på henne.

«Helsesøster hjelper med følelser»

«Du kan si ut noe du har holdt lenge inni deg»

«Du kan stole mer på en helsesøster, og man kan si private ting uten at hun sier det videre»

Elevene i 10. klasse beskriver mye av det samme som elevene i 5. og 6. klasse, om enn med noe andre ord og en litt annen vektning. Ungdommene ønsker en voksen fagperson å snakke med. De vil snakke om pubertet og seksualitet, prevensjon, «familiekrise», mobbing og andre følelsesmessige utfordringer. Ungdommene har tillit til at helsesøster har kunnskap om mangt og at de trygt kan

ta opp ømtålige og private tema – som de ikke kan snakke med foreldre eller lærere om. Ungdommene trekker også fram at helsesøster har en annen bakgrunn og kunnskap enn lærerne, og at det er viktig for dem at helsesøster oppfattes som «nøytral» fordi hun ikke vurderer elevene og setter karakterer.

«Gratis terapeut. Kan brukes som en slags psykolog.»

«Hvis man er trist og har det vanskelig»

«Om ting er for kleint å snakke med andre om.»

«Hun er min helt»

Rådgiver om kropp og helse

I tillegg til å være en trygg samtalepartner, legger også elevene vekt på at helsesøster er en de kan spørre om mye som har med kropp og helse å gjøre; også det som kan være flaut å spørre andre om. Flere nevner puberteten og menstruasjon, eller kost og godteri. Noen oppgir syns- og hørselstest. De vil også oppsøke helsesøster hvis de blir syke eller skader seg på skolen. Elevene har en oppfatning av at helsesøster har en annen kunnskap enn andre på skolen, og at hun kan informere lærere.

«Passer på at du ikke får sykdommer, holde deg frisk»

«Hun passer på slik at skolen ikke er redd for sykdommer»

Det er mange 10. klassinger som nevner at helsesøster kan hjelpe ved sykdom og skader; «ulykker som lærerne ikke kan håndtere» skriver en. De synes det er fint å kunne få tamponger og få resept på p-piller, og kunne få veiledning om kropp, utvikling og seksualitet. Flere kommenterer at vaksiner er tryggere når det er en du kjenner som setter dem. En stor andel sier generelt at de kan få råd når det er noe de lurer på. Elevene er opptatt av individuell rådgivning og veiledning. Et par respondenter skriver at de har hatt utbytte av gruppetilbud i skolehelsetjenesten.

«... For å ha en som lærer deg noe som ikke lærerne gjør»

«Snakke om sex blir lettere med en som vet litt»

«Helsesøster kan gi deg tips og råd om helse og kroppen din»

Tilgjengelighet og lavterskel er et tema som opptar 10. klassingene spesielt. Hvis ungdommene skal kunne benytte helsesøster som samtalepartner, er det viktig at helsesøster er til stede i hverdagen og er en person de kjenner. Det tar tid å bygge tillit. De vil helst ha «en fast helsesøster som er der hele tiden».

«Krisesituasjon, når man trenger dem umiddelbart»

«Betryggende følelse at det er en helsesøster i nærheten på skolen»

«Noen man stoler på og kjenner fra før av, som kan stikke inn de nødvendige sprøytene»

Les mer?

- Informasjonsskriv, spørreskjema og oppsummere resultat fra kartleggingen kan du finne på www.nsf.no/helsesostre/

Kort oppsummert

- Elevene ønsker helsesøster på skolen som en trygg, støttende og kompetent samtalepartner
- Elevene er opptatt av både fysisk og psykisk helse, og at helsesøster har kompetanse på begge deler
- Ungdommene ønsker helsesøster mest mulig til stede på skolen, og vil ha en person de kjenner – da har de tillit til tjenesten.
- Elevene mener at helsesøster kan tilby noe annet enn andre voksne.



6. UTFORDRINGER OG MULIGHETER

Barn er et samfunns viktigste kapital. Derfor er det så viktig at vi som samfunn kan gi barn og unge gode, trygge oppvekstvilkår og en god helse. Denne rapporten tar ikke mål av seg å gi utdypende beskrivelser av barn og unges helse og oppvekstvilkår i Norge. I dette kapitlet vil vi i korte trekk beskrive noen sentrale utfordringsområder, og peke på mulighetene for å møte disse.

6.1 UTFORDRINGER OG MULIGHETER BLANT BARN, UNGE OG FORELDRE

Norske barn og unge er blant de friskeste i verden. Spedbarnsdødeligheten er lav, små barn er sjelden alvorlig syke og ungdom er fysisk friske. Dette skyldes en rekke samfunnsmessige forhold, deriblant gode allmenne helsetjenester som helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Dette gir oss et unikt utgangspunkt og gode muligheter for å jobbe helsefremmende overfor denne gruppen.

For å etablere gode vaner må man rette innsatsen mot de yngste og deres foreldre – allerede fra svangerskapet og de første leveårene. Da er potensialet stort, både for å stimulere helsefremmende adferd, forebygge problemer og sykdom, og redusere sosial ulikhet i helse.

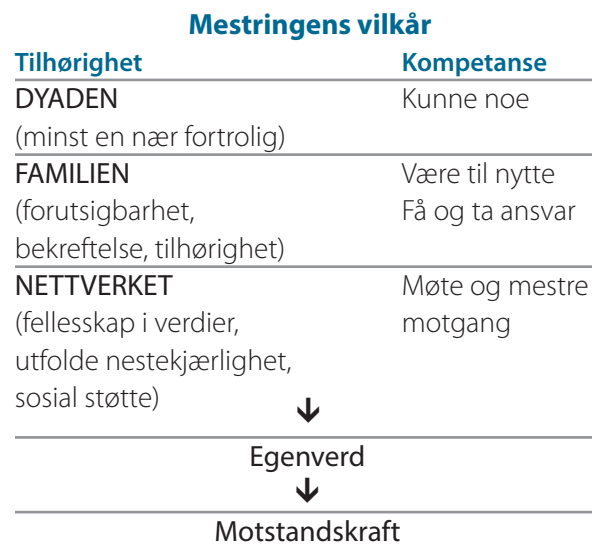
De fleste barn og unge har god helse og livskvalitet. Allikevel rapporteres det om en økning av psykiske problemer, flere er inaktive og sliter med overvekt, og det er utfordringer knyttet til seksuell helse og rus, ensomhet og et bekymringsfullt høyt frafall i videregående skole. Dette er utviklingstrekk som gir oss som samfunn nye utfordringer. I år 2020 er det forventet en økning i antall fødsler på i overkant av 8000 barn i forhold til 2008. Det krever en opprusting av helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

6.1.1 Tilhørighet

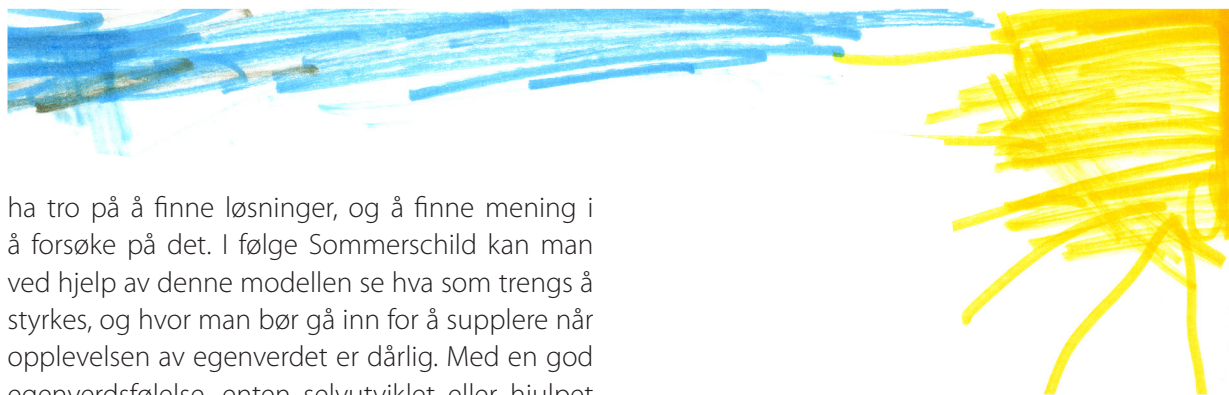
Tilhørighet er en grunnleggende faktor for den enkeltes helse og trivsel, og i forhold til folkehelsen. Å føle tilhørighet, at noen kjenner meg og aksepterer meg uansett gjennom hele min oppvekst er et viktig grunnlag for god helse og trivsel. Tilhørighet er et viktig grunnlag for mening med tilværelsen, det sier oss noe om hvor vi har vår plass og hvem som skal følge oss gjennom livet.

Forfatteren Marcel Proust har uttrykt dette slik: *“The question is not, as for Hamlet, to be or not to be, but to belong or not to belong.”* (Proust, 2006).

I følge Sommerschild's (1998) modell for mestringsvilkår er minst en nær fortrolig vesentlig for utvikling av egenverd og motstandskraft. Familietilhørighet vil gi forutsigbarhet, bekreftelse og tilhørighet, og et sosialt nettverk med felles normer og verdier vil gi livet en overordnet mening. Hun har på bakgrunn av sitt dypdykk i ulike mestrings teorier utviklet nedenstående modell:



Minst en nær fortrolig markerer at det viktige skillet går mellom en og ingen. Videre bygges motstandskraften opp gjennom den trygghet familien (i vid forstand) kan gi. Tryggheten skapes gjennom forutsigbarhet i hverdagen, bekreftelse på eget verd og tilhørighet til de nærmeste. At barn og unge møter felles normer og verdier i sitt nettverk bidrar sammen med tilhørigheten til å gi livet en overordnet mening. Når det gjelder utvikling av kompetanse er det viktig at barn og unge får oppgaver som harmonerer med deres muligheter. Å være til nytte, få og ta ansvar og utfolde nestekjærlighet øker følelsen av egenverd, noe den moderne barnehverdagen ofte gir liten plass til. Å møte og mestre motgang relaterer Sommerschild til Antonovskys tre elementer – forstå situasjonen,



ha tro på å finne løsninger, og å finne mening i å forsøke på det. I følge Sommerschild kan man ved hjelp av denne modellen se hva som trengs å styrkes, og hvor man bør gå inn for å supplere når opplevelsen av egenverdet er dårlig. Med en god egenverdsfølelse, enten selvutviklet eller hjulpet fram kan barnet/den unge kunne møte livet med motstandskraft (Sommerschild, 1998).

I sine møter med barn og unge opplever helse-søstre ofte at tema knyttet til tilhørighet og identitet er underliggende hos dem som har de største problemene. Økt mobilitet og økende antall samlivsbrudd gjør at mange barn ofte skifter miljø og venner. «Storfamilien» bor ofte spredt. Venner og vennskap, får etter hvert som man blir eldre, større betydning enn familien for mange. Foreldre, venner, skolen, fritidsarenaene og de sosiale mediene kan bidra til tilhørighet, men også utenforskap.

Også i Norge ser vi økende sosial ulikhet i helse, manglende integrering og tilhørighet, ekstremisme og radikalisering i enkelte miljø. Mangelfull tilhørighet, marginalisering og sosial ulikhet rammer særlig barn og unge, i en alder og i livsfaser der gode helse- og livsvaner etableres. Det tilsier en sterk satsing på barn og unge generelt og i denne sammenhengen på helsestasjon- og skolehelsetjenesten spesielt. Gjennom nettverksgrupper på helsestasjonen og i skolen, foreldreveiledning, trivselsfremmende tiltak i samarbeid med elevråd og skole, og gjennom oppsøkende arbeid blant foreldre (hjemmebesøk) og barn og ungdom (på skolen og fritidsarenaene), kan tjenesten være en bidragsyter i forhold til å skape tilhørighet og inkludering. Dette skjer, og må skje, i samarbeid og dialog med frivillige aktører og organisasjoner lokalt.

Eksempler

HOME-START FAMILIEKONTAKTEN (HSF) er et familiestøtteprogram hvor frivillige besøker småbarns-familier med minst et barn under skolealder, 2-4 timer i uken. Det er familien som selv definerer hva de trenger støtte til. Ideen bak HSF er at familien har behov for en likeverdig person som selv har foreldrerfaring, og som kan dele gleder og sorger med familien. Flere helsestasjoner har et systematisk samarbeid med HSF.

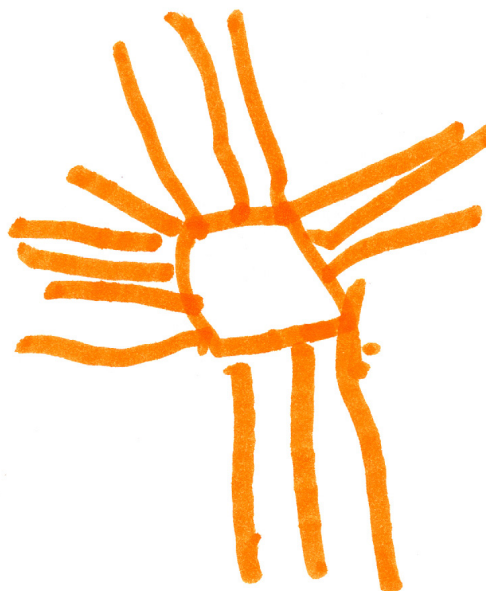
Kilde: <http://home-start-norge.no/>

I NOME KOMMUNE satser skolehelsetesøster og NAV på å forebygge konsekvenser av barnefattigdom. Gjennom elevsamtale og helseundersøkelse avdekkes behov, og familien tilbys hjelp til å søke om bistand fra NAV. Dette kan være bistand til å delta på fritidsaktiviteter eller til kjøp av utstyr. Helsesøster disponerer fribilletter til kino, svømmehall og teater som barna kan benytte for å delta på sosiale aktiviteter med sine jevnaldrende.

Kilde: Nome kommune - årsrapport fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten. 2013

6.1.2 Livsmestring

Aron Antonovsky (1987, i Espenes og Lindstrøm, 2014) laget en forståelsesramme for stress som en naturlig forekommende del av livet og at disse faktorer og påkjenninger påvirker utviklingen av helse. Disse faktorer kan være dårlige livsforhold, sykdom, problemer i familiesituasjonen, dårlige oppvekstmiljø, det vil si alt som bringer disharmoni og tensjon. Det avgjørende for helseutviklingen er da om barn og unge har tilstrekkelige ressurser som trengs for å hankses med de stressorer som forekommer i et vanlig liv. Om ressursene finnes og kan benyttes, vil påkjenningene mestres og det vil resultere i en utvikling mot helse. Dette gjelder ikke bare enkeltmennesker, men også familier og lokalsamfunn (Espenes og Lindstrøm, 2014).



Faktaboks

15–20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer. Omtrent åtte prosent av barn og unge har så alvorlige problemer at det tilfredsstillende kriteriene til en psykisk lidelse (Heiervang, 2007, Wichstrøm, 2012, Mykletun, 2009).

Kilde: Folkehelse rapporten 2014, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110703>

Om psykiske problemer øker blant unge, gir forskningen ingen tydelige svar på. Generelt er depresjon og angst de vanligste plagene blant ungdom. Jenter er mer plaget og oppsøker oftere hjelp enn gutter. Undersøkelsen Ung i Stavanger viste at 17 prosent av jentene fortalte om et negativt kroppsbilde i 2013, mot 12 prosent i 2010. I tillegg svarer en av tre jenter at de er misfornøyd med måten de lever livet sitt på. I 2010 var det en av fire som svarte det samme.

Kilde: www.ungdata.no og NOVA-rapport 2/2014

Telemarkforsknings analyse av Ungdata 2013 oppsummerer at følgende fire variabler har størst betydning for ungdommenes selvopplevde psykiske helse: Læringsmiljø på skolen, foreldrerelasjon, alder og kjønn. Fysisk aktivitet, venne-relasjoner og deltakelse i organisasjoner og lag har svakest effekt på helsesituasjonen.

Kilde: Vardheim, Ingvild (2013) Ung i Vestfold 2013. TF- rapport 324. www.telemarkforskning.no

KoRus Sør sin analyse av Ungdata 2014 konkluderer: Vi finner støtte for at psykiske plager både er en konsekvens av marginalisering eller tilknytning til viktige arenaer som hjem og skole, at det skyldes et forventningspress hos ungdommene selv eller i omgivelsene, og at det kan ha sammenheng med ungdommenes egenvalgte adferd. Det betyr at omfanget av psykiske plager ikke nødvendigvis har én årsak, men kan ha flere og sammensatte årsaker.

Kilde: Møller, G og Berntsen, A (2014) Ungdata i region sør 2013-2013, www.borgestadklinikken.no

Antonovsky (1987, i Espenes og Lindstrøm, 2014) hevdet at stressende og vanskelige hendelser var noe som er allestedsværende og som er et uunn-gåelig aspekt i alle menneskers liv. Vanskelige og stressende livshendelser blir derfor ikke sett på som utelukkende negative og sykdomsfremkal-lende, men noen ganger som helsebringende avhengig av stressorens karakter og menneskets evne til å mestre og løse stressoren på en tilfredsstillende måte (Moksnes 2014). Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er sentral i folkehelsearbeidet, hvor folks evne til å ta i bruk egne ressurser er en viktig faktor i personlig utvikling og i det å utvikle god helse. I helsesøsters møter med barn, ungdom og foreldre fremheves betydningen av å fokusere på mestring. Det å ta i bruk et ressursorientert per-spektiv innebærer en mer aktiv brukerrolle ved at ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen mobiliseres og utnyttes (Aune & Olufsen, 2014). Barn, ungdom og foreldre blir dermed en ressurs i eget liv og lokalsamfun-nets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir en støtte for hverandre. Sosial støtte er viktig for det å mestre.

Det er derfor viktig for helsesøster tidlig å kartlegge og forstå barn, unge og foreldres helhetlige behov og ressurser, gi informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem og ta et større ansvar for eget liv. Brukermedvirkning betyr imidlertid ikke at helsesøster fratras eller kan fraskrive seg sitt faglige ansvar. Brukernes erfa-ringskunnskap må balanseres opp mot ekspert-kunnskap (Rannestad og Haugan, 2014).

Kvarme (2011) viser til en positiv sammenheng mellom generell mestringsforventning og helsere-latert livskvalitet hos skolebarn. Hennes forskning viser at skolen er en viktig arena for å fremme helse og velvære hos skolebarn. Elever som er sosialt til-baketrukkne eller mobbet, er sosialt sårbare i sko-lesituasjonen. Sosialt sårbare barn er utsatt for lav livskvalitet og mestringsforventning. Videre peker hun på at helsesøstertiltak basert på løsningsfoku-serte grupper hadde effekt på de stille barnas tro på seg selv. Kvarmes konklusjon er:

«Sosialt sårbare skolebarn trenger hjelp fra skolen og skolehelsetjenesten. Elever som mobbes ønsket hjelp til å få stoppet mobbingen umiddelbart. Løsningsfo-kuserte grupper kan øke mestringsforventningen til sosialt tilbaketrunkne barn. Å fremme helse gjennom å skape et trygt og inkluderende skolemiljø, er en vik-tig oppgave for helsesøster i samarbeid med skolen, familien og skolebarna.»

6.1.3 Foreldrekompetanse i et moderne samfunn

Vi lever i et samfunn med stort mangfold hvor endringer skjer fort, både innen økonomi, kunst, kultur, klima, tekniske nyvinninger, helse og fami-liestruktur. Hva som anses som god foreldrekom-petanse vil variere med hva som anses som familie, hvilken samfunnsstruktur man har vokst opp med, hvilken religion man tilhører og i hvilken sosial klasse man befinner seg i. Generelt kan det sies at foreldrekompetanse vil innebære å ha kunnskap om barns vekst og utvikling, ferdigheter i forhold til å oppdra og ha omsorg for barn, og holdninger til barnet som ivaretar det på best mulig måte.

Selv om de fleste barn fortsatt bor med sine to biologiske foreldre, er det stadig flere voksne som bor sammen med barn som de ikke er biologiske foreldre til og stadig flere bor sammen med egne barn på deltid (Lyngstad og Kitterød, 2014). Sam-tidig er nær alle foreldre i arbeid i varierende stil-lingsprosenter, og oppdragelsen og omsorgen blir i stor grad de første leveårene etter fylte 1 år iva-retatt av barnehagelærere og assistenter og/eller aupairer (Sollund, 2010). 90 % av barn mellom 1 og 5 år går i barnehage (Bjørkli og Moafi, 2014). Mange foreldre får altså i dag liten tid til å bli kjent med barna sine, og foreldre som er flyttet fra hver-andre kan med bakgrunn i egen oppvekst og sin egen kjennskap til barnet ofte ha ulik oppfatning av hva som er god oppdragelse og omsorg. Å være to mammaer eller to pappaer som skal dele på for-eldrerollen kan også være utfordrende, da det så langt er få slike foreldremodeller å støtte seg til.

Det norske lovverket har gitt barn stadig flere ret-tigheter (Barne- likestillings- og inkluderingsde-



partementet, 2014). Barn fra andre kulturer enn den nordiske vil kunne ha en annen status i familien (Lopez, 2007), og bli gjenstand for en annen oppdragsform enn den norske. Barna vil kunne vokse opp med et annet verdsett og andre regler. Foreldrene vil være farget av sin egen kultur når det gjelder hva som er best for barnet og hva som er å være gode foreldre. Med denne referanserammen møter de vårt samfunns forventninger til foreldrerollen.

Vår norske foreldremodell er kombinert med selvutvikling. De skal være gode foreldre samtidig som de skal være dyktige arbeidstagere, oppmerksomme kjæresten, delta i sosiale sammenhenger, gjerne trene selv og i hvert fall delta i barnas fritidsaktiviteter. Dette mestrer de fleste foreldre. Selvtilliten blir imidlertid utfordret når nybakte mødrebloggere fronter en mammamodell som flatmaget, veltrent og velpolert framfor kjærlig og omsorgsfull (Treborg og Øverbø 2013). Kommentarene er bifallende og misunnelige. Nettsider forteller foreldre at barna spiser bedre og sunnere dersom de får såkalte «designermatpakker» (Gran, 2012), og de reklamerer for overvåkingsutstyr som gjør det mulig for foreldre å følge med barna sine fra andre siden av jordkloden (Sæther 2011). De tekniske nyvinningene gir foreldre muligheten til et sårt tiltrengt pusterom, men åpner samtidig opp for å legge enda flere aktiviteter til kalenderen. Med en app på Iphone'en (lbaby) kan barnet via en monitor videofilmes samtidig som det kan fjernkommuniseres toveis (Nygard-Hansen, 2012), og foreldre «lokkes» inn i et digitalt forhold til sine egne barn fra de blir født.

Foreldre og barn er i dag ofte mentalt til stede på digitale arenaer istedenfor eller i tillegg til der de fysisk er til stede (Norsk mediebarometer, 2010), (Medietilsynet, 2014). Blikkontakt, fysisk kontakt, grensesetting og konsentrert oppmerksomhet fra foreldre over tid, er viktige faktorer i oppdragelsen (Campbell, 2007) som er truet med å bli «deletet». Hvilken konsekvens dette vil ha for sosialt samvær og evne til å knytte personlige kontakter i fremtiden gjenstår å se. Motstykket til dette er de overaktiviserte barna som knapt

har en ledig kveld gjennom hele uka, og som er helt uforstående til begrepet «kjede seg» (Klem, 2013). For disse barna kan skjermtid oppleves som en frisoner hvor de kan gjøre hva de vil selv.

