



# Utredning av en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Utredning av en bindende bemanningsnorm i  
helsestasjons- og skolehelsetjenesten  
Utgitt: 10/2017  
Bestillingsnummer: IS – 2677

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Barne og ungdomshelse, Folkehelsedivisjonen  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Hefte kan bestilles hos: Foreligger kun elektronisk.

Forfattere/arbeidsgruppe: Kristine Hartvedt, seniorrådgiver (prosjektleder)  
Ellen Margrethe Carlsen, avd. direktør  
Linda Haugan, seniorrådgiver  
Susanne Olsen, rådgiver  
Janne Oftedal, seniorrådgiver  
Adélie Dorseuil, rådgiver  
Hanne Linn Skogvang, rådgiver

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>INNHALDSFORTEGNELSE</b>	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUNN</b>	<b>6</b>
<b>1. OPPDRAG OG RAMMER</b>	<b>7</b>
1.1 Rammer og oppdragsforståelse	7
1.2 Inndeling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten	8
1.3 Oppbygning av rapporten	9
<b>2. METODE</b>	<b>10</b>
2.1 Møter med relevante interessenter	10
2.1.1 Arbeidsmetode	10
2.1.2 Involverte interessenter	10
2.2 Spørreundersøkelse til kommuner	12
<b>3. INNSPILL FRA INTERESSENTENE</b>	<b>13</b>
3.1 Oppsummering av innspillene	13
3.2 Fordeler ved bemanningsnorm	14
3.2.1 Bemanningsnorm som politisk virkemiddel i kommunen	14

3.2.2	Avvik, klager og tilsyn	14
3.2.3	Sikre ressurser til hele tjenesten	14
3.2.4	Økte ressurser og mer fokus på rett kompetanse	15
3.2.5	Riktige prioriteringer, god kvalitet og forsvarlig drift	16
<b>3.3</b>	<b>Ulemper ved en bindende bemanningsnorm</b>	<b>16</b>
3.3.1	Svekket kommunalt selvstyre og mindre fleksibilitet	16
3.3.2	Faren for en maksimumsnorm	17
3.3.3	Ulikheter i kommune-Norge	17
3.3.4	Negativ effekt for enkelte profesjoner	18
<b>3.4</b>	<b>Andre virkemidler</b>	<b>18</b>
<b>4.</b>	<b>HELSEDIREKTORATETS VURDERINGER</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Erfaringer med Utviklingsstrategien</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Hvordan kan en bemanningsnorm sikre kvalitet i tjenesten?</b>	<b>21</b>
4.2.1	Utgangspunktet for vurderingen	21
4.2.2	Tilgjengelighet – fundamentet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	22
4.2.3	Tverrfaglighet og bemanning i tjenesten	23
4.2.4	Faglig forsvarlig tjeneste	24
4.2.5	Fleksibilitet i tjenesten	25
<b>4.3</b>	<b>Vurdering av fordeler og ulemper</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Andre virkemidler for å sikre god kvalitet i tjenestene</b>	<b>27</b>
4.4.1	Videreutvikling av statistikk og kvalitetsindikatorer i tjenesten	27
4.4.1	Videreutvikling av digitale helsetjenester til barn og unge	28
<b>5.</b>	<b>HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Anbefaling om type bemanningsnorm</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Anbefaling om viktige hensyn ved utarbeidelse av norm</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Anbefaling om andre virkemidler i tillegg til norm</b>	<b>30</b>
<b>VEDLEGG</b>		<b>31</b>

# SAMMENDRAG

Rapporten svarer ut følgende oppdrag som Helsedirektoratet fikk fra Helse- og omsorgsdepartementet i mars 2016.

*«Helsedirektoratet gis i oppdrag å følge opp anmodningsvedtak nr. 626 (2014-2015). Helsedirektoratet skal utrede mulige løsninger for og virkninger av en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten, også sett i sammenheng med helsestasjonstjenesten.»*

Helsedirektoratet har i hele prosessen med oppdraget samarbeidet med KS. Det er gjennomført innspillmøter med fylkesmenn, rådmenn, ledere for tjenesten, fagforeninger, statlige myndigheter, fylkeskommuner og brukerorganisasjoner med flere, der man blant annet har diskutert fordeler og ulemper ved en bindende bemanningsnorm. I tillegg ble det gjennomført en digital spørreundersøkelse i kommunene.

På bakgrunn av innspillene anbefaler Helsedirektoratet at det **ikke** settes en juridisk **bindende** bemanningsnorm. En juridisk bindende bemanningsnorm vil være et for stort inngrep i det kommunale selvstyre og vil begrense mulighetene for å tilpasse bemanningen i tjenesten etter lokale behov.

Helsedirektoratet anbefaler heller det at det utarbeides en **anbefalt** bemanningsnorm i en egen veileder. Veilederen bør ta utgangspunkt i å oppdatere og videreutvikle *IS-1789 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (2010), og i ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2017).

Å fastsette en anbefalt minste bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et av flere virkemidler for å fremme **god kvalitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten**.

Helsedirektoratet vil igangsette arbeid med å få data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Data fra KPR vil danne grunnlag for å få bedre oversikt og utvikle kvalitetsindikatorer i tjenesten. I tillegg jobber Helsedirektoratet, Barn- ungdoms- og familiedirektoratet og Direktoratet for E-helse med et oppdrag om å videreutvikle digitale helsetjenester, som et supplement til eksisterende fysiske tjenester.

Personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten må ha **kompetanse** som sikrer at tjenesten holder **tilfredsstillende kvalitet**. Tjenesten har et helsefremmende og forebyggende perspektiv overfor gravide, barn og unge. Det innebærer også tidlig avdekking av tegn på skjevutvikling, sykdom, vold og overgrep hos barn og unge, samt god oppfølging og videre henvisning ved behov. Tilbudet i tjenesten skal være universelt, kultursensitivt og tilpasset den enkeltes behov og livssituasjon. Tjenesten må samarbeide med relevante aktører på både individ og systemnivå. Dagens kjernekompetanse med helsesøster, lege, fysioterapeut og jordmor bør videreføres.

Regjeringen har et stort fokus på helsetjenester til gravide, barn og unge, herunder utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For å styrke tilbudet til disse målgruppene har kommunenes frie inntekter blitt styrket med totalt 734,4 mill. kroner i perioden 2014-2017. I budsjettet for 2016 ble det i tillegg bevilget et øremerket tilskudd på 100 mill. kroner til utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2017 ble det øremerkede tilskuddet økt til 251,3 mill. Dette innebærer at summen av de frie inntekter og tilskudd i denne perioden er på nærmere 1 milliard kroner til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er en uttalt bekymring både i fagmiljøer, blant brukerorganisasjoner og politikere, for i hvilken grad kommunene har fulgt opp økningen i midler lokalt med å bruke pengene til formålet (jf. Innst. 40 S 2015-2016). Stortinget har derfor bedt regjeringen om å utrede en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å følge opp anmodningsvedtak nr. 626 (2014-2015). Oppdraget er å *«utrede mulige løsninger for, og virkninger av, en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten, også sett i sammenheng med helsestasjonstjenesten.»* Oppdraget er todelt:

1. I samarbeid med SSB, få bedre oversikt over årsverk i hhv. helsestasjons- og skolehelsetjenesten
2. Vurdere mulige løsninger for, og virkninger av, en bindende minimumsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Første del av oppdraget ble startet sommeren 2016, ved å gjennomføre en kartlegging av årsverk i de ulike deltjenestene i kommunene. Årsverksrapportering vil implementeres i den årlige KOSTRA-rapporteringen. Det tas høyde for rapportering i KOSTRA fra og med rapporteringsåret 2017. Denne rapporten tar for seg del to av oppdraget.

# 1. OPPDRAG OG RAMMER

**Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede mulige løsninger for, og virkninger av, en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten, også sett i sammenheng med helsestasjonstjenesten. Denne rapporten svarer ut oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.**

## 1.1 Rammer og oppdragsforståelse

---

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet er Helsedirektoratet bedt om å vurdere mulige løsninger for, og virkninger av, en «bindende minimumsnorm».

Begrepet «minimumsnorm» forstås som en bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I rapporten vil begrepet «bemanningsnorm» bli brukt gjennomgående.

Helsedirektoratet vil presisere at det finnes ulike former for bemanningsnormering, og at det derfor vil foreligge ulike løsninger for hvordan en bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan fastsettes. En bindende bemanningsnorm, som Helsedirektoratet er bedt om å utrede, vil være juridisk bindende for kommunene og må forankres i eller med hjemmel i lov eller forskrift.

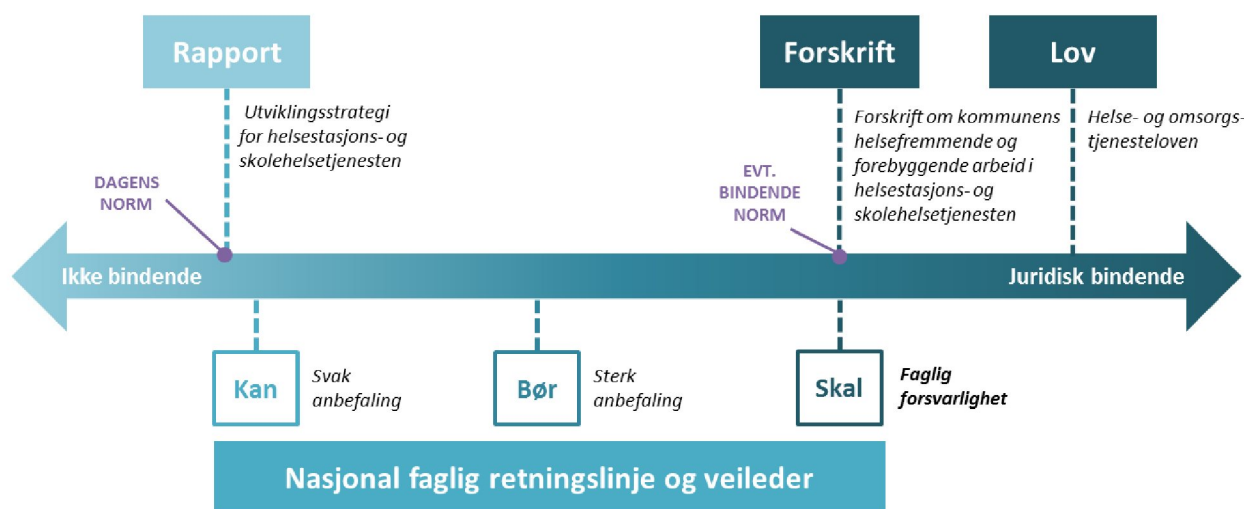
En ikke-bindende bemanningsnorm vil ikke være juridisk bindende for kommunene, men kan gi faglige begrunnede anbefalinger om bemanning. En ikke-bindende bemanningsnorm omtales derfor i det følgende som en anbefalt bemanningsnorm. En slik bemanningsnorm eksisterer i en mild form i dag.

Helsedirektoratets anbefalinger kan være sterke eller svake, og Helsedirektoratet operer med ulike hjelpeverb for å skille sterke og svake anbefalinger. Helsedirektoratet opererer med ulike hjelpeverb for å skille sterke og svake anbefalinger fra hverandre. Sterke anbefalinger benytter hjelpeverbet «bør», mens svake anbefalinger benytter hjelpeverbet «kan». En sterk anbefaling indikerer at fordelene med anbefalingen veier tydelig opp for ulempene. En svak anbefaling indikerer derimot at det er usikkert om fordelene med anbefalingen veier opp for ulempene. Ved en svak anbefaling må handlingsvalg i større grad vurderes i hver enkelt situasjon. Således vil det være større grunn til å følge sterke anbefalinger enn svake anbefalinger. En kommune som ikke følger sterke anbefalinger, må kunne dokumentere og begrunne godt hvorfor de har prioritert på den måten.

I 2010 publiserte Helsedirektoratet rapporten [IS- 1789 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#), der det angis en bemanningsnorm for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Utviklingsstrategien er en rapport som ikke er utarbeidet som en veileder eller nasjonal faglig retningslinje. Den utgjør derfor ikke et av de normerende

produktene definert i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5, som Helsedirektoratet utarbeider. Dette innebærer at rapporten er mindre bindende for kommunene enn en veileder eller en retningslinje.

Som illustrert under kan en bemanningsnorm plasseres ulike steder på en skala fra minst bindende (rapport) til mest bindende (lov og forskrift). Dagens norm ligger ytterst til venstre på skalaen og er ikke bindende. Oppdraget omhandler en vurdering av en eventuelt bindende bemanningsnorm, som vil bli plassert ytterst til høyre på skalaen og være juridisk bindende.



**Figur 1: Hvor normativ kan en bemanningsnorm være?**

I oppdraget presiseres det at *løsninger for og virkninger av* en bindende bemanningsnorm skal vurderes. Helsedirektoratet har ikke utarbeidet selve normen, men anser det derimot som hensiktsmessig å vurdere den nærmere utformingen av en bemanningsnorm i et eventuelt senere oppdrag. Det vises for øvrig til kapittel 5 i rapporten.

## 1.2 Inndeling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge. Helsedirektoratet har i utredningen valgt å omtale helsestasjons- og skolehelsetjenesten ut fra inndeling i følgende deltjenester:

- Svangerskaps- og barselomsorgen
- Helsestasjon for barn 0-5 år
- Skolehelsetjenesten
- Helsestasjon for ungdom (HFU)

Når det gjelder skolehelsetjenesten, har Helsedirektoratet valgt å foreta en ytterligere inndeling. Dette fordi behovet for og innholdet i tjenestene og utfordringsbildet er ulikt mellom de ulike trinnene i skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten deles derfor inn i tre underdeltjenester:



- Skolehelsetjenesten på barnetrinnet (1.-7. trinn)
- Skolehelsetjenesten på ungdomstrinnet (8.-10. trinn)
- Skolehelsetjenesten i videregående skole

Inndelingen tilsvarer inndelingen som er benyttet i [Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#), [Utviklingsstrategien](#) (IS-1798) og i rapporten [Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) (IS-2543).

