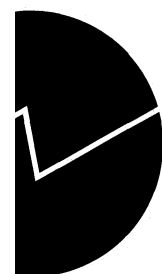


Jon Erik Finnvold

**Brukerkontakter i
helsesøstertjenesten**
En utvalgundersøkelse

Rapport



Jon Erik Finnvold

**Brukerkontakter i
helsesøstertjenesten**
En utvalgsundersøkelse

Standardtegn i tabeller	Symbols in Tables	Symbol
Tall kan ikke forekomme	Category not applicable	.
Oppgave mangler	Data not available	..
Oppgave mangler foreløpig	Data not yet available	...
Tall kan ikke offentliggjøres	Not for publication	:
Null	Nil	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	Less than 0.5 of unit employed	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	Less than 0.05 of unit employed	0,0
Foreløpig tall	Provisional or preliminary figure	*
Brudd i den loddrette serien	Break in the homogeneity of a vertical series	—
Brudd i den vannrette serien	Break in the homogeneity of a horizontal series	
Rettet siden forrige utgave	Revised since the previous issue	r

ISBN 82-537-4056-5
ISSN 0332-8422

Emnegruppe

22 Helseforhold og helsetjeneste

Emneord

Helsearbeid
Helsestasjoner
Skolehelsetjeneste

Design: Enzo Finger Design
Trykk: Falch Hurtigtrykk

Sammendrag

Jon Erik Finnvold

Brukerkontakter i helsesøstertjenesten

En utvalgsundersøkelse

Rapporter 94/22 • Statistisk sentralbyrå 1994

Statistisk sentralbyrå gjennomførte høsten 1992 en utvalgsundersøkelse av brukerkontakter i helsesøstertjenesten. I alt 327 helsesøstre i 83 kommuner og bydeler gjennomførte et registreringsopplegg over en 14-dagersperiode, som resulterte i opplysninger om over 12 000 kontakter mellom brukerne og helsesøster. Rapporten presenterer resultatene fra denne undersøkelsen, supplert med bakgrunnsinformasjon fra Statistisk sentralbyrås leveårsundersøkelse i 1991, befolkningsstatistikk og løpende statistikk over aktivitet og personell i kommunehelsetjenesten.

Rapporten redegjør for undersøkelsens utvalg og metode. Det gis en generell beskrivelse av helsesøstertjenestens kontaktflate med barnebefolkningen, herunder kjønns- og alderssammensetning, initiativmønster og geografiske variasjoner. Rapporten drøfter og beskriver hvilke konsekvenser familietype, innvandrerstatus, yrkesaktivitet og utdanningsnivå har for møtet mellom brukerne og helsepersonellet. Kapittel 5 omhandler kommunenes prioritering av skole- og helsestasjonstjenesten i perioden 1987 til 1992.

Emneord: Helsearbeid, helsestasjoner, skolehelsetjeneste

Innhold

Figurregister	6
Tabellregister	7
1. Innledning	9
1.1. Forord	9
1.2. Noen hovedresultater	9
1.3. Helsesøstertjenestens plass i helsetjenesten	10
1.3.1. Helsesøstertjenestens omfang	10
1.3.2. Helsesøstrenes arbeidsoppgaver. Forskrifter og retningslinjer	10
1.3.3. Helsesøstrene og velferdsyrkene	13
1.4. Datagrunnlag og metode	14
1.4.1. Utvalg	14
1.4.2. Frafall	14
1.4.3. Organisering av datainnsamlingen	15
1.4.4. Opplysninger som ble registrert	15
2. Helsesøstertjenestens kontaktflate med barnebefolkningen	17
2.1. Aldersfordelingen: Småbarnsomsorgen i fokus	17
2.2. Hvor ofte har barna kontakt med helsesøster?	19
2.3. Brukerkontaktene er helsesøsters initiativ	19
2.4. Jenter i skolealder er oftere hos helsesøster	20
2.5. Hvilke tema ble tatt opp i kontaktene?	20
2.6. Henvisninger til sosialkontor/PPT	23
2.7. Oppsummering	23
3. Helsesøstertjenestens møte med innvandrere og eneforelderfamilier	25
3.1. Forebyggende helsearbeid - til de som trenger det mest?	25
3.2. Helsesøstertjenestens kontakt med eneforelderfamilier	25
3.2.1. Eneforelderfamiliers levekårssituasjon og behov for helsetjenester	26
3.2.2. Helsepolitiske signaler om differensiering mellom brukergrupper i skole- og helsestasjonstjenesten	27
3.2.3. Er eneforelderfamilier sjeldnere hos helsesøster enn andre?	27
3.2.4. Kontakter med eneforelderfamilier er mer tidkrevende	29
3.2.5. Flere problemer tematiseres i kontakter med eneforelderfamilier	32
3.2.6. Eneforelderfamilier henvises relativt ofte til PP-tjeneste og sosialkontor	32
3.3. Innvandrerne og helsesøstertjenesten	32
3.3.1. Forventninger til innvandrernes bruk av helsetjenester	32
3.3.2. Barn med foreldre født i den tredje verden er ikke underrepresentert	32
3.3.3. Innvandrere er mer passive overfor helsesøstertjenesten	33
3.3.4. Kontakter med innvandrere er ikke mer tidkrevende enn andre kontakter	33
3.3.5. Tema for kontakten	34
3.4. Oppsummering	35
4. Geografisk ulikhet	37
4.1. Barn i små kommuner har relativt mye kontakt med helsesøster	37
4.2. I kommuner med høy barneandel og lav personelldekning var kontaktene kortere i tid	38
4.3. Helsesøstrene i Oslos bydeler møter ulike brukergrupper	39
4.4. Har familietype og innvandrersandel betydning for fordelingen av personellressursene mellom Oslos bydeler?	40
4.5. Oppsummering	40
5. Personellsituasjonen i helsesøstertjenesten	43
5.1. Utdanningsår og deltidsarbeid	43
5.2. Yrkesgruppene i skole- og helsestasjonstjenesten: Personellutviklingen 1987 - 1992	45
5.3. Veksten i helsesøstertjenesten og øvrig kommunehelsetjeneste	45
5.4. Kommunale ulikheter i personellinnsats	46
5.5. Fortsatt vekst i helsesøstertjenesten?	48
5.6. Oppsummering	49
Litteratur	50
Vedlegg: Skjemagrunnlag	51

