

NASJONALT  
KOMPETANSE- OG UTVIKLINGSSENTER  
FOR  
HELSESTASJONS – OG  
SKOLEHELSETJENESTEN



EN IDE- OG PLANSKISSE  
FRA  
EN PROSJEKTGRUPPE I REGI AV  
LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Forfattere: Prosjektgruppen  
Forsidefoto: © David Trood, Samfoto  
Øvrige bilder: Marte Kruse  
Trykk og produksjon: Norsk Sykepleierforbund

## INNHOLDSFORTEGNELSE

Innledning – hvorfor kompetansesenter? .....	4
1. Prosjekt kompetanse- og utviklingssentersenter – hva er gjort så langt .....	6
2. Oppsummerte anbefalinger fra prosjektgruppen: .....	7
3. Erfaringer fra tilsvarende utviklings- og kompetansesenter, og prosjekt.....	8
3.1. IRUHS – et første initiativ .....	8
3.2. Andre forsøksmodeller og prosjekt.....	8
3.3 HELSKO – prosjektet .....	9
3.4 Utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - HUS.....	9
4. Bakgrunn for etablering av nasjonalt kompetanse – og utviklingssenter .....	11
4.1 Status.....	11
4.2 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten som arena for utviklingsarbeid.....	12
4.3 Statlige satsinger.....	14
4.4 Sentrale premisser og problemstillinger .....	16
4.4.1 Kunnskaps- og fagutvikling .....	16
4.4.2 Samling og spredning av kunnskap .....	18
4.4.3 Tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid .....	18
5. Oppdrag og funksjon .....	18
5.1 Målgruppe for senteret .....	19
6. Mål og arbeidsområder.....	20
6.1 Evaluering og utvikling av metoder for undersøkelse, intervensjon og helsefremmende aktiviteter .....	21
7. Organisering av kompetanse- og utviklingssenteret .....	22
7.1 Administrativ forankring.....	22
7.2 Bemanning .....	22
8. Finansiering .....	23
9. Litteratur og kilder .....	24

## Innledning – hvorfor kompetansesenter?

Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund etablerte i 2008 et prosjekt hvor målsettingen er å få forpliktende politiske vedtak om opprettelse av et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons – og skolehelsetjenesten.

En tverrfaglig sammensatt prosjektgruppe med representanter for alle skal – profesjonene innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fra fylkesmanns- og høyskolenivå samt fra barnelegeforeningen, har utarbeidet denne presentasjonen.

Forslaget om opprettelse av et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter er forelagt en rekke brukerorganisasjoner, Helsedirektoratet og andre aktører. Forslaget har bred tilslutning blant disse. Helsedirektoratet har foreslått etablering av et nasjonalt senter i flere sammenhenger. Prosjektgruppen er videre i dialog med Kommunenes Sentralforbund og Barneombudet om forslaget.

Helsestasjons – og skolehelsetjenestens formål<sup>1</sup> er å:

- a) Fremme psykisk og fysisk helse
- b) Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- c) Forebygge sykdommer og skader

Det er et mål å styrke og utvikle forebyggende og helsefremmende tiltak overfor barn og unge og spesielt utsatte barne- og ungdomsgrupper.

De allmenne tilbudene rettet mot barn og unge i kommunene virker i seg selv forebyggende i forhold til problemutvikling, og er av stor betydning i forhold til utjevning av sosiale ulikheter i helse i denne befolkningsgruppen. Forutsetningen er imidlertid at tiltak som helsestasjon, skolehelsetjeneste m.v er godt utbygget og har tilstrekkelig ressurser, og at det skjer en kontinuerlig faglig og kvalitetsmessig utvikling av tjenestetilbudet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Norge dekker hele barne – og ungdomsbefolkningen gjennom nær og hyppig kontakt de første leveår, samt systematisk oppfølging i skolealder og tilbud om helsestasjon for ungdom. Målgruppen barn og ungdom fra 0 – 20 år utgjør i overkant av 1,2 millioner barn og unge. I tillegg kommer foreldre/foresatte til disse, og gravide som skal tilbys svangerskapskontroll gjennom helsestasjonen.

Tjenesten er dermed ingen liten tjeneste til en smal gruppe av befolkningen, men tvert i mot et omfattende tjenestetilbud til langt over en fjerdedel av Norges befolkning. Virksomheten er organisert og drevet på en måte som blir sett opp til i andre land. Brukerne er generelt fornøyde med tilbudet, men forventer og forlanger i økende grad oppdaterte, faglige begrunnelser for undersøkelser og anbefalinger.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er bemannet av 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

---

<sup>1</sup> Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 3.april 2003 nr. 450

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.

Mens det er stor søkning til helsesøsterutdanningene og stor rift om ledige jobber, ser vi rekrutteringsproblemer innen enkelte yrkesgrupper til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, blant annet legetjenesten. En årsak til dette kan være sparsomt med forsknings- og utviklingsarbeid som kan dokumentere virksomheten, og relativt små muligheter for veiledning og personlig fagutvikling. For jordmødre og fysioterapeuter er utfordringen primært manglende stillinger innenfor tjenesten.

Manglende forskning og utviklingsarbeid, og manglende status på tjenesten ble påpekt som en viktig årsak til sviktende rekruttering til og prioritering av tjenesten, på et tverrfaglig møte i regi av Helsedirektoratet i mai 2008. Behovet for økt satsing på fagutvikling og forskning innenfor denne tjenesten, ble trukket frem av flere av møtedeltagerne

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten ...*Og bedre skal det bli!* (Veileder IS-1162), angir en rekke krav til god kvalitet på helsetjenester.

God kvalitet innebærer at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Direktoratet har en klar forventning om at kommuner, fylkeskommuner og helseforetak følger opp arbeidet i den nasjonale kvalitetsstrategien. Prosjektgruppen vurderer at denne strategien også gjelder for nasjonalt nivå, og slik vil måtte få betydning for et overordnet, systematisk kvalitetsarbeid innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

**Et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter vil være et vesentlig bidrag i en slik kvalitetsstrategi.**

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. Senteret vil vektlegge nært samarbeid med brukerne av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og aktuelle brukerorganisasjoner.

Det er et klart ønske å stimulere til økt fagutvikling og forskning blant alle profesjonene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom denne type nasjonalt senter. Vi ser fremveksten av en rekke nasjonale kompetansesentre for langt snevrere fagområder enn det helsestasjons-

og skolehelsetjenesten representerer. Eksempelvis er det nasjonale kompetansesenter for hodepine<sup>2</sup>, for søvnsykdommer<sup>3</sup> og for amming.<sup>4</sup>

På bakgrunn av dette er det vanskelig å forstå at et nasjonalt utviklings- og kompetansesenter for en så omfattende tjeneste med et så stort nedslagsfelt som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, for lengst ikke er opprettet.