### **1.3 Oppbygning av rapporten**

---

I kapittel 2 beskrives det hvordan oppdraget har blitt gjennomført. I kapittel 3 redegjøres det for fordeler og ulemper knyttet til en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, basert på innspill fra interessenter. I kapittel 4 diskuteres fordeler og ulemper ved en bemanningsnorm, basert på Helsedirektoratets vurdering. Helsedirektoratets anbefalinger skisseres i kapittel 5.

## 2. METODE

**For å løse oppdraget satte Helsedirektoratet ned en intern tverrfaglig arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har gjennomført ulike innspillmøter med relevante interessenter, samt en spørreundersøkelse til alle landets kommuner. Arbeidsgruppen har hatt dialog med KS underveis i prosessen.**

### 2.1 Møter med relevante interessenter

---

#### 2.1.1 Arbeidsmetode

For å sikre et godt grunnlag for Helsedirektoratets anbefalinger, har det vært behov for å trekke inn erfaringer og synspunkter fra blant annet brukere av tjenesten, helsepersonellet som jobber i tjenesten og kommunene som er ansvarlige for tjenesten. I begynnelsen av arbeidet ble relevante interessentene ble kartlagt. Disse ble deretter innkalt til fem innspillmøter.

Innspillmøtene ble gjennomført i form av workshoper. Spørsmålene på møtene omhandlet samme tematikk, men var tilpasset målgruppen for hvert av møtene. På møtet med kommunene ble rådmennene bedt om å gi en generell status på helsestasjons- og skolehelsetjenesten i sin kommune. Brukerne ble blant annet spurt om sine erfaringer med tjenesten. På alle innspillmøtene ble det bedt om innspill på fordeler og ulemper med en bindende bemanningsnorm. Det ble også diskutert om det fantes eventuelle andre virkemidler for å sikre god kvalitet i tjenesten.

Det ble skrevet referat fra alle møtene. Inviterte deltakere som ikke hadde anledning til å delta, fikk mulighet til å sende skriftlige innspill.

I tillegg ble det avholdt to møter med fagmiljøer som jobbet særskilt med kvalitetsutvikling av tjenesten. Deler av arbeidsgruppen deltok også på et møte i Rådmannsutvalget i regi av KS. Alle møtene ble avholdt i perioden mars-juni 2017.

#### 2.1.2 Involverte interessenter

##### **Fylkesmannsembetene**

Representanter fra alle fylkesmannsembetene ble invitert, hvorav 10 embeter deltok. I tillegg ga ytterligere tre embeter skriftlige innspill (se vedlegg 1).

##### **Kommuner**

Det ble sendt invitasjon fra Helsedirektoratet og KS til ledere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 20 kommuner og bydeler, samt til rådmenn i 23 kommuner.

Kommunene ble valgt ut etter forslag fra fylkesmenn og KS. Ni tjenesteledere og seks rådmenn deltok. Fem kommuner stilte med både tjenesteleder og rådmann (se vedlegg 2).

I tillegg til innspillmøtet valgte arbeidsgruppen å sende en undersøkelse til alle landets kommuner for å sikre innspill fra et mangfold av kommuner. Se mer under kapittel 2.2.

Arbeidsgruppen fikk også mulighet til å delta på møte i rådmannsutvalget 14. juni 2017. Rådmennene ble kort informert om oppdraget. I etterkant var det satt av tid til innspill, spørsmål og diskusjon.

### **Ungdomsorganisasjoner og foreldreorganisasjoner**

En bred sammensetning av brukerorganisasjoner ble invitert. 33 representanter fra ulike organisasjoner deltok (se vedlegg 4). Møtet var en del av en større brukermedvirkningsworkshop knyttet til Helsedirektoratets arbeid med samarbeid om utsatte barn og unge mellom 0 og 24 år (0-24 samarbeidet). Organisasjonenes tilbakemelding knyttet til tilgjengelighet i tjenesten og bemanningsnormering ble oppsummert i kapittel 2.3 i PROBA-rapporten [Hva må til for at barn og unge gjennomfører sin opplæring?](#)

### **Fagorganisasjoner, direktorater og myndigheter**

En bred sammensetning av relevante fagorganisasjoner, direktorater og andre statlige myndigheter ble invitert. 20 personer fra 13 instanser deltok. (se vedlegg 5). I tillegg sendte et direktorat som ikke kunne delta skriftlig innspill.

### **Forskningsprosjekter i Sør-Trøndelag og Telemark om utvikling av kvalitetsindikatorer**

Det ble presentert tre forskningsprosjekter om tjenesteinnhold og utvikling av kvalitetsindikatorer og statistikk som hadde som mål å skape en bedre oversikt over helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det ble også diskutert spørsmål om bemanningsnormering. Leder for helsetjenesten i Nome kommune, forsker fra Telemarksforskning, seniorrådgiver hos fylkesmannen i Sør-Trøndelag og fagleder helsesøsterutdanningen NTNU deltok på møtet.

### **Bergen kommune om utvikling av helseovervåking fra journalsystemene**

Bergen kommune presenterte sitt prosjekt om å trekke ut data og lage statistikk fra journalsystemene for bedre helseovervåking i kommunen. Det ble også diskutert spørsmål om bemanningsnormering.

### **Fylkeskommuner og byrådsavdelingen i Oslo kommune**

Utdanningsavdelingene i landets Fylkeskommuner og i Oslos byrådsavdelingen ble invitert. Representanter fra syv fylkeskommuner og fra byrådsavdelingen deltok (se vedlegg 6). En fylkeskommune sendte i tillegg skriftlige innspill i etterkant.

## 2.2 Spørreundersøkelse til kommuner

---

For å få et mer representativt bilde av kommunenes oppfatning av helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbudet, utformet og distribuerte Helsedirektoratet en kort spørreundersøkelse, som ble sendt til alle landets kommuner, samt til bydelene i Oslo.

For å se om det var et mønster i svarene avhengig av kommunestørrelse, ble kommunene bedt om å krysse av for antall innbyggere, basert på predefinerte størrelsesgrupper. Alternativene var 0-1 999 innbyggere, 2 000-4 999, 5 000-19 999 og 20 000 og over.

Undersøkelsen besto av seks spørsmål (se vedlegg 8) som ble sendt ut i juni 2017. 80 prosent av utsendelsene ble sendt direkte til kommunenes kontaktperson i forbindelse med årsverkskartleggingen som Helsedirektoratet gjennomført sommer/høst 2016. I de kommunene hvor ingen kontaktperson var oppgitt eller hvor den tidligere kontaktpersonen ikke var tilgjengelig, ble undersøkelsen sendt til postmottak i kommunen. Svarprosenten var på 61 prosent.

## 3. INNSPILL FRA INTERESSENTENE

I dette kapitlet vil det redegjøres for fordeler og ulemper med en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, basert på innspill fra innspillmøtene. Funn fra spørreundersøkelsen som ble sendt ut til alle kommunene vil også presenteres her.

### 3.1 Oppsummering av innspillene

---

Interessentene mente de viktigste **fordelene med å innføre en bemanningsnorm var:**

- En bemanningsnorm kan brukes som et politisk virkemiddel og argument for prioritering av tjenesten i kommunens budsjettforhandlinger.
- En bemanningsnorm vil sikre et minimum av ressurser til tjenesten og det vil gjøre det lettere å rapportere eventuelle avvik og klager på tjenesten.
- En bemanningsnorm kan utgjøre et parameter på årsverk, som vil gjøre det lettere å føre tilsyn.
- En bemanningsnorm vil i større grad kunne sikre en faglig forsvarlig og tilgjengelig tjeneste, og et mer likeverdig tilbud til brukere i alle kommuner.
- En *bindende* bemanningsnorm kan sikre ressurser til alle deltjenestene.
- En bemanningsnorm vil i større grad kunne sikre riktig yrkessammensetning i tjenesten.

Interessentene mente de største **ulempene ved en bemanningsnorm var:**

- En bemanningsnorm kan få ugunstig effekt for det samlede tilbudet til barn og unge i kommunene, da årsverk låses til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- En bindende bemanningsnorm ned på deltjenester kan føre til mindre fleksibilitet i tjenesten samlet sett.
- Det er en fare for at en bindende bemanningsnorm kan bli en «maksimumsnorm».
- Det er stor variasjon i kommunenes behov. En bindende bemanningsnorm vil ikke nødvendigvis slå ut likt, eller til det beste, for alle kommuner.
- Bindende bemanningsnorm vil kunne medføre uhenksommessig yrkessammensetning sett opp mot hva som er behovet i tjenesten.

## 3.2 Fordeler ved bemanningsnorm

---

### 3.2.1 Bemanningsnorm som politisk virkemiddel i kommunen

Innspillsmøtene og spørreundersøkelsen til kommunene viste at det kan være utfordrende å få gjennomslag for prioritering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunens budsjetttrunder, og hos politisk ledelse. Noen mente at dette skyldes at tjenesten jobber helsefremmende og forebyggende, og at det er vanskelig å måle resultater. Det kom frem at det er behov for å skape politiske insentiver for prioritering av helsefremmende og forebyggende arbeid, samt tidlig innsats overfor barn og familier med behov for særlig oppmerksomhet. Anbefalt bemanningsnorm ble trukket frem som et godt virkemiddel for å synliggjøre tjenesten, slik at den lettere kan settes på dagsordenen hos politisk ledelse. Noen hevdet at anbefalt norm var utilstrekkelig for dette formålet, og at de derfor ønsket en bindende bemanningsnorm.

En bemanningsnorm, både anbefalt og bindende, ble trukket frem som noe konkret og målbart, som politisk ledelse enkelt kan vurdere om kommunen oppfyller. Mange mente at det vil gi tjenesten mulighet til å få økt tilslag om økte ressurser i budsjettprosesser. Mange opplever i dag å bli nedprioritert i forhold til andre kommunale tjenester, som det oppleves at politikerne syns er «viktigere». Det ble påpekt i flere innspillsmøter at mange har gode erfaringer med å bruke *Utviklingsstrategien* fra 2010 som et argument ovenfor politikere for å bedre ressurs situasjonen i tjenesten.

En bindende bemanningsnorm ble også trukket frem som virkemiddel for å hindre helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra å bli offer for nedskjæringer når kommunene kutter i budsjettene.

### 3.2.2 Avvik, klager og tilsyn

En bemanningsnorm vil, som nevnt ovenfor, være målbar. Det kan gjøre det lettere å føre tilsyn med tjenesten og korrigere eventuelle avvik. Enkelte fylkesmannsembeter poengterte at de har benyttet den anbefalte bemanningen i *Utviklingsstrategien* i tilsynssaker overfor enkelte kommuner, og at dette i flere tilfeller har ført til at det har blitt opprettet nye stillinger i tjenesten i etterkant av tilsyn.

Videre nevnte representantene fra fylkesmannsembetene at de mottar få klager fra brukere av tjenesten. Det ble poengtert at en bemanningsnorm vil være nyttig for Fylkesmannen når de svarer ut klager knyttet til bemanning, som er sendt inn fra tjenesten i ulike kommuner. De mente derfor at en anbefalt bemanningsnorm kan være et godt virkemiddel for å synliggjøre tjenestens utfordringer overfor kommuneadministrasjonen gjennom tilsyn, klagesaker eller avviksmeldinger. En bemanningsnorm vil i tillegg gjøre det lettere å sende konkrete avviksmeldinger.

### 3.2.3 Sikre ressurser til hele tjenesten

Innspillsmøtet med kommunene viste at mange opplever at enkelte deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir nedprioritert. Dette gjaldt spesielt svangerskaps- og barselomsorgen og skolehelsetjenesten på barnetrinnet. Dette samsvarer med

tilbakemeldingene som kom frem i spørreundersøkelsen, der kommunenes vurdering av helsestasjon og skolehelsetjenesten i kommunen varierte mellom de ulike deltjenestene. Her vurderte for eksempel 97 prosent av kommunene deltjenesten helsestasjon 0-5 år som en «ganske bra» eller «svært bra» tjeneste, mens skolehelsetjenesten på barnetrinnet ble vurdert som mindre god (se oppsummering av resultatene i vedlegg 9).

I tillegg opplevde flere at enkelte yrkesgrupper ble nedprioritert i mange kommuner. Jordmødrene i svangerskaps- og barselomsorgen ble i denne sammenhengen trukket frem i flere innspillsmøter, i tillegg til fysioterapeuter og skoleleger.

Denne skjevfordelingen mellom deltjenestene ble blant annet forklart med at helsestasjon 0-5 år har tallfestet antall (14) konkrete konsultasjoner som skal gjennomføres, som vaksineringsundersøkelse av høyde og vekt, legekontroller med mer. Det gjør det lett å vurdere om arbeidet gjennomføres i tråd med retningslinjer eller ikke. At skolehelsetjenesten i ungdomstrinnet og i videregående skole prioriteres, forklares med stort politisk fokus på ungdom, utfordringer knyttet til psykisk helse, ensomhet, mobbing og stress.

Flere mente at en bindende bemanningsnorm vil sikre en god og stabil bemanning også til deltjenestene som flere steder oppleves underprioriterte.

#### 3.2.4 Økte ressurser og mer fokus på rett kompetanse

I innspillsmøtene kom det flere innspill som påpekte viktigheten av at tjenesten har bred tverrfaglig sammensetning. Det ble påpekt at ansatte i tjenesten i små kommuner jobber mye alene, og at tilbudet i praksis ikke er tverrfaglig. Dette ser man også i årsverkskartleggingen fra 2016, som viser at flere små kommuner ikke har tilstrekkelig tverrfaglig bemanning.

Fagorganisasjonene ønsket færre uønskede deltidsstillinger i tjenesten. Dersom en bindende bemanningsnorm fordeles på tjeneste eller profesjon, kan man sikre tverrfaglig kompetanse i tjenesten. Representanter for ulike fagorganisasjonene mente at en bindende bemanningsnorm kunne gi bedre arbeidsvilkår med flere ansatte og dermed økt kontinuitet i tjenesten. Det kunne i følge disse også sikre at de ulike deltjenestene blir prioritert, og får riktig kompetanse.