Figurregister

1. Innledning	
1.1.	Utførte årsverk i kommunale helse- og sosialtjenester etter virksomhetsområde. Utførte årsverk av ulike yrkesgrupper i skole- og helsestasjonstjenesten. Prosent. 1992 11
1.2.	Dekningsgrad i skole- og helsestasjonstjenesten. Andel barn i ulike aldersgrupper som har fått vaksiner og helsekontroller. Prosent. 1992 13
2. Helsesøstertjenestens kontaktflate med barnebefolkningen	
2.1.	Antall brukerkontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter alder. Prosent. 26.10.-06.11. 1992 . . . 17
2.1.	Brukerkontakter etter ettårige aldersgrupper. Prosent 18
2.3.	Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter initiativ og alder. Prosent. 26.10.-06.11. 1992 20
2.4.	Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter alder og kontaktenes tema/probleminnhold. Prosent. 26.10.-06.11. 1992 22
3. Helsesøstertjenestens møte med innvandrere og eneforelderfamilier	
3.1.	Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter familietype. Kontaktenes gjennomsnittlige lengde i minutter. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler. 29
3.2.	Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter mors utdanning og foreldres yrkesaktivitet. Kontaktenes gjennomsnittlige lengde i minutter. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler. 30
3.3.	Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter mors utdanning og foreldres yrkesaktivitet. Prosentandel der psykiske/psykosomatiske problemer var tema. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler. 30
3.4.	Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten med barn 0-15 år foretatt av helsesøstre og sykepleiere, etter familietype. Kontaktens gjennomsnittlige lengde i minutter. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler. 31
3.5.	Antall kontakter med barn i skole- og helsestasjonstjenesten som brukerne tok initiativ til, etter den tredje verden-bakgrunn. Prosent. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler 34
4. Geografisk ulikhet	
4.1.	Kontakter i helsestasjonstjenesten. Antall kontakter pr. innbygger 0-6 år. Antall minutter pr. kontakt. Kommunestørrelse. Bydeler i Oslo 37
4.2.	Andel av kontaktene som var resultat av brukers initiativ. Kommunestørrelse. Prosent 38
4.3.	Antall kontakter med helsestasjonstjenesten, etter gjennomsnittlig varighet pr. kontakt i 14-dagersperioden. Prosent avvik fra gjennomsnittet 38
4.4.	Andel barn 0-6 år som har en av foreldrene født i den tredje verden. Fordeling basert på 14-dagersregistrering og registeropplysninger. Bydeler i Oslo. Prosent 39
4.5.	Andel barn 0-6 år som bor sammen med en av foreldrene. Fordeling basert på 14-dagersregistrering og registeropplysninger. Bydeler i Oslo. Prosent 40
4.6.	Årsverk av helsesøstre pr. innb. 0-6 år og andel barn 0-6 år som bor sammen med en av foreldrene eller har foreldre født i den tredje verden. Prosent avvik fra gjennomsnittet. Bydeler i Oslo. 1992. 41
5. Personellsituasjonen i helsesøstertjenesten	
5.1.	Antall helsesøstre som gjennomførte 14-dagersregistrering, etter utdanningsår 44
5.2.	Antall helsesøstre og sykepleiere som gjennomførte 14-dagersregistrering, etter gjennomsnittlig arbeidstid. Timer pr. uke 44
5.3.	Antall registrerte timer i 14-dagersperioden fordelt på virksomhetsområder. Prosent. 45
5.4.	Yrkesgrupper i helsestasjonstjenesten. Utførte timeverk pr. uke ved utgangen av året. Endring 1987-1992 46
5.5.	Yrkesgrupper i skolehelsetjenesten. Utførte timeverk pr. uke ved utgangen av året. Endring 1987-1992. 47
5.6.	Personellinnsatsen av helsesøstre i kommunehelsetjenesten. Årsverk pr. 10 000 innb. 0-15 år. Kommunestørrelse. 1987 og 1992 48