## 1. Prosjekt kompetanse- og utviklingssentersenter – hva er gjort så langt

Landsgruppen av helsesøstre har mottatt prosjektmidler fra Norsk Sykepleierforbund til et prosjekt med formål å presentere et forslag om nasjonalt senter for sentrale helsemyndigheter og politikere. Den langsiktige målsettingen er at det fattes forpliktende politiske vedtak om opprettelse av et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons – og skolehelsetjenesten.

Prosjektgruppen samlet i forprosjektet dokumentasjon fra tidligere prosjekt og tiltak, samt avholdt dialogmøte med representanter for skal – tjenestene innenfor helsestasjon og skolehelsetjeneste.

---

2

<http://www.stolav.no/stolav/Virksomhet/behandling/nevroklinikken/enheter/nevrologi+og+klinisk+nevrofysiologi/enheter/hodepinesenteret/>.

<sup>3</sup> [www.SOVno.no](http://www.SOVno.no)

<sup>4</sup> [http://www.rikshospitalet.no/portal/page/portal/no/forsiden/klinikkene/detaljer?p\\_doc\\_id=32682](http://www.rikshospitalet.no/portal/page/portal/no/forsiden/klinikkene/detaljer?p_doc_id=32682).

Etter dette møtet ble prosjektgruppen utvidet og består i dag av:

Astrid Grydeland Ersvik, leder LaH NSF  
 Bjørghild Underhaug, LaH NSF/ledende helsesøster Sandnes kommune  
 Jorunn Lervik, fylkesmannen/Helsetilsynet i Sør-Trøndelag  
 Kari Glavin, Høyskolen Diakonova  
 Kristin Hodnekvam, leder Barnelegeforeningen  
 Marit Heiberg, leder Den Norske Jordmorforening  
 Ragnhild Bech, Norsk Fysioterapiforbund  
 Signe Myklebust, tidl. Oslo kommune/mastergradsstudent  
 Sigrid Torblå, Jordmorforbundet NSF  
 Trude Arnesen, Norsk Samfunnsmedisinsk forening – NORSAM  
 I tillegg deltar Kirsten Aunaas fra fagpolitisk avdeling i NSF på prosjektgruppens møter.

I løpet av våren 2009 er det avholdt to dialogmøter; ett med representanter for ulike brukerorganisasjoner og ett med helsedirektoratet og Barneombudet. Til det siste dialogmøtet var også helse- og omsorgsdepartementet, barne- og likestillingsdepartementet, Statens helsetilsyn, Folkehelseinstituttet og Kommunenes sentralforbund invitert, men hadde av ulike grunner ikke anledning til å delta.

I etterkant av disse møtene er det utarbeidet faktaark til sentrale helsemyndigheter og politikere samt denne presentasjonen.



## 2. Oppsummerte anbefalinger fra prosjektgruppen:

- Det opprettes fra og med 2010 et Nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Lokalisering og forankring avgjøres av Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med aktuelle fagmiljø
- Finansiering skjer via statsbudsjettet fra og med 2010, som et ledd i den nasjonale satsingen på kommunehelsetjenesten, deriblant helsestasjons- og skolehelsetjenesten

### 3. Erfaringer fra tilsvarende utviklings- og kompetansesenter, og prosjekt

#### 3.1. IRUHS – et første initiativ

I 1999/2000 utarbeidet en interessegruppegruppe av helsesøstre (IRUHS) en prosjektbeskrivelse for et nasjonalt forsknings- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.<sup>5</sup> Prosjektet var finansiert av Norske Kvinners Sanitetsforening gjennom Ekstra- midler. I utredningsprosjektet for dette senteret i regi av IRUHS ble det blant annet lagt stor vekt på å finne aktuelle samarbeidspartnere og tilknytningsinstitusjoner. Mange fagfolk var interessert i å samarbeide om kunnskapsutvikling på feltet, men det lyktes ikke å få knyttet prosjektet opp mot en relevant forskningsinstitusjon.

Interessegruppen påpekte en situasjon som i stor grad er uforandret i dag; 10 år etter:

*Det systematiske kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt for store deler av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Ingen instans har til oppgave å ha oversikt over det utviklingsarbeid som er i gang og initiere nye tiltak. Kravet til vitenskapelig dokumentasjon av den virksomhet som utøves øker. Dette gjelder også helsefremmende og forebyggende arbeid. Det stilles etter hvert også store krav til den forskning som skal danne kunnskapsgrunnlaget for den virksomheten som utøves.*

Det pekes videre på viktigheten av at ikke bare utviklingsprosjekt, men også at den ordinære og rutinemessige virksomheten som drives, blir evaluert. Det fremheves også at Helsetilsynets prosjekt "Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten" viste at svært lite forskning er utført med basis i helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Mye av det som skjer innenfor tjenesten er basert på erfaringsbasert kunnskap, noe som ikke tilfredsstiller dagens krav til kunnskapsbasert praksis. Disse poengene er høyst aktuelle også i 2009.

IRUHS var forløperen til HUS = Utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

#### 3.2. Andre forsøksmodeller og prosjekt

Oslo kommune startet i 2001 sitt Utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, forkortet og heretter omtalt som HUS.

Fra 2000 til 2003 foregikk også et prosjekt kalt "Ressurshelsestasjon for Romsdalskommunene og fire Nordmørskommuner". Prosjektet var i sin helhet finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, og sentrale virkemidler var nettsted og veiledningsgrupper.

Stavanger kommune har etablert ressurshelsestasjon og Trondheim kommune har tilsvarende utpekt enkelte helsestasjoner til å utvikle kompetanse på bestemte tema og dele denne med andre tjenestesteder.

---

<sup>5</sup> Forsknings- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, foreløpig utkast til prosjektbeskrivelse, våren 1998. Kari Glavin, Hanna Bild, Guri Hønningstad, Solveig Brevik, Sissel Jacobsen og Kirsten Petersen.



I Oslo pågår et tverrfaglig prosjekt for å utvikle et felles fagsystem for bydelene når det gjelder elektronisk journalsystem (HUSIT). Dette vil kunne bli et verktøy som dekker arbeidet både innenfor helsestasjonen og i skolehelsetjenesten, eksempelvis i forhold til vaksinerregistrering og arbeid med Individuell plan.

I Bergen har et tverrfaglig miljø arbeidet med planer for et kompetansesenter for forebyggende helsearbeid blant barn og unge knyttet til Barneklubben i Bergen. Her arbeides det spesielt med pilotering av et journalsystem som gjør det mulig med god helseovervåkning og forskning omkring epidemiologi og effekt av tiltak. Dette kompetansesenteret vil ha fokus på spesialisthelsetjenestens rolle i dette arbeidet, og vil slik kunne være et nyttig supplement og en naturlig samarbeidspartner for et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter.

### **3.3 HELSKO – prosjektet**

Helsko ble etablert i 2000 og knyttet til Folkehelseinstituttet. Det hadde som mål å drive fagutvikling og formidling til personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det ble avholdt kurs for alle personellgruppene i tjenesten, man oppsummerte kunnskap og sendte ut nyhetsbrev.