På innspillsmøtet med brukere av tjenesten (ungdoms- og foreldreorganisasjoner) ble det uttrykt ønske om at tjenesten ikke bare skal være bemannet med helsepersonell. Det kom forslag om at snakkepersoner, likemenn, barnevernspedagoger, miljøterapeuter og utekontakter burde ha en rolle i skolen og skolehelsetjenesten. På et annet innspillsmøte kom det fram at flere menn bør inn i tjenesten. Det ble begrunnet med at færre gutter oppsøker tjenesten og at gutter ønsker en type «livsguide» til å snakke om vanlige ting med.

I spørreundersøkelsen ble kommunene bedt om å peke på de tre største utfordringene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i deres kommune (se spørreskjema under vedlegg 8 og oppsummering av resultatene under vedlegg 9). De fleste kommunene (73 prosent) oppga «for lite ressurser» som en viktig utfordring. «Manglende samarbeid på tvers» var nest viktigste utfordringen (oppgitt av 49 prosent av kommunene). «Manglende statistikk fra fagsystemene» havnet på tredje plass (oppgitt av 38 prosent av kommunene).

Utfordringsbildet som kom frem i spørreundersøkelsen varierte til dels avhengig av innbyggertall i kommunen. utfordringer knyttet til «for lite ressurser», «manglende samarbeid på tvers» og «rekruttering» økte med størrelsen på kommunen. Bildet er motsatt for utfordringer knyttet til «begrenset fagmiljø/ yrkessammensetning», der utfordringene avtok jo flere innbyggere det er i kommunen.

### 3.2.5 Riktige prioriteringer, god kvalitet og forsvarlig drift

På innspillsmøtet med brukere av tjenesten (ungdoms- og foreldreorganisasjoner) uttrykte ungdommene at de ikke opplever tjenesten som tilgjengelig eller som tilstrekkelig synlig. Ungdommene poengterte at det var behov for en tilgjengelig tjeneste som kan gi et likeverdig tilbud til alle.

På andre innspillsmøter ble det også hevdet at en bindende bemanningsnorm kunne bidra til at tjenesten blir mer tilgjengelig. En anbefalt bemanningsnorm kan føre til at tjenesten kan jobbe bedre med helsefremmende og forebyggende arbeid, inkludert tidlig innsats, og gjøre det lettere å samarbeide med andre relevante tjenester. Spørreundersøkelsen viser at ansatte som jobber i tjenesten, mener det er vanskelig å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid i en underbemannet tjeneste.

## 3.3 Ulemper ved en bindende bemanningsnorm

---

### 3.3.1 Svekket kommunalt selvstyre og mindre fleksibilitet

Flere interessenter påpekte at en viktig svakhet ved å innføre en bindende bemanningsnorm, er at en slik norm vil svekke kommunalt selvstyre og frihet til å gjøre egne prioriteringer. Disse hevdet at en bindende normering kan føre til en bemanning som i liten grad tar høyde for lokale utfordringer og behov for tilpasninger. Flere mente at en bindende bemanningsnorm kan gi en mindre fleksibel tjeneste for å løse kommunens behov eller det kommunen anser som den beste løsningen for sine innbyggere. Ledere av kommunene hevdet videre at en bindende bemanningsnorm kan ende opp med å hindre lokalt initiativ.

Det kom i tillegg innspill om at en nasjonal, bindende bemanningsnorm kan hindre utvikling av lokale tiltak, og at en slik norm låser en del av kommunens ressurser til arbeid med barn og unge generelt. Dette kan føre til mindre fleksibilitet for kommunene, ved at de ikke får mulighet til en bred tilnærming til det helsefremmende og forebyggende arbeidet til gravide, barn, unge og deres familier. I innspillsmøtene kom det frem at det finnes gode lokale løsninger på hvordan de ulike deltjenestene kan virke sammen, og hvordan kommuner har utviklet andre tjenester til barn og unge. Enkelte påpekte at arbeidet med barn og unge må sees i en større kontekst enn kun helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at kommunene derfor må ha en mer helhetlig tilnærming.

Videre kom det frem på innspillsmøtene at en bemanningsnorm kan føre til mindre fleksibilitet innad i deltjenestene. Flere påpekte at skolehelsetjenesten på barnetrinnet nedprioriteres til fordel for skolehelsetjenesten på ungdomstrinnet og i videregående skole. Dette ble bekreftet i spørreundersøkelsen. Skolehelsetjenesten på barnetrinnet er den av deltjenestene som skåret lavest i undersøkelsen. 17 prosent av kommunene beskrev denne



tjenesten i egen kommune enten som «svært dårlig» eller «ganske dårlig». Funnene samsvarer med resultatene fra årsverkskartleggingen i 2016, som viser at skolehelsetjenesten på barnetrinnet generelt er underbemannet. På innspillsmøtene ble dette ofte begrunnet med den store økingen av ungdommer med utfordringer knyttet til psykisk helse, samt at ungdommene i større grad enn barn gir uttrykk for at de ønsker en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.

### 3.3.2 Faren for en maksimumsnorm

I samtlige innspillsmøter kom det frem at en sentral utfordring ved en bindende minimumsnorm for bemanning, er at det kan bli vanskelig å argumentere for ytterligere ressurser til tjenesten, dersom kommunen allerede oppfyller en fastsatt minimums bemanningsnorm. Ansatte i tjenesten og brukere kan i et slikt tilfelle hevde at det er behov for økt tilgjengelighet og flere ansatte, men kan bli møtt med motstand i kommuneledelsen. En minimums bemanningsnorm kan på den måten i praksis fungere som en «maksimumsnorm» for bemanning. Enkelte var også bekymret for om en bindende bemanningsnorm ville føre til at kommuner som nå har en godt bemannet tjeneste, vil nedbemanne tjenesten til nivået bemanningsnormen tilsier.

Dette kan medføre at administrativ- og politisk ledelse i kommunene ikke blir tilstrekkelige oppmerksomme på status og utfordringer hos gravide, barn, unge og foreldre, og at de lener seg for mye på at kommunen oppfyller en fastsatt, bindende minimums bemanningsnorm. På denne måten kan bindende bemanningsnorm bli en «hvilepute» for kommunene og hindre utvikling av tjenesten, og ende opp med å gi et dårligere tilbud til innbyggerne.

Det ble påpekt bekymring for at en bemanningsnorm vil utgjøre sannheten for hva som anses som en god tjeneste, og at man dermed ender med å nedprioritere den faglige kvaliteten i tjenestens arbeid. Flere påpekte at det ikke er antall ansatte alene som gir en forsvarlig tjeneste, men at nok ressurser, sammenholdt med hvordan ressursene brukes og hvordan tjenesten styres, bidrar til en faglig god og forsvarlig tjeneste.

### 3.3.3 Ulikheter i kommune-Norge

Det er stor forskjell på kommunene i Norge. I samtlige innspillsmøter og spørreundersøkelsen til kommunene ble det poengtert at ulik befolkningssammensetning og geografiske forhold, gjør at det kan være store forskjeller i behovet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten mellom kommunene. Dette er noe det må tas hensyn til i utfordringen av en eventuell bindende bemanningsnorm.

Det ble blant annet påpekt at den anbefalte normen fra *Utviklingsstrategien* ikke tok tilstrekkelig høyde for steder med små skoler med svært få elever, og kommuner med store avstander. Det ble samtidig påpekt av representanter fra større kommuner at den anbefalte normen fra *Utviklingsstrategien*, var for lav til å dekke de oppgaver som tjenesten skal og bør løse og at særlig i skolehelsetjenesten lå antall årsverk under den anbefalte bemanningsnormen.

De fleste kommunene med over 25 000 innbyggere rapporterte på innspillsmøte om en relativt velfungerende tjeneste, som i stor grad hadde tilstrekkelig god bemanning.

Spørreundersøkelsen viser at kommunene er fornøyd med deltjenestene innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten (se oppsummering av resultatene under vedlegg 8). I overkant av 2/3 av kommunene har oppgitt at alle deltjenestene de tilbyr er «ganske bra» eller «svært bra». Rundt 1 av 10 kommuner har oppgitt at alle deltjenestene innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten de tilbyr er «svært bra». Andelen var høyest blant de minste kommunene.

### 3.3.4 Negativ effekt for enkelte profesjoner

På innspillsmøte med fagorganisasjoner, direktorater og statlige myndigheter, kom det flere innspill knyttet til tverrfagligheten i tjenesten. En bindende bemanningsnorm knyttet til ulike profesjoner kan virke negativt på tverrfaglig samarbeid, og kan sette ulike yrker opp mot hverandre.

Enkelte mente at en bindende bemanningsnorm kan oppfattes som en kompetansenorm. Det kan føre til uheldige nedvurderinger av noen profesjoner, der disse kan bli sett på som unødvendige og overflødige. Tjenesten er avhengig av samarbeid med profesjoner som ikke nødvendigvis bør inngå i en bemanningsnorm, mente flere faggrupper, og enkelte uttrykte bekymring for at mulighetene for tett samarbeid med disse profesjonene kunne bli svekket.

Enkelte på innspillsmøtene ønsket en større grad av fleksibilitet med hensyn til hvilke yrkesgrupper bemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan bestå av. Det ble påpekt at man burde vurdere om andre yrkesgrupper enn den nåværende bemanningen kunne utføre oppgaver som ligger til tjenesten. Kommunene vil da få mulighet til å være fleksible i måten de bemanner tjenesten på. Samtidig var det et ønske fra flere om å sikre den eksisterende, tverrfaglige kjernekompetansen, som består av lege, helsesøster, jordmor og fysioterapeut.

## 3.4 Andre virkemidler

---

På innspillsmøtene kom det mange innspill på andre virkemidler som kunne bidra til en helsestasjons- og skolehelsetjeneste med god kvalitet. Virkemidlene som ble nevnt på flest møter var: Statistikk og kvalitetsindikatorer over barne- og ungdomshelse og dagens tjenestetilbud, kommunale planer og tjenesteplaner, tilskudd, etterutdanning, kompetanseheving, forskrift og retningslinjer, bemanning, tilsyn og avvik. Disse virkemidlene dannet grunnlag for spørsmålene i spørreundersøkelsen til kommunene (se vedlegg 8).

I flere møter ble også brukerinvolvering nevnt, for eksempel brukerundersøkelser og brukerforum. Ungdommene var spesielt opptatt av at ikke bare de ressurssterke brukerne blir involvert.

Flere var opptatt av samarbeid og samhandling mellom tjenester. Noen mente at det å ha standardavtaler mellom skolen og skolehelsetjenesten fungerte godt.

Digitale løsninger ble også fremhevet som et virkemiddel for å øke tilgjengelighet i tjenesten. Brukerorganisasjonene mente at digitale tjenester var en god måte å spre informasjon og møte ungdom der de er. Forutsetningen var at man måtte tilpasse seg til de kanalene som faktisk brukes av ungdom til enhver tid. Chat-tjenester ble pekt på som viktige dersom de

hadde åpningstider på kveldstid. Brukerorganisasjonene mente i tillegg at anonymitet var avgjørende og senket terskelen for at ungdom tok kontakt. En digital tjeneste kalt «[Elevtjenesten](#)» ble nevnt på møtet med brukerne/ungdommene og på møtet med fylkeskommunene.

I spørreundersøkelsen ble kommunene blant annet bedt om å krysse av for de tre viktigste predefinerte virkemidlene som de mente ville kunne styrke tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (se spørreskjema under vedlegg 8 og oppsummering av resultatene under vedlegg 9). I tillegg til «minstekrav til bemanning» (74 prosent av respondentene oppgav dette), ble «statistikk/kvalitetsindikatorer over dagens tjenestetilbud» (50 prosent oppgav dette), «tilskudd» (39 prosent oppgav dette), og «forskrift og retningslinjer» (34 prosent oppgav dette) identifisert som viktige virkemidler.

Vedrørende bruk av tilskudd som virkemiddel, kom det frem i innspillsmøtene at det er utfordrende for kommunene å rekruttere personell til stillinger som er av midlertidig karakter, basert på tilskuddsmidler som gis fra år til år. Flere påpekte at midlertidige stillinger basert på tilskuddsmidler var ustabile og hindret at det ble opprettet flere faste stillinger i tjenesten. Det ble videre nevnt av flere at det er mye uønsket deltidsarbeid blant ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Uønsket deltid og midlertidige ansettelser kan få uheldige konsekvenser for rekruttering og ansettelse av kvalifiserte fagfolk, og kan føre til lite kontinuitet i tjenesten.

Undersøkelse viste en variasjon mellom kommunene i hvilke virkemidler som anses som viktigst. «Minstekrav til bemanning» var det virkemiddelet som ble nevnt flest ganger totalt sett, men det var ikke like mye vektlagt blant mindre kommuner som blant de største. Mens over 90 prosent av kommunene/bydelene med 20 000 eller flere innbyggere oppga at «minstekrav til bemanning» var blant de tre viktigste virkemiddelene, var andelen 54 prosent blant kommunene med under 2 000 innbyggere.

Det var særlig respondentene fra de største kommunene som anså «statistikk/kvalitetsindikatorer over dagens tjenestetilbud» som gode virkemidler for en bedre tjeneste, og denne andelen ble stadig mindre jo færre innbyggere kommunen som besvarte undersøkelsen hadde.

I de minste kommunene var det «kommunale planer og/eller tjenesteplaner» som ble ansett blant de viktigste virkemidlene for en forbedret tjeneste (73 prosent oppgav dette totalt). Andelen kommuner som oppga at «kommunale planer og/eller tjenesteplaner» var blant de viktigste virkemidlene avtar med økende kommunestørrelse og blant kommunene/bydelene med over 20 000 innbyggere var dette virkemidlet oppgitt i 32 prosent av kommunene/bydelene.

## 4. HELSEDIREKTORATETS VURDERINGER

I kapittel 4 diskuteres fordeler og ulemper ved en bemanningsnorm, basert på Helsedirektoratets vurdering.