Tabellregister

1. Innledning	
1.1. Oversikt over anbefalte helsekontroller og vaksinasjoner	12
1.2. Bruttoutvalgs- og frafallskommuner/bydeler. Antall kommuner og antall innbyggere 0-6 år. Kommunestørrelse.	14
1.3. Antall kommuner etter kommunestørrelse. Nettoutvalgskommuner og hele landet. Antall og prosent. 1992	15
1.4. Bruttoutvalgs- og frafallskommuner/bydeler. Årsverk pr. 1 000 innb. 0-6 år pr. 31.12.1993	15
1.5. Antall kontakter i 14-dagersperioden med registrerte opplysninger om bruker. Andel med uoppgitt/ukjent registrering. Skole- og helsestasjonstjenesten.	16
2. Helsesøstertjenestens kontaktflate med barnebefolkningen	
2.1. Antall brukerkontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter alder. Beregnet antall kontakter pr. innbygger i løpet av året. Gjennomsnittlig lengde pr. kontakt. 1992	18
2.2. Antall registrerte brukerkontakter og antall kontakter ved helsesøster som er nødvendig for å gjennomføre anbefalt vaksinasjons- og helsekontrollprogram, etter alder.	19
2.3. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter initiativ og brukers alder. Antall og prosent. 26.10.-06.12. 1992	21
2.4. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter kjønn, alder og initiativ. Prosent. 26.10.-06.11. 1992	21
2.5. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter initiativ og henvisning til PPT/sosialtjenesten. Prosent.	22
3. Helsesøstertjenestens møte med innvandrere og eneforelderfamilier	
3.1. Barnefamiliers levekår. Helse, boforhold, utdanning, lønn, sysselsetting og materielle goder. Familietype. 1991	26
3.2. Antall barn 0-6 år etter alder og familietype. Prosent. 01.01. 1993. Utvalgskommuner/bydeler	27
3.3. Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år der helsesøster tok initiativ, etter alder og familietype. Prosent. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler	28
3.4. Barnefamiliers levekår. Boforhold og nærmiljø. 1991	28
3.5. Initiativ til brukerkontakter i helsestasjonstjenesten. Prosent	29
3.6. Andel av kontaktene i skole- og helsestasjonstjenesten som gjaldt rutinekontakter og psykiske/psykosomatiske problemer, etter familietype. Prosent	33
3.7. Antall kontakter med barn i skole- og helsestasjonstjenesten, etter tredje verden bakgrunn. Kontaktenes gjennomsnittlige lengde i minutter. Antall kontakter som varte i 45 minutter eller lenger. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler	34
3.8. Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter foreldres yrkesaktivitet og fødeland. Prosent. 26.10.-06.11. 1992	35
3.9. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten med barn 0-18 år, etter foreldres yrkesaktivitet og fødeland. Prosent. 26.10.-06.11. 1992	35
3.10. Antall kontakter i skole- helsestasjonstjenesten, etter tredje verden bakgrunn og kontaktenes tema/probleminnhold. Prosent. 26.10.-06.11. 1992	36
5. Personellsituasjonen i helsesøstertjenesten	
5.1. Personer med helsesøsterutdanning etter utdanningsår. Antall og prosent	43
5.2. Årsverk av ulike yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten og antall personer i ulike befolkningsgrupper. Gjennomsnittlige årlige vekstrater 1988-1992. Prosent	47
5.3. Helsesøstre i kommunehelsetjenesten. Variasjon mellom enkeltkommuner og antall kommuner uten helsesøster/sykepleier ved utgangen av året. 1987 og 1992	49

1. Innledning

1.1. Forord

Statistisk sentralbyrå presenterer årlig resultater fra løpende statistikker over kommunale helse- og omsorgstjenester. For helsesøstertjenesten har statistikken begrenset seg til opplysninger om personellinnsats, vaksinasjoner og helsekontroller. Helsesøstertjenesten har langt færre yrkesutøvere enn eldreomsorgen, men omfatter hele barnebefolkningen. Dette innebærer at det er relativt ressurskrevende å utarbeide statistikk om brukerne av denne tjenesten.

Statistisk sentralbyrå valgte derfor å gjennomføre en utvalgsundersøkelse av brukerkontakter i helsesøstertjenesten høsten 1992. I dette arbeidet har Statistisk sentralbyrå fått omfattende bistand fra Landsgruppe av helsesøstre, samt 328 helsesøstre som stod for innsamling av data. Uten denne hjelpen ville det ikke vært mulig å gjennomføre undersøkelsen. Heidi Gautun og Bård Paulsen har bidratt med nyttige kommentarer i utarbeidelsen av publikasjonen.

1.2. Noen hovedresultater

Etter lov om helsetjenesten i kommunene er kommunene pålagt å organisere skole- og helsestasjonstjenesten. I 1992 ble det utført 1 900 årsverk i disse virksomhetene. Dette utgjorde 2,3 prosent av årsverksinnsatsen i den kommunale helse- og sosialsektoren. Også helsesøstertjenesten er en lovpålagt kommunal tjeneste. Det meste av helsesøstrenes arbeidsinnsats blir nedlagt i skole- og helsestasjonstjenesten. Helsesøstertjenesten utfører i hovedsak individrettede, forebyggende helsetiltak rettet mot barn og unge.