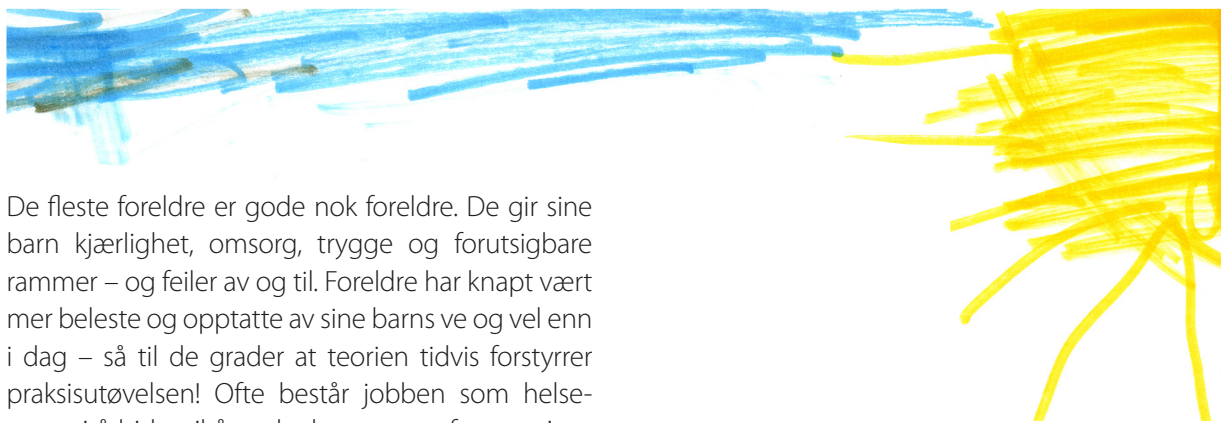
Styrking av foreldrerollen er en sentral oppgave for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I et pluralistisk samfunn som vårt med ulike oppfatninger av hva godt foreldreskap innebærer kan helsestasjonen og skolehelsetjenesten med nær 100 % brukeroppslutning være en viktig arena for samtale, drøfting og veiledning rundt dette temaet. Samtidig kan utrygge familier fanges opp og tilbys hjelpetiltak i en tidlig fase. Førsteamanuensis og helsesøster Anne Clancy mener at helsesøsters faglige breddekompetanse styrkes gjennom antall «normalunger» hun ser og gjennom de personlige møtene med barn, ungdom og foreldre. Ved å verbalisere de observasjonene og vurderingene helsesøster gjør i konsultasjonene, bidrar hun til å trygge og opplyse foreldre, ungdom og barn (Clancy, 2012). Førsteamanuensis og helsesøster Esther Hjälmhult har i flere studier pekt på hva nybakte mødre/foreldre har behov for og ønsker av informasjon og oppfølging fra helsestasjonen (Hjälmhult og Økland, 2012).

Eksempel

HELSESTASJONSPROGRAMMET SAMMEN FORELDRE OG BARN

- et ledd i Foreldreveiledningsprogrammet - er utviklet i regi av Bufdir og tilbys ved en rekke helsestasjoner. En internasjonal ekspertgruppe har evaluert programmet og deres rapport fra 2011 viste blant annet økt foreldreengasjement overfor barna, mindre angst og sinne, og en hyggeligere atmosfære i hjemmet. 8 tema for godt samspill danner grunnlag for dialogen mellom helsesøster og foreldrene

Kilde: www.bufetat.no/foreldrerettleiing/



De fleste foreldre er gode nok foreldre. De gir sine barn kjærlighet, omsorg, trygge og forutsigbare rammer – og feiler av og til. Foreldre har knapt vært mer beleste og opptatte av sine barns ve og vel enn i dag – så til de grader at teorien tidvis forstyrrer praksisutøvelsen! Ofte består jobben som helse-søster i å bidra til å senke kravene og forventningene foreldre stiller til seg selv. Vi må vokte oss for å gjøre omsorg for og oppdragelse av barn så vitenskapelig og komplisert at det kun kan overlates til «eksperter». Noen foreldre trenger i korte perioder hjelp og råd i forhold til vanlige vansker med vanlige barn. Noen familier har større og til dels svært store utfordringer, enten som følge av forhold hos barnet, hos foreldrene eller på grunn av livshendelser som skaker familien. Ikke sjelden blir barna symptom-bærere på det som er galt i familien, og innsatsen kan lett rettes mot symptomene mer enn årsaken. Disse familiene trenger tilpassede veilednings- og behandlingsprogram. Ofte er problemene av en slik karakter at det må iverksettes avlastning, hjelp i hjemmet, økonomisk bistand og helsehjelp – det holder ikke bare å skolere foreldre.

6.1.4 Samlivsbrudd – krevende for både barn og foreldre

Et samlivsbrudd gir både barnet og foreldreskapet nye utfordringer. Noen foreldre klarer å ivareta en god dialog og et godt samarbeid både under og etter bruddet. Helsesøstre erfarer imidlertid at stadig flere barn preges av foreldrenes ofte opprivende og til dels uforsonlige konflikter (Pedersen, 2014). De kan oppleve å ikke bli sett fordi foreldrene har nok med sine egne problemer. De kan bli brukt som et mellomledd og en budbærer i kommunikasjonen mellom foreldrene. Lojaliteten til foreldrene blir satt på en prøve og kan bli en belastning for barnet. Mange sliter med skyldfølelse for det som er skjedd, men vil ikke fortelle foreldrene at de har det vanskelig av frykt for å tillegge foreldrene ytterligere bekymringer.

Å samarbeide om fortsatt å være gode foreldre etter opprivende konflikter er krevende og fordrer at begge er villige til å inngå kompromisser. I tråd

med likestillingsutviklingen opplever begge foreldre seg som likeverdige foreldre og like viktige for barna. Dette fører til flere konflikter knyttet til å regulere samværet med barnet, og konfliktfylte forhold etter en skilsmisse ser ut til å være en av de viktigste risikofaktorene for problemutvikling hos barna (Rød, Ekeland og Thuen, 2008).

Faktaboks

Hvert år opplever 25-30 000 barn at foreldrene flytter fra hverandre. Antall ekteskapsinngåelser har de siste 5 årene sunket med nær 4 %, mens antall skilsmisser i samme tidsrom har sunket med nesten 5 %. Antall samboere har økt gradvis fra 1980-tallet til i dag, men holdt seg stabilt på rundt 25 % av dem som lever i samliv de siste 10 årene. Økningen har vært sterkest i aldersgruppen 30-50 år. Samboere med barn flytter fra hverandre tre ganger så hyppig som de som er gift.

Tre av fire barn i Norge bor sammen med begge foreldrene. Andelen er litt lavere blant ungdom. Av 17-åringene er det 68 prosent som både bor med mor og far.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no og www.ungdata.no

I mange kommuner tilbys nå samtalegrupper for barn og unge som har opplevd samlivsbrudd på skolene i et samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten (Egge, H og Glavin, K, 2014). Familievernkontorene tilbyr «Fortsatt Foreldre»-kurs, hvor foreldrene lærer å legge parforholdet bak seg, og

fortsett å være gode foreldre etter bruddet, også det ofte i samarbeid med skolehelsetjenesten. En felles utfordring i arbeidet med oppløste familier er å bidra til at barnet settes i fokus for avgjørelser som angår han eller henne, og at foreldrenes behov settes til side.

Eksempel

SAMTALEGRUPPER FOR SKILSMISSEBARN I SKOLEN

PIS-programmet (Program for implementering av skilsmissegrupper i skolen) er et forebyggende og helsefremmende gruppetilbud for elever som har opplevd skilsmisse, tilpasset alder gjennom hele skoleløpet. Gruppene arrangeres de fleste steder av skolehelsetjenesten og skolen i fellesskap. Veiledningsmaterialet bygger på Ken Heap's gruppeteorier (2005), LØFT (Haaland 2005) og Antonovskys helsefremmende tenkning (2012). Evaluering viser at barna som deltar i skilsmissegrupper blir flinkere til å sette ord på det de opplever som vanskelig overfor venner og foreldre, samtidig som gruppedeltagerne blir et støttende nettverk for hverandre i skolehverdagen.

Flere steder tilbys også temakvelder for foreldrene, der erfaringer fra samtalegruppene formidles.

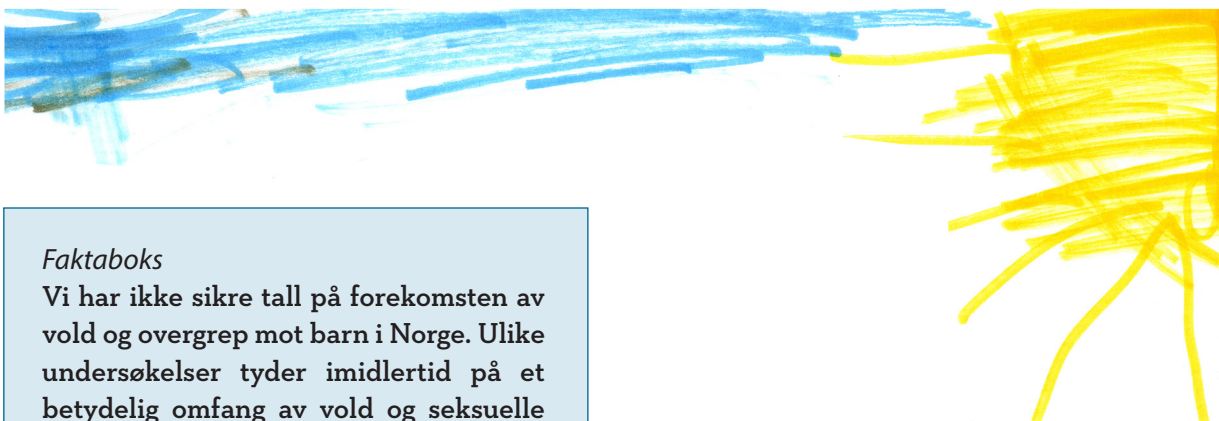
Anne Randi Pedersen (2014) fant i sin mastergradsoppgave med tittelen «*Det enkelte barn er ikke vant til det*», at helsesøstre ønsker kontakt på et tidlig tidspunkt etter at et barn har opplevd samlivsbrudd, mens de i realiteten ikke blir kontaktet før barna har utviklet problemer. Dette er bekymringsfullt fordi denne problematikken opptar en stor del av helsesøstres tid. Pedersen's håp er at foreldre tilegner seg mer kunnskap om både voksne

og barns reaksjoner etter et samlivsbrudd, slik at de kan forstå barnas behov for å snakke med noen utenfor hjemmet om det de har opplevd.

Pedersen (ibid.) understreker betydningen av at det finnes et samtaletilbud på skolene som favner alle barn og unge som opplever samlivsbrudd, uansett problemomfang. Allerede ved skolestart bør tilbudet markedsføres muntlig og skriftlig av helsesøster på foreldremøte, og foreldrene må, dersom et samlivsbrudd skulle oppstå, oppfordres til å ta kontakt med skolen eller helsesøster tidlig for å vurdere om dette kan være et aktuelt tilbud for deres barn.

6.1.5 Vold og omsorgssvikt

Vold og seksuelle overgrep kan gi både fysiske og psykiske helseproblemer hos den enkelte både i barneårene og som voksen. Det er både et folkehelseproblem og et betydelig samfunnsproblem. Barneombudet viser i sin rapport *Helse på barns premisser* (Barneombudet 2013) til at beregninger tilsier at vold i nære relasjoner koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder årlig. Systematisk forebygging, trygghet og mot til å gripe inn er derfor av største betydning, både for det enkelte barn og ungdom, for familiene og for samfunnet som helhet. Kontinuitet, tilstedeværelse over tid og opparbeidelse av tillit er av vesentlig betydning. Helsesøster har en viktig rolle i å gi barn og unge kunnskap om hva som er normalt og akseptabelt i forhold til omsorg i en familie, i forhold til egen kropp og seksualitet. En helsefremmende strategi på dette bidrar til å gjøre terskelen lavere – både for helsesøster å ta opp tema vold og overgrep, og for barn, unge og foreldre å fortelle om dette. Flere undersøkelser tyder på at forekomsten av vold mot barn og ungdom er høyere i minoritetsfamilier (Redd Barna, 2013). Helsesøstre i vår undersøkelse peker på at tema knyttet til grensesetting, avstraffelsesmetoder og oppdragervold, samt forståelse av konflikthåndtering er gjennomgående tema i konsultasjoner med minoritetsforeldre, og oppleves utfordrende.



Faktaboks

Vi har ikke sikre tall på forekomsten av vold og overgrep mot barn i Norge. Ulike undersøkelser tyder imidlertid på et betydelig omfang av vold og seksuelle overgrep av ulik alvorlighetsgrad. Dårlig familieøkonomi synes særlig å være forbundet med erfaringer med vold, mens rusproblemer hos foreldrene er forbundet med erfaringer med seksuelle krenkelser (Mossige og Dyb 2009). Fra 2008 til 2012 har antall årlige barnevernstiltak økt med 20 % og teller nå over 53 000.

Kilde: Helse på barns premisser, Barneombudets fagrapport 2013- http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_på_barns_premisser.pdf

Eksempel

Å SNAKKE OM VOLD

Helsesøster Solveig Ude i Oslo innkaller alle førsteklassinger til samtale sammen med foreldrene. Først snakker hun med barnet mens foreldrene har fått beskjed om å tie. Hun spør barnet om hva som gjør henne glad, hva som gjør henne trist og redd og hvordan foreldrene er når de er sinte. Hun avslutter samtalen med å spørre om foreldrene slår henne. Etter at barnet har gått tilbake til klasserommet snakker helsesøster med foreldrene. «Så bra at du har oppdratt en datter som er så trygg at hun forteller dette», kan hun si til dem. Enten det er vold eller mindre alvorlige ting blir de fleste foreldrene overrasket når de får høre hvordan barna opplever situasjonen i familien. Mange er villige til å endre måten de oppdrar barna sine på når de får innsikt i problemenes kjerne.

En rekke fagfolk og politikere har den siste tiden satt søkelyset på offentlig ansattes plikt til å melde fra om mistanke om vold og overgrep mot barn. En etterforskningsleder i Kripos sier i en kronikk i Aftenposten (Svang, 2014) følgende om helsesøsters og helsestasjon- og skolehelsetjenestens rolle i dette arbeidet:

«Jeg pleier å si til de helsesøstrene vi er i kontakt med at de kanskje er noen av de viktigste personene i barns liv de første leveårene, når en ser bort fra de nærmeste omsorgspersonene. Ansatte ved helsestasjonene kan både se, ta på og mene noe om et barns levestandard og utvikling – uten at de tilhører familie eller nære venner. Vi opplever fra tid til annen saker hvor helsesøster er den eneste som har sett barnet, bortsett fra mor og far. Deres opplysninger i en etterforskning kan ofte være avgjørende for om politiet kommer i mål – nettopp fordi de har anledning til å være «tett på» hele veien. Jeg vet at helsestasjoner og helsesøstre gjerne skulle fulgt opp i enda større grad enn det de har anledning til i dag – og de må gis den muligheten.»

I høring i Justiskomiteen i mars 2015, pekte Norsk Sykepleierforbund på at barn under ett år er mest utsatt for vold og overgrep. I barnets første leveår er helsestasjonen den eneste offentlige instansen, og helsesøster den fagpersonen som systematisk og regelmessig observerer barnets helse og utvikling, og har jevnlig kontakt med barnets omsorgspersoner. Dette gir både unike muligheter til, og ansvar for, å avdekke vold og omsorgssvikt mot de aller yngste barna. NSF støtter flere forslag for å styrke innsatsen for å bekjempe vold og overgrep mot barn (NSF, 2015a), som en konkretisering av regjeringens tiltaksplan (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014a).

Faktaboks

Andelen røykere både blant ungdom og voksne har gått markant ned fra årtusenskiftet til i dag.

87 % av unge* oppgir å aldri ha røykt. Samtidig har andelen unge som snuser, gått opp. Hele 26 prosent menn og 13 prosent kvinner mellom 16 og 24 år snuser daglig. Økt snusing oppveier likevel ikke tilbakegangen i røyking, og bruken av tobakk har samlet gått tilbake.

Til tross for at voksne drikker mer alkohol enn tidligere, har de unges bruk av alkohol flatet ut, og fra årtusenskiftet vist en tydelig nedgang. Av variablene som måler ungdommenes helseatferd er alkoholvaner og matvaner de som har størst betydning for ungdommenes psykiske helse .

Etter en økning i bruken fram mot 2000, har vi sett en markert nedgang det siste tiåret i bruken av hasj og marijuana i aldersgruppa rundt 15 år. Stoffer som kokain, ecstasy og heroin har bare marginal utbredelse. Tallene viser at 14-18-åringene både i Oslo vest og Asker og Bærum selv oppgir at de drikker mer alkohol og bruker mer hasj enn andre steder.

*I Ungdata er «unge» ungdom i ungdomsskole og videregående skole.

Kilde: www.ungdata.no og Folkehelse rapporten 2014, www.fhi.no

Kilde: Vardheim, Ingvild (2013) Ung i Vestfold 2013. TF- rapport 324. www.telemarkforskning.no

Eksempel

FOREBYGGE FILLERISTING

Informasjonsprogrammet «Din fantastiske baby» skal forebygge filleristing av barn. Filleristing eller Shaken baby syndrom er et resultat av mishandling av spedbarn og småbarn. Barnet ristes så kraftig at det forårsaker nakkeslengskader, akutte skader i hjernevevet og kan medføre blødninger utenpå hjernen og i øynenes netthinner. Programmet gir råd til nybakte foreldre om hvordan man takler frustrasjon når barnet gråter. Informasjonsprogrammet er basert på kunnskap og erfaringer fra andre land, og utviklet i samarbeid mellom Stine Sofie Stiftelsen og Norsk Barnelegeforening. LaH NSF har bidratt med innspill i den innledende fasen. «Din fantastiske baby» distribueres til foreldrene via landets fødeavdelinger og helsestasjoner.

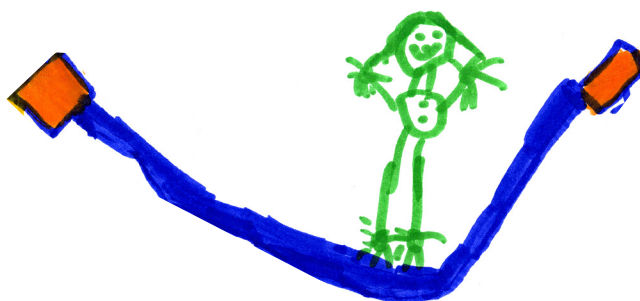
6.1.6 Rus og tobakk

I Stortingsmeldingen «Se meg!» fra 2012 anslås det å være 50 000 til 150 000 barn i Norge som bor sammen med foreldre med et risikofylt alkoholkonsum. Det vil si om lag 4–5 prosent av barn og unge under 18 år, avhengig av hvilke kriterier man legger til grunn for et risikofylt alkoholkonsum. Det er stor enighet i befolkningen om at man bør være varsom med alkohol når man er sammen med barn og unge. Seks av ti voksne mener at man bør la være å drikke alkohol i samvær med barn. Kvinner støtter alkoholfritt samvær i større grad enn menn. De som er mest liberale til alkoholkonsum med barn finner man stort sett i byer, og blant grupper med høy utdanning og inntekt (Eriksen, 2014). Rusbruk er et tema i helsesøsters sine konsultasjoner, både i forhold til foreldre, barn og ungdom. Innfallsvinkelen vil være ulik. I barnets første leveår vil eksempelvis rus og tobakksbruk i forhold til amming, passiv røyking/astma og egen helse være tema. De mindre barna er ofte opptatt av om,

eller at foreldre røyker eller drikker. Dialog med foreldre om hvordan deres alkoholbruk påvirker barnet er viktig. For mange unge inngår utprøving av alkohol og andre russtyper i overgangen fra ungdom til voksen.

Helsesøstre møter ungdom som har hatt sex i ruspåvirket tilstand. Rus kan føre til at grenser utfordres, og at risikoen for uønskede hendelser blir større. Noen har slurvet med prevensjonsbruken, noen har hatt tilfeldig sex, noen har opplevd å gå langt utover sine grenser og andre igjen har opplevd seksuelle krenkelser og/eller voldtekt. Helsesøstre erfarer at ungdom som har hatt mulighet til å reflektere over egen seksuell helse, som har skaffet seg prevensjon og som har kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), i større grad evner å bruke kunnskapen de har samt å etterkomme egne grenser og holdninger selv under ruspåvirkning. Dette bekreftes til dels i en doktorgradsavhandling om ungdoms prevensjonsbruk (Myklestad, 2007).

God handlingskompetanse hos de unge og lett tilgjengelige lavterskel helsetilbud er viktig. Undervisning og tematisering av rus og seksuell helse bør være gjennomgående både i ungdoms- og videregående skole. Det vil kunne bidra til styrking av de unges egenmestring og handlingskompetanse. Samtidig signaliserer det at helsetjenesten tar temaet på alvor og erkjenner at de erfaringer mange unge gjør i forhold til rus og sex, kan få konsekvenser for den enkeltes psykiske helse. På klassenivå kan man nå ut med tiltak rettet mot både gutter og jenter, noe som er viktig for å imøtekomme hele ungdomspopulasjonen.



I dag er det flest jenter som kontakter skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2010a). Rus i nære relasjoner er et følsomt tema. Vi erfarer at bekymring for mor eller far, venn eller klassekamerat, eller egne bekymringer kan være vanskelig å ta opp. Med et lavterskeltilbud som er tilgjengelig og med åpningstider og ressurser som kan møte de unges behov, kan det være lettere for den enkelte elev/ungdom å oppsøke hjelp når det er behov for det.

Eksempel

FAMILY NURSE PARTNERSHIP (FNP)

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet skal som en oppfølging av strategien «Barndommen kommer ikke i reprise» - om bekjempelse av vold og overgrep mot barn og ungdom, iverksette et pilotprosjekt med utprøving av modellen FNP. FNP er et intensivt oppfølgingsprogram for førstegangsfødende i risikogrupper med 64 hjemmebesøk av spesialutdannede sykepleiere fra tidlig i svangerskapet og frem til barnet fyller 2 år. Programmet er utviklet i USA, og har et utpreget ressurs- og styrkefokus, og bygger på brukernes iboende styrker gjennom terapeutiske relasjoner og atferdsendrende metoder. Landsgruppen av helsesøstre NSF er i dialog med direktoratet rundt utvikling av modellen til norske forhold.

Kilder: <http://fnp.nhs.uk/>
http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Brosjyrer_BUA/barndommen_kommer_ikke_i_reprise.pdf

6.1.7 Overvekt og inaktivitet

Forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge øker i Norge, og skyldes i hovedsak for lite aktivitet og for kaloririk kost (Folkehelseinstituttet, 2013). Overvekt og fedme fører til sykdom og negative psykiske helsekonsekvenser som resulterer i redusert livskvalitet og høye kostnader for helsevesenet. I dag rammes unge overvektige av sykdommer man tidligere fikk i sin alderdom (Øen, 2012).

Faktaboks

Ett av seks barn har overvekt eller fedme. Forekomsten ser nå ut til å ha stabilisert seg etter flere år med økning. Én av fem ungdommer på ungdomsskolen er overvektige, og én av fire ungdommer på videregående skole er overvektige. Forekomsten av overvekt er 50 prosent høyere blant barn på landsbygda sammenliknet med barn i byer. Andelen med overvekt er 30 prosent høyere blant barn av mødre med lav utdanning sammenliknet med barn av mødre med høy utdanning.

Om lag 9 av 10 av alle 6-åringene, nesten 8 av 10 av alle 9-åringene, og halvparten av alle 15-åringene oppfyller anbefalingene om 60 minutter moderat fysisk aktivitet daglig. 9- og 15-åringene i 2011 var mer inaktive enn 9- og 15-åringene i 2005/06. I alle aldersgruppene er guttene mer fysisk aktive enn jentene. Forskning viser at det er like mange ungdommer som trener i dag som for 20 år siden. Det er i dag små kjønnsforskjeller i trening samlet sett.