### 4.1 Erfaringer med utviklingsstrategien

---

Da Helsedirektoratet publiserte Utviklingsstrategien i 2010, ble det som hovedgrep anbefalt å tydeliggjøre kravene til innholdet i tjenestene. Det ble foreslått at kjerneinnholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenestens oppgaver skulle fremgå av forskrift. Sekundært ble det anbefalt å normere personellressurser i tjenestene som et virkemiddel for å øke kapasiteten. Bemanningsnormering ble ansett som et mindre hensiktsmessig tiltak enn innholdsnormering, men dette ble likevel ansett som nødvendig dersom innholdsnormeringen i seg selv ikke bidro til styrking av tjenesten. I rapporten ble det gitt en anbefalt minstenorm for helsesøster, lege og fysioterapeut i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det ble videre anbefalt at en bindende normering av personellressurser burde gjennomføres dersom innholdsnormeringen ikke førte til måloppnåelse innen rimelig tid (tre år).

Helsedirektoratet utga i 2017 en nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som erstatter veilederen *IS-1154 Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* fra 2004. I retningslinjen er innholdsnormering av tjenesten mer utfyllende omtalt enn i den tidligere veilederen. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet i september 2017 sendt ut forslag på høring til ny forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forslaget innebærer enkelte endringer i innholdsnormeringen for tjenesten. Departementet påpeker at bestemmelsene om innhold i forslaget i forskrift er ment å skulle tydeliggjøre tjenestens oppgaver.

Årsvervskartleggingen som Helsedirektoratet gjennomførte og publiserte i 2016, viser at bemanningen på barne-, ungdoms- og videregående trinn i hovedsak ikke oppfyller den anbefalte bemanningsnormen fra *Utviklingsstrategien*. Kartleggingen avdekket også at det er relativt store avvik mellom anbefalt bemanning og faktisk bemanning for de ulike yrkesgruppene. Avvikene er særlig store for leger og fysioterapeuter, mens avvikene er noe mindre for helsesøstre. At leger og fysioterapeuter som ressurser er underdimensjonerte faggrupper ble også signalisert under innspillsmøtene. Dette kan indikere at *Utviklingsstrategien* ikke er et sterkt nok virkemiddel for å sikre en kjernekompetanse i tjenesten.

Samtidig ser Helsedirektoratet at *Utviklingsstrategien* like fullt har fungert som et argument for styrking av tjenesten, noe som også ble påpekt av ulike interessenter i flere av innspillsmøtene.

Mange interessenter på innspillsmøtene trakk frem en bemanningsnorm som et godt virkemiddel for å få prioritert tjenesten i budsjettforhandlinger i egen kommune. Flere hadde benyttet *Utviklingsstrategien* fra 2010 til å synliggjøre tjenestens ressursbehov og utfordringer, og hadde på den måten fått gjennomslag for ressursøkning.

Videre pekte flere innspill på at den anbefalte bemanningsnormen fra *Utviklingsstrategien* har gjort det lettere å rapportere eventuelle avvik knyttet til lav bemanning for ansatte i tjenesten, og for brukere å klage på tilgjengeligheten i tjenesten. Enkelte fylkesmannsembeter påpekte også at en bemanningsnorm kan gjøre det lettere for Fylkesmannen å føre tilsyn med tjenesten.

Enkelte av fylkesmannsembetene påpekte videre at de hadde benyttet *Utviklingsstrategiens* bemanningsnorm for å påpeke lav bemanning i klage- og tilsynssaker, og at dette i flere tilfeller hadde ført til at det ble opprettet nye stillinger i de aktuelle kommunene.

Alt dette tyder på at en bemanningsnorm kan være et godt virkemiddel for å styrke tjenesten i tråd med den politiske viljen som er uttrykt gjennom økingen i de frie inntekter og regjeringens øremerkede tilskudd til tjenesten. Selv om den anbefalte normen i *Utviklingsstrategien* i liten grad oppfylles ute i kommunene, ser Helsedirektoratet at en slik norm kan ha effekt dersom den blir implementert og fulgt opp av statlige myndigheter i større grad.

## 4.2 Hvordan kan en bemanningsnorm sikre kvalitet i tjenesten?

---

### 4.2.1 Utgangspunktet for vurderingen

I tillegg til kravet til faglig forsvarlighet, er det er en overordnet politisk og faglig målsetning at alle helse- og omsorgstjenester skal være av god kvalitet. Dette fremkommer blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1, som sier at formålet med loven blant annet er å sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud.

I Helsedirektoratets veileder [Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten \(IS-1162\)](#), pekes det på at god kvalitet innebærer at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte

For en helsefremmende og forebyggende tjeneste som helsestasjons- og skolehelsetjenesten innebærer dette at tjenestene:

- Jobber kunnskapsbasert og i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene.
- Sørger for at alle barn og unge får et likt helsefremmende og forebyggende tilbud med lite variasjon mellom kommuner/bydeler.

- Oppdager familier med begynnende skjevutvikling og ekstra behov tidlig.
- Involverer barn og unge slik at de blir i bedre stand til å ivareta egen helse.
- Har en forutsigbar ressursituasjon med tverrfaglig yrkessammensetning, faste og store nok stillinger og gode muligheter for å rekruttere personell med nødvendig kompetanse.
- Har mulighet til å organisere seg ut i fra lokale forhold og mulighet til å innrette virksomheten sin i tråd med utfordringsbildet i kommunen.

Som et virkemiddel for å sørge for god kvalitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, har Helsedirektoratet utgitt flere nasjonale faglige retningslinjer om innholdet i tjenesten. I tillegg til retningslinjer som omhandler spesifikke områder i tjenestene, for eksempel nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling og nasjonal faglig retningslinje for syn, hørsel og språk, er det som tidligere nevnt utarbeidet nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Denne retningslinjen inneholder anbefalinger om de viktigste oppgavene i de ulike deltjenestene.

De nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal blant annet bidra til god kvalitet og forsvarlig drift, helhetlige tilbud, riktige prioriteringer, mindre uønsket variasjon, likeverdige tilbud og økt mestring blant foreldre, barn og ungdom. Retningslinjene sier noe om hvilke oppgaver tjenesten skal, bør og kan gjøre, og setter forutsetninger for tjenestetilbudet, for eksempel i anbefalinger om at tjenesten skal være lett tilgjengelig og at tjenesten skal være tilpasset brukeren.

Retningslinjene sier likevel lite om hvor mye tid det må settes av til hver enkelt oppgave og hvor mye ressurser tjenestene vil trenge for å gjennomføre de anbefalte og pålagte oppgavene sine. En bemanningsnorm kan definere dette nærmere, og kan på den måten understøtte de nasjonale faglige retningslinjene.

Som vist i kapittel 4.1 er det Helsedirektoratets oppfatning at en bemanningsnorm kan være et godt virkemiddel for å styrke tjenesten i tråd med politiske målsetninger. Spørsmålet i det følgende er om en bemanningsnorm er et nødvendig og godt tiltak for å bidra til at tjenesten har *god kvalitet*, i tråd med prinsippene som er skissert i Helsedirektoratets strategi for kvalitetsforbedring.

#### 4.2.2 Tilgjengelighet – fundamentet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

En sentral karakteristikk ved en faglig forsvarlig helsestasjons- og skolehelsetjeneste med god kvalitet er at den er tilgjengelig. Helsedirektoratet mener at tilgjengelighet er fundamentet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og dermed helt avgjørende for at tjenesten skal være trygg, sikker og virkningsfull.

Tilgjengelighet innebærer at tjenesten har mulighet til å nå alle barn, unge og deres foreldre, uavhengig av bosted, kjønn, fødeland, etnisitet og livssituasjon. En tilgjengelig tjeneste kan på den måten være et viktig virkemiddel for å motvirke sosial ulikhet i helse. Tilgjengelighet betyr blant annet at det gis mulighet for konsultasjoner uten avtale eller henvisning (drop-in), samt at lokalisering og åpningstider er tilpasset brukerne.

Innspillsmøtene viste at brukerne ønsker en lett tilgjengelig tjeneste som de kan benytte når de trenger den. Det følger også av [Meld. St. 26 \(2014-2015\) Fremtidens primærhelsetjenester - nærhet og helhet](#) at elevene opplever skolehelsetjenesten som lite tilgjengelig når de trenger den, og at ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

opplever at de må prioritere mellom helseundersøkelser, samtaler med enkeltelever, helseopplysning i grupper/klasser og tverrfaglige møter. På bakgrunn av dette mener Helsedirektoratet at en bemanningsnorm kan være et godt tiltak for å sikre større grad av tilgjengelighet i tjenesten. En bemanningsnorm kan sikre at tjenesten er bemannet med nok ressurser til å kunne være tilstede for barn, unge og deres foreldre og dermed kunne opprettholde et godt og forsvarlig tilbud.

Samtidig kan en minimums bemanningsnorm fort oppleves som en «maksimumsnorm» for bemanning. En bemanningsnorm kan altså føre til at områder som har høyere bemanning enn normen tilsier, blir utsatt for nedskjæringer, kanskje i strid med tjenestens egne vurderinger av brukernes behov. Dette kan eksempelvis få særlig uheldige utslag i kommuner/bydeler med store levekårsutfordringer, der en bemanningsnorm kan gjøre det vanskeligere å argumentere for en forsterket innsats. Det er likevel Helsedirektoratets oppfatning at dette kan motvirkes. En eventuell bemanningsnorm må implementeres og følges opp av statlige myndigheter, og det bør da gjøres klart for kommunene at de må vurdere bemanning ut fra egen situasjon. Det kan i noen tilfeller være nødvendig å ha en høyere bemanning enn den anbefalte minimumsbemanningsnormen tilsier.

I utarbeidelsen av en eventuell bemanningsnorm, er det videre viktig å sørge for at normen ikke settes for lavt. Normen bør utarbeides slik at tilgjengelighet for barn og unge økes og at det blir tilstrekkelig tid til å samarbeide med andre relevante tjenester som for eksempel barnehage, skole, fastlege, barnevern, med mer.

God bemanning i tjenesten, både i kompetansesammensetning og i antall ansatte, er avgjørende for å sikre tilgjengelighet. En ressursituasjon preget av kontinuitet, store nok stillingsprosenter og tverrfaglig yrkessammensetning, er nødvendig for at gravide, barn, unge og deres foreldre skal oppleve at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tilgjengelig. Tjenesten bør bemannes slik at den blir robust nok for å tåle sykefravær og økte oppgaver i perioder, for eksempel økt vaksineringsaktivitet i forbindelse med epidemier. I helsefremmende og forebyggende tjenester er det viktig med et stabilt og forutsigbart tilbud til alle. En tjeneste med god, tverrfaglig bemanning i store nok stillingsprosenter vil kunne bidra til en samordnet tjeneste med god kontinuitet. En bemanningsnorm kan bidra til å sikre slik bemanning.

Tilgjengelighet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan videre økes ved å utvikle digitale helsetjenester for ungdom, og dermed avlaste behovet for kommunale helsetjenester. I tillegg vil digitale tjenester være med på å senke terskelen for at ungdom oppsøker tjenesten og får hjelp (se punkt 4.4 om andre virkemidler for å sikre god kvalitet i tjenesten).

#### 4.2.3 Tverrfaglighet og bemanning i tjenesten

Et annet viktig element i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tverrfaglighet. Et tverrfaglig samarbeid på systemnivå vil styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet rundt gravide, barn, unge og deres familier. Samarbeid på systemnivå vil videre kunne legge til rette for et godt samarbeid og samhandling rundt enkeltindivider, og med annet kvalifisert personell, jf. helsepersonelloven § 4.

Tverrfaglig samarbeid vil kunne bidra til tydeligere ansvars- og oppgavefordeling. I tillegg vil det gi ulike profesjoner kjennskap til hverandres kompetanse og oppgaver. Gravide, barn, unge og deres familier med behov vil kunne fanges opp tidlig slik at de får nødvendig oppfølging. Tverrfaglighet vil videre bidra til en samordnet tjeneste som utnytter ressursene sine på en god måte, og bidra til at brukerne opplever mer kontinuitet i tjenesten. [#Ungdomshelse - Regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021](#) presiserer at det er behov for mer tverrfaglighet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at det er et mål å få mer flerfaglig samarbeid. Helsedirektoratet mener det er viktig med tverrfaglighet i tilbudet, også på små steder, og en bemanningsnorm kan bidra til å sikre dette.

Det har kommet frem i innspillsmøtene at flere kommuner strever med å rekruttere fagpersoner med riktig kompetanse til nye stillinger. Dette gjelder særlig for jordmødre og helsesøstre. Helsedirektoratet har også fått mange slike innspill i forbindelse med forvaltningen av tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Landsgruppen for Helsesøstre har i tillegg utgitt en rapport [En kartlegging av behov for helsesøsterstillinger og helsesøsterutdanning](#) som peker på liknende utfordringer.

Det er som nevnt gitt mye penger til styrking av bemanningen i tjenesten de siste årene. Helsedirektoratet er derfor bekymret for rekruttering av personell med nødvendig fagkompetanse i årene fremover.

#### 4.2.4 Faglig forsvarlig tjeneste

Det har kommet frem på innspillsmøtene at en bemanningsnorm i større grad vil kunne sikre en mer faglig forsvarlig og tilgjengelig tjeneste, og et mer likeverdig tilbud til brukere i alle kommuner. En faglig forsvarlig helsestasjons og skolehelsetjeneste innebærer et helhetlig og koordinert helsetilbud som oppleves verdig for målgruppen. Det er ikke antall ansatte alene som gir en forsvarlig tjeneste, men riktig fagkompetanse i tråd med anbefalt kjernekompetanse, nok ressurser, sammenholdt med hvordan ressursene brukes og hvordan tjenesten styres, er med på å lede til en faglig god og forsvarlig tjeneste.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten utfører helsefremmende og forebyggende arbeid for gravide, barn og unge. Det forutsetter å kunne se fysisk og psykisk helse i sammenheng, og krever særskilt kompetanse. Kommunen skal legge til rette for at tjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det innebærer at riktig og tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten. Fra 1.1.2018 legges det til et nytt andre ledd i [helse- og omsorgstjenesteloven](#) § 3-2 hvor lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster omtales som kjernekompetanse for at kommunen vil kunne oppfylle sitt ansvar om å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester etter § 3-1.