Publikasjonen inneholder resultater fra en utvalgsundersøkelse der datainnhenting ble gjennomført høsten 1992. Nettoutvalget omfattet 114 bydeler og kommuner. I alt 327 helsesøstre i 83 kommuner/bydeler gjennomførte et registreringsopplegg over en 14-dagersperiode. Registreringen resulterte i opplysninger om kontakter med til sammen 11 700 brukere. Resultatene fra utvalgsundersøkelsen er supplert med informasjon fra bl.a.

løpende statistikk over personell i kommunehelse-tjenesten og levekårsundersøkelsene.

Undersøkelsen viser at helsesøstrene i stor grad konsentrerer seg om familier med små barn. Nesten en av tre kontakter var med barn under 1 år, mens nesten to av tre kontakter var med barn i førskolealder. Ungdom mellom 16 og 18 år utgjorde 2 prosent av kontaktene. Aldersprofilen i tjenesten avspeiler det vaksinasjons- og helsekontrollprogrammet som er anbefalt av de sentrale helsepolitiske myndigheter.

Ut fra resultatene i 14-dagersregistreringen ble det beregnet at et gjennomsnittsbarn har over 20 kontakter med helsesøster i løpet av barne- og ungdomstiden. Kontaktene fordeler seg på 7-8 kontakter det første leveåret, 8 kontakter resten av førskoletiden og 6 kontakter i grunnskolen. Dette bruksnivået ligger godt over det som er nødvendig for å gjennomføre vaksinasjons- og helsekontrollprogrammet.

Helsesøster tok initiativ til over to tredjedeler av kontaktene i 14-dagersperioden. Kontaktflaten mellom brukerne og tjenesten styres derfor i stor grad av tjenesteyterne. Nesten 20 prosent av kontaktene tok brukerne initiativ til. Andelen brukerinitierte kontakter økte med barnets alder. Et flertall av kontaktene med ungdom mellom 16 og 18 år kom i stand etter initiativ fra brukerne. I skolehelsetjenesten var de brukerinitierte kontaktene noe mer tidkrevende enn gjennomsnittet, mens de brukerinitierte kontaktene i helsestasjonstjenesten tok relativt kort tid.

I kapittel 3 drøftes helsesøstertjenestens møte med innvandrere og familier der barnet bor sammen med den ene av foreldrene (eneforelderfamilier). Kontakter med eneforelderfamilier var relativt tidkrevende, og tematiserte oftere psykiske og psykosomatiske problemer enn andre kontakter. Det blir argumentert for at dette i noen grad skyldes helsesøstrenes utdanningsbakgrunn og måter å nærme seg ulike brukergrupper på.

Brukere med innvandrerbakgrunn har omtrent den samme kontaktflate med tjenesten som gjennomsnittet, men tar sjeldnere selv initiativ til kontakt. På grunn av språk, kommunikasjonsproblemer og andre forhold ble kontakter med innvandrere forventet å være relativt tidkrevende. Resultatene viser imidlertid at kontakter med innvandrere ikke tok spesielt lang tid. Det var heller ikke en større andel spesielt tidkrevende kontakter i denne brukergruppen.

Undersøkelsen viste også at helsesøstrene i Oslo bydeler står overfor ulike utfordringer. I enkelte bydeler utgjorde barn der den ene eller begge foreldrene var født i den tredje verden, halvparten av alle brukerkontakter i 14-dagersperioden, og under 5 prosent i andre bydeler. Bydeler som hadde hyppige kontakter med innvandrere, hadde også hyppige kontakter med eneforelderfamilier. Disse to brukergruppene fordelte seg mellom bydelene viste det samme mønsteret som registerbaserte opplysninger om innvandrere og eneforelderfamiliers fordeling.

Resultatene tyder på at kapasiteten i de små kommunene er relativt god. Brukerne i små kommuner tar oftere selvstendig initiativ til kontakt, samtidig som helsesøstrene innkaller oftere og bruker lengre tid på kontaktene.

Bemanningssituasjon og alderssammensetning påvirker omfanget av kontakt med brukerne. Utvalgskommuner/bydeler med relativt få helsesøsterårsverk pr. innbygger hadde noe kortere gjennomsnittstid på kontaktene i 14-dagersperioden. Tilsvarende hadde kommuner/bydeler med høy barneandel noe kortere gjennomsnittstid.

Omfanget av den totale arbeidsinnsatsen i 14-dagersperioden ble også registrert. En gjennomsnittshelsesøster arbeidet ca. 30 timer pr. uke. I alt 24 prosent oppgav at de hadde arbeidet mer enn 37,5 timer pr. uke i 14-dagersperioden. Selv om det er mye deltidsarbeid i helsesektoren, er det altså en god del yrkesutøvere som har lange arbeidsdager.