Kilde: Folkehelse rapporten 2014, www.fhi.no og www.ungdata.no

Det er helsestasjon- og skolehelsetjenestens oppgave å fange opp vekstavvik så tidlig som mulig gjennom rutinemessige helseundersøkelser i nasjonalt program og gi veiledning og råd alene eller i samarbeid med andre (Helsedirektoratet, 2010 c ; 2010 d). Helsesøsters oppgaver er sammensatt, fra samtaler der motivasjon, selvfølelse, kropp og helse vektlegges, til å bidra til gode måltidsrutiner, valg av næringsrik mat og passe porsjonsstørrelse, til veiing og måling av barnet. Videre å legge til rette for at alle barnefamilier oppdager og ønsker å benytte tur og lekeområder i nærmiljøet. En viktig oppgave for helsesøster er å bringe sin kunnskap inn i samarbeidet med andre etater slik som barnehage, skole, frivillige organisasjoner, kultur, miljø og bygningsetaten. Slikt arbeid er i tråd med rapporten *Samfunnsutvikling for god helse* hvor det påpekes at helsetjenestene må satse på det brede folkehelsearbeidet, det vil si innsatser som ikke primært er rettet mot dem som allerede har det vanskelig (Helsedirektoratet, 2014e).

Noe av intensjonen med gjeninnføring av veiing og måling på bestemte alderstrinn i 2011 var å bidra med lokale data til en nasjonal oversikt over vektutviklingen blant barn og unge. Det er imidlertid ikke utviklet system for rapportering av slike data. Landsgruppen av helsesøstre motsatte seg innføringen av veiing, med bakgrunn i at det ikke fulgte med ressurser til oppfølging. Mangel på ressurser har resultert i store lokale forskjeller i om og hvordan barn og unge med over-/undervektsproblematikk følges opp. Vi har i dag for liten kunnskap om virksomme tidlige tiltak i forhold til vektproblematikk. Nyere forskning tyder på at overvekt kan predikeres på et tidlig alderstrinn (Glavin, Roelants, Strand, Júliusson, Lie, Helseth, Hovengen, 2014). Dette bør få konsekvenser for når og hvordan helsestasjonen tilnærmer seg denne tematikken.

Eksempler

AKTIVE FORELDRE FOSTRER

AKTIVE BARN

Helsesøstre over hele landet samarbeider med skolen og FAU om å få flere barn og unge til å gå eller sykle på trygge veier til og fra skolen. Flere skoler har i samarbeid med helsesøster innført «Røris» - et program for å få inn hverdagsaktivitet i skolehverdagen.

BÆREMEISGRUPPER

På Hitra tilbyr helsestasjonen «bæremeisgrupper» for alle fedre som starter pappapermisjon. De får låne bæremeis på helsestasjonen. Fedrene får teste ut bruk av bæremeis og tar turer til steder i nærmiljøet det er fint å ta med barna.

INTERAKTIVT

Lokal faggruppe av LaH NSF i Østfold har utarbeidet et samlet interaktivt dokument innen ernæring og fysisk aktivitet, med utgangspunkt i veilederens anbefalinger. I tillegg er det lagt til hyperkoblinger der man kan finne fordypninger i temaet (for eksempel metodebeskrivelser), bestilling til aktuelle brosjyrer, undervisningsmaterieell om nøkkelhullet, lokale idrettsforeninger med mere. Det interaktive dokumentet er sendt ut til de 18 kommunene i Østfold.

FRA ØNSKE TIL HANDLING

Helsesøster Cecilie Dangmann har med midler fra Helsedirektoratet utviklet et samtaleverktøy for å håndtere overvekt i primærhelsetjenesten, basert på de kommende retningslinjene, endringsfokusert veiledning og motiverende samtaler.

Kilde: <https://sykepleien.no/2012/02/snakker-om-overvekt>



6.1.8. Seksualitet

Seksualitet, samliv og prevensjon er sentrale tema i helsesøsters arbeid. Dette er naturlige tema å ta opp i etterkant av fødsel, på hjemmebesøk og i konsultasjoner med foreldre på helsestasjonen. God seksuell helse er tema helsesøstre jobber med både blant foreldre til små barn i barnehage og skole, blant barn og ungdom, eksempelvis gjennom pubertetsundervisning i jente og guttegrupper, og blant voksne. Seksuell helse og prevensjon er også tema i helsesamtaler og undervisning helsesøstre gir i flyktningehelsetjenesten og ved asylmottak. Unge voksne trenger helsetilbud som står til deres geografiske og seksuelle mobilitet. For mange oppleves ikke fastlegen som et lett tilgjengelig lavterskeltilbud (Helsedirektoratet, 2010a). Utvidet rett til å forskrive prevensjon for helsesøstre og jordmødre, vil gjøre helsestasjonene i stand til å gi en helhetlig oppfølging av normale svangerskap. Jordmødre kan da avslutte oppfølgingen av mor med å gjennomføre seksuellerskontroll og tilby prevensjon. Helsesøstre kan følge opp prevensjonsbehov i videre dialog med mødre. Jordmødre og helsesøstre utfyller hverandre og har til sammen en unik kompetanse på kvinner og barns helse. Dette vil øke tilgjengeligheten for prevensjon, og blant annet bidra til at etniske minoritetsgrupper og grupper med særlig seksuell sårbarhet kan bli bedre i stand til å ivareta sin seksuelle helse og sine seksuelle rettigheter.

Faktaboks

Median seksuell debutalder for jenter ligger på rundt 16,5 år mens den for gutter ligger noe over 17 år. Større undersøkelser viser imidlertid at det er store forskjeller mellom ungdom i de ulike landsdeler. I Finnmark har for eksempel 36 % av guttene og nærmere halvparten av jentene sin seksuelle debut i 15 års alder. Tilsvarende tall fra Oslo er henholdsvis 23 % og 21 %.

Bruk av hormonell prevensjon - p-piller, p-sprøyte og nødprevensjon har økt i Norge fra år 2000. I 2013 hadde vi den laveste forekomsten av svangerskapsavbrudd blant jenter mellom 15-19 år siden registreringene startet i 1979. Fra 2012 til 2013 var det en reduksjon fra 11,4 til 10,1 svangerskapsavbrudd pr. 1000 kvinner i denne aldersgruppen. Abortforekomsten blant enkelte etniske minoritetskvinner over 25 år - spesielt blant kvinner med flyktningebakgrunn er betraktelig høyere enn blant kvinner med etnisk norsk bakgrunn.

I 2012 ble det diagnostisert 21 489 tilfeller av genitale klamydiainfeksjoner i Norge. Dette er en nedgang på 4.5 % fra fjoråret. Størst nedgang i antall tilfeller finner vi blant de yngste jentene (15-19 år).

Kilder: www.helsedirektoratet.no og www.fhi.no

Helsedirektoratet uttaler at «Ungdom og unge voksnes seksuelle liv har forandret seg radikalt siden 2000. Ungdom er mer fornøyd med sin seksualitet, de har tidligere sex, mer sex, mer eksperimenterende sex og sex med flere partnere» (Helsedirektoratet, 2010a). Helsesøstre møter all ungdom, og er på deres arena; både i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom (HFU). Det er viktig at de yngste og mest sårbare kan få prevensjon og veiledning av de helsepersonellgruppene de har mest tillit til (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

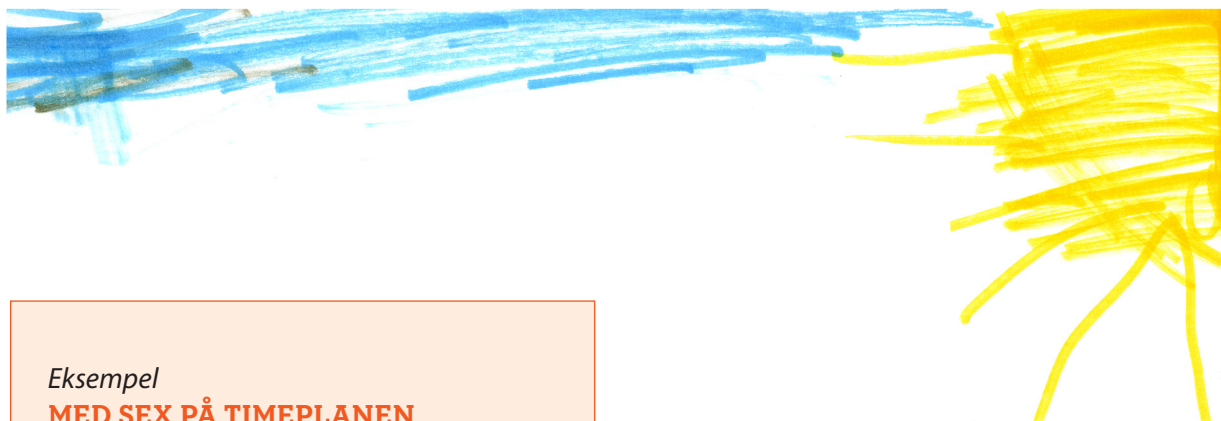
Eksempel

GUTTEBESØK PÅ HELSESTASJON FOR UNGDOM

I samarbeid med skolene i to bydeler har Helsestasjon for ungdom og studenter på Engen i Bergen som mål at alle 9. klasse gutter skal komme på besøk på Helsestasjon for Ungdom og studenter. Der møter de en mannlig sykepleier med sexologi som videreutdanning. Antall gutter i gruppen er 6-8. Lærer kan være med. Guttene får seksualundervisning, samtaler og omvisning på Helsestasjonen og får møte en helsesøster som jobber på HFU. De blir informert om hvordan det testes for klamydia, og om svarrutinene (på mobil). Erfaringen er at dette øker besøksraten for gutter på HFU. Flere gutter fra videregående skole forteller at deres besøk på HFU i ungdomsskolen, er av betydning for at de tør oppsøke tilbudet. Samtidig som dette foregår, får jentene i klassen tilbud hos helsesøster på skolen.

Seksualundervisningen i skolen er i dag variabel både i omfang og kvalitet. En arbeidsgruppe i regi av Røde Kors – hvor LaH NSF er representert - har utarbeidet krav til en bedre seksualundervisning gjennom hele skoleløpet. En god seksualundervisning må vektlegge langt mer enn prevensjon og forebygging av uønsket graviditet. I utvikling og gjennomføring av en god seksualundervisning har skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom sentrale roller, i tett dialog med ungdommen selv og med skolen.





Eksempel

MED SEX PÅ TIMEPLANEN

Helsesøstre i Sandnes kommune har utviklet og tatt i bruk et tverrfaglig undervisningsopplegg om samliv, seksualitet, prevensjon og kjønnsykdommer for 10. trinn. Opplegget er godt evaluert av både elever, lærere og helsesøstre – og lærere mener innholdet i temadagen følger læreplanen på en svært god måte.

Eksempel

SEMINAR OM SEKSUELL HELSE

I Bergen har Etat for helsetjenester, i prosjekt for bedre seksuell helse i Bergen i samarbeid med Fagavdeling skole, arrangert seminar for assistenter, lærere og helsepersonell i skolehelsetjenesten om seksuell helse. En dag med fokus på barnetrinnet og en dag for ungdomstrinnet. Seminarene handler om å styrke seksualitetens lyse sider – og skape forutsetninger for utvikling av seksuell autonomi og trygg seksuell identitet hos barn og ungdom. Temaene er knyttet til seksualitet forankret i læreplanverkets generelle del, i prinsipper for opplæring og i kompetansemål for ulike fag. Ungdommens byråd er samarbeidspartner. Seminarenes mål er både å øke fokus på barns helse knyttet til kropp og seksualitet og ungdoms seksuelle helse, og kompetanseheving og styrking av seksualundervisning for lærere og helsepersonell ved alle skoler med barne- og ungdomstrinn i Bergen kommune.

6.1.9 Frafall i videregående skole

Det er sjelden at elever slutter utelukkende på grunn av mangler ved skolen eller undervisningen. Årsakene er sammensatte og har gjerne sin opprinnelse lenge før både videregående - og ungdomsskole. I en kronikk skriver Per Anders Madsen (Aftenposten, 2010):

«Skolepolitikere tar for gitt at årsaken ligger et eller annet sted i skolesystemet, men kanskje ligger problemets kjerne et annet sted – i sosiale forhold utenfor skolen? Mistrivsel på ungdomstrinnet forklarer ikke frafallet noen år senere hvis begge deler er utslag av noe annet, utenforliggende.»

Det er dette «andre, utenforliggende» skolehelsetjenesten arbeider med. Helsesøster vet ofte på et tidlig stadium hvem som lever i sårbare oppvekstmiljø og som har risiko for å få en vanskelig skolehverdag, og hvor det trengs en tett og god oppfølging.

«Depresjon forekommer relativt sjelden hos barn i prepuberteten, men forekomsten øker med alderen. Depresjon i ungdomsår øker i særlig grad risiko for depresjon i voksen alder. Spesielt ved tilbakefall i ungdommen er det vist økt risiko for selvmordsforsøk, dårlig selvpålevd helse, interpersonlige problemer og lavere utdanning i voksen alder» (Sund, Anne Mari, 2012).

Helsesøstre opplever at angst og depresjon gir mye fravær allerede på ungdomsskolen og fortsetter og forsterkes gjerne på videregående skole, om ikke hjelp settes inn i tide.

Faktaboks

Om lag én av tre faller fra underveis i videregående skole, eller har ikke bestått etter fem år. Denne andelen har vært stabil siden 1994. At så mange ikke fullfører er et problem, fordi videregående utdanning i stadig større grad har blitt en betingelse for inntreden i arbeidslivet.

Blant 19–24 åringene er mer enn én av tre jenter i høyere utdanning, og det samme gjelder én av fire gutter. Mange unge med innvandrerbakgrunn har høye utdanningsambisjoner, til tross for et relativt lavt utdanningsnivå i foreldregruppa. De som selv er født i Norge, går i større grad enn etnisk norsk ungdom direkte over i høyere utdanning, og de velger langt oftere de mest prestisjefylte studiene.

Kilde: www.ungdata.no

Eksempel

REDUSERT FRAFALL

Saltdal kommune har satsset på skolehelsetjenesten i videregående skole, blant annet gjennom å tilby helsesamtaler til alle elever i VK1. Denne praksisen gjør det mulig for helsesøster tidlig å få oversikt over ungdom som trenger ekstra oppfølging og sette inn tiltak. Skolens fokus og samlede innsats for å forhindre frafall har gitt resultater. Frafallet går ned.

6.2 UTFORDRINGER OG MULIGHETER, SLIK HELSESØSTRE SER DET

Helsesøstre i lokale faggruppestyrer ble spurt hvordan de opplever utfordringsbildet i forhold til sosial ulikhet og det flerkulturelle samfunnet. Hvilken kunnskap, hvilke tiltak og hvilke forutsetninger mener de er nødvendige for å møte disse utfordringene? Det kom svar fra 14 fylker geografisk spredt over hele landet.

6.2.1 Det flerkulturelle samfunnet

Norge har blitt et mer mangfoldig og tydeligere flerkulturelt land. «Vår globaliserte tid kjennetegnes mer enn andre tidsperioder av nettopp mangfoldet av livsformer, handlingsmønstre og kulturelle praksiser. I noen samfunnskontekster er grensene flytende; i andre kontekster henter vi frem forskjellighetene og markerer grensene mellom oss» (Kunnskapsdepartementet, 2010). Dette får konsekvenser også for helsesøstres daglige arbeid.

I våre spørsmål til helsesøstre definerte vi flerkultur til å omhandle barn/unge/familier fra andre opprinnelsesland og kulturer enn Norge/den norske – inklusive adoptivbarn og samiske barn, men også barn/unge som vokser opp i familier med annet enn tradisjonelle mor/farforhold. Svarene omhandler imidlertid i all hovedsak innvandrere, asylsøkere og flyktninger, og er nokså entydige på hovedområder som utfordringer, tiltak og forutsetninger for å lykkes. Som utfordringer i kontakten med familiene beskrives særlig språk, gjensidig kulturkunnskap og -forståelse, tid, ressurser og kompetanse.

Rapporten *Frafall i utdanning for 16–20 åringer i Norden* (Markussen, 2010) viser at karakterene fra tiende klasse i ungdomsskolen har størst betydning for om man gjennomfører uten å bestå eller slutter. Disse er igjen påvirket av bakgrunnsvariabler som kjønn og sosial bakgrunn (foreldres utdanning, majoritets-/minoritetsbakgrunn, bosituasjon, foreldres syn på utdanning). Tradisjonelle årsaker for å slutte i videregående skole er svake skoleprestasjoner, skulk, skilsmissebakgrunn/enslige foreldre, liten grad av støtte fra foreldre i forhold til skolearbeid. Frafall i utdanning kan betraktes som sluttpunktet på en prosess som har startet tidlig i de unges liv. Forskere ved Universitetet i Agder har dokumentert at en stor andel unge uføre kjenne-tegnes ved vanskelig oppvekst (Olsen og Jentoft, 2013). De peker på at skal det bli færre uføre, må man satse på profesjoner man forbinder med barn, blant annet helsesøstre. Rapporten *Kostnader av frafall i videregående opplæring* (Byrhagen, Falch og Strøm, 2006) viser at hvis andelen av et kull som fullfører videregående opplæring øker fra 70 til 80 prosent, kan den samfunnsmessige gevinsten bli 5,4 milliarder kroner for hvert kull.

Rapporten utdyper disse utfordringsområdene og beskriver også de tiltakene og forutsetningene for å lykkes som helsesøstre foreslår.

Språk

Språk og bruk av tolk er gjennomgående utfordringer. Det åpenbare er at det oppleves særlig krevende å kommunisere med foreldre, barn og unge med mangelfulle eller begrensede norskkunnskaper. Helsesøstre er usikre på om deres informasjon og budskap er forstått, eller om mottaker gir inntrykk av å forstå eller være enig, av respekt for helsesøster som fagperson og dennes autoritet. Mange oppgir å bruke tolk, men stiller spørsmålstegn ved kvaliteten på tolkingen. Flere peker også på foreldre som ikke ønsker tolk selv om dette oppleves påkrevd for en god konsultasjon og kommunikasjon. Mange foreldre har behov for mye og svært detaljert informasjon, noe som stiller særlige krav til språk, formidlingsevne og forståelse og ikke minst tid. Helsesøstre etterspør informasjon og brosjyremateriell på foreldres morsmål og mer materiell på engelsk.

Gjensidig kulturkunnskap og – forståelse, kompetanse

Helsesøstre som har svart er gjennomgående opptatt av at de selv og foreldrene har mangelfull kjennskap til hverandres kultur, kulturuttrykk, sosiale regler. Mens noen oppgir å ha tilstrekkelig og riktig kunnskap på området, etterspør de fleste mer land- og kulturspesifikk kunnskap. De ønsker mer kunnskap om de forholdene familier har flyktet eller flyttet fra, evt. traumer de har opplevd og hvordan dette påvirker barn og unge i familien. Man vektlegger at familier fra en annen kultur eller med utradisjonelle familiemønstre skal møtes med respekt. Samarbeid med skolen og betydningen av å følge opp barnas fritidsaktiviteter og skolearbeid, trekkes fram som utfordrende temaområder i møte med foreldrene.

Tid og ressurser

Det pekes gjennomgående på at arbeid med flerkulturelle familier er ekstra tid- og ressurskrevende. Helsesøstre ønsker seg mer tid til hver enkelt konsultasjon, mulighet for flere og hyppigere konsultasjoner, større fleksibilitet slik at man kan «gripe anledningen» samt å kunne tilby mer utradisjonelle tiltak. Med stort press på tid og ressurser opplever helsesøstre seg låst og med begrenset handlingsrepertoar. Videre ønsker noen å kunne bruke hjemmebesøk i større grad. Dette fordi det letter kommunikasjonen (også telefontolkning), familien er på hjemmebane, det gjør det praktisk enklere for en del familier og man får informasjon man ikke ville fått i helsestasjonskonsultasjoner. Det pekes på behov for grupper for foreldre, gjerne basert på ICDP/Foreldreveiledningsprogrammet. Flere helsesøstre peker på behovet for å avklare forventninger; at foreldre må holde timeavtaler eller gi beskjed om de ikke kan møte slik at helsesøsters tid og ressurser kan utnyttes best mulig.

Overvekt, kosthold og fysisk aktivitet

Helsesøstre peker på at mange barn og unge fra andre land og kulturer blir uten meningsfulle aktiviteter på fritida, de blir sittende inne og spille data, og får lite fysisk aktivitet. Dette innebærer en risiko i forhold til helsen, men ikke minst også i forhold til integrering. Det er videre utfordringer i forhold til hva er et sunt og godt nok kosthold i møtet mellom to matverdener.

Oppdragelse og grensesetting

Mange helsesøstre har erfaring med at oppdragelse, grensesetting, avstraffelsesmetoder og oppdragervold, samt forståelse av konflikthåndtering er gjennomgående temaer. Ulike syn på og kultur for oppdragelse er tema som utfordrer i hverdagen. Dette gjelder både yngre barn og ungdom. Helsesøstre møter ungdom som beskriver en hjemmesituasjon som er vanskelig, med svært strenge regler og trusler, sinne hos foreldre, og ungdom som ikke får lov til å gjøre det samme som andre jevnaldrende.





Annet

Helsesøstre erfarer at noen foreldre rådfører seg med leger i hjemlandet og stoler mer på deres anbefalinger enn helsesøsters eller andre norske fagpersoners anbefalinger. Videre ønsker helsesøstre at innvandrere som kommer til Norge får sin vaksinasjonsstatus registrert og oppdatert i SYSVAK, slik at helsesøster har et godt grunnlag for videre oppfølging. Flere peker på behovet for mer kunnskap om migrasjonstematikk hos befolkningen generelt og lokalpolitikere/administrasjon spesielt.

Som utfordringer for familiene beskrives særlig forståelse for betydningen av, og muligheter for, deres barn til å delta i fritidsaktiviteter, økonomi og trangbodhet, kunnskap om og forståelse av sammenhengen mellom kosthold, overvekt og fysisk aktivitet. En helsesøster beskriver dette slik:

Foreldre til f.eks flyktninger må hjelpes i starten når barna skal begynne på et fotballag. Særlig er hjelp viktig om det er bare en forelder og det er flere barn i familien. Tenke seg situasjonen: en mor er alene med fire barn, et av barna skal på fotballtrening og må følges, treningen er midt i leggetid for mindre søsken og de må ta buss for å komme frem og tilbake. Så har du turneringer, dugnader, etc. Dette er ikke helsesøsters ansvar alene, men det får konsekvenser for fysisk og psykisk helse dersom barna blir sittende hjemme.

6.2.2 Sosial ulikhet i helse

«Sosial ulikhet er systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt. Kjønn, geografi, etnisitet, familiestatus m.m. kan være selvstendige eller utdypende faktorer i forhold til yrke, utdanning og inntekt»(Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I denne rapporten var det ønske om å belyse helsesøstrenes synspunkter på forskjeller blant barn/unge/familier i forhold til særlig: økonomi/inntekt, utdanningsnivå/yrke, etnisitet, familiestatus (eks. enslige forsørgere, samlivsbrudd osv.). NIBR-rapporten «Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering» peker på at «Helsesøstertjenester som helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skårer høgt med henholdsvis 43, 41 og 34 prosent som mener at sosial ulikhet i helse er utgangspunktet for produksjon av tjenester i disse enhetene» (Helgesen og Hofstad, 2012). Dette kan tyde på at begrepet og bevisstheten om sosial ulikhet i helse er nokså innarbeidet blant helsesøstre. Tidlig innsats blant annet ved å styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten er anbefalt i en kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse (Dahl, Bergsli, van der Wel, HiOA, 2014)

Språk og kunnskap

Av utfordringer som helsesøstre trekker frem på dette området er også her språk og kunnskap om sosial ulikhet sentralt. Mange utfordringer som beskrives er sammenfallende med det som er beskrevet under 6.1.