At tjenesten skal bemannes med helsesøster er forskriftsfestet i forskrift om lovbestemt sykepleiertjeneste i kommunens helsetjeneste § 3. Helsesøster har 1 til 2-års videreutdanning utover sykepleiekompetansen, med et helsefremmende og forebyggende perspektiv, med vekt på barn og unges normale utvikling og helse. Helsesøsterutdanningen er spesielt rettet mot arbeidet med friske barn og unge, og samtidig mot ulike helse- og sykdomstilstander. Å tidligst mulig oppdage skjevutvikling/sykdom og iverksette aktuelle tiltak, eventuelt henvise videre er særlig viktig i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.



Videre er legens medisinskfaglige kompetanse vesentlig for en rekke av oppgavene i tjenesten, både individrettede og systemrettede oppgaver. I mange tilfeller er legers kompetanse avgjørende for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan drives faglig forsvarlig.

Fysioterapeuten har også en viktig kompetanse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, eksempelvis knyttet til psykomotorisk utvikling, bevegelse og kroppslige uttrykk for psykiske utfordringer.

Jordmødre har kompetanse innen generell kvinnehelse, svangerskaps, fødsel og prevensjonsveiledning gjennom sin 2-årige utdanning utover sykepleiekompetansen. De kan ta et selvstendig ansvar for oppfølging av et normalt svangerskap, fødsel og barseltid gjerne i samarbeid med lege og helsesøster på helsestasjon. Svangerskapsomsorgen (fastlege og jordmor) er primære ansvarspersoner som sammen har et ansvar for å kartlegge og selektere gravide med risiko for komplikasjoner og psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer. Jordmor gjør en fortløpende vurdering om gravide har behov for ekstra konsultasjoner, involvering av annen kompetanse eller henvisning.

Helsedirektoratet mener at en eventuell bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør avgrenses til kjernekompetansen nevnt over, dvs. lege, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Når kjernekompetansen er på plass kan tjenesten også tilsette annen kompetanse ved behov, herunder psykolog, ergoterapeut og andre yrkesgrupper med pedagogisk, sosialfaglig, tverrfaglig eller tverrkulturell kompetanse. På innspillsmøtene ble det uttrykt ønske om at tjenesten ikke kun skal være bemannet med helsepersonell, men også med trygge «snakkepersoner» og andre ressurspersoner som for eksempel utekontakter, barnevernspedagoger og miljøterapeuter.

Helsedirektoratet mener at slike yrker ikke er en del av kjernekompetansen i tjenesten. En faglig forsvarlig helsetjeneste kan ikke ytes av fagpersoner uten helsefaglig bakgrunn. Det er kun helsepersonell som er i stand til å utføre alle oppgavene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, i tråd med anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene som gjelder for tjenesten. Likevel kan «snakkepersoner» og andre ressurspersoner være en del av bemanningen i skolen og nyttige samarbeidspartnere for skolehelsetjenesten.

#### 4.2.5 Flexibilitet i tjenesten

Det har kommet innspill om at en nasjonal, bindende bemanningsnorm kan hindre utvikling av lokale tiltak. Helsedirektoratet er enige i at kommunene bør kunne utvikle lokale løsninger, såfremt dette ikke går på bekostning av det faglige, forsvarlige tilbudet til barn, unge og deres foreldre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Utvikling av lokale løsninger bør etter Helsedirektoratets mening skje etter at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sikret tilstrekkelige ressurser til å drive med god kvalitet, i tråd med anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer.

Det kom frem på innspillsmøtene at en bemanningsnorm kan føre til mindre fleksibilitet innad i deltjenestene, særlig på bekostning av skolehelsetjenesten i barnetrinnet. Kommunene har mulighet til å prioritere mellom deltjenestene ut ifra lokale behov. Helsedirektoratet mener at dette ikke må gå på bekostning av faglig forsvarlighet i de andre

deltjenestene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal arbeide helsefremmende og forebyggende. Dette betyr at tjenesten skal fremme mestring og styrke gravide, barn, unge og deres foreldre, samt forhindre at helserelaterte utfordringer oppstår. Det kan derfor ikke utelukkes at et godt, tilgjengelig tilbud i skolehelsetjenesten på barnetrinnet vil medføre lavere grad av utfordringer senere i barne- og ungdomstiden. En bemanningsnorm vil kunne jevne ut forskjellene i hvordan de ulike deltjenesten prioriteres.

Deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten kommer tidlig inn i et barns liv, og er avgjørende for at barna får bedre helse, fullfører videregående skole og får bedre framtidsutsikter. Det å bruke ressurser på de yngste og friske barna samsvarer med tidlig innsats-prinsippet, som viser at det er bedre å forebygge tidlig i hendelsesforløpet, enn å vente til et problem har utviklet seg. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten forebyggende arbeid er med på å sikre folkehelse, og dermed samfunnets bærekraft i et langsiktig perspektiv.

### 4.3 Vurdering av fordeler og ulemper

---

Basert på de innspillene som har kommet inn, ser Helsedirektoratet at det er både fordeler og ulemper ved å knytte en bemanningsnorm til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er likevel klart for Helsedirektoratet at erfaringene med *Utviklingsstrategien* viser at det er behov for en bemanningsnorm. Helsedirektoratet mener videre at en bemanningsnorm vil være et godt tiltak for å sikre god kvalitet i tjenesten, i tråd med kvalitetskriteriene skissert i kvalitetsstrategien. Helsedirektoratet mener likevel ikke at en bemanningsnorm bør være juridisk bindende for kommunene.

Innføring av en bindende bemanningsnorm griper inn i den kommunale handlingsfriheten, og statlige myndigheter bør ikke binde opp denne handlingsfriheten mer enn det som er nødvendig. For at Helsedirektoratet skal kunne anbefale at det innføres en bindende bemanningsnorm, må derfor fordelene med en slik norm klart veie tyngre enn ulempene.

De aller fleste ulempene knyttet til en bemanningsnorm som ble trukket frem i innspillsmøtene, var knyttet til en bindende bemanningsnorm. En bindende bemanningsnorm kan, i tillegg til å innskrenke kommunes selvstyre, føre til lite fleksibilitet i tjenesten og uhensiktsmessig yrkessammensetning. Det er også en stor ulempe at det vil være utfordrende å lage en felles bindende bemanningsnorm som skal gjelde for alle kommuner.

Det er Helsedirektoratets oppfatning at dersom en bemanningsnorm gjøres anbefalt, og ikke bindende, vil flere av ulempene falle bort. En anbefalt bemanningsnorm gir kommunene større grad av fleksibilitet enn en bindende bemanningsnorm, samtidig som det settes føringer for hva sentrale helsemyndigheter anser som en nødvendig bemanning for å sikre kvalitet i tjenesten.

En anbefalt bemanningsnorm er et mindre inngripende tiltak overfor kommunene. Ettersom fordelene ved en anbefalt bemanningsnorm er store, mener Helsedirektoratet at det heller bør innføres en anbefalt bemanningsnorm enn en bindende bemanningsnorm. En anbefalt bemanningsnorm, sammen med andre virkemidler, vil ha en klart positiv effekt for å sikre et likeverdig tilbud, faglig forsvarlighet og tilgjengelighet i tjenesten, samt sikre utjevning av sosial ulikhet. Sammen med andre virkemidler vil også kvalitet og oversikt over tjenesten i større grad sikres.

Helsedirektoratet mener derfor at det bør innføres en *anbefalt bemanningsnorm* som fastsettes i en veileder. En anbefalt bemanningsnorm i veileder vil:

- gjøre det lettere å synliggjøre tjenestens utfordringer og behov
- være mindre inngripende overfor kommunalt selvstyre enn en juridisk bindende bemanningsnorm
- gjøre det lettere for ledere i kommunen og tjenesten å vurdere om tjenesten mangler ressurser og tilpasse bemanningen i tjenesten etter lokale behov
- sette en standard for tjenestens innhold, sammen med de nasjonale faglige retningslinjene, og være et godt verktøy for å melde avvik, rapportere mangler og for tilsynsmyndighetene
- sikre et likeverdig tilbud til barn, ungdom og deres foreldre uavhengig av bosted, sammen med de nasjonale faglige retningslinjene
- sikre bedre tilgjengelighet for brukere og større grad av forutsigbarhet for både kommunen, ansatte i tjenesten og brukere.

En anbefalt bemanningsnorm vil medføre en sterkere normering av bemanningen i tjenestene enn det som foreligger i *Utviklingsstrategien* fra 2010, samtidig som den sikrer kommunene større grad av handlingsfrihet enn hva en bindende bemanningsnorm vil gjøre.

Samtidig ser Helsedirektoratet at en bemanningsnorm, uansett om den gjøres bindende eller anbefalt, ikke er det eneste virkemidlet som kan bidra til å sikre god kvalitet. En bemanningsnorm vil heller ikke kunne sørge for god kvalitet alene. Etter Helsedirektoratets mening, er det behov for å benytte ytterligere virkemidler for å sikre god kvalitet i tjenesten. Andre virkemidler beskrives nærmere i kapittel 4.4.

#### **4.4 Andre virkemidler for å sikre god kvalitet i tjenestene**

---

Gjennom innspillmøtene er det kommet en rekke innspill på andre virkemidler som kan bidra til god kvalitet i tjenesten. Helsedirektoratet mener det vil være viktig å ta i bruk enkelte andre virkemidler i tillegg til en anbefalt bemanningsnorm, for å sikre god kvalitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i alle kommuner i Norge.

##### **4.4.1 Videreutvikling av statistikk og kvalitetsindikatorer i tjenesten**

Per i dag foreligger det lite data knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For at kommunene kan drive kvalitetsforbedrende arbeid, må de ha oversikt over for eksempel hvem som får tjenester, hvilke tjenester de får og hvor ofte de får tjenester. Dette krever registerdata på individnivå, noe som ikke finnes i dag.

Behovet for et godt datagrunnlag ble særlig fremhevet i møtet representanter fra forskningsprosjektene i Sør-Trøndelag og Telemark, samt fra møtet med representanter fra Bergen kommune, som jobber med å utvikle bedre verktøy for helseovervåkning. Representantene fra disse miljøene påpekte viktigheten av å ha både data om barne- og ungdomshelsen, og om dagens tjenestetilbud.

I spørreundersøkelsen blant kommunene, som ble utført som en del av denne utredningen, oppga nesten 50 prosent av kommunene at statistikk/data om dagens tjenestetilbud var blant de tre viktigste virkemidlene for å forbedre tilbudet innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er vedtatt å opprette et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som vil inneholde data på individnivå. Registeret er under oppbygning og det vil ta noe tid før data fra alle delene av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er innlemmet i registeret. Når individdata fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten kommer med i KRP gir det mulighet for å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for tjenesten.

I tillegg vil registerdata fra KPR kunne kobles opp mot data fra andre registre, f. eks. sosioøkonomiske data. Koblingsmuligheter med andre datakilder vil gi muligheter for å utvikle indikatorer som kan si noe om sosial ulikhet i helse. Registerdata vil også gi kommunene en oversikt over det samlede tjenestetilbudet og bruken av disse i egen kommune, utviklingen i egen kommune, samt muligheten til å se eget tilbud/bruk opp mot tilbudet/bruk i andre kommuner.

Helsedirektoratet mener det vil være avgjørende å sikre kommunene gode muligheter til å skaffe seg oversikt over egen helsestasjons- og skolehelsetjeneste, målgruppens helsetilstand og hvilke behov det er for tjenesten i egen kommune, gjennom KPR. Dette vil også gi statlige myndigheter mulighet til å følge nøyer med på tjenestens utvikling.

#### 4.4.1 Videreutvikling av digitale helsetjenester til barn og unge

Fra brukernes perspektiv innebærer bedre kvalitet en høy grad av tilgjengelighet i tjenesten. I denne sammenheng vil det være viktig å videreutvikle digital informasjon og interaktive tjenester knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, særlig for de deltjenestene som har barn og unge som hovedmålgruppe.

Forskning (se vedlegg 7 for referanser) viser at digitale tjenester svarer ut ungdommenes behov for bekvemmelighet, anonymitet og lett tilgang til hjelp og kvalitetsikret informasjon og fører til bedre fysisk og psykisk helse over tid. Lavterskel digitale informasjons- og veiledningstjenester har en helsefremmende og forebyggende effekt og kan bidra til økt fysisk aktivitet, bedre kosthold, økt kunnskap om god seksuell helse, økt prevensjonsbruk samt redusert bruk av tobakk, alkohol og rusmidler.

Forskning viser i tillegg at digital helsehjelp kan være effektivt for å behandle psykiske plager og lidelser og vil, i noen situasjoner, kunne være mer effektive enn ansikt-til-ansikt konsultasjon og tradisjonelle læringsmetoder. Digitale tjenester kan bidra til bedre etterlevelse av legens anbefalinger, bedre oppmøte på konsultasjon, tidligere diagnose, tidligere behandling og mindre frafall i behandlingen. Digital helsehjelp har vist en positiv effekt på både kvalitet, effektivitet og tilfredsstillhet i helsetjenesten. Effektiviteten vises blant annet gjennom redusert bruk av de fysiske helsetjenestene.

Helsedirektoratet mener det vil være nødvendig å satse på utvikling av digitale helsetjenester til barn og unge for å sikre helhetlig kvalitet i det helsefremmende og forebyggende tilbudet i kommunene.