Prosjektet ble etter hvert integrert i Sosial- og helsedirektoratet, for deretter å være en del av stammen i etableringen av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Prosjektets målsetting var å bidra til best mulig helse for alle barn og unge, særlig gjennom kunnskap i helsetjenesten og i befolkningen om barn og unges helse og faktorer som virker inn på denne.

Prosjektet skulle gjøre det lettere for alle aktuelle grupper, særlig personell i helsetjenesten, foreldre og ungdom, å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap om barn og unges helse. Man tilbød en nettside hvor man fant en diskusjonsliste, kursoversikt, HELSKO's nyhetsbrev, en samling av aktuelle spørsmål og resultater av litteratursøk, oversikt over aktuelle ressurser (både de som er omtalt her) på nettet, omtale av søkemotorer og databaser. I tillegg ble helsestasjons- og skolehelsetjenesten tilbudt kurs i kunnskapshåndtering og rådgivning om evaluering og forskning.

### **3.4 Utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - HUS**

I dette notatet tar vi i stor grad utgangspunkt i erfaringene fra og evalueringen av HUS. HUS er det gjennomførte og evaluerte tiltaket som har flest paralleller og størst overføringsverdi til et nasjonalt kompetanse – og utviklingssenter.

Formål og målgruppe for HUS ble definert som følger:

Senteret skal ha som formål å ivareta og videreutvikle forsøks- og utviklingsarbeid vedrørende forebyggende og helsefremmende arbeid innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med særlig vekt på barn og unges helse og oppvekstvilkår.

Senteret har som formål å fremskaffe relevant kunnskap, utvikle metoder og drive en utstrakt formidlings- og veiledningsvirksomhet til alle som planlegger, prioriterer, utfører og evaluerer helsefremmende og forebyggende tiltak til barn og unge og deres familier, samt andre brukergrupper.

Målgrupper for senterets virksomhet vil være alle personellgrupper innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kommuneadministrasjon og politikere, departementer, frivillige organisasjoner og undervisningsinstitusjoner.

Senteret var tverrfaglig bemannet.

Arbeidsområdene var:

- Oppfølging av byrådssaker
- Kompetanseoppbygging
- Samarbeid
- Utviklingsarbeid
- Prosjekter
- Kvalitetsutvikling
- Samarbeid med institusjonene for utdanning av helsepersonell
- Rådgivning og informasjonsformidling
- Personalutvikling, ansatte
- Evaluering

Evalueringen<sup>6</sup> av HUS er overveiende positiv, både fra ansatte og brukernes side. Måloppnåelsen er god på de fleste av arbeidsområdene, og særlig på kunnskaps- og fagutvikling, samling og spredning av kunnskap. I evalueringen drøftes ulike former for videreføring av tiltaket. Her skisseres blant annet en modell hvor HUS blir et rent statlig senter.

Det sies:

*Både brukere og samarbeidspartnere ser behovet for dette, ut fra tanken om at det som har vist seg å være så nyttig i Oslo kommune, ville tjenestene i hele landet nyte godt av. Da burde det antagelig knyttes til et annet senter for klinisk forskning og utvikling, HEMIL - senteret i Bergen er nevnt, det er også Nasjonalt kunnskapssenter som er knyttet til ShDir. Her kan bla. modellen for HUS' virksomhet prøves ut og dokumenteres mer systematisk, for deretter å spres.*

*HUS kunne også gi viktige innspill til forskning relatert til førstelinjetjenesten.*

Det pekes på følgende kriterier for en vellykket videreføring:

1. Nærhet til den virksomheten som skal styrkes
2. Organisasjonsmessig og økonomisk grunnlag for handlingsfrihet til å opprettholde en fleksibel og prosjektbasert modell
3. Muligheter for nært samspill med forsknings- og utviklingsmiljøer
4. Mulighet for å spre de viktigste erfaringene fra kunnskapsoppbyggingen på nasjonalt nivå

---

<sup>6</sup> Evaluering av utviklingssenter for Helsestasjons- og Skolehelsetjenesten, HUS. Anne Hertzberg, Hilde Haug, HeSo, november 2004.

Forslag om å videreføre HUS som et statlig senter tilknyttet Høyskolen Diakonova ble utarbeidet i 2005, og fikk tilslutning fra Sosial- og helsedirektoratet.

## 4. Bakgrunn for etablering av nasjonalt kompetanse – og utviklingscenter

### 4.1 Status

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Norge dekker hele barne – og ungdomsbefolkningen fra 0 – 20 år. Helsestasjonen gir også tilbud til gravide. Tjenesten er et frivillig tilbud med tilnærmet 100 % brukeroppfølging. Undersøkelser har så langt vist stor grad av brukertilfredshet med tjenesten.<sup>7</sup> Kravet til begrunnet praksis kommer også fra brukerne, og er en forutsetning for fortsatt høy legitimitet og høy oppslutning. Dersom dette bildet endres, vil det få store konsekvenser for folkehelsearbeidet blant barn og unge. Spørsmålet blir slik ikke om vi trenger dokumentasjon for praksis, men hvordan dette best kan skje.

Bemanningen er tverrfaglig, men fordelingen av profesjonene er ulik.

Helsesøster utgjør tallmessig hovedtyngden av bemanningen både innenfor helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Helsesøster er offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning som helsesøster. Helsesøster er den eneste profesjonen som har en videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid spesifikt rettet inn mot målgruppen barn og unge 0 – 20 år, på fagområdet helsefremmende og forebyggende arbeid, nettopp på arenaen helsestasjons – og skolehelsetjenesten.

Jordmor er sentral i forhold til kommunal svangerskapsomsorg, og barseltid. Jordmor er sykepleier med videreutdanning og autorisasjon som jordmor.

Både jordmødre og helsesøstre har selvstendig forskrivningsrett for hormonell prevensjon, og er slik sentrale aktører i forhold til ungdom, samliv og prevensjon.

Det er mange fysioterapeuter som er spesialister i barnefysioterapi, og mange av disse jobber i kommunehelsetjenesten med oppgaver innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mange kommuner prioriterer imidlertid fysioterapistillinger til behandling kontra forebyggende virksomhet.

Legens rolle i helsestasjons – og skolehelsetjenesten har i kjølvannet av fastlegeordningen, mange steder blitt mer uklar og redusert i omfang. Det er også til dels stor variasjon i kompetanse på barne – og ungdomshelse blant legene, og på forebyggende og helsefremmende strategier. Legenes samfunnsmedisinske rolle er blitt klart svekket de siste årene, noe ikke minst helsestasjons- og skolehelsetjenesten ser konsekvensene av.

Det har vært en reduksjon av både lege – og fysioterapeutstillinger innenfor tjenesten, og kommunale jordmødre har ofte svært små stillingsbrøker eller mangler helt. Det har vært en økning i tilførsel av "andre" stillinger gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, mens det somatiske fagfeltet ikke er tilsvarende styrket.