Respondentene peker på behovet for at det finnes relevant informasjon på flere språk. I dette ligger at man med sosial ulikhet i helse særlig relaterer dette til fremmedspråklige familier, men også som en helsesøster sier det:

«At informasjon man som helsesøster tror er alle manns eie; som kosthold, fysisk aktivitet, nettbruk og sunn døgnrytme mangler hos noen foreldre ... Og da også barnet/ungdommen».

Flere respondenter mener de har nok kunnskap om sosial ulikhet, men at de primært mangler

muligheter for å få gjort noe med «systemet», og at de mangler tiltak – og også kunnskap om hvilke tiltak som er effektive/virksomme.

«Jeg har for så vidt nok kunnskap til å gjøre noe, men forholdene ligger ikke til rette for det. Vi har nok med «å ta unna» fødselsmeldinger, timelister og det som MÅ prioriteres.»

Behov for kompetansesenter

De som etterspør mer kunnskap, trekker særlig frem kunnskap i emner som kultur, sosial ulikhet, kosthold og fysisk aktivitet samt å ha kompetanse i bruk av motiverende intervju og veiledning. Det pekes på behovet for et nasjonalt kompetansesenter:

«der vi kan søke råd og få tips om hva de gjør i andre kommuner. Eller hvor vi kan henvende oss».

«Det er også krevende å søke midler, arrangere kursene, delta på kursene og utføre selve jobben. Jeg tenker dette bør organiseres fra et kompetansesenter som er med oss å prioritere/organisere.»

Foreldreengasjement

I tillegg beskrives utfordringer knyttet til foreldre som har nok med sine egne plager, er lite engasjert i barna og ungdommen, og vektlegger det som er vanskelig kontra muligheter og ressurser. Det pekes også på at

«De som står på mest og har flest ressurser får mest hjelp», mens «Mange foreldre har nok med egne utfordringer og kanskje ikke overskudd til å håndtere barnets utfordringer, barna får dermed dårligere hjelp». Slik forsterkes den sosiale ulikheten, både i helse og bruk av helsetjenester. En av respondentene sier:

«Opplever at det blir større og større klasseskille i samfunnet. Familier med lavere for eksempel utdanning, inntekt og enslige har større utfordringer når det gjelder oppfølging av barna på skole, fritid og for eksempel kosthold. De ressurssterke familiene har et mye mer robust handlingsmønster som kommer barna til gode».



Det oppleves krevende å få en del foreldre «på banen», til å engasjere seg i barnets eller ungdommens aktiviteter på fritida eller i skolearbeid, eller i barnets utfordrende adferd. Minoritetsforeldre deltar i mindre grad enn etnisk norske på foreldremøter, og man mister dermed en arena for informasjon, dialog og nettverk.

«De som allerede ses på som ressursmennesker er de som oftest stiller opp, og følger råd/veiledning.»

Økonomi, bolig og praktiske ordninger

Dette er hovedutfordringer i forhold til både etnisk norske og innvandrede familier.

«Dårlig familieøkonomi begrenser barnets mulighet til å delta på aktiviteter som andre barn/ungdom tar for gitt, dette møter jeg oftere hos familier med annen etnisk bakgrunn, men også hos norske familier.»

«Fritidsaktiviteter koster penger-inaktivitet er billigere»

En annen helsesøster oppsummerer at økonomi påvirker:

- Muligheten til å opprettholde et sunt kosthold.
- Det å ha råd til å være med på fritidsaktiviteter.
- Muligheten til å bo sentralt. Gjør at det blir enda vanskeligere å være med på aktiviteter eller være med venner. Går ofte ikke offentlige kommunikasjonsmidler på kveld og helg hvis det i det hele tatt gjør det. Blir dermed store utfordringer i forhold til dette.»



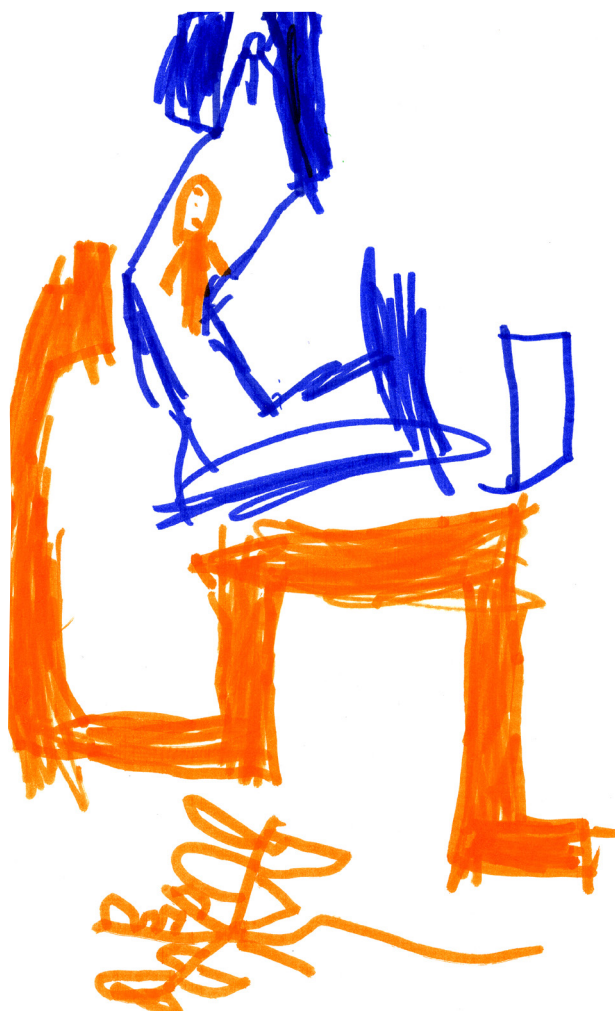
Tid og ressurser

Dette er gjennomgående vektlagt som både en utfordring (ved mangel på tid og ressurser) og en forutsetning for å lykkes (så fremt mer/tilstrekkelig tid og ressurser). Det understrekes at arbeidet med utsatte barn, unge og familier både krever mer tid i hver konsultasjon, og flere og hyppigere konsultasjoner. Mer tid går med til veiledning, koordinering, tverrfaglig samarbeid og tiltak.

Samarbeid og ledelse

Tverrfaglig samarbeid trekkes frem som en nødvendighet og en suksessfaktor, samtidig som mange opplever det som mangelfullt og krevende. Ledelsen må ha større oppmerksomhet rettet mot faglighet og prioritering, og vektlegge målrettet, langsiktig jobbing med tidlig innsats.

« – bedre samarbeid og rutiner med barnevernet der det blir mer vektlagt hva skole og helsesøstre mener».

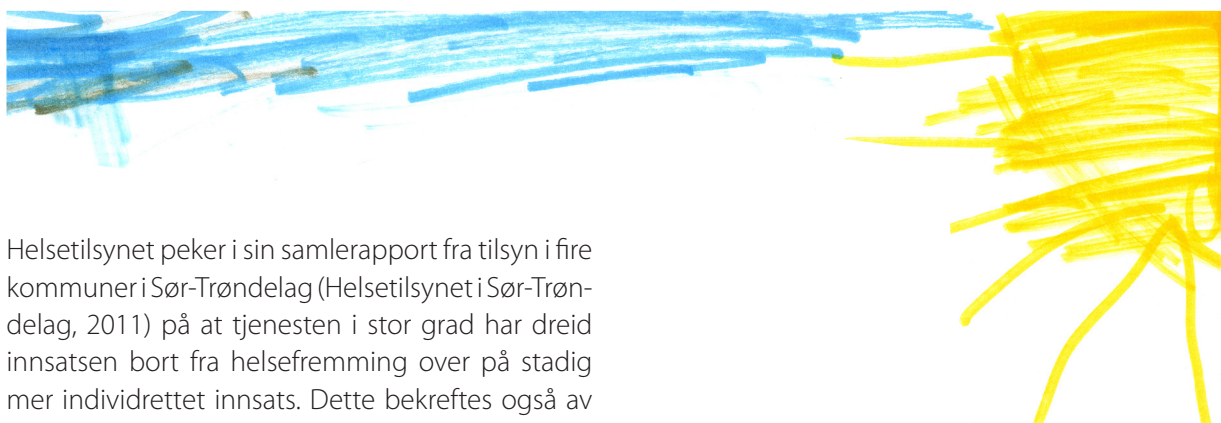


6.3 UTFORDRINGER OG MULIGHETER I TJENESTEN

6.3.1 Helsestasjonen

Helsestasjonen har ikke fått like stor oppmerksomhet politisk eller i media som skolehelsetjenesten. Dette skyldes nok at helsetilbudet til de aller yngste i større grad enn tilbudet i skolene skjermes, og at de organiserte pressgruppene som taler helsestasjonens sak er færre. Helsesøstre som jobber i helsestasjonen har over flere år pekt på de økende utfordringene og oppgavene de står overfor. Tidlig utskrivning fra føde-/barsel er innført uten at det er bygd opp ressurser kommunalt for å kunne tilby den raske og tette oppfølgingen som myndighetene legger til grunn gjennom faglige retningslinjer. Elektronisk fødselsmelding er ikke etablert, noe som ofte forsinker muligheten for å sette inn viktige og tidlige tiltak for barnet og den nye familien. Det er innført flere nye vaksiner de siste årene – HiB 1992, vaksine mot pneumokokksykdom 2006, oppfriskningsdose DTP-IPV-vaksine 2006, Hepatitt B (målrettet) 2007, HPV 2009 og rotavirus 2014. Ansvar for BCG-vaksine til nyfødte er tilbakeført til kommunene. Pr. 2015 vurderes hepatitt B-vaksine innført i Barnevaksinasjonsprogrammet, samt å utvide målgruppen for HPV-vaksine. Faglige krav og samfunnets forventninger til helsestasjonen har økt og er fortsatt økende. Helsestasjonen har ansvar både for å fremme helse, tilby støtte og omsorg, gjennom tidlig å avdekke skjevutvikling og sykdom, omsorgssvikt og vold mot barn, rusbruk og psykiske lidelser hos foreldrene.

Det har vært flere tilsyn med helsestasjonsvirksomheten de siste årene. Samtlige tilsyn viste svikt på flere områder. Rapporten *Styre for å styrke* (Statens helsetilsyn, 2012) pekte særlig på kommuneledelsens ansvar for å ha oversikt over og kontroll med tjenesten, og at den i mange tilfeller viser seg å mangle. Styringen er i stor grad overlatt til helsestasjonspersonalet og kommuneledelsen har mangelfullt grunnlag for å vurdere kvaliteten på tjenesten. Barna fikk ikke de kontrollene som er anbefalt gjennom faglig veileder og forskrift, noe som beskrives som brudd på helselovgivningens krav til faglig forsvarlighet.



Helsetilsynet peker i sin samlerapport fra tilsyn i fire kommuner i Sør-Trøndelag (Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, 2011) på at tjenesten i stor grad har dreid innsatsen bort fra helsefremming over på stadig mer individrettet innsats. Dette bekreftes også av tilbakemeldinger fra helsesøstre over hele landet. Landsgruppen av helsesøstre NSF har pekt på at fagmiljø med svakere tradisjon for helsefremming og forebygging i stor grad har fått dominere fagutviklingen i tjenesten de siste årene, bant annet med innføring av en rekke kartleggings- og tiltaksverktøy. Fag- og forskningsmiljø innenfor psykisk helse og barnevern har blitt betydelig styrket de senere årene, og har i økende grad tatt interesse for særlig helsestasjonen som forskningsarena, til en viss grad også skolehelsetjenesten. Dette har medført mye positiv kunnskapsinnhenting og – utvikling. Samtidig er det grunn til å spørre om den sterke vektleggingen, utprøvingen og bruk av ikke-evidensbaserte kartleggingsverktøy på normalpopulasjonen, parallelt med en presset ressursituasjon nærmest umerkelig har bidratt til en dreining av tjenesteinnhold og – innsats. Dette er en utvikling det blir viktig å vurdere i forbindelse med utarbeidelse av nye faglige retningslinjer og ny forskrift for tjenesten.

Deler av allmennlegemiljøet ønsker at helsestasjonskontroller skal legges til fastlegen. Helsestasjonstjenesten kan da stå i fare for å miste sitt forebyggende og helsefremmende fokus til fordel for feilsøking og behandling. Helsedirektoratet slår på sine nettsider fast at

«Helsestasjonen er ansvarlig for å gi et tilbud til en populasjon i et bestemt geografisk område. Dette befolkningsrettede ansvaret muliggjør langsiktig behovsvurdering, planlegging og tilbud av tjenester for å møte behovet i den konkrete populasjonen.»

I rapport om fremtidens folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2014e) sies eksplisitt at
«Helsestasjonen og skolehelsetjenesten bør likevel ikke sammenslås med fastlegene. En sammenslåing vil

bidra til å endre en befolkningsbasert helsetjeneste fra helsestasjonen til en individbasert helsetjeneste knyttet til fastlegens bestemte liste. Skolehelsetjenesten må være lokalisert på skolen som elevens egen lovpålagte helsetjeneste.»

I Danmark hvor man har valgt å legge helseundersøkelser av barn til allmennlegene melder man om bekymring da barn i de sosialt utsatte familiene ikke får forebyggende helsetjenester, og vaksinasjonsdekningen er fallende (Helsedirektoratet, 2010b). Legen er en nødvendig deltaker i det tverrfaglige teamet i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet har i sin tolkning av forskriften for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten lagt til grunn at en ordning der fastlegen foretar helseundersøkelse uten tilstedeværelse i helsestasjonen eller skolen, ikke vil ivareta intensjonen om at tjenesten skal være helhetlig, tverrfaglig og lett tilgjengelig.

6.3.2 Skolehelsetjenesten

Det har vært satt sterkt søkelys på skolehelsetjenesten de siste årene. Ansatte i tjenesten, enkeltelever og Elevorganisasjonen, skoleledere, Landsgruppen av helsesøstre NSF, Barneombudet, helsetilsynet og Helsedirektoratet har pekt på manglende ressurser og at elevene ikke får den helsetjenesten de gjennom lov har krav på og som både elever og skolen opplever behov for.

Fylkeslegenes tilsyn med skolehelsetjenesten i 2000 pekte på en svært vanskelig ressursituasjon, at tjenesten i liten grad bidro til oversikt over helsetilstand blant barn og unge i kommunen og betydelige mangler ved kommunens styring av

tjenesten. Tilsyn med både helsestasjon- og skolehelsetjenesten i fire kommuner i Sør-Trøndelag i 2010 (Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, 2011) viser at lite har endret seg på ti år.

FNs barnekomite ga i sin avsluttende rapport til Norge (Regjeringen, 2010) blant annet følgende anbefalinger:

«Komiteen anbefaler parten å sørge for at barn har tilgang til helsetjenester av god kvalitet overalt i landet, herunder på skolene.»

«Komiteen anbefaler at parten innfører budsjettsporing ut ifra et barnerettighetsperspektiv, med tanke på å overvåke budsjettmidler som er bevilget til barn.»

Faktaboks

Der skolehelsetjenesten er regelmessig til stede over tid, blir den benyttet av 50 % av elevene til «drop-in» konsultasjoner. Prosentandel som fikk gjennomført helseundersøkelse på 1.trinn i grunnskolen sank fra 95 % i 2004 til 88 % i 2007 og 2008, men var i 2013 oppe i 91 prosent (Kostra). Med andre ord er vi fortsatt et stykke unna 2004-nivå, og det er fortsatt barn som ikke får skolestartundersøkelse i tide.

Tidsskriftet Sykepleien hadde i 2013–2014 (Sykepleien, 2014a-g) en rekke artikler som beskrev en tjeneste under stort press. Kartleggingen Sykepleien foretok blant helsesøstre viste blant annet at 7 av 10 helsesøstre lot være å stille elevene direkte spørsmål, fordi de visste at de ikke hadde ressurser til å følge opp eventuelle funn eller problemer. En rekke medier har vist mange eksempler på kommuner der skolehelsetjenesten ikke er et reelt helsetilbud for barn og unge. Kommuner prioriterer gjerne de yngste barna på helsestasjonen fremfor skolehelsetjenesten når midler skal spares. Til tross for at den nye helse- og omsorgstjenesteloven som kom i 2011 understreker tilbudet om helsetjeneste i skolen, omgår kommuner dette ved å legge ned/ redusere skolehelsetjenesten, og kun tilby helsestasjon for ungdom.

Barneombudets fagrapport 2013 *Helse på barns premisser* (Barneombudet, 2013) vier et eget kapittel til skolehelsetjenesten. Barneombudet konkluderer med at skolehelsetjenesten slik den er i mange kommuner, ikke er en forsvarlig tjeneste. De skriver blant annet: «Elevene vi har snakket med opplever likevel tjenesten som lite tilgjengelig. De mangler informasjon om tjenesten, og de savner en skolehelsetjeneste som er til stede på skolen hver dag».

Skolehelsetjenesten spiller en viktig rolle i kommunens folkehelsearbeid. Arbeidet innebærer veiledning, helseundersøkelser, vaksiner, oppfølging og henvisning videre ved behov. Dette forutsetter et samarbeid med elever, hjem og skole. Skolehel-



setjenesten har en forskriftsfestet forpliktelse til samarbeid med skolen mens skolene ikke har tilsvarende klare lovmessige forpliktelse. Veileder til Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (Helsedirektoratet, 2014b) sier om paragraf 1 Formål: *Formålsparagrafen innebærer at helsefaglig kompetanse involveres sammen med teknisk, pedagogisk og planfaglig kompetanse når skolen planlegges, drives og vedlikeholdes.* Skolehelsetjenesten blir i for stor grad prisdelt den enkelte rektor eller kommunes vilje til samarbeid, noe som i enkelte tilfeller vanskeliggjør systematisk samarbeid og innsats.

Lars Lien, instituttleder ved Institutt for psykiatri ved Universitetet i Oslo har tolket resultatene fra den såkalte HUBRO-undersøkelsen (Lien, 2011). Han fant at innvandrerungdom benytter seg av skolehelsetjenesten i Oslo i større grad enn resten av ungdomsgruppen. Han skriver blant annet:

«Man hører ofte at innvandrerungdom kan ha behov for andre psykiske helsetjenester på grunn av økt sykkelighet eller mindre forbruk av tilgjengelige helsetjenester». Videre:

«Innvandrerungdom har ikke behov for egen psykiatritjeneste, men trenger trolig at skolehelsetjenesten opprettholdes, særlig på videregående skole».

Studenthelsetjeneste er etablert i de fleste byer med universiteter og høyskoler. Studenthelsetjenesten i Norge er ulikt bemannet på ulike steder, men lege og sykepleier/helsesøster er som regel en del av bemanningen. 21 studiesteder hadde pr. 2012 etablert tilbud om seksuell helsekonsultasjon, prevensjon, test og behandling av klamydia. Studenthelsetjenesten kan også henvise videre for blant annet psykologisk hjelp.



Eksempel

AKERSHUS GÅR FORAN

Fra og med 2008 har Akershus fylkeskommune bevilget 10 mill.kr. pr år til styrking av skolehelsetjenesten ved fylkets 34 videregående skoler (20 000 elever). Det tilsvarer 19 helsesøsterstillinger ekstra. Det ble inngått en avtale med fylkets 22 kommuner for å sikre at dette skulle komme i tillegg til den kommunale tjenesten. Målet har vært bedre tilgjengelighet for elevene. I Bærum har dette blant annet ført til en økning i konsultasjoner på 150 % fra 2007 til 2012.

BUSKERUD SNUR

Fylkestinget i Buskerud bestemte før jul i 2014 at alle videregående skoler i fylket skal ha minst en helsesøster i full stilling. Bakgrunnen var at Drammen kommune flyttet den ene helsesøsterstillingen med ansvar for nesten 3000 elever ved Åssiden og Drammen videregående skole, ut av skolen og inn på Helsestasjon for unge. Retretten kom etter at Landsgruppen av helsesøstre, Sykepleierforbundet lokalt og Barneombudet sendte en bekymringsmelding til Fylkesmannen.



6.3.3 Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom (HFU) er etablert i 78 % av landets kommuner (Helsedirektoratet, 2012). Dette er et tilbud til ungdom i alderen 13 til 20 år. En del steder er aldersgruppen for de som kan få et tilbud på helsestasjon for ungdom utvidet til 25 år, fordi man har sett et behov for et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i overgangsfasen mellom ungdom og voksen. Helsestasjon for ungdom er et drop in-tilbud hvor ungdom kan komme med små eller store helseutfordringer. I Oslo er det også etablert byomfattende tilbud for spesielt utsatte grupper, med helsestasjon for lesbisk, homofil, bifil og transkjønnet ungdom samt helsestasjon for hørselshemmet ungdom. Helsestasjon for ungdom er et supplement til skolehelsetjenesten, og skal ikke fungere som en erstatning for skolehelsetjenesten slik vi ser at noen kommuner legger opp til.

Eksempel

ET HUS FOR UNGDOM

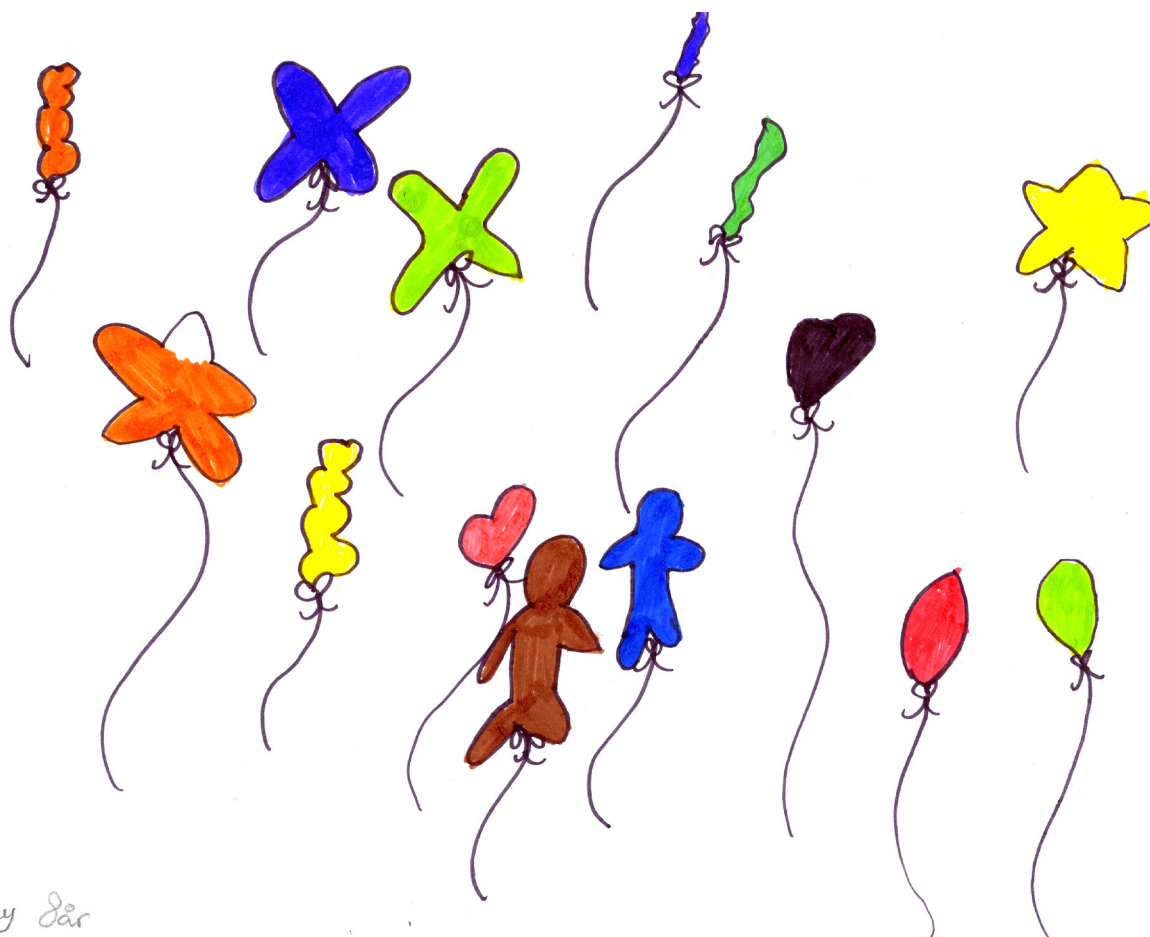
Tvibit er et kulturhus i Tromsø for unge kreative mennesker i alderen 15-25 år. Der er Helsestasjon for Ungdom lokalisert sammen med andre kulturtilbud for ungdom som kafé Pegen, Filmveksthuset, NUFF (Nordisk Ungdoms Filmfestival), øvingsrom og TviBEAT Studio, internasjonale prosjekter, Yoghurt kulturinkubator. www.tvibit.net

Lese mer?