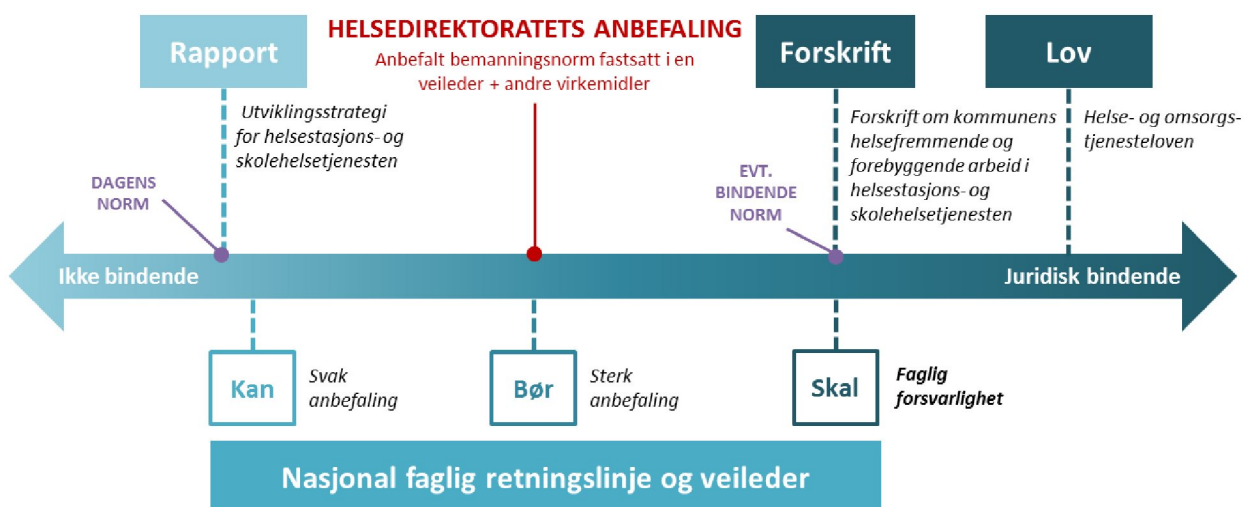
## 5. HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER

På bakgrunnen av diskusjonen i kapittel 4, anbefaler Helsedirektoratet at det utformes en anbefalt bemanningsnorm som fastsettes i veileder, med bakgrunn i Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I dette kapitlet skisseres innspill til utforming av en anbefalt bemanningsnorm og andre sentrale virkemidler.

### 5.1 Anbefaling om type bemanningsnorm

- **Helsedirektoratet anbefaler ikke en bindende bemanningsnorm.**  
En juridisk bindende norm vil være for inngripende overfor kommunalt selvstyre og vil begrense mulighetene for å tilpasse bemanningen i tjenesten etter lokale behov.
- **Helsedirektoratet anbefaler i stedet en anbefalt bemanningsnorm i egen veileder**  
Veilederen kan ta utgangspunkt i ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som gir uttrykk for god praksis, og krav til faglig forsvarlighet. Veilederen for en anbefalt bemanningsnorm vil ta utgangspunkt i å oppdatere og videreutvikle [Utviklingsstrategien for helsestasjon og skolehelsetjenesten](#).

På en skala fra minst bindende til mest bindende, vil Helsedirektoratets anbefaling om egen veileder plasseres på samme nivå som en sterk anbefaling (se figur). En sterk anbefaling vil benytte hjelpeverbet «bør» og indikerer at fordelene ved anbefalingen klart veier opp for ulempene. Dersom en kommune ønsker å fravike en sterk anbefaling skal de ha gode grunner for det, og det må kunne dokumenteres at de ivaretar faglig forsvarlighet på andre måter.



Figur 2: Hvor bindende vil Helsedirektoratets anbefaling til bemanningsnorm være?

En anbefalt bemanningsnorm i en egen veileder kan sikre at argumentene til fordel for en bemanningsnorm blir ivaretatt, samtidig som man unngår ulempene ved at bemanningsnormen gjøres bindende.

## 5.2 Anbefaling om viktige hensyn ved utarbeidelse av norm

---

Helsedirektoratet mener at en anbefalt bemanningsnorm må sikre faglig forsvarlighet, tverrfaglighet, tilgjengelighet og fleksibilitet.

- **Faglig forsvarlighet og tverrfaglighet**  
Bemanningsnormen skal avgrenses til helsestasjons- og skolehelsetjenestens kjernekompetanse (lege, helsesøster, jordmor og fysioterapeut) for å sikre at tjenesten drives faglig forsvarlig og i tråd med de føringene som er lagt gjennom forskrift og nasjonale faglige retningslinjer.
- **Tilgjengelighet**  
Bemanningsnormen skal sikre at tjenesten er bemannet med nok ressurser til å kunne være tilstede for gravide, barn, unge.
- **Fleksibilitet**  
Den anbefalte bemanningsnormen må utformes av hensyn til ulike behov i kommunene og ta høyde for forskjeller mht. størrelse, befolknings sammensetning, geografiske avstander, kollektiv tilbud, andel innbyggere som scorer lavt på levekårsindeks og/eller som har innvandrerbakgrunn og andel av barn og unge med spesielle behov.

## 5.3 Anbefaling om andre virkemidler i tillegg til norm

---

Uavhengig av om det utarbeides en bemanningsnorm eller ikke, mener Helsedirektoratet at også andre virkemidler er avgjørende for å sikre god kvalitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- **Videreutvikling av statistikk og kvalitetsindikatorer i tjenesten**  
For å jobbe aktivt med kvalitetsforbedring av egen tjeneste må kommunene ha et bedre datagrunnlag over sitt tjenestetilbud enn det som foreligger per i dag. Det må derfor jobbes videre med å få individdata fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn i Kommunalt pasient og brukerregister (KPR). Data fra KRP vil blant annet gjøre det mulig å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for tjenesten. Kommunene vil da kunne sammenlikne seg med hverandre og med landssnittet, samt å følge utviklingen innen egen tjeneste over tid.
- **Videreutvikling av digitale helsetjenester til barn og unge**  
Det vil være nødvendig å satse på utvikling av digitale helsetjenester til barn og unge for å sikre helhetlig kvalitet i det helsefremmende og forebyggende tilbudet i kommunene.

# VEDLEGG

- Vedlegg 1** Deltakerliste fra innspillsmøtet med fylkesmenn 20.3.17.
- Vedlegg 2** Deltakerliste fra innspillsmøtet med kommunene 26.4.17
- Vedlegg 3** Deltakerliste fra innspillsmøtet med brukere og brukerorganisasjoner 26.4.17
- Vedlegg 4** Dialogmøte med forskningsprosjekter knyttet til utvikling av Kvalitetsindikatorer og utvikling av statistikk via journalsystemene 9.5.17 og 15.5.17.
- Vedlegg 5** Deltakerliste fra innspillsmøtet med ulike interessenter 8.6.17
- Vedlegg 6** Deltakerliste fra innspillsmøtet med fylkeskommuner 15.6.17
- Vedlegg 7** Referanser til forskning på samfunnseffekt av digitale helsetjenester
- Vedlegg 8** Spørreskjema fra undersøkelsen til kommuner
- Vedlegg 9** Oppsummering av resultatene fra undersøkelsen

## Vedlegg 1

### Innspillsmøte med fylkesmenn 20.03.17

Inviterte fylkesmenn	Deltatt
Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder	X
Fylkesmannen i Buskerud	X
Fylkesmannen i Finnmark	
Fylkesmannen i Hedmark	X
Fylkesmannen i Hordaland	
Fylkesmannen i Møre og Romsdal	
Fylkesmannen i Nordland	X
Fylkesmannen i Nord-Trøndelag	X
Fylkesmannen i Oslo og Akershus	X
Fylkesmannen i Rogaland	X
Fylkesmannen i Oppland	
Fylkesmannen i Sogn og Fjordane	
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag	X
Fylkesmannen i Telemark	
Fylkesmannen i Troms	
Fylkesmannen i Vestfold	X
Fylkesmannen i Østfold	X

Det ble sendt inn skriftlige innspill fra Troms, Telemark, Finnmark samt Sogn og Fjordane.



## Vedlegg 2

### Innspillsmøte med kommunene 26.4.2017

<b>Inviterte ledere/fagledere i helsestasjon- og skolehelsetjenesten</b>	<b>Deltatt</b>
Asker kommune	
Bergen kommune	X
Bodø kommune	X
Bydelsadministrasjon i Bydel Grünerløkka	
Drammen kommune	
Flekkefjord kommune	
Gjesdal kommune	X
Halden kommune helse og omsorg	
Hurum kommune	
Lyngdal kommune	
Nøtterøy kommune	X
Oppegård kommune helsesøster	
Helsesøstertjenesten i bydel Gamle Oslo	X
Oslo kommune bydel Grünerløkka	
Rygge kommune	X
Røyken kommune	X
Steinkjer kommune	
Tvedestrand kommune	Ved to deltakere
Tysvær kommune	
Verdal kommune helse- og sosialavdelingen	
Verran kommune helse- og omsorgsadministrasjon	

<b>Inviterte rådmenn</b>	<b>Deltatt</b>
Arendal kommune	
Bergen kommune	X
Bodø kommune	
Båtsfjord kommune	
Drammen kommune	X
Flesberg kommune	
Fredrikstad kommune	X
Gjesdal kommune	X
Hammerfest kommune	
Harstad kommune	
Hurdal kommune	
Nordkapp kommune	
Nøtterøy kommune	X
Randaberg kommune	
Ringerike kommune	

Rollag kommune	
Rygge kommune	X
Røyken kommune	X
Steinkjer kommune	
Sørums kommun	
Tolga kommune	
Tvedestrand kommune	X
Valle kommune	
Vennesla kommune	
Verdal kommune	
Øksnes kommune	

I diskusjonen ble deltakerne delt inn i tre grupper. En gruppe besto av ledere fra kommunene (rådmenn, fagsjefer eller tilsvarende). Lederne/faglederne for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble delt i to grupper; en i hovedsak bestående av de største kommunene (over 25 000 innbyggere) og en gruppe bestående av mellomstore kommuner (kommuner under 25 000 innbyggere).

1. Hva er dagens status i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i din kommune? Hva er evt. utfordringene?
2. Mulige virkemidler for å få en bedre tjeneste/bedre kvalitet på tjenesten i din kommune?
3. Hvordan måle/sikre tilgjengeligheten i Helsestasjon for ungdom (HFU) i din kommune?

### Vedlegg 3

## Innspillmøte med brukerne 22.4.17

Inviterte organisasjoner	Deltatt
ADHD Norge ung	X
AUF	X
Brukerrådet for ungdom	X
BURG Norge	X
Enkeltpersoner	X
Forandringsfabrikken	X
FRI-foreningen for kjønns-og seksualitetsmangfold	X
FUG	X
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X
Guatemala-klubben	Møtte med to representanter
Harry Benjamin ressurscenter	Møtte med to representanter
HBF/NHF/SAFO	X
Høyres studenter	X
Jarga art and fashion weekend	X
Kuben VGS	
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer	X
Mental Helse Ungdom	
MinMentor	X
Nasjonalt kompetansesenter for barn og unge	X
Norges døveforbunds ungdom	X
Norges Handikapforbund Oslo Ungdom	X
Norsk-Colombianos Forening	
Norske samers riksforbund sitt ungdomsutvalg	X
NSR-U	
Oslo Bysyssel	X
Radøy (ungdomskoordinator)	X
Radøy ungdomsråd	X
Rio-rådet for innvandrersorganisasjoner	
Rådet for innvandrersorganisasjoner i Oslo	
Sandefjord fagforening	
Skeiv Ungdom	
Stoffskifteforbundet	X
Ungdom og fritid	X
Ungdomsrådet i Ahus	Møtte med to representanter
Utdanningsdirektoratet	
Utenlandsadoptertes politiske utvalg	

## Vedlegg 4

# Innspillmøte med forskningsprosjekter knyttet til utvikling av kvalitetsindikatorer og utvikling av statistikk via journalsystemene

### Møte 9.5.2017

Tre representanter møtte fra Sør-Trøndelag, knyttet til prosjektet «Tilgjengelig skolehelsetjeneste 6-20 år». To representanter møtte fra Telemark knyttet til prosjektet «Den gode skolehelsetjeneste i Telemark».

### Møte 15.5.2017

Tre representanter møtte fra forskningsprosjektet i Bergen knyttet til prosjektet «Helseprofil 0-20 år».

## Vedlegg 5

### Innspillsmøte med ulike interessenter 8.6.17

Inviterte organisasjoner	Deltatt
Allmennlegeforeningen	
Arbeids- og velferdsdirektoratet	
Barne- ungdoms- og familiedirektoratet	
Barneombudet	Møtte med to representanter
Den norske jordmorforeningen	
Den norske legeforening	
Den norske tannlegeforening	
Fellesorganisasjonen	Møtte med to representanter
Folkehelseinstituttet	
Helsetilsynet	X
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet	X
Jordmorforbundet NSF	X
Kompetansesenter rus - region Midt-Norge	
Kompetansesenter rus - region Nord-Norge	
Kompetansesenter rus - region region Sør	
Kompetansesenter rus - region vest Bergen	
Kompetansesenter rus - region vest Stavanger	
Kompetansesenter rus Nord-Norge	
Kompetansesenteret rus - region Oslo	
Kompetansesenteret rus - region Øst	
Landsgruppen av helsesøstre NSF	X
Likestillings- og diskrimineringsombudet	
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	
NAV	
Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening	
Norsk barnelegeforening	
Norsk Ergoterapeutforbund	X
Norsk fysioterapeutforbund	Møtte med tre representanter
Norsk psykologforbundet	
Norsk samfunnsmedisinsk forening	X
Norsk Sykepleierforbund	
Norske jordmorforening	
Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør	X
Rikshospitalet	X
RKBU Midt-Norge	
RKBU Nord	
RKBU Vest	
RKBU Vest	
RVTS Sør	

---

RVTS Vest	
RVTS Øst	
Skolelederforbundet	X
Statens Helsetilsyn	
Utdanningsdirektoratet	Møtte med to representanter
Utdanningsforbundet	

---

Møtedeltakerne ble delt inn i ulike grupper, og ble stilt følgende spørsmål:

1. Hva er deres oppfatning av helsestasjons- og skolehelsetjenesten? Hvor tilgjengelig er tjenesten?
2. Hvilke mulige virkemidler for å få en bedre tjeneste/bedre kvalitet på tjenesten i din kommune?
3. Hva er fordeler og ulemper ved en bindende bemanningsnormering i helsestasjons -og skolehelsetjenesten?