<sup>7</sup> Sintef Helse, Rapport A 5204 Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007

Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan barne- og ungdomshelse! Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har bred og variert kompetanse, med hovedfokus på enkeltmenneskets ressurser og folkehelseperspektivet. Tjenesten har en sentral rolle i kommunenes folkehelsearbeid, og har ofte en koordinerende rolle overfor både brukere og samarbeidspartnere.

#### 4.2 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten som arena for utviklingsarbeid

Tjenesten har de senere årene fått tilført stadig nye oppgaver i form av nye vaksiner, nye retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn, for overvekt og fedme, for veiing og måling, for syn, hørsel og språk (språkkartlegging i form av SATS og SPRÅK4), individuell plan og mer oppfølging av foreldre med nyfødte barn som følge av kortere liggetid i barselavdeling.

Lite ressurser i kommunehelsetjenesten har ført til at helsestasjons- og skolehelsetjenesten presses til å bruke mye tid på individuelle vansker. Dette går i noen tilfeller på bekostning av den befolkningsrettede innsatsen og folkehelsearbeidet tjenesten i følge forskrift skal tilby, går i noen tilfeller på bekostning av den befolkningsrettede innsatsen og folkehelsearbeidet

Fra å være et sted der foreldre fikk råd og veiledning om ernæring, påkledning mv. har områder i forhold til psykososiale problemer fått stadig større plass. Nasjonale styringssignaler, spesielt i forhold til psykisk helse og minoritetshelse, innebærer også flere oppgaver og økt ansvar tillagt tjenesten.

Endringer innenfor spesialisthelsetjenesten medfører økt trykk på tjenesten, eksempelvis som følge av kortere liggetid i barselavdeling. I St.melding 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet*, foreslås at kommunene skal ta større del av oppfølgingen i barseltiden. Samhandlingsreformen legger også klare føringer på kommunene om økt innsats på forebygging, helsefremming og tidlig kartlegging og inngripen.

Barn og unge som henvises psykisk helsevern ivaretas gjerne over lang tid av helsestasjon eller skolehelsetjenesten, i påvente av vurdering og evt. inntak, men også underveis i behandlingsforløpet.

Endringer i skolens planer blant annet gjennom "Kunnskapsløftet", har endret skolens fokus på kropp og sosialt miljø. Fag er satt mer i fokus. Dette påvirker skolehelsetjenestens arbeidsvilkår. Videre har lærere tidligere hatt "meldeplikt" til skolehelsetjenesten ved stort sykefravær for enkeltelever. Det har de ikke lenger. Dette er risikoutsatte elever skolehelsetjenesten trenger å få kunnskap om. Dette betyr at de lover og forskrifter som til enhver tid gjelder for skolen, får ringvirkninger for hvordan skolehelsetjenesten kan arbeide. Mange kommuner velger som følge av trange økonomiske rammer å kutte i de tilbudene tjenesten gjennom forskrift og veiledere skal tilby. Eksempler på dette er kutt i tilbud om hjembesøk og helsestasjonskonsultasjoner. Skolehelsetjenesten er mange steder et tilbud kun på papiret, noe også helsedirektøren har påpekt ved en rekke anledninger den siste tiden.<sup>8</sup>

I mange kommuner ledes helsestasjons- og skolehelsetjenesten av personer som ikke har fagkompetanse på området. Dette skaper ofte ekstra utfordringer. Den største er at fagledelse må delegeres, og det blir ekstra krevende å gjøre faglige vurderinger og prioriteringer. Generelt

---

<sup>8</sup> Kommunal Rapport 28.januar 2009

kan en si at fagledelse, fagutvikling og faglig koordinering nedprioriteres i mange kommuner, det samme gjelder i stor grad systematisk kompetanseheving i form av etter- og videreutdanning. Veiledning av ansatte, som er et vesentlig bidrag i forhold til faglig refleksjon og utvikling, er unntaket mer enn regelen.

Ansatte i tjenesten opplever også i økende grad at tiltak og metoder innføres uten at disse har sitt utspring innenfor tjenesten, eller har tilstrekkelig forankring hos myndighetene eller i forskningsbasert kunnskap. Ledere etterspør tydelige styringssignaler i forhold til hvilke områder, tiltak og metoder som skal prioriteres og hvilke som bør nedprioriteres. Tydelige anbefalinger er særlig viktig for ledere som ikke har helsefaglig bakgrunn.

Tjenesten skal følge opp en rekke enkeltsatsinger uten at disse nødvendigvis settes eller sees i en sammenheng; verken for brukerne, de profesjonelle eller tjenesten som helhet. Slike fragmenterte satsinger vanskeliggjør en helhetlig og langsiktig tilnærming, hvor både psykisk og fysisk helse vektlegges.

I sum fører dette til at tjenesten utvikles mer som følge av tilfeldigheter, lokalt engasjement og andre tjenester/fagfelts interesser enn som følge av en overordnet, systematisk og helhetlig satsing på tjenesten basert på brukernes behov, kunnskap og tjenestens faktiske ansvars- og oppgavefelt. Hvis kunnskapsgrunnlaget var godt, ville det være enklere å prioritere riktig og å begrunne behovet for ressurser. Det ville gitt et bedre beslutningsgrunnlag også for politikerne.

Til tross for mangelen på forskning og fagutvikling, har mange helsestasjoner utmerket seg med aktiviteter og fagutviklingsprosjekter på enkeltområder. Eksempler på dette er skilsmissegrupper i Bærum kommune ([www.pis.no](http://www.pis.no)), ulike gruppetilbud for ungdom i familier med avhengighetsproblematikk, sorggrupper, samarbeidsprosjekt vedr. overvekt og fysisk aktivitet, "God skolestart" – et utviklingsprogram i samarbeid mellom fysioterapeut, helsesøster, skole og PPT i Stavanger, samlivs – og seksualundervisningsopplegg osv.

LaH NSF har ut fra definerte behov hos både fagpersonell og brukere utviklet faglige veivisere; en for skolehelsetjenesten i videregående skole, og en for oppfølging av adoptivbarn, med medfølgende foreldrehefte.

Et fast system for informasjonsspredning, veiledning, fagutvikling og andre funksjoner med ringvirkninger til andre helsestasjoner eller skolehelsetjenesten, finnes ikke i dag. 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 helsestasjons- og skolehelsetjenestens sitt myndighetssoppsdrag trengs forskningsbasert og praksisnær kunnskap som grunnlag for nasjonale anbefalinger.

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 helsestasjons- 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.

### 4.3 Statlige satsinger

Som påpekt i innledningen, er Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring et sentralt styringsdokument for kompetanse- og utviklingsarbeid også innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Strategien angir blant annet at tjenestene som tilbys skal være virkningsfulle, ha god utnyttelse av ressursene, være tilgjengelige og rettferdig fordelte, involvere brukerne og dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet og være trygge og sikre.

Dette illustreres gjerne i følgende modell, den såkalte kvalitetsstjernen:



Fig. 1 Kvalitetsstjerne basert på Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring....Og bedre skal det bli....