- Økt satsing på skolehelsetjenesten i Follo: Tidsskrift for helsesøstre 1-2014, side 22–24
- Opptrapping av psykisk helsearbeid i Bærum. Tidsskrift for helsesøstre 1-2014, s. 26–29
- Om innvandrerungdoms behov for helsetjenester: <http://sykepleien.no/2011/05/trenger-noen-som-lytter-0>

Landsgruppen av helsesøstre NSF anbefaler

- Skolehelsetjenestens tilbud og innhold markedsføres tydelig overfor foresatte og ansatte i skolen
- Skolen og skolehelsetjenestens gjensidig forpliktende samarbeid er forankret i respektive lover/forskrifter
- Nettverksbygging gjennom grupper er en prioritert oppgave
- Samarbeid med frivillige og faglig rettede organisasjoner prioriteres
- Barn, ungdom og foresatte involveres i større grad i utviklingen av tjenestetilbudet
- Flerkulturell kompetanse og kultursensitivitet styrkes i helsesøsterutdanningen, og i praksisfeltet



7. ET SAMFUNN OG EN TJENESTE I UTVIKLING

Samfunnsendringene avspeiles naturlig nok også i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og får konsekvenser for hvordan tjenesten innrettes i fremtiden.

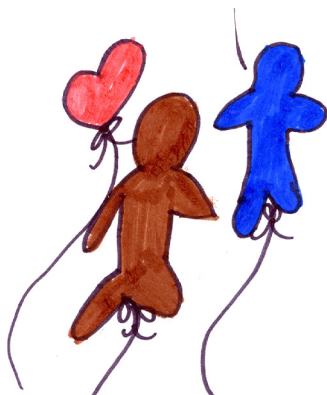
Nye satsingsområder, endrede kompetansekrav, nye oppgaver og økt ansvar tillegges tjenesten, i tillegg til allerede eksisterende oppgaver. Det stilles økte formalkrav til dokumentasjon, rapportering, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning. Dette tar en stadig større del av helsesøsters arbeidstid.

7.1 ENDRINGER I SAMFUNNET SOM PÅVIRKER TJENESTEN

De utviklingstrekk vi ser i samfunnet i dag, må vi kunne anta vil fortsette og i noen grad forsterke seg i årene som kommer. Vi har et samfunn preget av høyt tempo, stor omskiftelighet, endrede familiestrukturer, et økende kulturelt mangfold, økt sentralisering, økende reiseaktivitet/ internasjonalisering, foreldre med høyt utdanningsnivå, en økende sosial ulikhet i helse og bruk av helsetjenester. Også i Norge ser vi at flere barn lever i fattigdom og sosial nød. Disse endringene avspeiles naturlig nok også i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og får konsekvenser for hvordan tjenesten innrettes i fremtiden.

Litteraturen beskriver en endring av sykdomsbildet fra somatiske sykdommer, via livsstilssykdommer til psykisk lidelse og sykdom. Vi ser i dag at utfordringer knyttet til psykisk helse kombinert med livsstilssykdommer dominerer. Livsstilsendringer som dårligere kosthold og mindre fysisk aktivitet blant enkelte grupper, økende forekomst av diabetes 2, økt alkoholforbruk og bruk av illegale rusmidler er utfordringer helsesøster vil stå overfor også i fremtiden. Vi ser at det blir flere komplekse og ressurskrevende saker.

Flere eldre førstegangsfødende og endringer i barselomsorgen med kortere liggetid på sykehuset, stiller krav til økt tilstedeværelse og økte ressurser hos helsesøster for å kunne gi barnet og familien god nok omsorg og oppfølging. Vi ser en bekymringsfull økning i sosiale ulikheter i helse, og en tendens til at de med høyest utdanning, best økonomi og best helse er de som i størst grad benytter seg av helsetilbudene. Globalt vil naturkatastrofer, fattigdom, krig og forfølgelse medføre økt flyktningetilstrømming og arbeidsinnvandring til Norge. Dette stiller økte krav både til kompetanse og bemanning.



En av konsekvensene av samhandlingsreformen er at mange pasienter behandles poliklinisk eller i hjemmet. Premature barn og barn med sammensatte og kroniske sykdommer behandles i økende grad ute i kommunene. Dette stiller andre og nye krav til helsesøsters og andre kommunale sykepleieres kompetanse. Helsesøster har ofte en sentral rolle i å koordinere oppfølgingen av disse barna, lede ansvarsgrupper og være koordinator for Individuell plan (IP).

Som følge av mer hjemmebehandling av voksne, blir barn og unge i økende grad trukket inn i og ser foreldres og nære pårørendes sykdom - både akutte og kroniske, fysiske og psykiske lidelser og sykdom. Helsesøstre merker en økning av barn og unge som opplever det å være pårørende som svært utfordrende. Disse endringene stiller også andre krav til helsesøsters kompetanse. Kravet til tverrfaglig samarbeid og behovet for koordinering rundt familiene øker.

7.2 ENDRINGER I HELSESTASJON- OG SKOLEHELSETJENESTEN

Eksterne fagmiljø har i økende grad vært med på å prege utviklingen av tjenesten de senere årene, og det har skjedd en gradvis dreining over til mer og mer individrettet innsats, på bekostning av det helsefremmende og tidlig forebyggende arbeidet. Nye organisasjonsmodeller i kommunene har enkelte steder ført til at tjenestens formål og innhold har blitt mindre tydelig og synlig for beslutningstakerne. Det er delvis vanskelig å finne informasjon om tjenesten på kommunale nettsider, det er ingen ens logikk i forhold til hvilke enheter/virksomheter tjenesten er lagt under, eller hvem som leder tjenesten. Enkelte kommuner og bydeler har nettsider for tjenesten der helsesøster ikke omtales som en del av tilbudet. Tilskudd til styrking av tjenesten skjer i økende grad i form av prosjektmidler eller øking av kommunens frie inntekter. Helsesøstre erfarer at de må bruke mye tid på utforming av prosjektsøknader og prosjektorganisering, men at midlene ofte får begrenset effekt. En helsesøster skriver:

«Har inntrykk av at prosjektmidler blir en slags kvikkfix; det blir satt i gang utrolig mange fine tiltak for befolkningen – så forsvinner midlene, prosjektene videreføres ikke – det blir som et stort gapende hull. Det blir ingen langsiktighet».

Skiftende regjeringer har vært lite villige til å øremerke midler til styrking. De frie inntektene blir bare delvis prioritert til tjenesten, til tross for klare føringer fra myndighetene. En helsesøster beskriver dette slik:

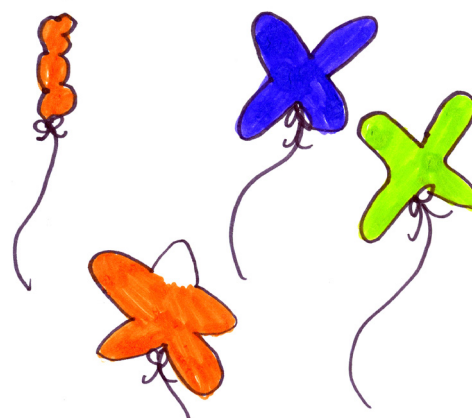
«Vår kommune har fått ca. 2 mil årlig av frie inntekter i forbindelse med samhandlingsreformen. Disse er brukt til rehabiliteringssenger og legestilling på sykehjem. Ikke ett øre har gått til styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten!»

Økende fødselstall gir økt press på tjenesten. På grunn av reglene for barnehageopptak ser vi et særlig påtrykk om sommeren når mange nyfødte skal tilbys hjemmebesøk, veiing og konsultasjoner på helsestasjonen. Helsesøstre ved HFU rapporterer også om økt pågang om sommeren, da skolehelsetjenesten er stengt. Økt pågang i en tid hvor personalet avvikler sommerferie er en dårlig kombinasjon, som gjerne resulterer i et redusert tjenestetilbud i en sårbar fase for brukerne av tjenesten.

Det stilles økte krav til brukermedvirkning både fra brukerne selv og fra helsemyndighetene. Begrepet «empowerment» betegner en strategi som innebærer at individer og lokalmiljø har makt til selv å ha kontroll over og påvirke faktorer som er viktige for dem og som har betydning for liv og helse, slik som økonomiske, sosiale, fysiske og kulturelle faktorer. Begrepet oversettes gjerne til norsk med «myndiggjøring» eller «å gi makt til» (Tveiten, 2008). For helsesøstre innebærer dette både at brukerne bør trekkes mer aktivt med i utvikling av tjenestetilbudet, og de må få tilpasset informasjon om rettigheter og ansvar.

7.2.1 Ledelse og styring

Helsesøstre skal lede eget fag og helsesøstertjenesten, slik det er beskrevet i Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunene, paragraf 3 (Helsedepartementet, 2014). En effektiv helsetjeneste stiller krav til at helsesøster har kompetanse til å jobbe selvstendig, og derigjennom utøve daglig ledelse både på individ- og systemnivå. Helsesøster har kompetanse på ledelse og organisasjonsutvikling, sikkerhet, kvalitet og dokumentasjon, samarbeid og etikk.



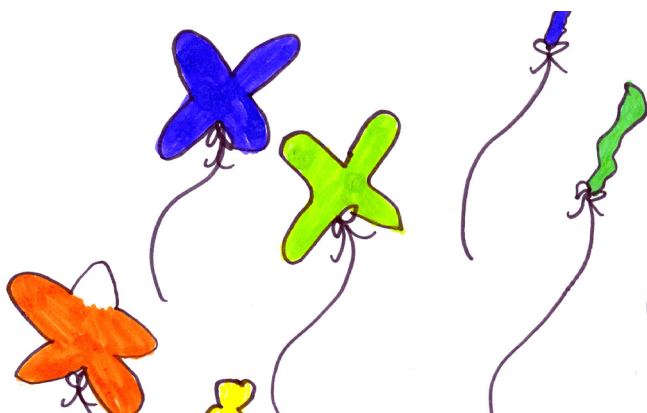
Det stilles ingen profesjonskrav til ledelse av helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det er dermed opp til hver enkelt kommune å vurdere hvem som er best egnet til å lede tjenesten. Praksis viser at det ikke nødvendigvis er helsepersonell generelt eller helsesøstre spesielt som leder tjenesten.

Landsgruppen av helsesøstre mener at helsesøster har særlige forutsetninger for å lede helsestasjon- og skolehelsetjenesten, men at god ledelse også forutsetter formalisert lederutdanning. Ledelse av tjenesten bør innebære både fag-, personell- og økonomiansvar.

For å sikre kvaliteten på tjenesten, må lederne ha styring over og ikke bare ansvar for ressursene. En fersk studie (Pettersen og Solstad, 2014) beskriver det såkalte styringskrasjet i sykehus, med leger og sykepleiere med hjertet i profesjonen og lojaliteten hos pasientene. Forskerne beskriver hvordan lederne forholder seg til ulike typer styringslogikk. På den ene siden: En rasjonalistisk logikk, styrt av effektivitetstanker og økonomisk lønnsomhet. På den andre siden: En verdi- og normbasert logikk, med pasienten i sentrum. Funnene har sannsynligvis klar overføringsverdi til den kommunale helsetjenesten.

Tilsyn (Statens helsetilsyn, 2012; Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, 2011) illustrerer en mangelfull kommunal vilje og evne til styring og ledelse av tjenesten, som hindrer systematisk utvikling og kvalitetssikring. Tilsynsrapporten *Styre for å styrke* (Statens helsetilsyn, 2012) beskriver dette slik:

« ... tegner det seg et bilde av et tjenestoområde hvor styringen i hovedsak er overlatt til helsestasjons-



personalet. Spørsmålet er derfor om kommunens øverste ledelse har god nok kontroll med at barn fra 0-6 år får den helsehjelpen de har rett på fra helsestasjonen. Statens helsetilsyn stiller også spørsmål ved hvor godt grunnlag kommuneledelsen har for å vurdere kvaliteten på tjenesten, og hvordan de selv definerer egeninnsatsen på dette området.»

Videre kommenterer de:

«Det er påfallende at kommunene/bydelene åpenbart ser mange behov for forbedring av helsestasjonsvirksomheten og selv lister opp konkrete forslag til hva som må til for å oppnå dette, samtidig som de ikke har konkrete planer om endringer.»

En konsekvens av at helsestasjon- og skolehelsetjenesten har relativt få ansatte er at mange kommuner avsetter lite ressurser til ledelse og styring av denne tjenesten. Det kan igjen forklare hvorfor kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon er en mangelvare. Konsekvensene av at ledelsen er svak og at ansvaret for gjennomføring mer eller mindre blir lagt til hver enkelt helsesøster, er at formålet med og innholdet i tjenesten blir utydelig for beslutningstakere i mange kommuner. Det igjen kan forklare hvorfor helsestasjon- og skolehelsetjenesten ikke blir prioritert i budsjettforhandlingene. Prosjekt «Den gode skolehelsetjenesten» (Ljoså, 2014) har utviklet fire sett kvalitetsindikatorer, som kan benyttes av ledere og ansatte til å få oversikt over skolehelsetjenestens eksisterende tilbud. Verktøyet er ment som et hjelpemiddel for å gi ledere av skolehelsetjenesten økt innsikt i eget tjenesteområde og synliggjøre sammenhengen mellom innsatsfaktorer, resultat og kvalitet. På den måten har ledere som har deltatt i prosjektet kunnet tilby kommunen råd, veiledning og kompetansehevende tiltak for å bidra til å sikre god kvalitet på skolehelsetjenesten.

7.2.2 Tverrfaglig samarbeid, samlokalisering, samorganisering og kompetansekrav

Tverrfaglig samarbeid betyr at flere ulike yrkesgrupper arbeider på tvers av faggrensene mot et felles mål. Samarbeidet skal øke kvalitet, kompetanse og kunnskap (Glavin og Erdal, 2013).

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten har en forpliktelse til å samarbeide med andre tjenester for å løse noen av sine oppgaver. Å bidra med helsesøsters erfaringer og kunnskap inn i kommunenes folkehelsearbeid krever godt samarbeid på systemnivå og mellom fagpersoner. Helsesøster har lang tradisjon i å samarbeide med skole og barnehage for å fremme et godt leke og læringsmiljø. Videre å ta initiativ til og koordinere tiltak rundt barn og unge med spesielle behov slik at de skal utvikle seg optimalt, oppnå trivsel, livskvalitet og god helse. Helsesøster opplever mye nyttig og godt tverrfaglig samarbeid i sitt daglige virke.

I flere kommuner er helsestasjon- og skolehelsetjenesten organisert sammen med barnevern, PPT med flere, for å fremme tverrfaglig samarbeid. Dessverre har svært få kommuner foretatt en konsekvensutredning av en slik sammenslåing. Videre har de oftest ikke ledere/rådgivere med utdanning og/eller erfaring fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten på nivåene der beslutninger tas. Tilsynet med helsestasjonstjenester (Statens Helsetilsyn, 2012) viser at dette har ført til flere store utfordringer:

- å skape forståelse for helsepersonells lovbestemte taushetsplikt og lovbestemmelser om hvordan benytte informasjon i helsejournaler
- prioritering av ressurser til helsesøsters lovpålagte kjerneområder
- tjenesteområdet har lav oppmerksomhet fra kommunale beslutningstakere
- svikt i kommunens helhetlige ledelse, organisering og styring
- mangel på oversikt over tjenesteproduksjon og helseoversikt

I rapport fra Norsk institutt for by og region forskning (Myrvold et al.) sier de:

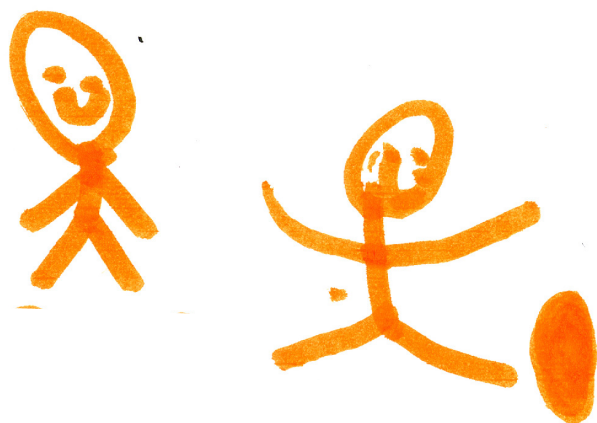
«Så langt ser det ikke ut for at samorganisering har noen avgjørende betydning for samarbeidet mellom barnevernet og tilgrensende tjenester» og videre «Mer generelt kan en spørre seg om det var noe realisme i

at organisering av barnevern og helse på samme forvaltningsnivå skulle bidra til bedre samarbeid mellom de to tjenestene».

Samarbeid må bygge på respekt for hverandres kjerneområder og annerkjennelse av de respektives bidrag for å gi gode tilbud til barn og unge. Noen kommuner har gode erfaringer med samlokalisering. I Familiens hus (Universitetet i Tromsø, 2008) er flere tjenester for barnefamilier samlet i et felles hus. Brukere av helsestasjonen vil da lett kunne ta kontakt med andre etater. Evalueringen av forsøket med familiesenter (senere Familiens hus) viste at modellen er vellykket med tanke på tilgjengelighet, brukertilfredshet og blant annet førte til tidligere avdekking og håndtering av familievold enn det som ellers var vanlig. NSF har i flere høringsvar pekt på Familiens Hus som en god organisatorisk samarbeidsmodell som bør videreutvikles og bygges ut. Andre kommuner har valgt å ha andre etater til stede i samme lokaler som helsestasjonen. Det kan være etater som NAV, familievernkontor, tannhelse, frivillige organisasjoner, barnevern, PPT. Alle etater er organisert i sine respektive enheter, som har inngått formaliserte avtaler om formen og innholdet i samarbeidet.

Eksempel

I MELHUS KOMMUNE er det etablert et familiesenter hvor helsestasjon, barnevern, PPT og psykisk helsetjeneste er samlokalisert. I tillegg er rustjenesten og NAV med blant annet gjeldsrådgiver en del av lavterskeltilbudet i familiesenteret.



Eksempel

I SANDE KOMMUNE er helsetjenestene Ergo- og fysioterapi, Psykisk helse og Helsestasjon- og skolehelsetjenesten samlet under «Virksomhet Folkehelse». Det betyr at virksomheten som bare består av helsetjenester, har et tydelig forebyggende og helsefremmende fokus. Man opplever at samlokalisering av PPT, barnevern og helsestasjon- og skolehelsetjenesten er viktigere en samorganisering, og at organisatorisk plassering under oppvekst og kultur ikke var ønskelig for en slik helsetjeneste (Lederkonferansen, 2013).

Kompetansekrav til helsepersonell

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en helse-tjeneste. Det er behov for å understreke dette i en tid hvor tjenestens grenseoppganger mot barnevern, psykisk helsevern og barnehage/skole utfordres. Grunnbemanningen i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjoner og skolehelsetjeneste må være relatert til dagens utfordringsbilde og lovkrav. Det betyr at en samlet og koordinert helsekompetanse med jordmor, lege, fysioterapeut og helsesøster er den kompetansen som er nødvendig for å løse samfunnsmandatet i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Som lavterskeltilbud vil dette være svært viktig med tanke på det økte ansvaret kommunene får blant annet som følge av samhandlingsreformen og folkehelsemeldingen. Innenfor lov og forskrifts rammer står kommunen fritt til å organisere tilbudet i helsestasjon- og skolehelsetjenesten på en hensiktsmessig måte så lenge intensjonen med og kravet til forsvarlighet i helsetjenester ivaretas.

Faglig gode vurderinger gjør at barn og unge og deres foreldre får nødvendig støtte, bekreftelse og annerkjennelse på en måte som gjør de trygge til å håndtere utfordringer og mestre livet. Helsesøster har kompetanse til å tilby familier, barn og unge rett hjelp til rett tid, enten alene, i samarbeid med profesjoner i helsestasjon- og skolehelsetjenesten eller i andre samarbeidende tjenester.

Det snakkes om «å fange opp og sende videre». Debatten om hvordan vi kan holde barna friske



gjennom et helsefremmende oppvekst- og skolemiljø er nesten fraværende selv om helsesøstre bringer den på banen. Målet er å hjelpe barn og unge til å mestre livet. Det er viktig å fortelle ungdom at det er normalt og helt friskt å oppleve livet «sykt vanskelig» av og til. Mange ungdommer har opplevd å få en diagnose når de egentlig bare har symptomer på en uholdbar hjemmesituasjon. De trenger hjelp og støtte for å håndtere livet sitt. Ensidig å fokusere på at 20 % av ungdommene har psykiske problemer fratrukket ungdommene mulighet til egenmestring av vanskelige situasjoner i livet.

Uansett fagbakgrunn er mengdetrening viktig for å utvikle god kompetanse på barn og unge og for å kunne gi dem den støtten de trenger for å kunne leve sine liv. Kompetanse på sykdomsmekanismer gir ikke automatisk kompetanse på livsmestring. Ved å omgås ungdom, lytte til dem og sortere tanker sammen med dem, opparbeides kompetanse på hva som er normalt, hvilke trender som råer og hvilke tiltak som fungerer. Ved å bli kjent med ungdom, er det lettere å finne de som bør henvises videre. Samtidig skal de som er tilstede på skolen med sine psykiske vansker, med sin overvekt, med sine vanskelige familieforhold også ivaretas. Trivselstiltak for alle elever og tilrettelegging av samarbeid med skolen, er nødvendig i tillegg til at de elevene som trenger det har individuelle konsultasjoner med en fagperson over tid.

Smittevern, helseundersøkelser med tidlig oppfølging og miljørettet helsevern er andre kjerneoppgaver for helsesøster. Helsesøsters grunnleggende sykepleiekompetanse og spesialkompetanse på barn og unges fysiske normalutvikling, evt. skjevutvikling, sykdom og skade er en særlig styrke.

7.2.3. eHelse

eHelse defineres som bruk av moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å møte behovene i befolkningen, hos pasientene, helsepersonell, helseadministrasjon og politikere (EUs ministerråd, 2003). I følge NSF's strategi for eHelse (NSF, 2013) skal innføring og bruk skje i tråd med etiske prinsipper; med respekt, medbestemmelse og konfidensialitet.