Den løpende statistikken over personell i kommunehelsetjenesten viser at de kommunale variasjonene i personellinnsats har avtatt etter 1987, og at noe færre kommuner enn tidligere står helt uten helsesøster ved utgangen av 1992. Personellinnsatsen i helsestasjonstjenesten har hatt en noe større vekst enn tallet på barn i førskolealder. Målt i absolutte tall, er veksten beskjedent i forhold til for eksempel hjemmesykepleien. Personellinnsatsen i skolehelsetjenesten har ligget på same nivå i perioden. Byer med over 50 000 innbyggere har hatt en relativt sterk vekst i tallet på barn i førskolealder i perioden 1987-1992. I samme

periode har personellinnsatsen i skole- og helsestasjonstjenesten vært uendret.

1.3. Helsesøstertjenestens plass i helsestasjonstjenesten

1.3.1. Helsesøstertjenestens omfang

Skole- og helsestasjonstjenesten er helsesøstrenes dominerende arbeidsplass, med 87 prosent av i alt 1 300 utførte årsverk i 1992 (Statistisk sentralbyrå 1993).

Helsesøstrene er skole- og helsestasjonstjenestens største yrkesgruppe, og utførte over 60 prosent av totalt 1 900 utførte årsverk i 1992 (figur 1.1). Spesielt leger, men også sykepleiere, fysioterapeuter, jordmødre og personell uten helsefaglig utdanning utfører arbeid i skole- og helsestasjonstjenesten.

Skole- og helsestasjonstjenesten er en relativt liten del av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Bare 2 prosent av årsverksinnsatsen blir utført i disse virksomhetsområdene. Det er eldreomsorgen (hjemmetjenestene og institusjonene) som er den dominerende virksomheten. Disse to virksomhetsområdene utgjør over 80 prosent av personellinnsatsen.

1.3.2. Helsesøstrenes arbeidsoppgaver.

Lover, forskrifter og retningslinjer

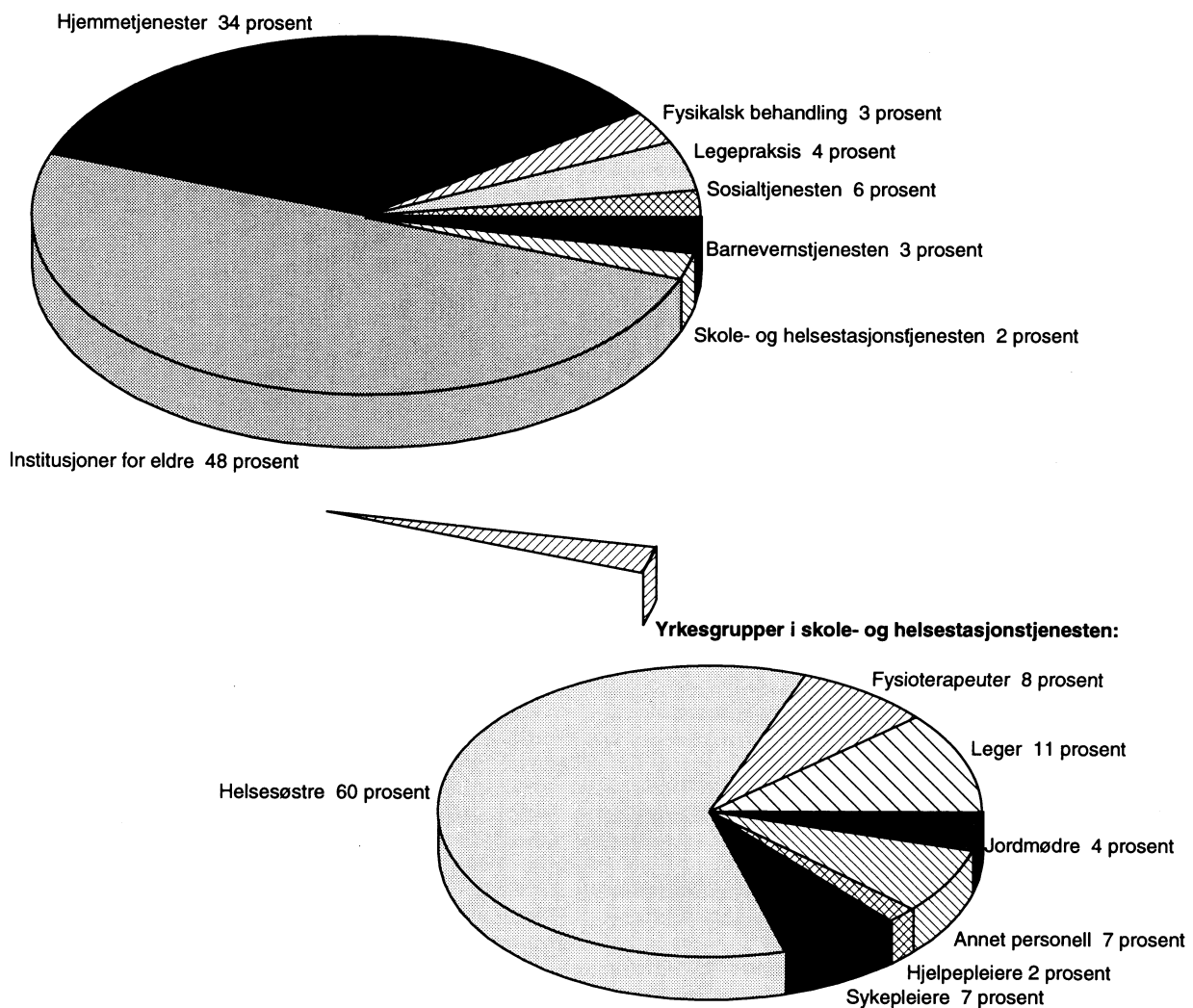
Helsesøstertjenesten er etter "Lov om helsetjenesten i kommunene" et kommunalt ansvar, både administrativt og økonomisk. Loven pålegger kommunene en rekke oppgaver. De viktigste er:

- Helsefremmende og forebyggende tiltak organisert som miljørettet helsevern, helsestasjonstjenester i skoler, helseopplysningsvirksomhet og helsestasjonsvirksomhet
- Kurative tjenester knyttet til diagnose og behandling
- Medisinsk attføring
- Pleie og omsorg

For å løse disse oppgavene skal kommunene ifølge loven ha allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, boformer med heldøgns omsorg og pleie, avlastningstiltak for personer som utfører omsorgsarbeid for familiemedlemmer og sykepleie, herunder hjemmesykepleie og helsesøstertjeneste.

Helsesøstertjeneste er altså en lovfestet oppgave. Dette innebærer at kommunene har plikt til å ansette personer med helsesøsterutdanning for å ivareta de oppgaver kommunene er pålagt. Dersom kommunene ikke får besatt helsesøsterstillinger, er det anledning til å inngå interkommunale samarbeidsformer, eller midlertidig ansette sykepleiere i helsesøsterstillinger.

Figur 1.1. Utførte årsverk i kommunale helse- og sosialtjenester, etter virksomhetsområde (N = 81 142). Utførte årsverk av ulike yrkesgrupper i skole- og helsestasjonstjenesten (N = 1 898). Prosent. 1992



Helsesøstertjenesten kan defineres som arbeid utført av personer med helsesøsterutdanning (eller midlertidig ansatte sykepleiere) innenfor de virksomheter kommunehelseloven definerer. Helsesøstrenes utdanning er i hovedsak rettet mot forebyggende arbeidsoppgaver. Publikasjonen konsentrerer seg om helsesøstrenes arbeid i skole- og helsestasjonstjenesten, dvs. kontakter med barn mellom 0 og 18 år.

Mer detaljerte retningslinjer og formålsbeskrivelser finnes i "Forskrift om helsestasjonsvirksomhet" og "Forskrift om helsetjenesten i skoler". Forskriftene formulerer blant annet tjenestenes formål og angir hvilke oppgaver tjenestene skal omfatte:

"Helsestasjonsvirksomhetens formål er:

- å forebygge medfødte og ervervede sykdommer, også tannsykdommer og skader blant barn og

- å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse."

"Helsestasjonsvirksomheten skal omfatte systematiske medisinske sped- og småbarnsundersøkelser, herunder henvisning til spesialundersøkelse, samt gjennomføring av de vanlige vaksinasjonsrutiner."

"Skolehelsetjenesten skal arbeide for å fremme elevenes totale helse og forebygge skade, sykdom eller lyte. Skolehelsetjenesten skal - i samarbeid med hjem, skole og det øvrige hjelpeapparat i samfunnet - arbeide for å identifisere og løse de helsemessige problemer som knytter seg spesielt til skoleelevers situasjon." "Skolehelsetjenesten skal omfatte følgende:

- Systematiske medisinske undersøkelser, individuell helseveiledning og andre medisinske tiltak, herunder helseopplysning.

- Strukturert tverrfaglig samarbeid spesielt med skolen, pedagogisk-psykologisk tjeneste, sosialtjenesten og de offentlige tannhelsetjenester.
- Rådgivning til skolens personale vedrørende hygieniske forhold og arbeidsmiljø for øvrig og vedrørende tilrettelegging for integrering av funksjonshemmede barn.
- Bistand med undervisning i den utstrekning skolen ønsker det."

De målsettinger og retningslinjer som er nedfelt i forskriftsverket er svært generelle, med få angivelser av det konkrete innholdet i tjenestene. Et konkret uttrykk for statlige intensjoner er formulert i siste prinsippmelding om helsetjenesten. Der slås det fast at... "Sammensetningen av helsestasjonens oppgaver vurderes konkret i forhold til de problemer som kommunene står overfor og utviklingen i de ulike aldersgrupper. Et minimumstilbud til alle barn må likevel være felles for alle kommuner. Det må omfatte de nødvendige vaksinasjoner og de nødvendige legeundersøkelser av sped- og småbarn. (Sosialdepartementet 1989:150)

Statens helsetilsyn (tidligere Helsedirektoratet) er den instans som fører tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål, og at lover og forskrifter blir kjent og overholdt. Helsedirektoratet har utarbeidet konkrete retningslinjer for arbeidet i helsestasjonstjenesten og delvis i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet 1990a, b). Disse veiledningene omfatter utførlige beskrivelser av det vaksinasjonsprogrammet som alle barn skal tilbys fra 6. leveuke og ut ungdomsskolen. For helsestasjonstjenesten er det også gitt en beskrivelse av omfang og innhold i helsekontroller for barn i førskolealder. Oversikten i tabell 1.1 viser hvor mange vaksinasjoner og helsekontroller som er anbefalt. Tidligere instruksjoner som fulgte lov om helsearbeidet i skolen fra 1957, anbefalte fire helsekontroller i løpet av skoletiden, hhv. i første og fjerde klasse, en gang i ungdomsskolen og en gang i den videregående skole.