St.prp.nr.1 (2006 – 2007) Nasjonal helseplan (2007 – 2011) sier: ”Fagene og fagfolkene er helsetjenestens grunnmur og verdiskaper. Helsetjenesten er en stor kunnskapsorganisasjon og kunnskapstilfanget akselererer. Generelt holder norske helsetjenester høyt faglig nivå. Fagmiljøene har et viktig ansvar knyttet til å innføre ny kunnskap og fase ut gammel. Dette er nødvendig for å opprettholde kvalitet på tjenestene på et internasjonalt nivå.”

Det pekes i planen på de økte sosiale forskjellene i helse, og settes søkelys på forbedrings- og utviklingstiltak og på helsetjenesten som en lærende organisasjon. I høringen til Nasjonal helseplan, har mange kommuner etterspurt økt forskningsinnsats innen kommunale helse- og sosialtjenester.

*Samhandlingsreformen* (2008-) har som mål at mer av helsetjenestene skal foregå nærmere der pasienten bor. Innbyggerne skal få flere spesialiserte helsetjenester lokalt, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, behandling og oppfølging av kronisk syke og eldre. Det innebærer at oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette berører i stor grad også helsestasjons- og skolehelsetjenesten som er en sentral leverandør av forebyggende helsearbeid.

Rundskriv *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009* (IS -1/2009) fra Helsedirektoratet peker på at det er et overordnet mål for kommunene å iverksette tiltak som kan bidra til en bedre

målretting av velferdsordningene, og at utbygging av tjenester ivaretar hensyn både til kapasitet og kvalitet. Her påpekes videre en rekke satsingsområder som naturlig vil kunne høre inn under arbeidsområder for et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter.

I St.melding nr. 8 (2008-2009) *Om menn, mansroller og likestilling* og St.melding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet*, understrekes helsestasjons- og skolehelsetjenestens betydning for en god og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og for å ivareta og styrke farsrollen.

St.melding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* og St.melding 20 (2006 – 2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller peker på tjenestens betydning i folkehelsearbeidet, og som en sentral aktør for å bidra til utjevning av sosiale ulikheter i helse.*

St.meld. nr.16 (2006 – 2007) *...”og ingen sto igjen”*. Tidlig innsats for livslang læring, understreker betydningen av samarbeid med både helsestasjon og skolehelsetjenesten for å oppnå målene i forhold til livslang læring. Det signaliseres at Kunnskapsdepartementet vil ”vurdere endringer i regelverket for opplæring som sikrer at samarbeidet med skolehelsetjenesten får en sterkere forankring også fra skolens side”.

Gjennom St.prp.nr. 63 (1997-98) *om opptrappingsplan for psykisk helse* skulle helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrkes ved øremerkede midler. I Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (nå 2008) var det vektlagt en styrking av innsatsen innen det psykososiale arbeidsområdet ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og tjenesten skulle styrkes med 800 årsverk i løpet av planperioden (SHD, 1999b). Fortsatt mangler ca. 130 - 200 av disse stillingene (noe ulike tall innrapporteres).

I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse 2003 - ....*sammen om psykisk helse*... er svært mange av de 100 foreslåtte tiltakene rettet mot helsestasjon og skolehelsetjenesten.

St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* framhever også helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en meget viktig arena for forebyggende tiltak i årene fremover.

I Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2007, samlet *oversikt Satsing på barn og unge*, påpekes helsestasjons- og skolehelsetjenestens rolle i forhold til barn og unge med spesielle behov, og at styrket tverrfaglig samarbeid er et satsingsområde for tjenesten.

Det er de siste årene igangsatt en rekke prosjekter og utviklingsprogram fra statlig hold som bl.a. er rettet mot denne tjenesten. Her kan nevnes Statens helsetilsyns prosjekt for “Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten” (1996-1998), Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram “Aksjonsprogrammet Barn og helse” (SHD, 1995) og Barne - og familiedepartementets “Foreldreveiledningsprosjekt” (BFD, SHD, 1995 og fortsatt).

I NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*, blir et senter som kan drive utvikling, kvalitetskontroll og opplæring innenfor tjenestene foreslått etablert. Sentret skulle ha et bredt samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene, og med andre samarbeidsinstanser innen for feltet. Dette sentret ble ikke etablert.

Det er også et stort antall handlingsplaner innenfor ulike områder; f. eks spiseforstyrrelser, selvmord, ulykker og skader, miljø og helse, astma, allergi og inneklimateykdommer, kosthold og

fysisk aktivitet som krever betydelig innsats i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veiledere og faglige retningslinjer bidrar til å definere og konkretisere tjenestens oppgaver og ansvar.

I forbindelse med fremlegging av *Utviklingstrekkrapporten 2007*, fremholdt helsedirektøren betydningen av å satse på barns helse, og at helsetjenesten må fungere som pådriver for en best mulig helse for barn og unge.

I landets kommuner foregår mange prosjekter og flere utviklingsarbeider som er knyttet opp mot de ulike satsingsområdene. Flere av disse arbeidene har stor overføringsverdi og kunne vært til nytte i andre kommuner. I dag er det ingen systematikk i erfaringsdeling kommunene mellom, det mangler systematikk for å sammenstille prosjekt, for evaluering og evt. implementering. Det er heller ikke tilstrekkelig systematikk i forhold til implementering av nasjonale styringsdokument, veiledere og faglige retningslinjer.

Et kompetanse- og utviklingscenter vil kunne bidra til at de ulike satsingene blir vurdert, evt. videreført og videreutviklet, og til at nasjonale styringsdokument presenteres og implementeres lokalt. Gevinsten ved å forankre helseopplysning og veiledning i metoder med dokumentert effekt, vil være kostnadseffektivt, både for den enkelte helsearbeider og for samfunnet som helhet.



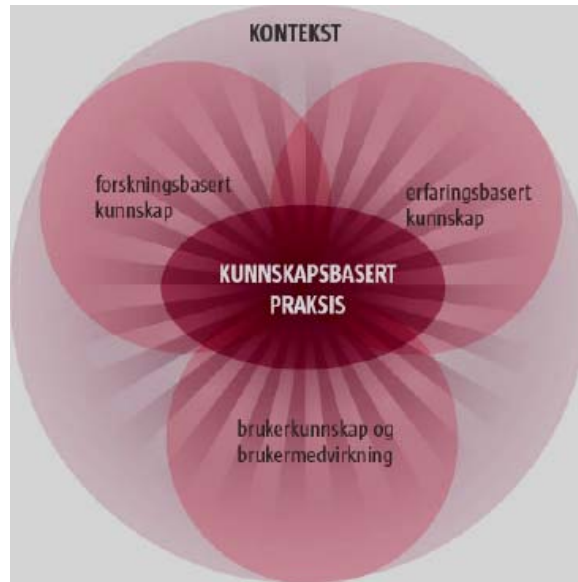
#### **4.4 Sentrale premisser og problemstillinger**

##### **4.4.1 Kunnskaps- og fagutvikling**

Det systematiske kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt for store deler av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Vi er inne i en periode der det legges spesielt stor vekt på at man baserer seg på en kunnskapsbasert praksis. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har



tradisjonelt i stor grad basert seg på den erfaringsbaserte kunnskapen. Den forskningsbaserte kunnskapen har sjelden sitt utspring i tjenesten, og brukerkunnskap og brukermedvirkning taes enda i for liten grad systematisk i bruk.