I helsestasjon- og skolehelsetjenesten er eHelse en viktig del av arbeidshverdagen. Elektronisk pasientjournal (EPJ), melding til SYSVAK om vaksinasjon, jordmoroppgjør til HELFO og søk i folkeregisteret er eksempler på det. eHelse gir muligheter til å overvåke kvalitet gjennom standardiserte EPJ hvor en raskt kan hente ut kvalitetsdata eller forskningsdata. I arbeidet med å skaffe oversikt over barn og unges helse og deres oppvekstvilkår, vil data fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten spille en viktig rolle. Her ligger det potensiale for ny viten og oversikt om en klarer å hente ut kvalitetssikrede data på nasjonalt nivå. Eksempler kan være amme-frekvens, vekstutvikling, andel av barn med ekstra hjelpebehov, statistikk fra HFU osv.

Eksempel

BARN OG UNGE I BERGEN 0-13 ÅR, HELSEATFERD OG PÅVIRKNINGSFAKTORER

Bergen kommune har utarbeidet en geografisk oversikt over helseatferd og påvirkningsfaktorer blant barn og unge (0-13 år), basert på data og informasjon fra helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Resultatene er oppsummert i en egen rapport.

Kilde: Barn og unge i Bergen 0-13 år, Helseatferd og påvirkningsfaktorer, 2014, https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00209/Se_rapport_om_barn_209661a.pdf

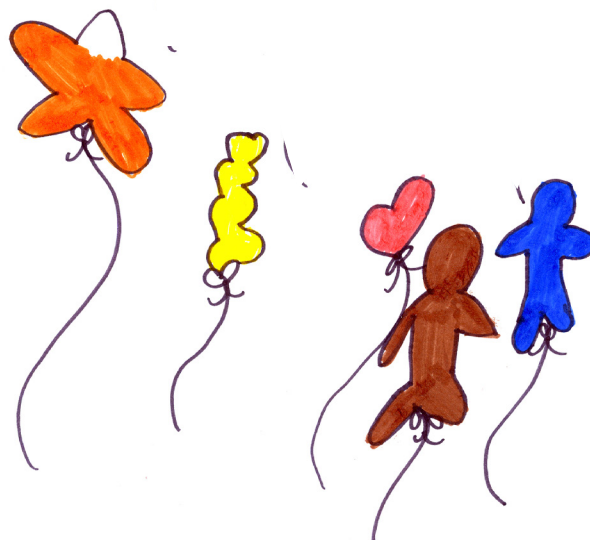
Elektronisk meldingsutveksling

Elektronisk meldingsutveksling er et godt virkemiddel for å sikre overgangene. Dette gjelder både i samarbeidet mellom sykehus og helsestasjon og mellom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og de mange fastlegene. I dag bruker helsesøstre og leger uforholdsmessig mye tid på å få tak i hverandre. På en skole kan barna ha et utall ulike fastleger, noe som gjør at helsesøster, og de andre i skolehelsetjenesten, ikke har muligheten til å opprette personlig kontakt og ha samarbeidsmøter med alle.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) har gjennom Samhandlingsreformen hatt en systematisk og målrettet strategi og plan for utvikling og utbredelse av elektroniske samhandlingsløsninger i helsesektoren. Den elektroniske samhandlingen er kommet klart lengst mellom helseforetak og legekantor (Riksrevisjonen, 2014). Helsestasjonstjenesten er kommet kort i å kunne samhandle elektronisk på grunn av forsinket utvikling av programvare. Tekniske løsninger for elektronisk samhandling med legekantor og sykehus er tilgjengelig, men for å få det på plass kreves utviklingsarbeid både i kommunene og hos samarbeidspartnere. Elektronisk fødselsmelding er en av de viktigste meldingene å få på plass. Landsgruppen av helsesøstre finner det underlig at helsedirektoratet godkjenner retningslinjer før det foreligger muligheter for elektronisk meldingsutveksling (se faktaboks).

E-resept

E-resept vil øke tilgjengeligheten til utskrivning av hormonell prevensjon på helsestasjon for ungdom og i videregående skole. I følge helsedirektoratet er en av hovedoppgavene fremover å innføre e-resept hos nye aktører, blant andre helsesøstre.



Faktaboks

Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen legger opp til tidlig hjemmebesøk av jordmor etter 2-3 døgn og helsesøster etter 7-10 døgn. Videre krever de sikre rutiner for overføring av helseopplysninger mellom tjenestene (føde- og barseljournal og epikrise for mor og barn).

I påvente av elektronisk meldingsutveksling og helhetlig pasientjournal er det behov for sikre rutiner for overføring av helseopplysninger mellom tjenestene. De nasjonale retningslinjene beskriver dette som telefon og brevpost.

Kilde: www.helsedirektoratet.no

Terminologier

Ved bruk av internasjonale klassifikasjons- og terminologisystemer i journalene er det mulig å gjennomføre internasjonale sammenligninger og forskningsprosjekter (Norsk sykepleierforbund, 2013a). Arbeidet med standardisering av terminologi i helsesøsterfaget er helt i startfasen, men er et viktig arbeid som bør få høy prioritet i nærmeste fremtid. Ringvirkningene i forhold til kvalitetsutvikling og kunnskap om helsetilstand i befolkningen vil være uvurderlige.



Kvalitet og utfordringer

Nasjonalt tilsyn med helsestasjonene (Statens helsetilsyn, 2011) avslørte svikt i samhandling og journalhåndtering mellom helsestasjon og fødeinstitusjon, og stiller spørsmål om journalføringen sikrer kontinuitet og konfidensialitet. Myndighetene har stort fokus på IKT i helsetjenesten, og vil forsterke sin innsats i årene som kommer. Landsgruppen av helsesøstre og fagfeltets oppgave blir å peke på utfordringer og muligheter som ligger i tjenesten og være pådriver for at viktige tekniske løsninger kommer på plass.

7.2.4 Ressurser og normtall

Ledere av helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal vurdere om tjenesten driftes forsvarlig og vurdere hvilken kompetanse som kreves for å gjennomføre lovpålagte oppgaver. KOSTRA er utviklet for å tilby ledere kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon. Prosjektet «*Den gode skolehelsetjenesten*» (Ljoså og Møller, 2014) har funnet flere svakheter ved den eksisterende KOSTRA-rapporteringen – stillinger meldes inn ulikt, stillinger innrapportert på en definert funksjon benyttes andre steder, det er ulik praksis og tilfeldigheter i forhold til innrapportering av andre driftsutgifter etc. Tallene fra KOSTRA er derfor svært usikre, og bør vurderes i lys av det. Tallene i KOSTRA blir tillagt stor vekt av administrativ og politisk ledelse. Det er derfor viktig med felles forståelse, korrekt rapportering og at tallene er dekkende for tjenesten (ibid.) Svakhetene ved KOSTRA er en kjent problemstilling, og det er påkrevd med en intensivering av arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for tjenesten. Slik rapporteringen fungerer i dag, er KOSTRA som styringsverktøy uhenksom, og bidrar til stagnasjon av helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Innføring av normtall i helsestasjon- og skolehelsetjenesten har vært et krav fra LaH NSF i flere år. Helsedirektoratet anbefaler subsidiært normering av personellressurser som virkemiddel for å øke kapasiteten (Helsedirektoratet, 2010b). Helsedirektoratet anbefalte i første omgang en styrket innholdsregulering gjennom lov og forskrift. Den nye helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) slår fast at kommunene skal tilby helsestasjon- og skolehelsetjeneste, men sier ingen ting om krav til personell eller personellressurser utover at «tilstrekkelig fagkom-

petanse sikres i tjenestene». Ny forskrift har vært under arbeid i flere år, og er pr. 2015 enda ikke vedtatt. Arbeidet med nye faglige retningslinjer for tjenesten vil i beste fall være ferdigstilt i 2015-2016. En mulig utprøving av den såkalte innholdsnormeringen vil med andre ord ta svært lang tid. Det er et stort sprik mellom anbefalte normtall for helsesøsterdekning, uttrykt behov og faktiske stillinger. Antall helsesøsterstillinger har ikke økt nevneverdig de senere årene. I 2008 var det ifølge KOSTRA/SSB 2035 årsverk helsesøstre, i 2013 var tallet økt til 2167 – dvs. en økning på 132 årsverk (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Helsedirektoratets beregninger fra 2010 viste at det manglet 859 helsesøsterårsverk, 251 legeårsverk og 429 fysioterapeutårsverk i tjenesten (Helsedirektoratet, 2010b). I tillegg vil det være behov for økt normering ut fra lokale forhold, og det forutsettes også at det er tilstrekkelig merkantil ressurs i tjenesten. Det reelle minimumsbehovet for bemanning i tjenesten er langt fra dekket. Dette bekreftes også av respondentene blant helsesøstre i den kartleggingen vi har gjort, samt i en rekke andre undersøkelser. Det er tiden, eller mangelen på denne, som er den store utfordringen i hverdagens møter med barn, unge og foreldre. Faglig kvalitative tjenester i forhold til mennesker med informasjons-, veilednings-, helse- og omsorgsbehov er tidkrevende og kan ikke rasjonaliseres i det uendelige.

Risikoen ved normtall er at disse kan bli en minstenorm som kommunene ikke ønsker å overskride. Allikevel mener Landsgruppen av helsesøstre at normtall med vekt på lokale geografiske og demografiske forhold vil være et nødvendig grep å ta for å sikre en bemanning som i større grad enn i dag avspeiler de reelle behovene.

7.2.5 Opptrappingsplan

De siste årene er det etablert bred politisk enighet om at helsestasjon- og skolehelsetjenesten er et sentralt helsetilbud for barn, unge og foreldre. I valgkampen 2013 hadde samtlige politiske parti uttalelser om satsing på tjenesten i sine partiprogram. I 2013 ble det bevilget 180 millioner til styrking av tjenesten, i 2014 200 nye millioner, totalt 385 millioner- gitt som frie midler til kommunene. Undersøkelser tidsskriftet Sykepleien gjorde våren

2014 tyder på at kun ca. 50 % av kommunene har benyttet midlene slik de var tenkt. I revidert statsbudsjett for 2015 er det bevilget 200 nye millioner til tjenesten, fortsatt gitt i form av frie midler. Norgesbarometeret har på oppdrag av Sykepleien foretatt en kartlegging blant norske kommuner høsten 2014 om hvordan de tenker å bruke disse midlene. Et klart flertall av de 234 kommunene som har svart i undersøkelsen, vil ikke ansette mer helsepersonell på helsestasjoner eller i skolehelsetjenesten neste år (Sykepleien, 2014a, b, c).

Landsgruppen av helsesøstre, Norsk Sykepleierforbund, Barneombudet og en rekke andre aktører har bedt om at midlene må øremerkes og være en del av en mangeårig opptrappingsplan for tjenesten. Så langt er det ingen bred politisk vilje til dette. Resultatet blir da slik vi og andre har advart mot – en delvis og nokså tilfeldig styrking, som opprettholder/forsterker store forskjeller i tilbudet. Arbeiderpartiet uttalte høsten 2014 at de ser at midlene bør øremerkes skal man oppnå den tilsiktede effekten (Sykepleien, 2014e), og fremmet representantforslag til helse- og omsorgskomiteen om styrking av skolehelsetjenesten. Saken var oppe til høring i januar 2015, der LaH og NSF deltok med innlegg. Venstre ønsker en flerårig opptrappingsplan for tjenesten og for antall helsesøstertilstillinger (Venstre, 2014). I et representantforslag fra KrF februar 2015 (Stortinget, 2015) ber man regjeringen vurdere å innføre en bindende minimumsnorm for bemanning i skolehelsetjenesten. Djupedalutvalget (Kunnskapsdepartementet, 2015) sier om skolehelsetjenesten at de «... ser på denne tjenesten som helt sentral i det forebyggende arbeidet med å sikre et godt psykososialt skolemiljø for alle elever. Det må bevilges 400 millioner kroner i frie midler til kommunene for å styrke skolehelsetjenesten. Målet er at antallet helsesøsterårsverk skal være i henhold til de veiledende nasjonale normene».

De siste årenes bevilgninger til tjenesten har vært nødvendige og kjærkomne. Det er imidlertid en svakhet at det er manglende forutsigbarhet all den tid regjeringen ikke ser midlene som ledd i en flerårig, systematisk opptrappingsplan for tjenesten. Innretningen på og føringene for tildeling av midler varierer også fra år til år, noe som forsterker uforutsigbarheten og gjør langsiktig, lokal planlegging

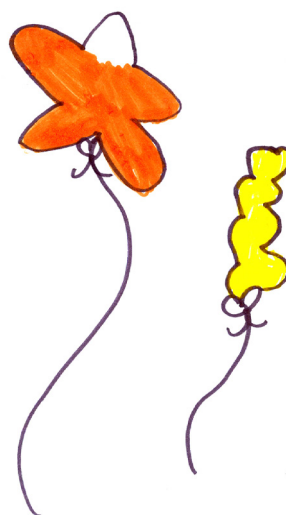
ekstra krevende. Sammenligninger gjort mellom de ti største kommunene i Norge, viser til dels store forskjeller i personellsituasjonen i deltjenestene, mellom sammenlignbare byer (KS, 2014). Eksempelvis er spennet når det gjelder elever pr. helsesøsterårsverk på 800-3000. De samme forskjellene er fremtredende når bemanningen i Oslos bydeler undersøkes nærmere (Helseetaten, 2014).

Lese mer?

- Styre for å styrke, Rapport fra Helsetilsynet 1/2012
- Helsestasjonen – hjelp til rett tid? Rapport fra Helsetilsynet 4/2014
- Utviklingsstrategi for helsestasjon- og skolehelsetjenesten, IS-1798, Helsedirektoratet

Landsgruppen av helsesøstre NSF anbefaler

- Lokal bemanningsnorm innføres
- Familiens Hus etableres i flere kommuner
- Nye faglige retningslinjer må tydeliggjøre at helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en helsetjeneste
- Elektroniske meldingssystemer ved fødsel og for samarbeid med fastleger er på plass
- Statistikk over bemanning i de ulike delene av tjenesten innrapporteres nasjonalt
- Ledere av helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal ha formell lederkompetanse
- Det utarbeides en strategi for at helsesøstre skal søke på lederstillinger i helsestasjon- og skolehelsetjenesten





8. UTDANNING, KUNNSKAP OG FORSKNING

For å møte det utfordringsbildet vi har skissert, er helsesøsters kompetanse og derved utdanningen til helsesøster sentral. Helsesøsterutdanningen er i omfattende utvikling, blant annet gjennom etablering av mastergradsstudier i helsesøsterfag. Landsgruppen av helsesøstre ønsker at utdanningen skal være et eget mastergradstudie i helsesøsterfag, og som også innebærer en myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning.

Det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget og fagutviklingen i tjenesten, og vi mener det best kan ivaretas ved opprettelse av et utviklings- og kompetansesenter for tjenesten.

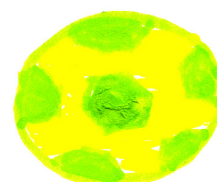
8.1. DAGENS OG FREMTIDENS HELSESØSTERUTDANNING.

Helsesøsterutdanningen skal utdanne sykepleiere med kompetanse til å ivareta spesialfunksjoner innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn, ungdom og deres familier, til å utføre smittevern og koordinere oppgaver og oppfølging innenfor helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det tilbys i dag helsesøsterutdanning ved 9 høyskoler/universiteter. Tre av disse tilbyr mastergradstudier i helsesøsterfag. Søkningen til helsesøsterutdanningen og konkurransen om studieplassene er stor. Dermed har de studentene som kommer inn høy kompetanse.

8.1.1. Utfordringsbildet i dagens helsesøsterutdanning

Som tabellen i vedlegg 1 viser er det stor variasjon i helsesøsterutdanningenes forløp og innhold til tross for at rammeplanen regulerer innholdet i de ulike utdanningsinstitusjonene.

En stor utfordring for utdanningene er å finne nok praksisplasser. I følge Rammeplan og Forskrift for helsesøsterutdanning, (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) skal helsesøsterstudenter ha 10 ukers praksisstudier. Kommuner er ifølge § 8-1 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a) pålagt å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av studenter i videre -og etterutdanning, men kommunene har ikke et selvstendig ansvar for dette slik som i spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Kommunene er jevnt over velvillige og gjør en stor innsats for å hjelpe til med å utdanne framtidens helsesøstre, men det følger ikke ekstra tid med oppgaven, ingen opplæring, ingen ekstra lønn, ingen tellende kompetanse, og ofte heller ingen ekstra anerkjennelse. Det er en lavstatusoppgave, en moralsk forpliktelse – men en usynlig arbeidsoppgave. Det mangler nasjonale retningslinjer for veiledning i praksis, samtidig som studentene har krav på kompetente veiledere (Kunnskapsdepartementet, 2012). Dette står i sterk kontrast til hvordan kommunene er forpliktet og følger opp i forhold til utdanning av eksempelvis samfunnsmedisinere og allmennleger, som er naturlige samarbeidspartnere for helsesøstre innenfor folkehelse og helsetjeneste for barn og unge. NSF slår fast i sin politiske plattform for sykepleierutdanning at prak-



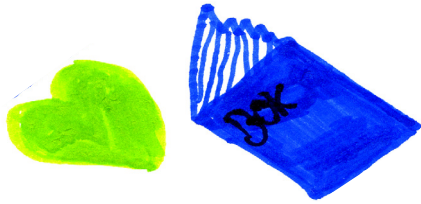
sisstudier er et sentralt kunnskapsgrunnlag, og må sikres (Norsk sykepleierforbund, 2013d).

Universitetet i Tromsø har redusert opptakstallet i forbindelse med at studiet ble lagt om til en mastergradsutdanning på 120 studiepoeng, og dermed ble mer ressurskrevende. Høgskolen Diakonova og Høgskolen i Bergen har foreløpig beholdt ordinære helsesøsterplasser ved siden av sin mastergradsutdanning. Det er realistisk å anta at det med tiden kun vil finnes helsesøsterutdanninger på mastergradsnivå. Dersom det ikke tilrettelegges for å heve kompetansen til lektorene i helsesøsterutdanningen opp på doktorgradsnivå, vil vi stå i fare for at opptakstallet på helsesøsterutdanningene reduseres drastisk. Utfordringen da vil på sikt bli å opprettholde full bemanning i tjenesten for å kunne utføre kommunenes mandat når det gjelder forebyggende og helsefremmende tjenester for barn og unge 0–20 år.

8.1.2. Muligheter i fremtidens helsesøsterutdanning

8.1.2.1 Helsesøsterstudiet som mastergradsutdanning

I henhold til Bologna prosessen har Norge, i likhet med mange andre europeiske land forpliktet seg til det internasjonale programmet for samordning av utdanningsnivåer på tvers av landene hvor gradene er Bachelor – Master – PhD. Bakgrunnen for dette er et ønske om å oppnå sammenlignbarhet, mulig studentmobilitet og felles forståelse av faglige nivåer i gradssystemet. Etablering av en mastergrad krever en viss andel 1. kompetanse i tråd med Forskrift om tilsyn med utdanningskvalitet i høyere utdanning av § 4.2. Mange høyskoler sliter med å tilfredsstille de formelle kravene til etablering og drift av mastergradsstudier og tilbyr heller ulike videreutdanninger som i Norge ikke gir akademisk uttelling (Mastad, 2012). Pr. 2015 har tre utdanningsinstitusjoner etablert master i helsesøsterfag, mens de øvrige er på ulike nivå i planlegging av slik etablering.



Ved fullført mastergradsstudium er studentene kvalifisert for helsesøsterstilling, lederstilling i helsesektoren/helseforetak, deltakelse i helsefaglige utviklingsprosjekt og forskningsprosjekt og undervisningsstillinger ved høyskoler og universitet. Mastergraden kvalifiserer i tillegg for opptak til doktorgradsprogram i helsevitenskap (Universitetet i Tromsø, 2013). Mastergradsutdanningene har som mål å utvikle kandidatenes evne til kritisk tenkning og gjøre dem i stand til å drive utviklingsarbeid og delta i forskningsprosjekter med utgangspunkt i egen praksis til det beste for brukerne. Mastergradskandidater vil være viktige bidragsytere i å fremme folkehelsen gjennom universell tilnærming, i det å ha større faglig tyngde som samfunnsaktør og som gruppe kunne være i dialog med myndigheter på ulike nivåer (ibid.).

Landsgruppen av helsesøstre ønsker helsesøsterutdanning på mastergradsnivå, slik at helsesøstre i større grad kan bidra til forskning og fagutvikling i tråd med de komplekse utfordringene for barn og unge i dagens samfunn. Morgendagens helsesøstre vil kreve stillinger hvor de kan få brukt sin utvidede kompetanse til brukernes beste. LaH samarbeider tett med helsesøsterutdanningene gjennom årlige samarbeidsmøter og representanter fra utdanningene i LaH's utdanningsutvalg.

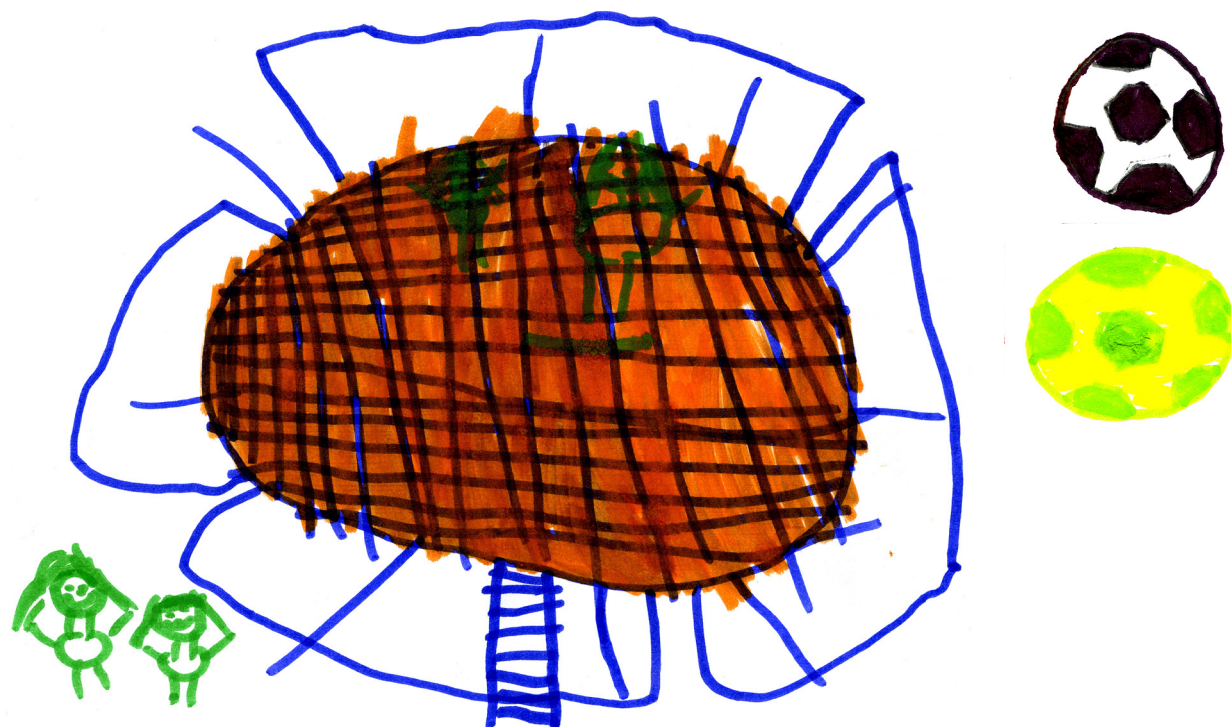
Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er bemannet med offentlig godkjent helsepersonell, kompetente og dedikerte fagfolk, som kan barne- og ungdomshelse. Samtidig er tjenesten i for liten grad preget av systematisk fag- og kompetanseutvikling og forskning på de områder tjenesten dekker, og rammebetingelsene gjør at tjenestens potensiale ikke blir tilstrekkelig utnyttet. Utfordringen er ikke for lite kompetanse, men manglende systematisering og kontrollert utprøving av kompetansen. Dermed mener vi at barn, unge og gravide ikke får en så kvalitativt god forebyggende og helsefremmende helsetjeneste som de faktisk har et lovfestet krav på. Utdanning av helsesøstre med mastergrad vil være et vesentlig bidrag i å øke kvaliteten på tjenesten.