## Vedlegg 6

### Innspillmøte med fylkeskommuner 15.6.17

Inviterte organisasjoner	Deltatt
Akershus	Ved 2 representanter
Aust-Agder	
Buskerud	X
Finnmark	
Hedmark	X
Hordaland	
Møre og Romsdal	
Nordland	
Nord-Trøndelag	X
Oppland	
Oslo	X
Rogaland	X
Sør-Trøndelag	X
Telemark	
Troms	X
+Vestfold	
Vest-Agder	X
Østfold	
Det kom i tillegg skriftlig innspill fra Sogn og Fjordane fylkeskommune.	

Det kom i tillegg skriftlig innspill fra Sogn og Fjordane fylkeskommune.

#### Spørsmål:

1. Hva er status for skolehelsetjenesten på videregående skole i din fylkeskommune? Hva er evt. utfordringene?
2. Hva er mulige virkemidler for å få en bedre tjeneste/bedre kvalitet på tjenesten i din fylkeskommune?
3. Hvilken kjennskap har du/dere til helsestasjon for ungdom(HFU) i din fylkeskommune

## Vedlegg 7

### Referanser til forskning på samfunnseffekt av digitale helsetjenester

- Bailenson JN & al** (2008) "The Use of Immersive Virtual Reality in the Learning Sciences: Digital Transformations of Teachers, Students, and Social Context" *Journal of the Learning Sciences* 17(1):102-141
- Bailey JV** (2010) "Interactive computer-based interventions for sexual health promotion" *Cochrane Database Syst Rev* 8:(9)
- Bailey JV & al** (2011) "Computer-based interventions for sexual health promotion: systematic review and meta-analyses" *International Journal of STD and Aids*
- Buntin MB** (2011) "The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results" *Health Affairs* 30(3):464-471
- Chaudhry B & al** (2006) "Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care" *Free Annals of Intern Medicine* 144(10):742-752
- Donker T & al** (2013) "Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review" *Journal of Medical Internet Research* 15(11):247-252
- Free C & al** (2013) "The Effectiveness of Mobile-Health Technology-Based Health Behavior Change or Disease Management Interventions for Health Care Consumers: A Systematic Review" *PLOS Medicine* 10(1)
- Guse K & al** (2012) "Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review" *Journal of Adolescent Health* 51(6):535-543
- Head K & al** (2013) "Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: A meta-analysis" *Social Science & Medicine* 97:41-48
- Heron K & al** (2010) "Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments" *British journal of health psychology* 15(1):1-39
- Khadjesari Z & al** (2010) "Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review" *Addiction* 106(2):267-282
- Krishna S & al** (2009) "Healthcare via Cell Phones: A Systematic Review" *Journal Telemedicine and e-Health* 15(3):231
- Mohr DC & al** (2013) "Behavioral Intervention Technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health" *General Hospital Psychiatry* 35(4):332-338
- Portnoy D & al** (2008) "Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of seventy-five randomized controlled trials, 1988–2007" *Preventive Medicine* 47(1):3-16
- Shoveller J & al** (2012) "Online sexual health services: examining youth's perspectives" *Can Journal of Public Health* 103(1):14-8
- Skinner H & al** (2003) "How Adolescents Use Technology for Health Information: Implications for Health Professionals from Focus Group Studies" *Journal of Medical Internet Research* 5(4): 32-40
- Swendeman D & Rotheram-Borus MJ** (2010) "Innovation in sexually transmitted disease and HIV prevention: Internet and mobile phone delivery vehicles for global diffusion" *Current Opinion Psychiatry* 23(2):139-144
- Thompson D & al** (2008) "Food, fun, and fitness internet program for girls: Pilot evaluation of an e-Health youth obesity prevention program examining predictors of obesity" *Preventive Medicine* 47(5):494-497
- Walters ST & al** (2006) "A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior" *Addictive Behaviors* 31(2):264-277
- Wantland D & al** (2004) "The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes" *Journal of Medical Internet Research* 6(4):40-50



## Vedlegg 8

### Spørreskjema fra undersøkelsen til kommuner

**Spørsmål 1:** Hvor mange innbyggere er det i din kommune?

Svaralternativer:

- 0-1999
- 2000-4999
- 5000-19 999
- 20 000 og over

**Spørsmål 2:** Hvordan vil du samlet sett beskrive følgende helsetjenester i din kommune?

- Barselomsorgtjenesten
- Helsestasjon (0-5 år)
- Skolehelsetjenesten (barnetrinn)
- Skolehelsetjenesten (ungdomstrinn)
- Skolehelsetjenesten (videregående)
- Helsestasjon for ungdom (HFU)

Svaralternativer:

- Svært dårlig
- Ganske dårlig
- Ganske bra
- Svært bra
- Tilbyr ikke tjenesten

**Spørsmål 3:** Velg de 3 største utfordringene som du mener gjelder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i din kommune:

Svaralternativer:

- Manglende tverrfaglig samarbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Manglende samarbeid på tvers av sektorer og tjenester (eks. barnehage, skole, barnevern..)
- Begrenset fagmiljø/yrkessammensetning
- Manglende statistikk til journalsystemene
- Utfordringer med styring og ledelse
- Rekrutteringsutfordringer
- For lite ressurser (årsverk)
- Mangel på kompetanse
- Ingen utfordringer
- Annet

Presiser gjerne hva utfordringene innebærer: (åpent felt)

**Spørsmål 4:** Velg 3 virkemidler som du mener er viktigst for å forbedre tilbudet innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten i din kommune?

Svaralternativer:

- Statistikk/kvalitetsindikatorer over barn- og ungdomshelse
- Statistikk/kvalitetsindikatorer over dagens tjenestetilbud
- Kommunale planer og/eller tjenesteplaner
- Tilskudd (eks. fra Helsedirektoratet)
- Etterutdanning/Kompetanseheving
- Forskrift og retningslinjer
- Minstekrav til bemanning
- Avviksmelding
- Tilsyn
- Annet

Presiser gjerne hvordan virkemidlene kan bidra til å forbedre tilbudet: (åpent felt)

Andre kommentarer: (åpent felt)

**Spørsmål 5:** Kan vi ta kontakt med deg?

Svaralternativer:

- Ja
- Nei

*4 kommuner og 2 bydeler i Oslo ble kontaktet i etterkant av gjennomføringen av undersøkelsen.*

## Oppsummering av resultatene fra undersøkelsen

### Om undersøkelsen

Kommunene ble blant annet bedt om å vurdere kvaliteten på hver av deltjenestene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ut fra gitte alternativer. I tillegg ble de bedt om å velge ut hvilke tre utfordringer som evt. var størst for tjenesten og hvilke tre virkemidler de anså som de viktigste for å kunne forbedre tjenesten. I undersøkelsen var det også mulig å gi kommentarer. Det ble anslått at undersøkelsen ville ta 3-4 minutter å besvare.

Undersøkelsen ble sendt til de som i 2016 var kontaktpersoner i kommunene i forbindelse med rapportering av årsverksdata for helsestasjons- og skolehelsetjenesten til Helsedirektoratet. I kommuner som ikke hadde oppgitt kontaktinformasjon under årsverkskartleggingen, kommuner hvor adressen oppgitt under årsverkskartleggingen feilet eller kommuner hvor vedkommende har sluttet/gått i permisjon og ikke oppgitt adresse til stedfortreder ble undersøkelsen sendt til postmottak i kommunen. Dette var tilfelle i 79 kommuner. Det ble sendt ut en purring på undersøkelsen.

For å få et bilde av hvorvidt status, utfordringer og mulige virkemidler er ulik avhengig av kommunestørrelse ble kommunene bedt om å oppgi innen hvilken kommunestørrelse de befant seg i; opp til 1 999 innbyggere, mellom 2 000-4 999 innbyggere, mellom 5 000- 19 999 innbyggere eller i gruppen 20 000 eller flere innbyggere.

Svarprosenten på undersøkelsen var 62 prosent. Andelen av kommuner som besvarte økte jo med størrelsen på kommunegruppen. Blant kommunene i landet med under 2 000 innbyggere var svarprosenten rundt 51 prosent, mens den var rundt 79 prosent for kommuner/bydeler over 20 000 innbyggere.

### Svarprosent

Undersøkelsen ble sendt ut til alle landets kommuner. Svarprosenten var på 60,6 prosent. Andel kommuner som besvarte var betraktelig lavere blant de små kommunene enn blant større kommuner. Svarprosenten var lavest i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere med 48,9 prosent. Kommuner/bydeler med 20 000 innbyggere eller mer hadde den høyeste svarprosenten med 77,1 prosent.

Tabell 1: Svarprosenten i hver kommunegruppe inndelt etter innbyggertall. \*

	Antall kommuner i populasjon	Antall kommuner som har besvart	Andel kommuner i populasjon som har besvart
0 til 1 999	94	46	48,9
2 000 til 4 999	131	71	54,2
5 000 til 19 999	147	97	66,0
Over 20 000	70	54	77,1
<b>Totalt</b>	442**	268	60,6

\* 3 kommuner har besvart to ganger av to ulike respondenter. Begge besvarelsene er tatt med.

\*\* De 15 bydelene i Oslo inngår her og telles som 15 kommuner.

## 1. Samlet beskrivelse av helsestasjons- og skoletjenesten i kommunen

Kommunene ble spurt om: «*Hvordan vil du samlet sett beskrive følgende helsetjenester i din kommune?*»

97,4 prosent av kommunene (261 av 268) hadde kategorisert helsestasjonstjenesten 0-5 år som «ganske bra» eller «svært bra». 92,0 prosent av respondentene oppga at svangerskaps- og barselomsorgen var «ganske bra» eller «svært bra».

Tabell 2: Beskrivelse for hver av deltjenestene. Andel.\*

	Svært dårlig	Ganske dårlig	Ganske bra	Svært bra	Sum
<b>Svangerskap- og barselomsorgen (N=261)</b>	0,8	7,3	50,2	41,8	100
<b>Helsestasjon 0-5 år (N=268)</b>	0,4	2,2	43,7	53,7	100
<b>Skolehelsetjenesten - barnetrinnet (N=267)</b>	2,2	15,0	59,2	23,6	100
<b>Skolehelsetjenesten - ungdomstrinnet (N=267)</b>	0,4	14,6	56,9	28,1	100
<b>Skolehelsetjenesten - videregående skole (N=173)</b>	2,3	12,7	50,3	34,7	100
<b>Helsestasjon for ungdom (N=215)</b>	1,9	12,8	52,1	33,2	100

\* Kommuner som ikke tilbyr tjenesten er ikke tatt med i beregningene. N=kommuner som har tjenesten.

Skolehelsetjenesten på barnetrinnet er den av deltjenestene som kommunene vurderer som dårligst. 17,2 prosent av kommunene hadde beskrevet den tjenesten i egen kommune enten som «svært dårlig» eller «ganske dårlig».

- Rundt 1 av 10 kommuner (9 prosent) har oppgitt at alle deltjenesten innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten de tilbyr er «svært bra». Andel respondenter som mente dette sortert etter kommunestørrelse:
  - 13,0 prosent av kommunene i størrelsen 0-1 999 innbyggere (6 av 46).
  - 11,3 prosent av kommunene i størrelsen 2 000-4 999 innbyggere (8 av 71).
  - 7,2 prosent av kommunene i størrelsen 5 000-19 999 innbyggere (7 av 97).
  - 5,6 prosent av kommunene/bydeler i Oslo med 20 000 eller flere innbyggere (3 av 54).

- I overkant av 2/3 av kommunene (67,2 prosent) har oppgitt at alle deltjenestene innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten de tilbyr er «ganske bra» eller «svært bra». Andel respondenter som mente dette sortert etter kommunistørrelse:
  - 73,9 prosent av kommunene i størrelsen 0-1 999 innbyggere (34 av 46).
  - 67,6 prosent av kommunene i størrelsen 2 000-4 999 innbyggere (48 av 71).
  - 61,9 prosent av kommunene i størrelsen 5 000-19 999 innbyggere (60 av 97).
  - 70,4 prosent av kommunene/bydeler i Oslo med 20 000 eller flere innbyggere (38 av 54).
- 2 av 268 kommuner oppga at alle tjenestene innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten de tilbyr er «svært dårlig» eller «ganske dårlig». Dette var en kommune med mellom 5 000-19 999 innbyggere og en kommune med 20 000 eller flere innbyggere.

## Barselomsorgen

Tabell 3: Beskrivelse av svangerskaps- og barselomsorgen fordelt etter kommunistørrelsesgrupper. Andel.\*

Innbyggere i kommunen	Svært dårlig	Ganske dårlig	Ganske bra	Svært bra	Sum
0 til 1 999 (N=45)	0,0	13,3	48,9	37,8	100
2 000 til 4 999 (N=68)	0,0	2,9	50,0	47,1	100
5 000 til 19 999 (N=95)	0,0	8,4	44,2	47,4	100
20 000 og over (N=53)	3,8	5,7	62,3	28,3	100

\* Kommuner som ikke tilbyr tjenesten er ikke tatt med i beregningene. N=kommuner som har tjenesten.

## Helsestasjon 0-5 år

Tabell 4: Beskrivelse av helsestasjonstjenesten 0-5 år fordelt etter kommunistørrelsesgrupper. Andel.\*

Innbyggere i kommunen	Svært dårlig	Ganske dårlig	Ganske bra	Svært bra	Sum
0 til 1 999 (N=46)	0,0	0,0	45,7	54,3	100
2 000 til 4 999 (N=71)	0,0	1,4	40,8	57,7	100
5 000 til 19 999 (N=97)	1,0	1,0	43,3	54,6	100
20 000 og over (N=54)	0,0	7,4	46,3	46,3	100

\* Kommuner som ikke tilbyr tjenesten er ikke tatt med i beregningene. N=kommuner som har tjenesten.