*Fig. 2 Elementer i kunnskapsbasert praksis.*

*Kilde: Gro Jamtvedt, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Det er gjort flere brukerundersøkelser i helsestasjonsvirksomheten (Bomann-Larsen, 1987, Groth, 1988, Bild, 1995/96). SINTEF Helse har gjort flere undersøkelser vedr. brukernes erfaringer (Sitter, Wessel Andersson 2005, Sitter 2008). Konklusjonene i disse er stort sett at brukerne er fornøyde. Brukerne er tydelige på at de forventer både kompetanse og tilgjengelighet. Brukererfaring er en viktig kunnskapskilde, som bør benyttes i langt større utstrekning, både i forskning, utvikling og i helsepolitiske beslutningsprosesser (NOU 1999:13).

Det er positivt at utviklingsprosjekter evalueres, men det er også viktig at det blir gjort evalueringer rundt den ordinære og rutinemessige virksomheten som drives. Mye av det som skjer innenfor tjenesten baserer seg på erfaringskunnskap. Erfaringskunnskap er en del av den kunnskapsbaserte praksisen, og viktig å få dokumentert. Det er store utfordringer knyttet til det å implementere kunnskapsbasert praksis på en adekvat måte, samt å utføre fagutvikling innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Kirkevold, 1996). Personellet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten må tilpasse seg disse utfordringene.

Kravet til dokumentasjon av den virksomhet som utøves, og systematisk bruk av denne dokumentasjonen øker. Dagens IKT-system i helsestasjons- og skolehelsetjenesten utnytter i for liten grad de muligheter som finnes for innhenting av data om barn og unges helse, og om den virksomhet som tjenesten driver. Ved å ha et godt journalsystem og utnytte mulighetene i dette systematisk, blir en kontinuerlig forskningsprosess mulig.

Et kompetanse- og utviklingssenter skal ha som formål å ivareta og videreutvikle forsøks- og utviklingsarbeid vedrørende forebyggende og helsefremmende arbeid innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med særlig vekt på barns og ungdoms helse og oppvekstvilkår.

#### 4.4.2 Samling og spredning av kunnskap

Tidligere hadde fylkeslegen en sentral rolle i implementering av nye tiltak, spredning av ny kunnskap og opplæring av personell i helsestasjons – og skolehelsetjenesten. I de fleste fylker fungerer ikke dette slik i dag. Det er i stor grad opp til den enkelte helsearbeider i tjenesten eller lederen av tjenesten å sørge for faglig oppdatering, implementere nasjonale styringsdokument, utvikle faglige prosjekt og vurdere innføring av metodikk og tiltak.

Spredning av kunnskap og informasjon fra nasjonalt hold skjer i stor grad ved hjelp av internett og e-post ut til virksomhetene. Mindre og mindre materiell sendes automatisk ut, men må bestilles av den enkelte. Mange ansatte innenfor helsestasjons – og skolehelsetjenesten har ikke tilgang til pc, internett eller e-post, eller har den nødvendige tiden eller kunnskapen til å kunne benytte seg av disse ressursene. Dette medfører svakheter og mangler i informasjons-overføringen fra nasjonalt til lokalt nivå.

Det er ingen sentral instans som har eller tar ansvar for å vurdere og anbefale metodikk som helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør eller skal benytte seg av. Dermed blir det ofte for tilfeldig hvilken metodikk som velges innenfor ulike satsingsområder. Spesielt på området egenmestring og ressurstenkning i arbeidet med barn, ungdom og familier mangler det systematisk kunnskap og erfaring.

Det er heller ingen instans som har til oppgave å ha oversikt over det utviklingsarbeid som er i gang og å initiere nye tiltak og prosjekter. Derfor er det nødvendig å samle kompetanse om barns og ungdoms helse, og det forebyggende og helsefremmende arbeid for den oppvoksende slekt i et kompetanse-/utviklingssenter, hvor alle berørte parter innen tjenestene kan få oppdatert og ny kunnskap, både om faglige forhold og metoder.

Det er vesentlig at den kunnskapen som utvikles, kan anvendes i praksis. Det daglige praktiske arbeidet bør danne utgangspunkt for kvalitetsutvikling, kompetanse- og fagutvikling.

#### 4.4.3 Tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid

Problemstillinger og problemutvikling rundt barn og unge krever i stor grad tverrfaglig og tverretattlig innsats. Tverrfaglig samarbeid er etter hvert en forutsetning for hjelpeapparatet for å løse de komplekse problemene vi står overfor i arbeidet med barn og unge i kommunene og for å finne de beste løsningene for barn og foreldre (Glavin og Erdal, 2000).

Det er derfor en forutsetning at et nasjonalt senter skal avspeile tverrfagligheten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det innebærer at senteret må ha en tverrfaglig bemanning og et tverrfaglig fokus. Bemanningen bør primært avspeile skal - tjenestene; dvs. helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeuttenestene, men også de såkalte bør - tjenestene bør være representert i senteret. Samhandlings- og samarbeidskompetanse vil være sentrale områder å utvikle og ikke minst spre kunnskap om.

## 5. Oppdrag og funksjon

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens formål er å forebygge sykdom og fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse (Lov om helsetjeneste i kommunene, Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten). Tjenesten

må ha et helsefremmende og forebyggende perspektiv på skiftende sykdoms- og problemområder, og se dette i lys av stadig ny kunnskap innen medisin, sykepleiefag, psykologi, pedagogikk, fysioterapi og sosiologi osv.

De faglige utøverne av tjenestene skal kunne holde seg oppdatert kunnskapsmessig og metodisk, og de skal være premissleverandører til kommunene og den sentrale helseforvaltning, når det gjelder planlegging, prioriteringer og evaluering av tjenestene. Forbedringsarbeidet kan illustreres ved hjelp av *Demings sirkel*, som er en enkel metode for å utvikle kunnskap i praksis:



Et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter 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. De faglige retningslinjene som utvikles av Helsedirektoratet må implementeres i kommunene. Dette vil være en naturlig oppgave for et nasjonalt senter.

Å kunne vurdere og trekke ut kunnskap fra vitenskapelige publikasjoner er nødvendig for å holde seg oppdatert på faglig utvikling i tjenesten. Det er også viktig å være klar over at kunnskapen kan ha begrenset overføringsverdi. For eksempel er ikke undersøkelsesmetoder som fungerer i et klinisk materiale uten videre overførbare til screeningformål, og forebyggingsmetoder som er utviklet i et annet land kan ikke umiddelbart overføres til det norske velferdssamfunn. Internasjonal forskning og kunnskapsutvikling er ikke lett tilgjengelig for utøvere i de praktiske felt.