8.1.2.2 Nye praksismodeller

Tiltak for å sikre gode praksisstudier for både student, praksissted og skole, kan være å inngå rammeavtaler på kommunenivå i tillegg til det enkelte praksissted for å sikre langsiktighet og forutsigbarhet. Universitetet i Tromsø har gode erfaringer med slike rammeavtaler med noen kommuner. Med faste avtaler kan det iverksettes kompetanseprogram for faste veiledere, rammevilkår som gjør det mulig å utføre denne oppgaven på en god måte, målrettede opplæringsprogram for studenten i et samarbeid mellom praksissted og skole, og vedvarende samarbeidsprosjekter for fagutvikling og økt kompetanse som kan gi uttelling for både praksissted og utdanningsinstitusjon. Et tett samarbeid bidrar til å sikre samsvar mellom kompetansebehov og faglig innhold i utdanningen. Slike avtaler hadde vært lettere å gjennomføre dersom kommunene hadde et selvstendig ansvar for å gi opplæring, og ledere ville lettere kunne kommunisere til sine ansatte at veiledning av helsesøsterstudenter er en naturlig og nødvendig del av virksomheten og arbeidsdagen. Helsedirektoratet sier i rapporten Status for samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2014d):

«Det anbefales å se nærmere på hvordan kommunehelsetjenesten i større grad kan benyttes som arena for praksisstudier, og om det bør være de samme vilkårene for kommuner som for helseforetak. Erfaringer viser at rekruttering påvirkes av hvor praksisstudiene blir gjennomført, og at det derfor er gunstig for rekrutteringen å ha studenter i praksis. På sikt vil derfor dette tiltaket kunne gi bedret rekruttering til kommunehelsetjenesten.»

Med faste veiledere kan det opprettes veiledernetverk som kan inspirere og virke kompetansehevede gjennom deling av erfaringer og løsninger. Slik kan også nye modeller for veiledning arbeides fram. Økt oppmerksomhet på veilederrollens utfordringer og muligheter kan bidra til økt status og en dreining bort fra den uønskede dugnadstenknin-gen rundt oppgaven (Egge H, 2013).



Eksempel

NY PRAKSISMODELL

Et samarbeidsprosjekt mellom Høyskolen Diakonova og 6 helsestasjoner i Oslo, Akershus og Buskerud (2015).

På bakgrunn av utfordringer med å skaffe nok praksisplasser prøves det ut en praksismodell hvor en eller to helsesøstre har ansvar for to helsesøsterstudenter på samme praksisplass. Studenter og veiledere blir intervjuet etter 3 uker og etter fullført praksisperiode på 10 uker om fordeler og ulemper, og evt. hvilke forutsetninger som må være til stede for gjennomføring av denne modellen. Undersøkelsen skal resultere i en fagartikkel.

Praksisplassene er tydelige på at de savner den økonomiske gevinsten som tidligere fulgte med den ekstra oppgaven det var å være praksisveileder. I dag gis tilskudd til samarbeidsprosjekt mellom praksissted og utdanningsinstitusjon. Disse gir en viss økonomisk gevinst til praksisstedet og en tettere kontakt mellom praksissted og utdanningssted. I praksisfeltet oppleves det som at man må legge ned uforholdsmessig stor innsats i form av utarbeidelse av søknader, planlegging av prosjekt

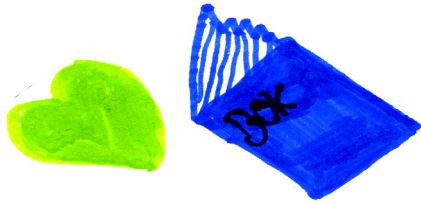
og samarbeid med utdanningsstedet, i forhold til midlene man tildeles. Slike prosjekter vil understøtte NSF's plattform for sykepleierutdanning (Norsk sykepleierforbund, 2013d) hvor målet er at utdanningen skal gi høy klinisk kompetanse, danne grunnlag for forskning og fagutvikling, og øke bruk av kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten.

Eksempel

STYRKING AV HELSETJENESTER TIL GRAVIDE OG BÅRSELKVINNER MED INNVANDRERBAKGRUNN

Et samarbeidsprosjekt mellom Høyskolen Diakonova og bydel Grorud i Oslo (2014/2015).

Hensikten med studien av innvandrerkvinner før og etter fødsel, er å styrke helsetjenestene for gravide og barselkvinner med innvandrerbakgrunn slik at alle får tilgang til og mottar likeverdige helsetjenester i tråd med stortingsmelding nr. 12, «En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.» På bakgrunn av analyserte data skrives en forskningsartikkel av prosjektmedarbeider fra Grorud sammen med prosjektleder og prosjektmedarbeider fra Høyskolen.



Eksempel

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS PÅ HELSESTASJONEN I MØTE MED MØDRE SOM OPPLEVER STRESSFYLT AMMING

Et samarbeidsprosjekt mellom Høyskolen Diakonova og Frogner helsestasjon (2014).

Ny forskning har vist at samspillet med barnet kan lide når ammingen oppleves stressfylt. Det kreves god kunnskap, innsikt og høy etisk bevissthet når hensyn til ammingens fordeler skal veies opp mot samspillet fordeler i veilednings-situasjonen. Hensikten med prosjektet var å finne svar på hvordan helsesøster kan veilede mødre som opplever stressfylt amming etter en kunnskapsbasert modell. Helsesøstrene fikk opplæring i litteratursøk, det ble skrevet en fagartikkel til Sykepleien Forskning (2014/01) av høyskolen og helsestasjonen i fellesskap. Det ble i tillegg utarbeidet et undervisningsopplegg for studenter og helsesøstre knyttet til temaet.

8.2. SPESIALISTGODKJENNING

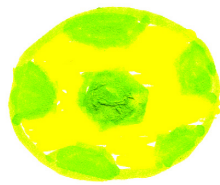
Spesialistgodkjenning skal gi samfunnet en garanti for at en myndighetsgodkjent helsesøster innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene til enhver tid anser som påkrevd. Norsk Sykepleierforbund og LaH NSF har over flere år arbeidet for å få etablert spesialistgodkjenning for helsesøstre. Arbeidet har vært organisert gjennom prosjektet Pilot helsestasjon og skolehelsetjeneste, og underprosjektet Helsesøster som samfunnsaktør. Det er utarbeidet en kompetansebeskrivelse (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2012) og utgitt evalueringsrapport fra prosjektet (Athenae AS, 2014).

8.2.1. utfordringer

Spesialistgodkjenning er et offentlig styringsmiddel i tillegg til blant annet Helsepersonelloven, som skal sikre at brukerne får en faglig forsvarlig tjeneste (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2012). Pr. 2015 er det kun leger, tannleger og optikere som har en myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning, men det er åpnet for at flere profesjoner skal få slik spesialistgodkjenning. Det er over år gjort et utredningsarbeid i forhold til dette i regi av Helse- direktoratet, der blant annet Norsk Sykepleierforbund har deltatt. Pr. 2015 har man kun prioritert å legge frem forslag til fremtidens legespesialister, men departementet åpner for at flere profesjoner vil bli vurdert (Norsk sykepleierforbund, 2015).

8.2.2 Muligheter

Til spesialistgodkjenning knyttes rettigheter i form av tittelbeskyttelse, og den gir myndighetene en mulighet til å kvalitetssikre yrkesutøvelsen. Formålet med spesialistgodkjenning innebærer et system for kvalitetssikring av helsesøsters yrkesutøvelse, samt en metode for godkjenning av utenlandske søkere til helsesøsterstillinger. I LaH NSF's forslag til spesialistgodkjenning for helsesøstre, er en helsesøster en autorisert sykepleier med godkjent helsesøsterutdanning, som til enhver tid oppfyller «kriterier for spesialistgodkjenning av helsesøster», en godkjenning foreslått gitt av norske helsemyndigheter. Godkjenningen vil innebære en garanti for et definert kompetansenivå. Helsesøster skal til enhver tid følge myndighetskrav og anbefalte faglige retningslinjer for helsefremmende og forebyggende arbeid i Norge. Helse- direktoratets forslag til spesialiststruktur- og innhold i samfunns- og allmennmedisin er i stor grad bygd på de samme prinsippene som LaH NSF har beskrevet i forhold til helsesøsters spesialistgodkjenning. Dette burde tilsi at det vil være relativt enkelt å etablere en fast spesialiststruktur også for helsesøstre. Landsgruppen av helsesøstre NSF mener en slik ordning er nødvendig for å sikre kvaliteten i fremtidens helsestasjon- og skolehelsetjeneste.



8.2.2.1. Helsesøsters spesialistkompetanse

Helsesøsters spesielle kompetanse omhandler den kunnskap, de ferdigheter og holdninger som en helsesøsterspesialist må inneha, og utøves primært innenfor rammene av helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Breddekompetansen er en vesentlig del av spesialistkompetansen. Beskrivelsen som er gitt i heftet *Spesialistgodkjenning av helsesøstre* (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2012) tar utgangspunkt i de mest sentrale vitenskapsområdene for helsesøsters kompetanse, som sykepleie/sykepleievitenskap, folkehelsevitenskap, medisin, psykologi, pedagogikk, sosiologi og samfunnsvitenskap. Disse sees opp mot helsesøsters virkeområder: helsestasjon for barn, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, miljørettet helsevern/smittevern og helsetjeneste til asylanter og flyktninger.

Helsesøsters spesialistkompetanse kan illustreres som i figuren under.

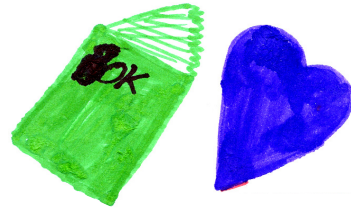
8.2.3. Helsesøster som samfunnsaktør

En viktig oppgave for helsesøstre er å gi beslutningstakere et grunnlag for å fatte beslutninger til beste for barn og unges helse og oppvekstforhold. Dette påpekes også av Barneombudet (Barneombudet, 2014) som anbefaler at helsesøstre må rapportere oppover i systemet når det er svikt i tjenesten, og involvere seg i det kommunale planarbeidet. Forskriften (Sosial- og helsedirektoratet, 2003) stiller krav til at helsestasjon- og skolehelsetjenesten bidrar til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom. For å fylle disse oppgavene kreves både kunnskap, holdninger og ferdigheter. Landsgruppen av helsesøstre NSF har over år arbeidet med å styrke helsesøster sin rolle som barn og unges talsperson, både lokalt og nasjonalt.

Kartlegging blant helsesøstre i fylkene Hordaland, Oslo og Finnmark (Athenae, 2014) viste at helsesøstre opplevde å ha mangelfull kunnskap innenfor det som kan defineres som samfunnsaktørrollen: politiske og administrative systemer, lov og rammeverk, kvalitet og internkontroll, kommunikasjon og påvirkning. Tilsynsrapporter i samme periode pekte på mangelfull ledelse av helses-

Figur 3. Helsesøsters spesialistkompetanse

<p>Forskernivå Master i helsesøsterfag 120 studiepoeng Kompetanse med et komplementært forhold mellom praktisk og akademisk kunnskap Mulig fordypning i form av ph.D.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barn og unges utvikling og helse • Barn og unges oppvekstmiljø • Kartlegging og undersøkelser • Relasjon, informasjon, delaktighet, veiledning og undervisning • Fremming av helse og forebygging av uhelse • Vaksinasjon og legemiddelforskrivning, og – håndtering • Utdanning, veiledning og undervisning • Ledelse og organisasjonsutvikling • Sikkerhet, kvalitet og dokumentasjon • Samarbeid • Etikk
<p>Spesialistnivå Helsesøsterutdanning 60 studiepoeng etter min. 1 års praksis En fordypning i helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn og unge Tittelbeskyttelse</p>	
<p>Grunnivå Bachelorutdanning 180 studiepoeng Autorisert sykepleier</p>	



tasjon- og skolehelsetjenesten, at ledelsen i stor grad var overlatt til de ansatte og at det var skjedd en dreining av tjenesten over til stadig mer individrettet arbeid. Samlet tilsa dette et behov for å tydeliggjøre og styrke helsesøstres kompetanse på ledelse og samfunnsaktørrollen.

På bakgrunn av disse funnene gjennomførte LaH NSF kompetanseprogrammet *Helsesøster som samfunnsaktør* for tre prosjektkommuner, lokale faggruppeledere og sentralt styre. Kompetanseprogrammet er positivt evaluert (Athenae AS, 2014). Det er behov for å innlemme disse temaene i helsesøsterutdanningen i større omfang enn hva som er tilfelle i dag, samt å etablere et fast etterutdanningstilbud for helsesøstre. Et slikt etterutdanningstilbud tilbys ved høyskolen Diakonova fra januar-15.

8.3. NASJONALT KOMPETANSE- OG UTVIKLINGSSENTER

For å styrke tjenestetilbudet og gjøre dette mest mulig likeverdig uavhengig av bostedskommune, anbefaler Helsedirektoratet i sin utviklingsstrategi for tjenesten

(Helsedirektoratet, 2010b) at det opprettes et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for tjenesten. LaH NSF etablerte i 2008 et prosjekt hvor målsettingen var å få forpliktende politiske vedtak om opprettelse av et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons – og skolehelsetjenesten. Så langt har verken LaH NSF eller helsedirektoratet fått gjennomslag for dette.

Et fast system eller en organisasjon for informasjonsspredning, veiledning, fagutvikling og andre funksjoner med ringvirkninger til andre helsestasjoner eller skolehelsetjenesten, finnes ikke i dag. Helsedirektoratet har et ansvar for å være faglig rådgiver, iverksette vedtatt politikk og forvalte aktuelt lov og regelverk. Faglige styringssignaler som tidligere i all hovedsak kom fra Helsedirektoratet og Fylkeslegen/mannen, kommer i dag fra en rekke ulike fagmiljø, kompetansemiljø og direktorat.

Det er i stor grad opp til den enkelte virksomhet å stå for oppgaver som å utarbeide beskrivelse av rutiner for et bredt spekter av arbeidsoppgaver, innarbeide nye arbeidsoppgaver og metoder. Dette vanskeliggjør tjenestens mulighet for å oppfylle myndighetskravene på en god måte. For å kunne oppfylle helsestasjon- og skolehelsetjenesten sitt myndighetsoppdrag trengs forskningsbasert og praksisnær kunnskap som grunnlag for nasjonale anbefalinger.

Veksten i bruk av kartleggingsverktøy er i følge LaH mangelfullt styrt og kvalitetssikret. LaH har også en bekymring for om den totale mengden kartleggingsverktøy vil endre innholdet i dialogen med foreldre og barn på en uheldig måte. I forbindelse med utarbeidelse av nye faglige retningslinjer for tjenesten, gjøres det en gjennomgang av aktuelle verktøy. Studien *HsPro Helseprofil 0–20 år* fra Bergen peker på de utfordringene mange helsesøstre møter når kartlegginger skal tas i bruk. Studien viser at deltakerne var sterkt opptatt av hvordan de kunne håndtere konflikten mellom plikt til å anvende kartleggingsverktøyet og å opprettholde

dialog og veiledning ved en helseundersøkelse. De håndterte utfordringen ved «avveidende tilpassing» som omfatter tre strategier: følger systemet, revurderer systemet og integrerer systemet. Når helsesøstre følger systemet, reduseres veiledning og dialog. Ved revurdering, øker frustrasjon samt valgmulighet, og ved integrering øker fokus på eleven, fordi de gjør avvikelser fra kartleggingsverktøyet (Nilsen, Litland og Hjalhmhult, 2014).

Et slikt senter vil bidra til å lette tilgangen til oppdatert, pålitelig kunnskap om effekten av de vanlige tiltak som tilbys brukerne av tjenesten, og om utvikling av nye kostnadseffektive og brukerorienterte tiltak. Kompetanse- og utviklingssenteret vil spre kunnskap, støtte opp om lokalt utviklingsarbeid og gi veiledning til praksis ved oppstart og utvikling av prosjekter. Senteret vil initiere og samarbeide med andre fagmiljø, eller selv drive forsknings- og utviklingsarbeid, nært knyttet opp til praksisfeltet.

Å sikre barn og ungdom et godt oppvekstmiljø er blant de viktigste politiske satsningsområdene i Norge. Barn og ungdom har særskilte behov, interesser og rettigheter som må sikres. En viktig del av dette er å tilby barnefamiliene en helsestasjon- og skolehelsetjeneste som er tilpasset brukernes behov og som er av god faglig kvalitet. Økt involvering av brukerne i utviklingen av tjenestene er et klart siktemål for et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter.

Senteret vil vektlegge nært samarbeid med brukerne av helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og aktuelle brukerorganisasjoner. Det er et klart ønske å stimulere til økt fagutvikling og forskning blant alle profesjonene i helsestasjon- og skolehelsetjenesten gjennom denne type nasjonalt senter.

Lese mer?

- Ide- og planskisse for nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjon- og skolehelsetjenesten, LaH NSF, 2009 [https://www.nsf.no/Content/254457/NASJONALT%20kompetanse-senter%20%20Presentasjon%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/254457/NASJONALT%20kompetanse-senter%20%20Presentasjon%20(2).pdf)

Landsgruppen av helsesøstre NSF anbefaler

- Det opprettes nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for tjenesten
- Helsesøsterutdanningen blir et mastergradstudie
- Spesialistgodkjenning av helsesøstre innføres
- Det inngås rammeavtaler på kommunenivå om årlige antall praksisplasser for helsesøsterstudenter
- Systematisk kompetanseprogram for praksisveiledere iverksettes
- Det iverksettes tiltak for å øke rekrutteringen av menn og søkere med annen etnisk bakgrunn enn norsk til helsesøsterutdanningen
- Kompetanseprogrammet *Helsesøster som samfunnsaktør* videreføres som fast etterutdanningstilbud





LITTERATURLISTE

- Aftenposten (2010), Kommentarartikkel, Per Anders Madsen, 25.august 2010.
Oslo: Aftenposten
- Athenae AS (2014), Ta plass! Evaluering av et pilotprosjekt i regi av Norsk Sykepleierforbund og Landsgruppen av helsesøstre NSF. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Aune & Olufsen(2014), En helsefremmende barselomsorg I: Haugan, G & Rannestad, T(red.). Helsefremming i kommunehelsetjenesten.
Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Backe-Hansen, E. Egelund, T. Havik, T. (2010), Barn og unge i fosterhjem – en kunnskapsstatus.
Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring - NOVA.
- Barneombudet (2014), Helse på barns premisser. Barneombudets fagrappport 2013.
Oslo: Barneombudet.
- Barne-, likestillings -og inkluderingsdepartementet (2014a), En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).
Oslo: Barne-, likestillings -og inkluderingsdepartementet.
- Barne-, likestillings -og inkluderingsdepartementet (2014b), [Internett] Lov om barn og foreldre.
Oslo: Barne-, likestillings -og inkluderingsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
[Lest 30.oktober.14]
- Bjørkli, E.S og Moafi, H. (2014) Barnehager, 2013, endelige tall [Internett].
Oslo: Statistisk sentralbyrå - SSB. Tilgjengelig fra:
<http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/barnehager/aar-endelige> [Lest 30.oktober.14]
- Byrhagen, Falch og Strøm (2006), Kostnader av frafall i videregående opplæring.
Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS.
- Clancy, Anne (2010), Perceptions of public health nursing practice – on borders and boundaries, vivibility and voice. Doctoral thesis. The Nordic School of Public Health.
Gøteborg: Nordic School of Public Health.
- Clancy, Anne (2012), Glidende grenser og stille stemmer. Foredrag Helsesøsterkongressen, 26.april 2012.
Kragere: Landsgruppen av helsesøstre NSF
- Dahl, Espen, Bergsli, Heidi og van der Wel, Kjetil A. (2014), Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk.
Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Dyrhaug, T. (26.juni 2013) Barnevern 2012, Fleire barn under omsorg, [Internett]
Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra:
<http://www.ssb.no/barnevernng> [Lest 30.oktober.14]
- Egge, H. og Glavin, K (2014) Hvorfor det hjelper ungdom å delta i skilsmissegrupper. Sykepleien forskning, 9 (4)
- Egge, H. (2013) Hvordan sikre praksisplasser. Tidsskrift for helsesøstre, 2 (3)
- Eriksen, Elise Nyborg, AV-OG- TIL (2014).
Oslo: AV-OG-TIL. [Internett]
Tilgjengelig fra: <http://avogtil.no/om-av-og-til/>
[Lest 11.november 2014]
- Espenes G.A. og Lindstrøm B, (2014), Salutogenese – et viktig steg for å forstå helse?
I: Haugan, G og Rannestad, T(red.). Helsefremming i kommunehelsetjenesten
Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Campbell, Ross (2007), Er du glad i meg? En bok om barneoppdragelse – om barns behov og foreldres ansvar. Ottestad: Prokla-media.
- Folkehelseinstituttet (2014a), Barnevaksinasjonsprogrammet, Rapport for 2013. [Internett]
Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra
<http://www.fhi.no/dokumenter/23fb6684b7.pdf>
[Lest 7.november 2014]
- Folkehelseinstituttet (2014b), Folkehelse rapporten 2014. [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet.
Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110787>
[Lest 11.mars 2015]
- Folkehelseinstituttet (2013), Resultater fra Barnevekststudien 2008-2012. [Internett]
Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/studier/barnevekststudien/resultater>
[Lest 7.november 2014]
- Glavin K., Roelants M., Strand BH., Júlíusson PB., Lie KK., Helseth S. og Hovengen R. (2014), Important periods of weight development in childhood: A population based longitudinal study. BMC Public Health. [Internett].
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/160>
[Lest 16.mars 2015]