Vaksinasjon er ikke obligatorisk, men alle barn skal ved bestemte alderstrinn få tilbud om ulike vaksiner og helsekontroller. Figur 1.2 viser dekningsgraden for en del av de anbefalte kontroller og helseundersøkelser. For de fleste vaksinasjoner var mindre enn 5 prosent uvaksinerte ved den foreskrevne alder. Omtrent 17 prosent hadde ikke fått hjemmebesøk de første 4 ukene etter fødselen, mens nesten 13 prosent ikke hadde gjennomført 2-årskontrollen.

Massevaksinasjon er en sentral oppgave i det individrettede arbeidet i skole- og helsestasjonstjenesten. Dette arbeidet har sin historiske bakgrunn i bekjempelsen av infeksjonssykdommene. Infeksjonssykdommene dominerte sykdomsbildet ved århundreskiftet og kulminerte før krigen.

Tabell 1.1. Oversikt over anbefalte helsekontroller og vaksinasjoner

Helsestasjonstjenesten:	
1-2 uker:	Hjemmebesøk ved helsesøster
6 uker:	Helsekontroll ved helsesøster og lege
3 md.:	Trippelvaksine, helsekontroll ved helsesøster
4 md.:	Helsekontroll ved helsesøster
5 md.:	Trippelvaksine (2. dose), HIB ¹ -vaksine
6 md.:	Poliovaksine, helsekontroll ved lege og helsesøster
7 md.:	Poliovaksine (3. dose), HIB ¹ -vaksine (2. dose)
10 md.:	Trippelvaksine (3. dose), helsekontroll ved helsesøster
12 md.:	Helsekontroll ved lege og helsesøster
15 md.:	MMR ² -vaksine, HIB ¹ -vaksine (3. dose), helsekontroll ved helsesøster
16 md.:	Poliovaksine (3. dose)
18 md.:	Helsekontroll ved helsesøster
2 år:	Helsekontroll ved lege og helsesøster
4 år:	Helsekontroll ved lege og helsesøster
Skolehelsetjenesten:	
1. klasse:	Poliovaksine (4. dose)
5. klasse:	Difteri/stivkrampvaksine
6. klasse:	MMR ² -vaksine (2. dose)
7.-9. klasse:	Poliovaksine (5. dose), tuberkulosevaksine

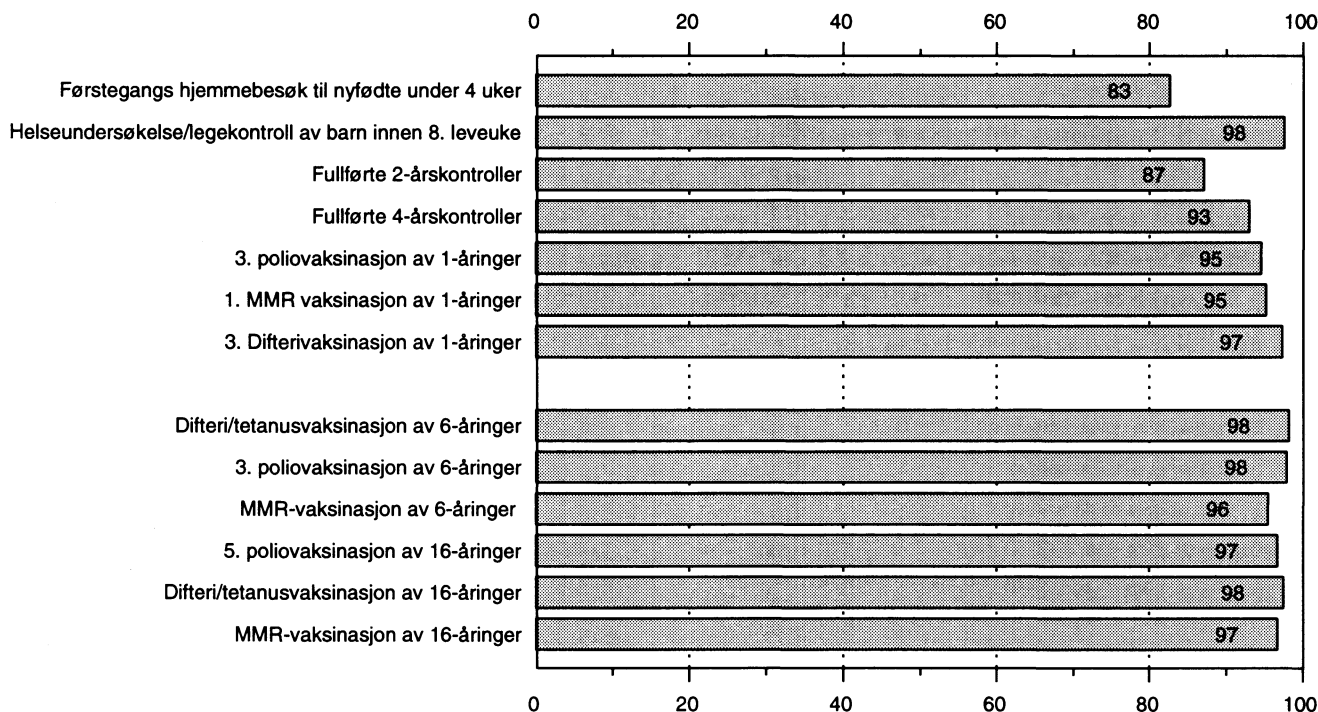
¹Vaksine mot hjernehinnebetennelse. ²Meslinger, kusma og røde hunder.
Kilde: Helsedirektoratet 1990a, 1990b.