Et kompetanse-/utviklingssenter vil også være et senter, der relevante kunnskaper samles og systematiseres, slik at de blir tilgjengelige for praksisfeltet.

### 5.1 Målgruppe for senteret

Målgrupper for senterets virksomhet vil være alle personellgrupper innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, andre personellgrupper i kommunene som arbeider med barn, kommuneadministrasjon og politikere, departementer, brukere, frivillige organisasjoner og undervisningsinstitusjoner.

## 6. Mål og arbeidsområder

Nasjonalt kompetanse- og utviklingsssenter skal:

- Bidra til å løfte det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge opp på et høyt faglig nivå for å sikre brukerne kvalitativt gode helsetjenester
- Bidra til utvikling av kunnskapsbasert praksis i tjenesten
- Arbeide for en høy faglig kompetanse innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Stimulere til økt praksisnær fagutvikling innenfor helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Bidra til økt brukermedvirkning i utvikling av tjenesten
- Arbeide utadrettet og skape en bred kontaktflate med ulike fag- og brukermiljø
- Drive aktiv publiserings- og formidlingsvirksomhet
- I samarbeid med Helsedirektoratet implementere nye forskrifter og retningslinjer i tjenesten
- Utvikle gode praksismiljøer for studenter i grunn- og videreutdanning, og gjennom dette øke interessen og kompetansen på det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge
- Bidra til å heve tjenestens og arbeidets prestisje, for slik å bidra til økt rekruttering av fagfolk

Arbeidsområdene vil være:

- Bistå kommunene i arbeidet med kompetanseoppbygging og fagutvikling innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inklusive helsestasjon for ungdom
- På oppdrag og ut fra eget initiativ utvikle ny kunnskap/nye metoder for spesifikke formål
- Vurdere og tilpasse kunnskaper/metoder til bruk i den aktuelle tjenesten det gjelder (eks. for en brukergruppe, i et spesielt område, i en kommune)
- Evaluere pågående metoder og organisasjonsmodeller
- Bistå kommunene i arbeidet med organisasjonsutvikling, kvalitetsutvikling, kvalitetssikring, dokumentasjon og IKT i tjenesten
- Utvikling av grunnlag for kompetanseutvikling/etterutdanning av helsepersonell/annet personell i tråd med endring/forbedring av tjenestene
- Rådgivning og informasjonsformidling
- Gjennomføre kurs, seminarer m.v.
- Tilrettelegge for veiledning og hospitering
- Bidra med epidemiologisk service, herunder kartlegging av praksis- og diagnoseprofiler, henvisningspraksis og kvalitet i det diagnostiske arbeidet og helsetilstanden i barne- og ungdomsbefolkningen lokalt
- Bistå i arbeidet med utarbeidelse av planer, rapporter, dokumentasjon og statistikk og etablering av internkontrollsystemer
- Samle, vurdere og spre tilgjengelig kunnskap og erfaring
- Være kontaktpunkt mellom 1. og 2. linjetjenesten med vekt på kommunikasjonskanaler og fora for fagutveksling
- Utprøve samarbeidsmodeller mellom helsestasjon/skolehelsetjeneste og de øvrige kommunale tjenester for barn og unge, samt mellom 1. og 2. linje tjenesten
- Samarbeide med helsefaghøgskolene og universitetene om utdanning til personell i tjenesten

Senteret kan være base for ulike prosjekter i kommunene. Kommunene kan ha ansvar for prosjektene, men få veiledning i senteret, eller senteret kan ha ansvar for prosjektene og bruke helsestasjonene og skolehelsetjenesten i kommunene som arena for fagutvikling. Nedenfor følger noen eksempler på ulike aktiviteter/tiltak/modeller som kan ha utgangspunkt i eller tilknyttes senteret.

### **6.1 Evaluering og utvikling av metoder for undersøkelse, intervensjon og helsefremmende aktiviteter**

De metoder som benyttes for målrettede helseundersøkelser, screening, helseopplysning og annen intervensjon, må til en hver tid være faglig begrunnet og forsvarlige, og det må være en stadig pågående evaluering av metodene.

Tilsvarende må nye strømninger og forslag til nye metoder vurderes kritisk. Både i evaluering av eksisterende metoder og ved innføring av nye metoder som andre har utviklet, stilles det store krav til metodekunnskap og ressurser, slik at konklusjonene har overføringsverdi.

Eksempler er:

- Uprøving og sammenligning av ulike modeller for svangerskaps- og barselomsorg: bruk og samordning av legers, jordmødres, helsesøstres, fysioterapeuters og andres faglige ressurser. Kontinuitet i omsorgen og brukertilfredshet
  - Kostnad - effekt - analyser
  - Ny metode for å oppdage og intervensjon overfor forsinket utvikling hos barn, og sammenligning med andre metoder for oppdagelse av utviklingsforstyrrelser, i prospektive og kontrollerte studier
  - Ny metode for foreldreveiledning og opplæring, og sammenligning med andre metoder, når det gjelder effekt på samspill og tilknytning mellom foreldre og barn, færre atferdsavvik hos barn og større foreldretilfredshet, i prospektive og kontrollerte studier
  - Nytt tiltak for å gi råd og veiledning til blivende og nybakte foreldre, med formål å forebygge samlivsbrudd hos foreldre. Utvikling i antall samlivsbrudd i distrikter med metoden, i forhold til kontroll-distrikter
  - Prospektive studier av barns søvnmønster og foreldre til barn med søvnproblemer, der noen foreldre har deltatt i "søvngrupper" og kontroll - foreldre ikke har deltatt
  - Utvikle og utprøve rutiner for å oppdage og kartlegge risikofaktorer tidlig
  - Utvikle tiltak for tidlig intervensjon ved bekymring for familiens psykososiale helse
  - Uprøve og evaluere forebyggende støttetiltak for og med barn og ungdom
- Tiltak for å tidlig behandle / forebygge barseldepresjon:  
 Hvordan finne kvinner i risiko for å få problemer?  
 Virker intervensjonen for kvinner med problemer?  
 Prospektive studier av kvinner med risiko for å få depresjon, mht. utvikling i gruppe med ny intervensjon og i gruppe med tradisjonelt tilbud
- Nye metoder i helseopplysning for barn, unge, foreldre og andre:  
 Hvilke metoder er best tilpasset ulike gruppers mottakelighet og livssituasjon?  
 Hvilke variasjoner i helseopplysning må gjøres i forhold til alder, kjønn, sosial og kulturell bakgrunn?

For mange anvendte metoder og tiltak kan det utvikles evalueringsmetoder og effektmål for ulike målgrupper på kort og lang sikt.

## 7. Organisering av kompetanse- og utviklingscenteret

### 7.1 Administrativ forankring

Kompetanse- og utviklingscenteret må ha en tydelig administrativ og organisatorisk forankring. Prosjektgruppen tar ikke stilling til hvor centeret bør lokaliseres eller forankres, da vi mener det må være gjenstand for en grundigere vurdering enn det som ligger til prosjektgruppens mandat.