- Glavin K. (2012), Hjemmebesøk mot depresjon. [Internett]. Oslo: Tidsskrift for helsesøstre 3-2012 Tilgjengelig fra: http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/1045555/Helses%F8stre_hjemmebesok_mot_depresjon.pdf [Lest 19.mars 2015]
- Glavin, Kari og Erdal, Bodil (2000, 2007), Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gran, M.A. (4. september 2012), Forskere advarer mot fancy matpakketrend. [Internett]. Oslo: Oslo by nyheter. Tilgjengelig fra: <http://www.osloby.no/nyheter/Forskere-advarer-mot-fancy-matpakketrend-6979875.html#UhdY65LJSSo> [Lest 30.oktober 2010]
- Helgesen, Marit K. og Hofstad, Hege (2012), Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering, en baselineundersøkelse, NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helsedepartementet (1983), Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedepartementet (2014a), Nasjonal retningslinje for barselomsorgen. [Internett] Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra http://www.helse-og-omsorgsdepartementet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Publikasjoner/IS_2057_Barsel_retningslinjer_fullversjon.pdf [Lest 10.november 2014]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014b), Veileder IS-2073. Miljø og helse i skolen. Veileder til forskrift om miljørettet arbeid i barnehager og skoler. [Internett] Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <http://helse-og-omsorgsdepartementet.no/publikasjoner/miljo-og-helse-i-skolen/Publikasjoner/IS-2073-Veileder.pdf> [Lest 24.november 2014]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014c), Rundskriv: IS-1/2014 Nasjonale mål og prioriteringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014d), Rapport IS-2234: Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014e), Rapport IS-2203. Samfunnsutvikling for god helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012), Statusrapport IS-2019. Handlingsplan
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010), Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010–2015 strategier for bedre seksuell helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011), Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer Nasjonalt råd for ernæring. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010a), IS-1813. Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010b), Rapport: IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010c), IS-1736. Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010d), IS-1734. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008), IS-2019. Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014), Drøftingsnotat presentasjon av nøkkeltall for helsestasjon- og skolehelsetjenesten i Oslo til bruk i arbeidet med: effektiviseringsnettverk helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015), Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, Meld.St.19 (2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011a), Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30. [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2013-06-21-82> [Lest 19.februar.15]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b). Spesialisthelsetjenesteloven. LOV-1999-07-02-61. [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-40> [Lest 19.februar.15]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010), IS-0295. Samspill 2.0 - Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helsetilsynet i Sør-Trøndelag (2011), Samlerapport – tilsyn med helsestasjon- og skolehelsetjenesten 2010/2011. [Internett]. Trondheim: Helsetilsynet i Sør-Trøndelag.
Tilgjengelig fra: http://www2.vannportalen.no/Helsestasjon-og-skolehelsetjenesten_2010-2011_-_samplerapport_31jOi.pdf [Lest 02.mars 2015]
- Hjälmhult, Esther, Økland, Toril (2012), Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. [Internett]. Oslo: Sykepleien Forskning.
Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-barselkvinner-er-opptatt-av-den-forste-tiden-hjemme-med-en-nyfodt> [Lest 24.november.14]
- Hjälmhult, Esther (2009), Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? [Internett]. Oslo: Sykepleien Forskning. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/skal-helsesoster-tilby-hjemmebesok-til-alle-foreldre-med-nyfodt-barn> [Lest 24.november.14]
- Klem, A. (3.august 2013), Organisert vanvidd tar over for fri lek [Internett]. Oslo: Aftenposten. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Organisert-vanvidd-tar-over-for-fri-lek-7269815.html> [Lest 30.oktober 2014]
- Kriser.no 2014, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.kriser.no/kriseteam/> [Lest 11.november.14]
- KS (2014), ASSS-nettverk for Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Vedlegg: statistikk/diagrammer. Oslo: Kommunenes Sentralforbund
- Kunnskapsdepartementet (2015), NOU 2015:2. Å høre til. Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø. [Internett], Oslo: Kunnskapsdepartementet.
Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/35689108b67e43e59f28805e963c3fac/no/pdfs/nou201520150002000dddpdfs.pdf> [Lest 19.mars.15].
- Kunnskapsdepartementet (2012), Utdanning for velferd 2011-2012. St.meld.nr 13 (2011-2012). [Internett], Oslo: Kunnskapsdepartementet.
Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/?docId=ST-M201120120013000DDDEPIS&ch=1&q=> [Lest 18.februar.15].
- Kvarme, Lisbeth Gravdal (2011), [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/forskning/2011/07/promotion-self-efficacy-and-health-related-quality-life-socially-vulnerable-school> [Lest 2.mars.15].
- Landsgruppen av helsesøstre NSF (2008), Helsesøster – mer enn et sprøytestikk, brosjyre. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Landsgruppen av helsesøstre NSF (2012), Spesialistgodkjenning av helsesøstre, brosjyre. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Lien, Lars (2011). Trenger noen som lytter. Kronikk. [Internett], Tilgjengelig fra <http://www.forebygging.no/Kronikker/2012-2011/Trenger-noen-som-lytter/> [Lest 18.februar.15]
- Ljoså, Janne Gunnerud (2014), Den gode skolehelsetjenesten. Fra prosjekt til drift 2012-2013. Prosjektrapport, juni 2014. [Internett]. Skien: Telemark fylkeskommune.
Tilgjengelig fra: [http://www.ks.no/PageFiles/63812/Prosjektrapport%20DGS%20-%20juni%202014%20\(2\).pdf?epslanguage=no](http://www.ks.no/PageFiles/63812/Prosjektrapport%20DGS%20-%20juni%202014%20(2).pdf?epslanguage=no) [Lest 10.mars.15]
- Lopez, G.S. (2007), Minoritetsperspektiver på norsk familievern. Klienters erfaringer fra møtet med familievernkontoret. Rapport 9. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo: NOVA.
- Lovdata (2014), Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunene. [Internett]. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779?q=lovbestemt+sykepleie> [Lest 10.november.14]
- Lyngstad, Jan. & Kitterød, R. (5. mai 2014) Bosted og samvær 2002, 2004 og 2012 [Internett], Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/bosted-og-samvaer-2002-2004-og-2012> [Lest 30.oktober.10]
- Mastad, Viggo: Videreutdanning i ingenmannsland? Kronikk, Sykepleien 2012.
- Medietilsynet (2014), Barn og medier [Internett]. Oslo: Medietilsynet. Tilgjengelig fra: http://www.medietilsynet.no/Documents/Barn%20og%20medier-undersøkelsene/Rapport_Barnogmedier_2014.pdf [Lest 30.oktober.14]
- Moksnes, U.K (2014) Opplevelse av sammenheng I: Haugan, G og Rannestad, T(red.). Helsefremming i kommunehelsetjenesten Oslo: Cappelen Damm Akademiske

Myklestad, Ingri (2007), Predicting Contraceptive Behaviour among Adolescents: Social, Cognitive and Contextual Factors, Universitetet i Oslo. [Internett]. Oslo: Universitetet i Oslo.
I: <http://forskning.no/forebyggende-helse-sex-barn-og-ungdom/2008/02/kondom-spors-hva-andre-mener>

Myrvold, T., mfl. (2011), Den vanskelige samhandlingen. NIBR-rapport, 2011:25. Norsk institutt for by- og regionforskning. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Markussen, Eifrid (red.) (2010). Frafall i utdanning for 16-20-åringene i Norden, 2010:57. Norden/Tema Nord. København: Nordisk Ministerråd. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://notendur.hi.is/~jtj/greinar/Frafall%20Norden%202010%20Stella%20JTJ.pdf> [Lest 11.mars 2015]

Nilsen, Ingeborg, Litland, Astrid S. og Hjälmhult, Esther (2014), Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy. [Internett]. Oslo: Sykepleien Forskning. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/forskning/2014/12/helsesostres-utfordringer-ved-bruk-av-kartleggings-verktoy-i-skolehelsetjenesten> [Lest 18.februar.15]

Norsk Mediebarometer 2010 (2010) [Internett]. Oslo: Norsk Mediebarometer. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa121/internet.pdf> [Lest 30.oktober 2014]

Norsk Sykepleierforbund (2015a), Høring i justiskomiteen om vold mot barn. [Internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2466273/17036/NSF-i-horing-i-justiskomiteen-om-vold-mot-barn> [Lest 17.mars.15]

Norsk Sykepleierforbund (2015b), Statssekretærer på NSF-besøk. [Internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2408448/17036/Statssekretærer-paa-NSF-besok> [Lest 11.mars.15]

Norsk Sykepleierforbund (2014), Vil ikke ansette flere i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. [Internett], Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2237477/17036/Kommunene-vil-ikke-ansette-flere-i-helsestasjon-og-skolehelsetjenesten> [Lest 5.desember 2014]

Norsk Sykepleierforbund (2013a), Strategi -Sykepleierprofesjonen i utvikling: eHelse 2013-2016. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Norsk Sykepleierforbund (2013b), Politisk plattform for folkehelse 2013-2016. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Norsk Sykepleierforbund (2013c), Politisk plattform for ledelse 2013-2016. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Norsk Sykepleierforbund (2013d), Politisk plattform for sykepleieutdanning 2013-2016. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Kunnskapsdepartementet (2010), NOU 2010: 7. Mangfold og mestring. Flerspråklige barn, unge og voksne i opplæringssystemet. Oslo: Kunnskapsdepartementet

Nygaard-Hansen, H-P. (17.juni 2012), iBaby – Superenkelt og avansert overvåkingskamera [Internett]. Oslo: HansPetter.info. Tilgjengelig fra: <http://hanspetter.info/2012/06/ibaby-superenkelt-og-avansert-overvakingskamera/> [Lest 30.oktober 2014]

Olsen, Torunn S., Jentoft, Nina (2013), En vanskelig start. Om tidlig innsats og tverretattlig samarbeid for å forebygge ung uførhet, FoU rapport nr. 6/2013, Universitetet i Agder og Agderforskning

Olufsen Vibeke, Sliper Jon Olav og Aune Ingvild (2015), Kartlegging av ledelse i skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag. (Internett). Trondheim: Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. Tilgjengelig fra: <http://fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/>

Pedersen, Anne Randi (19.juni 2014) Fanger ikke opp skilsmissebarn [Internett]. Tromsø: UIT, Norges arktiske universitet. Tilgjengelig fra: http://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=380889 [Lest 31.oktober 2014]

Pettersen, Inger Johanne og Solstad, Elsa, Managerialism and Profession-Based Logic: The Use of Accounting Information in Changing Hospitals, Financial Accountability & Management 2014. [Internett]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/faam.12043/abstract> [Lest 30.oktober 2014]

Proust, Marcel (2006), Remembrances of things past, Vol.2. Hertfordshire: Wordsworth Editions Limited.

Rannestad og Haugan (2014), Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I: Haugan, G & Rannestad, T(red.). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademiske

Redd Barna (2013), Tåler noen barn mer juling? En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier. Oslo: Redd Barna.

Regjeringen (2010), Avsluttende merknader fra FNs barnekomite. [Internett]. Oslo: Regjeringen.

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/bld/Tema-og-redaksjonelt-innhold/Redaksjonelle-artikler/2010/concluding-observasjons-fra-fns-barnekom/id593247/>

[Lest 2.mars.15]

Riksrevisjonen (2014), Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. [Internett]. Oslo: Riksrevisjonen. Tilgjengelig fra:

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/ElektroniskMeldingsutveksling.aspx>

[Lest 3.mars.15]

Rød PA, Ekeland T-J, Thuen F. (2008) Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemforståelse og og følelsesmessige reaksjoner. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 45(5).

Oso: Norsk Psykologforening

Sollund, R. (2010) Au pair ordningen i Norge: Rolleforståelse og praksis blant au pairer og vertsfamilier. Sosiologi i dag, 40 [Internett]. Oslo: Sosiologi i dag.

Tilgjengelig fra:

<http://ojs.novus.no/index.php/SID/article/view/17/16>

[Lest 10.november 2014]

Sommerschild, H. (1998), Mestring som styrende begrep. I: Gjærum, B. & Grøholt, B. & Sommerschild, H. red. Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (2008), Rapport IS-1575. Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet (2005), Gradientutfordringen - Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet (2003), Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450: IS- 1154 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Spoletini, Eirin, Strand, Birgitte (2007), Helsesøster bør informere bedre. [Internett]. Oslo: Sykepleien
Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2007/12/helsesoster-bor-informere-bedre>
[Lest 2.mars.15]

Statens Folkhälsoinstitut Sverige (2004), Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Stockholm: Skolverket, Socialstyrelsen.

Statens helsetilsyn (2012), Rapport: 1/2012 Styre for å styrke. Oslo: Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn (2011), Rapport:3/2011, Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? Oslo: Statens helsetilsyn

Statistisk sentralbyrå (2014). Årsverk i helsestasjon- og skolehelsetenesta. [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra:

<http://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko/aar/2014-07-03?fane=tabell&sort=nummer&tabell=185054> [Lest 10.november.14]

Stortinget (2015). Representantforslag (KrF) om å bekjempe vold mot barn. [Internett]. Oslo: Stortinget. Tilgjengelig fra:

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=61718>

[Lest 2.mars.15]

Sund, Anne Mari. Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 49, nummer 1, 2012, side 30-39. [Internett]

Tilgjengelig fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=161968&a=3 [Lest 11.november.14]

Svang, Kåre. 2014. Naiviteten må ta slutt – alvorlig vold mot barn skjer oftere enn vi kan tro. Aftenposten 31.oktober. Oslo: Aftenposten.

Sykepleien (2014a). Halvparten gikk til helsesøstre. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2014/01/halvparten-gikk-til-helsesostre>
[Lest 10.november.14]

Sykepleien (2014b). Flertallet har ikke sett noe til pengene. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2014/01/flertallet-har-ikke-sett-noe-til-pengene> [Lest 10.november.14]

Sykepleien (2014c). Hva har vi gjort? [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2014/01/hva-har-vi-gjort>
[Lest 10.november.14]

Sykepleien (2014d). Skolehelsetjeneste gir god avkastning. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2014/05/skolehelsetjeneste-gir-god-avkastning> [Lest 10.november.14]

Sykepleien (2014e). AP tar selvkritikk. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2014/08/ap-tar-selvskritikk> [Lest 10.november.14]

Sykepleien (2014f). Flertallet vil ikke ansette flere helsesøstre. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2014/10/flertallet-vil-ikke-ansette-flere-helsesostre> [Lest 24.november.14]

Sykepleien (2014g). Sier nei til flere helsesøstre. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2014/11/sier-nei-flere-helsesostre> [Lest 24.november.14]

Sykepleien (2013). Vi rekker ikke følge opp de som sliter. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/2013/02/vi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter> [Lest 10.november.14]

Sykepleien (2012). Snakker om overvekt. [Internett]. Oslo: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2012/02/snakker-om-overvekt> [Lest 2.mars.15]

Sæther, R.M. (2011), Nå kan du passe ungen fra andre siden av jordkloden. [Internett], Oslo: Teknofil.no. Tilgjengelig fra: http://www.teknofil.no/artikler/naa_kan_du_passe_ungen_fra_andre_siden_av_jordkloden/104145 [Lest 30.oktober 2014]

Treborg I.M, og Øverbø, I. (28.november 2013), Slik ser «fotballfrue» ut 4 dager etter fødselen [Internett], Oslo: TV2.no. Tilgjengelig fra: <http://www.tv2.no/a/4165291> [Lest 30.oktober 2014]

Tveiten, Sidsel (2008), Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget

Universitetet i Tromsø (2013), Studieplan Master I helsefag, Studieretning helsesøsterfag. [Internett]. Tromsø: Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra: <http://uit.no/Content/371427/studieplan%20helses%C3%B8ster%20kull%2014%20.pdf> [Lest 3.mars.15]

Universitetet i Tromsø (2008), FAMILIENS HUS Et tverrfaglig lavterskeltilbud. [Internett]. Tromsø: Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra: <http://uit.no/Content/98626/Familiens> [Lest 2.mars.15]

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005), Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning. [Internett]. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269386-rammeplan_for_helsesosterutdanning_05.pdf [Lest 3.mars.15]

Venstre (2014). [Internett]. Oslo: Venstre. Tilgjengelig fra: <http://www.venstre.no/artikkel/54575> [Lest 24.november.14]

Øen, Gudbjørg (2012), Overvekt hos barn og unge- Forstå, forebygg, behandle og fremme helse. Oslo: Fagbokforlaget.

VEDLEGG

1. Om svargruppene

Foreldre på helsestasjonen og hjemmebesøk:

Foreldrene var mellom 17 og 48 år, gjennomsnittsalder var 30 år. Foreldrene var fra 14 ulike land, 84 % av disse fra Norge. Andelen foreldre som hadde et og to barn var henholdsvis 45 og 43 %, mens resten hadde tre barn eller flere. 59 % av foreldrene hadde høyskole/universitetsutdanning, 36 % hadde fullført videregående skole, mens 4 % hadde grunnskole. 19 % hadde en samlet inntekt på over 1 million, 46 % mellom 600.000 og 1 million og 24 % hadde en samlet inntekt på under 600.000.

1 % svarte ikke på spørsmål om utdanning eller inntekt.

Fedre på 1-årskontroll:

Vel halvparten av fedrene var mellom 31 og 40 år (yngste 22 år, eldste 65 år). Halvparten var førstegangsfedre, 36 % hadde to barn. 56 % av fedrene hadde universitetsutdannelse, 38 % hadde videregående skole og 5 % hadde gjennomført grunnskole. Halvparten hadde en samlet årsinntekt på mellom 600 000 og 1 million. To fedre oppgir at familien har en samlet årsinntekt på under 300 000.

Elever og foreldre i 5./6. og 10.klasse:

Vi delte ut spørreskjemaer til elever i 5. eller 6. klasse og 10. klasse på tilfeldig valgte skoler i alle fylker i løpet av februar og mars 2014. Vi har fått svar fra 112 elever i 5. og 6.klasse; jevnt fordelt mellom kjønnene: 59 jenter og 53 gutter. Nesten samtlige er norske, men 7 er fra enten Nepal, Irak, Russland, Polen, Thailand eller Latvia. I 10.klasse fikk vi svar fra totalt 79 elever; 33 gutter og 46 jenter. Også her er de aller fleste -71-norske, mens det er 4 fra andre europeiske land, 1 fra USA, 2 fra Somalia og 1 fra Thailand. I tillegg til spørreskjemaundersøkelsen, har det vært fokusgruppeintervjuer med 10. klassinger i noen fylker, og kommentarene derfra er med.

Vi fikk svar fra 80 foreldre til 5. og 6. klassingene; 3 av 4 som svarte var mødre. Foreldrene var i alderen 33 til 56 år. Respondentene var nesten utelukkende norske; bare 4 av de 80 som svarte var fra et annet land. 66 % var utdannet på universitet/høgskolenivå, 32 % hadde fullført videregående skole og 1 % hadde kun grunnskole. Vi fikk svar fra 51 respondenter til 10. klassingene. 43 av disse var mødre, 6 fedre og 2 med annen tilknytning til ungdommen. Foreldrene var i alderen 32 til 59 år. Andelen norske var 86 %. De øvrige kom fra andre land i Europa og 2 fra Sør-Amerika. 50 % av foreldrene som svarte på spørreskjemaet var utdannet på universitet/høgskolenivå, 50 % hadde fullført videregående skole, og 1 mor hadde kun grunnskole. Samlet inntektsnivå i familiene både i 5./6. og 10.klasse, fordeler seg med ca. 30 % med samlet inntektsnivå under 600.000, 45 % mellom 600.000 og 1 million, og 25 % hadde over 1 million i samlet inntekt.

2. Utdanningsinstitusjoner som tilbyr helsesøsterutdanning, studieplasser, antall studenter, antall søkere og studiets oppbygning. Pr. mai 2014.

Utdanningsinstitusjon Studiets tittel	Studieplasser	Antall Studenter	Antall søkere	Studiets oppbygning
Høgskolen i Oslo/Akershus Helsesøsterutdanning, videreutdanning	60-70	62	344	Heltid 3 emner: 1. Kunnskapsgrunnlaget i helsesøsters tjenesteutøvelse 2. Helsesøsters tjenesteutøvelse 3. Kunnskapsbasert praksis og fagutvikling
Diakonova Helsesøsterutdanning, videreutdanning Master i sykepleie med et kommunehelseperspektiv	40 (helsesøster) 20 (mastergrad) 20 % < 30 år	42 27	328 69	Deltid 5 moduler: 1. Faglig grunnlag 2. Helsesøsterfaglig fordypning 3. Forsknings -og vitenskapsteori 4. Fordypning i helsesøsterfag 5. Mastergradsoppgaven
Høgskolen i Telemark Helsesøsterutdanning Videreutdanning	35, opptak annethvert år	37	335	Deltid 4 emner: 1. Individ, samfunn og helse 2. Barn og unges helse 3. Helsesøstertjeneste og yrkesutøvelse 4. Helsesøstertjeneste og fagutvikling
Universitet i Stavanger Helsesøsterutdanning Videreutdanning	25	29	350	Deltid 4 emner: 1. Helsesøstertjenesten, rammevilkår og strategier i forebyggende helsearbeid (10 sp) 2. Helsesøstertjenesten, barn og unges helse og utvikling (20 sp) 3. Helsesøstertjenesten, yrkesutøvelse (praksis) (10 sp) 4. Helsesøstertjenesten, individrettet forebyggende helsearbeid (20sp)
Høgskolen i Bergen Klinisk sykepleie, helsesøsterutdanning, mastergrad del 1 og del 2.	30 (del 1) 8 (del 2)	30 (disse har studierett til del 2)	160	Heltid 7 emner: 1. Grunnlagstenkning og forskningsmetode 2. barn og unge 0-20 år 3. Praksisstudier 4. Fagutvikling 5. Vitenskapsteori og forskningsetikk 6. Forskningsmetode og prosjektutvikling 7. Mastergradsoppgave
Høgskolen i Ålesund Helsesøsterutdanning med folkehelseprofil Videreutdanning med en mastergradsmodul (15 stp.)	40	40	200-250	Deltid 4 emner a` 15 stp.: 1:Folkehelsearbeid 2:Utvikling, kommunikasjon og samhandling: barn, unge og familier 3:Helsesøsterfaglig tjenesteutøvelse (praksisstudiene) 4:Faglig fordypning, vitenskapelig skriving og metode (masteremne);
Høgskolen i Sør-Trøndelag Helsesøsterutdanning, videreutdanning	32	32	193 (167 med h.søster utd. som 1.prio)	Heltid 5 emner: Innføring i forskningsmetoder, grunnleggende helsesøsterkunnskap, helsestasjons -og skolehelsetjeneste som arbeidsfelt (praksis), faglig fordypning, fagutvikling og kvalitetssikring i helsesøstertjenesten, grunnlagstenkning og arbeidsmetoder.

Universitetet i Tromsø	22	23	113	Deltid 7 emner: 1. Grunnlagstenkning i helsefagene (20 sp) 2. Helsesøsterfaglig kunnskap - Barn og unge 0-20 år (20 sp) 3. Helsesøsterfaglig tjenesteutøvelse(Praksisstudier)(7.5 sp) 4. Metode, metodologi og forskningsetikk (10 sp) 5. Helsesøsterfaglig tjenesteutøvelse(Praksisstudier)(7.5 sp) 6. Helsesøsterfaglig ledelse, forsvarlighet og fagutvikling(15 sp) 7. Mastergradsoppgave (40 sp)
Høgskolen i Hedmark	20	22	190	Deltid 6 emner: 1. Folkehelsearbeid (15) 2. Helse, utvikling og samhandling (15) 3. Kommunikasjon (5) 4. Vitenskapsteori og metode (10) 5. Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste og Yrkesutøvelse (10) 6. Fordypningsoppgave (5)

Kvotering:

- Det har de siste årene vært satt søkelys på relativt høy gjennomsnittsalder blant helsesøstre, mangelen på mannlige helsesøstre og helsesøstre med flerkulturell bakgrunn. Enkelte utdanningsinstitusjoner har innført kvotering for å imøtekomme noen av disse forholdene.
- Høgskolen i Oslo og Akershus gir menn 5 tilleggspoeng ved opptak.
- Høgskolen i Bergen har inntil 5 studieplasser reservert for studenter fra kommuner med behov for helsesøstre.
- Høgskolen i Ålesund kvoterer søkere under 30 år med 20 % av søkermassen. Det gis inntil 5 poeng for yrkespraksis som sykepleier utover minstekravet. Det gis ett ekstra poeng til søkere med minst ett års erfaring i fulltidsstilling i sykepleie som innebærer sykepleie til barn/ unge og /eller familier. Det gis inntil 3 poeng for høyere utdanning ut over minstekravet. Ved lik poengsum vil mannlige søkere bli foretrukket.
- Høgskolen Diakonova i Oslo gir 20% av plassene til søkere under 30 år, og ved ellers lik poengsum blir mannlige søkere foretrukket.