## Skolehelsetjenesten - barnetrinnet

Tabell 5: Beskrivelse av skolehelsetjenesten på barnetrinnet fordelt etter kommunistørrelsesgrupper. Andel.\*

Innbyggere i kommunen	Svært dårlig	Ganske dårlig	Ganske bra	Svært bra	Sum
0 til 1 999 (N=46)	0,0	4,3	58,7	37,0	100
2 000 til 4 999 (N=70)	0,0	18,6	51,4	30,0	100
5 000 til 19 999 (N=97)	1,0	16,5	68,0	14,4	100
20 000 og over (N=54)	9,3	16,7	53,7	20,4	100

\* Kommuner som ikke tilbyr tjenesten er ikke tatt med i beregningene. N=kommuner som har tjenesten.

## Skolehelsetjenesten - ungdomstrinnet

Tabell 6: Beskrivelse av skolehelsetjenesten på ungdomstrinnet fordelt etter kommunestørrelsesgrupper. Andel.\*

Innbyggere i kommunen	Svært dårlig	Ganske dårlig	Ganske bra	Svært bra	Sum
0 til 1 999 (N=45)	0,0	4,4	57,8	37,8	100
2 000 til 4 999 (N=71)	0,0	14,1	54,9	31,0	100
5 000 til 19 999 (N=97)	0,0	18,6	56,7	24,7	100
20 000 og over (N=54)	1,9	16,7	59,3	22,2	100

\* Kommuner som ikke tilbyr tjenesten er ikke tatt med i beregningene. N=kommuner som har tjenesten.

## Skolehelsetjenesten – videregående skole

Tabell 7: Beskrivelse av skolehelsetjenesten videregående skole fordelt etter kommunestørrelsesgrupper. Andel.\*

Innbyggere i kommunen	Svært dårlig	Ganske dårlig	Ganske bra	Svært bra	Sum
0 til 1 999 (N=9)	0,0	22,2	44,4	33,3	100
2 000 til 4 999 (N=36)	0,0	16,7	55,6	27,8	100
5 000 til 19 999 (N=75)	2,7	14,7	44,0	38,7	100
20 000 og over (N=53)	3,8	5,7	56,6	34,0	100

\* Kommuner som ikke tilbyr tjenesten er ikke tatt med i beregningene. N=kommuner som har tjenesten.

## Helsestasjon for ungdom (HFU)

Tabell 8: Beskrivelse av tjenesten, helsestasjon for ungdom, fordelt etter kommunestørrelsesgrupper. Andel.\*

Innbyggere i kommunen	Svært dårlig	Ganske dårlig	Ganske bra	Svært bra	Sum
0 til 1 999 (N=27)	3,7	22,2	55,6	18,5	100
2 000 til 4 999 (N=43)	2,3	16,3	58,1	23,3	100
5 000 til 19 999 (N=87)	1,1	12,6	54,0	32,2	100
20 000 og over (N=54)	1,9	5,6	42,6	50,0	100

\* Kommuner som ikke tilbyr tjenesten er ikke tatt med i beregningene. N = kommuner som har tjenesten.

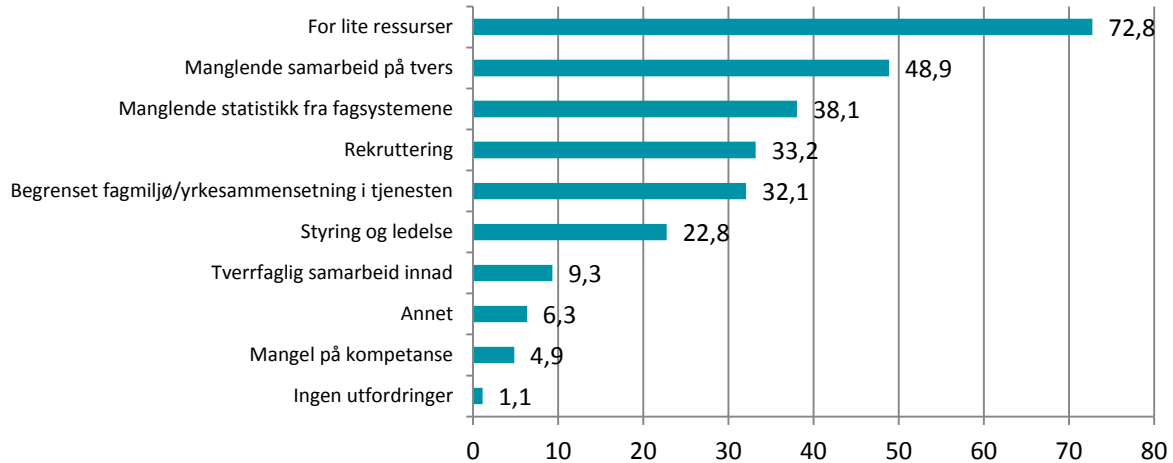
## 2. De største utfordringene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Kommunene ble spurt om: «Velg de 3 største utfordringene som du mener gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten i din kommune».

72,8 prosent av respondentene har oppgitt at for lite ressurser var blant de største utfordringene i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. 48,9 prosent, nest flest kommuner, mente at manglende samarbeid var blant de største utfordringene.

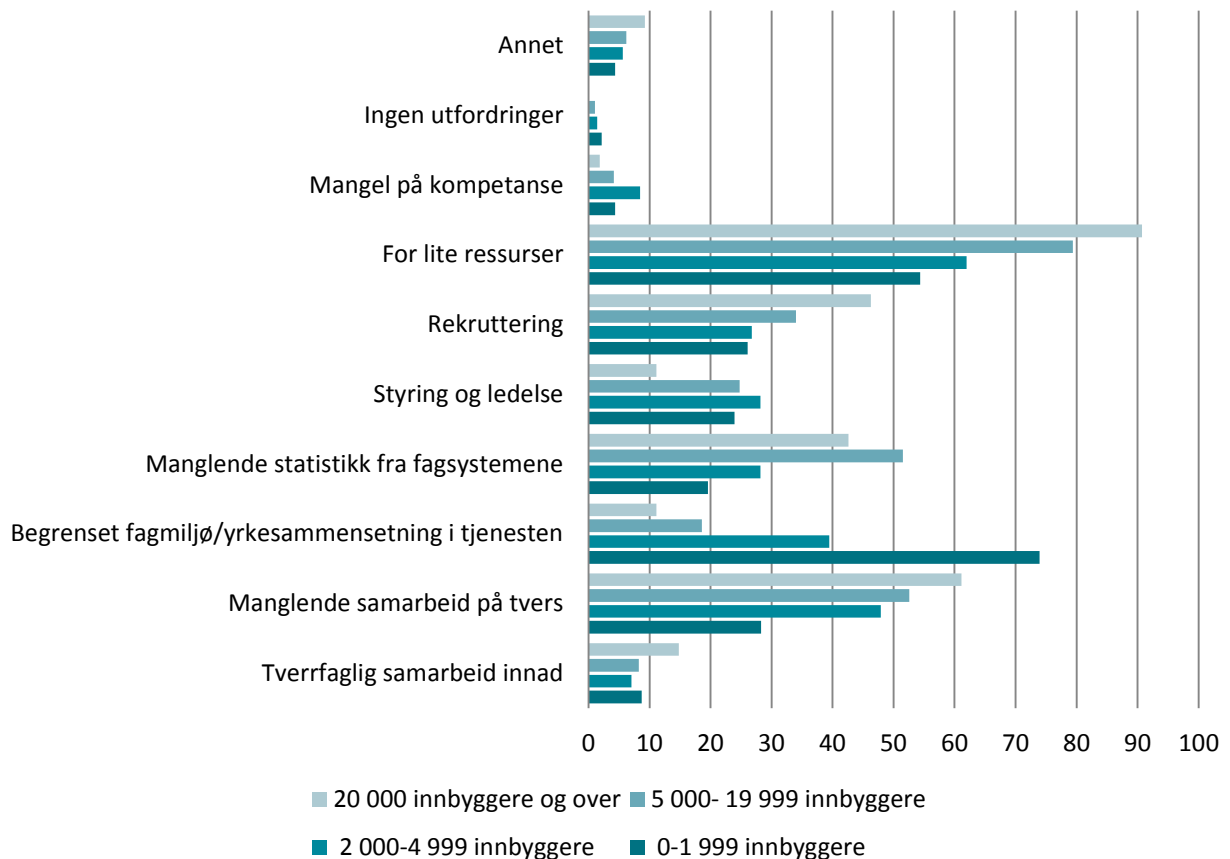
Utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid innad ble oppgitt av 9,3 prosent av kommunene. Mangel på kompetanse ble oppgitt av 4,9 prosent av kommunene, mens utfordringer knyttet til rekruttering ble oppgitt av 33,2 prosent.

Tabell 9: De største utfordringene knyttet til på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Andel av kommunene som har oppgitt hvert av alternativene. Inntil tre avkryssninger er mulig. N=268.



Utfordringsbildet varierer til dels avhengig av innbyggertall i kommunen. Utfordringer knyttet til «for lite ressurser», «manglende samarbeid på tvers» og «rekruttering» øker i takt med størrelsen på kommunegruppen. Bildet er motsatt for utfordringer knyttet til «begrenset fagmiljø / yrkes sammensetning» - jo flere innbyggere det er i kommunegruppen, dess mindre blir utfordringen.

Tabell 10: De største utfordringene knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Andel av kommunene, inndelt i grupper etter innbyggertall, som har oppgitt hvert av alternativene. Inntil tre avkryssninger er mulig.



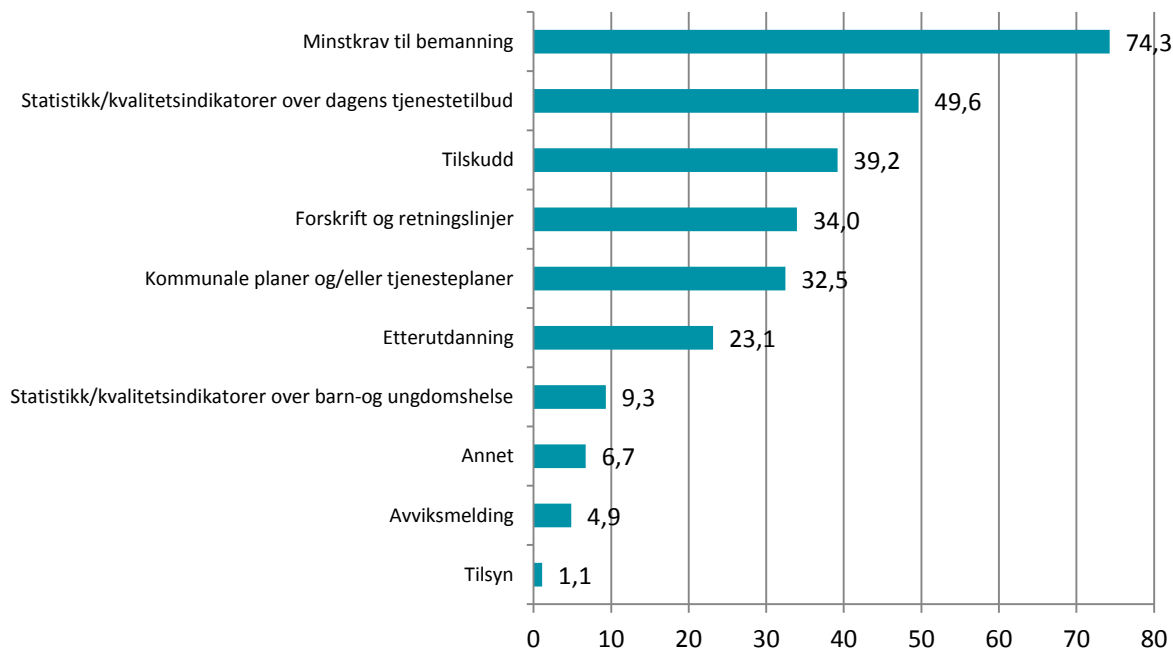
### 3. Viktigste virkemidler for å forbedre tilbudet innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Kommunene ble spurt om: «Velg 3 virkemidler som du mere er viktigst for å forbedre tilbudet innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten i din kommune».

74,3 prosent av kommunene oppga at «minstekrav til bemanning» som et viktig virkemiddel for å forbedre tilbudet innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kun et fåtall av kommunene mente at avviksmeldinger og tilsyn var blant de tre viktigste virkemidlene.

Tabell 11: Viktigste virkemidler for å forbedre tilbudet innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Andel av kommunene som har oppgitt hvert av alternativene. Inntil tre avkryssninger er mulig. N=268.



Hvilke virkemidler som anses som viktigst for å øke kvaliteten i tjenesten, varierte avhengig av størrelsen på kommunene. Mens 92,6 prosent av kommunene/bydelene med 20 000 eller flere innbyggere oppga at «minstekrav til bemanning» var blant de tre viktigste virkemidlene, var andelen 56,5 prosent blant kommunene med under 2 000 innbyggere.

I de minste kommunene, under 2 000 innbyggere, oppga 76,1 prosent at kommunale planer og/eller tjenesteplaner var blant de viktigste virkemidlene. Andelen kommuner som oppga at kommunale planer og/eller tjenesteplaner var blant de viktigste virkemidlene avtok i takt med økende størrelse på kommune, og blant kommunene/bydelene med over 20 000 innbyggere var dette virkemidlet oppgitt i 11,1 prosent av kommunene/bydelene.

Andelen som oppgav at statistikk/kvalitetsindikatorer over dagens tjenestetilbud er blant de viktigste virkemidlene var høyest i de største kommunene/bydelene. Antall respondenter som mente dette i de kommunegruppene med færre innbyggere, ble færre jo mindre kommunen var.



Tabell 12: Viktigste virkemidler for å forbedre tilbudet innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Andel av kommunene som har oppgitt hvert av alternativene fordelt etter kommuneinndeling basert på innbyggertall. Inntil tre avkryssninger er mulig