En forankring til høyskole eller universitet er aktuelt for å få et mest mulig robust fagmiljø. Høyskolen Diakonova i Oslo har blant annet presentert forslag til etablering og organisering av en lignende type nasjonalt center. En slik forankring vil også kunne ivareta et nært samarbeid med de aktuelle høyskoleutdanningene innenfor nettopp helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det vil uansett være nødvendig med et nært samarbeid med høyskole- og universitetsmiljø, eksisterende forskningsmiljø og kompetansesentra for områder av helsestasjons- og skolehelsetjenestens virkeområder.

Forankringen kan også være forvaltningsnært (eksempelvis knyttet til Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet), eller fagnært og tverrfaglig, knyttet til eksisterende forskningsmiljø, eksempelvis HEMIL-centeret i Bergen, NTNU i Trondheim eller tilsvarende.

På sikt mener prosjektgruppen at det vil være naturlig å vurdere behovet for regionale sentra, slik man i stor grad velger å utvikle andre tjenester – eksempelvis regionale sentre for barn og ungdoms psykiske helse, og for barnevern.

### 7.2 Bemanning

Kompetanse-/utviklingscenterets team bør bestå av leder, helsesøster, lege, jordmor, fysioterapeut, psykolog, informasjonsmedarbeider og merkantilt personell. Centeret må også ha kompetanse på utviklings- og prosjektarbeid, samfunnskunnskap/statistikk og juridisk kompetanse.

Hvilke yrkesgrupper som skal ansettes må avspeile bemanningen og utfordringene i tjenesten, og vil også avhenge noe av hvilke typer prosjekter utviklingscenteret engasjerer seg i. En mulighet er å ha få faste ansatte, og andre på engasjement i forhold til ulike typer prosjekter. Det er naturlig å ansette få personer i startfasen og øke kapasiteten underveis.

Samarbeidsinstansene er viktige for kompetanse- og utviklingscenteret av flere grunner. Dersom det allerede finnes instanser som utfører noen av oppgavene som ligger innenfor centerets definerte områder, eller er i ferd med å etablere ulike tiltak er det viktig å inngå et samarbeid med disse. Dette for å unngå dobbeltarbeid og best mulig utnyttelse av ressursene. Det må også samarbeides om informasjonsspredning og kunnskapsformidling.



## 8. Finansiering

For at drift og utvikling av et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter skal bli stabil og forutsigbar, er det også viktig med en stabil og forutsigbar finansiering. Dette mener prosjektgruppen best kan sikres ved at senteret finansieres over årlige bevilgninger via statsbudsjettet.

Vi ser finansiering av et slikt senter som en naturlig del av satsingen på kommunehelsetjenesten, slik det er signalisert gjennom arbeidet med samhandlingsreformen. Prosjektgruppen vurderer at et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter vil "avlaste" staten for oppgaver knyttet til fagutvikling og kompetanseheving innen en sentral kommunal tjeneste.

En konkret finansieringsplan vil måtte utarbeides av andre enn prosjektgruppen. Vi vil her kun peke på mulige utgiftsposter og et anslagsvis omfang av finansieringsbehov.

Et mulig budsjettforslag, basert på en minimums bemanning i en oppstarts- og første driftsfase:

1/1 leder	650.000
1/1 helsesøster	500.000
50 % ungdomshelsesøster	250.000
50 % lege	325.000
50 % fysioterapeut	250.000
50 % jordmor	250.000
1/1 psykolog	600.000
1/1 informasjonsmedarbeider	500.000
1/1 merkantil	400.000
Driftsutgifter	6.225.000
<b>Totalt</b>	<b>10.000.000</b>

Driftsutgifter innbefatter husleie, strøm, telefon, ordinære driftsutgifter for øvrig, midler til utviklingsprosjekt, forskning, kompetansehevings- og informasjonstiltak.

Totale årlige kostnader vil da beløpe seg på anslagsvis 10 millioner kroner. Prosjektgruppen vil presisere at dette kun er et anslag, ingen eksakt analyse av finansieringsbehov.

## 9. Litteratur og kilder

1. Andersson, Helle Wessel et al.: Rapport 03/05 SINTEF Helse, *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*, 2005
2. Andersson, Helle Wessel og Kristofersen, Lars B.: Rapport A105 SINTEF Helse, *Opptappingsplanens betydning for barn og unge – sammenstilling av funn fra fire forskningsprosjekter*, september 2006
3. Glavin, Kari: *Utkast til plan for nasjonalt kompetanse-/utviklingssenter for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge*, 2005
4. Glavin, Kari: *Utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo kommune*, rapport 2001-2004
5. Hansen, Marit Bergum og Jacobsen, Heidi: *Sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus*, 2007
6. Haugland, Randi, Rønning, John og Lenshow, Kirsti: *Evaluering av forsøk med familiesentere i Norge*, 2006
7. Hertzberg, Anne og Haug, Hilde: *Evaluering av utviklingssenter for Helsestasjons- og Skolehelsetjenesten*, HUS, HeSo, november 2004.
8. Nordahl, Thomas et al.: *Forebyggende innsatser i skolen*, Utdanningsdirektoratet 2006
9. *Gradientutfordringen*, Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, IS-1229, 2005
10. *Lov om helsetjenesten i kommunene med forskrifter*, 19.november 1982 nr. 66
11. *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009*, IS – 1/2009, Helsedirektoratet
12. NOU 1998:18 *Det er bruk for alle – styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*
13. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, 2003....*sammen om psykisk helse....*, I-1088, Helsedepartementet
14. *Samhandlingsreformen (2008-)*, [www.samhandlingsreformen.no](http://www.samhandlingsreformen.no)
15. *Satsing på barn og unge*, Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2007, samlet oversikt Q-1127 B, Barne- og likestillingsdepartementet
16. Sitter, Marit og Andersson, Helle Wessel: *Rapport A055005 SINTEF Helse, Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker*, februar 2005
17. Sitter, Marit: Rapport A5204 *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker, 2004-2007*, april 2008
18. St.melding nr.8 (2008-2009) *Om menn, mansroller og likestilling*



19. St.melding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet*,
20. St.melding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*
21. St.melding 20 (2006 – 2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.*
22. St.meld. nr.16 (2006 – 2007) *...”og ingen sto igjen”. Tidlig innsats for livslang læring,*
23. St.prp.nr.1 (2006 – 2007) *Nasjonal helseplan (2007 – 2011)*
24. St.prp.nr. 63 (1997-98) *om opptrappingsplan for psykisk helse*
25. *Utviklingstrekkrapporten 2007, Helsedirektoratet*
26. Veileder IS-1154: *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*
27. Veileder IS – 1162: *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet, 2005*
28. Veileder IS-1183: *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet, 2006 (3.opplag)*
29. Veileder IS – 1405: *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, Sosial- og helsedirektoratet, 2007*

Ytterligere eksemplar av denne presentasjonen kan bestilles hos:  
Landsgruppen av helsesøstre NSF, [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) – faggruppe Helsesøstre.