Opplysningsvirksomhet er også et sentralt element i helsesøsterarbeidet. Gjennom informasjon om kosthold, ulykkesforebyggende tiltak og livsstil skal foreldrene oppdras til å bli bedre omsorgsgivere. Helsesøsterarbeidet har altså en pedagogisk og oppdragende side, der man forsøker å endre individers atferd slik at muligheten til å pådra seg ulike sykdommer blir mindre. Helsesøsterarbeidet knyttes dermed til bekjempelsen av de såkalte "sivilisasjonssykdommene", dvs. sykdommer knyttet til befolkningens livsstil og levevaner. Viktige sykdomstyper er ulike krefttyper, hjerte- og karsykdommer og ulykker.

Overvåking av det enkelte barns fysiske og psykiske utvikling over tid er også en viktig oppgave. Vurdering av familiesituasjonen, syn og hørselkontroller osv. skal forsøke å identifisere barn som er understimulerte eller har andre avvik, slik at diagnoser kan stilles og tiltak kan settes inn så tidlig som mulig.

I det senere har de såkalte "sam-sykdommene" kommet i fokus (NOU 1984:20). Dette er sykdommer som "henger sammen med problemer i samliv, samarbeid og samfunn". Ulike psykiske lidelser kan for eksempel være en følge av arbeidsløshet eller samlivsopløsning. Helsesøstertjenesten ønsker også å spille en rolle i bekjempelsen av sykdommer

Figur 1.2. Dekningsgrad¹ i skole- og helsestasjonstjenesten. Andel barn i ulike aldersgrupper som har fått vaksiner og helsekontroller. Prosent. 1992



¹Dekningsgraden for vaksinasjoner og helsekontroller til barn under seks år er beregnet på grunnlag av oppgaver over antall vaksinasjoner og helsekontroller. Oppgaver over vaksinasjoner til barn over seks år er basert på oppgaver over antall barn som ikke hadde fått vaksine. Disse oppgavene er i figuren oppgitt som prosent av tallet på barn i relevante aldersgrupper.

og problemer som oppstår som følge av sosial isolasjon og vanskelige levekårsforhold.

Eksempler på dette er tiltak som skal forbedre de sosiale nettverkene for foreldre og barn (Bjåland og Mortensen 1992). Enkelte argumenterer for at helsesøstertjenesten bør ha ambisjoner utover å gjennomføre primært forebyggende tiltak. Helsesøstrene skal ikke bare nøye seg med å identifisere tilfeller av omsorgssvikt og problematiske foreldre/barnrelasjoner, men også arbeide med familier i omsorgssviktsituasjoner (Killen 1993).

1.3.3. Helsesøstrene og velferdsyrkene

Helsesøstrene kan betraktes som et virkemiddel i velferdspolitikken, som inkluderer en rekke offentlig finansierte yrkesgrupper som yter ulike tjenester til befolkningen. Disse yrkene betegnes ofte som velferdsstatens yrker. Helsesøstrene deler dermed en del generelle karakteristika ved velferdsyrkene (Knudsen 1989):

- Arbeidsoppgavene som yrkesgruppene er satt til er svært arbeidsintensive og har store innslag av direkte, personlig kontakt med brukerne.
- Innholdet i kontakten mellom yrkesutøver og bruker lar seg ikke fullstendig definere gjennom lover og forskrifter. Den enkelte bruker er

individuell, kontaktene er ikke helt ut rutinemessige og forutsigbare.

- Den direkte samhandlingen fører til at yrkesgruppene og deres organisasjoner er avhengig av å utvikle normer og verdier for å rettferdiggjøre sin samhandling med brukerne.
- Tjenestene er som regel organisert av det offentlige. I de fleste tilfellene vil ikke brukerne ha noen alternative behandlings-/tjenestetilbud. Det er oftest yrkesutøveren som innkaller eller kommer til brukeren og dermed setter dagsorden for kontaktene.
- Velferdsyrkene vil i mange tilfeller ha stor innflytelse på brukerens levekårs situasjon, for eksempel ved å stille diagnoser eller definerer avvikende utvikling. Spesielt i helsesektoren er yrkesgruppene profesjoner eller semi-profesjoner. Profesjoner kjennetegnes bl.a. ved at yrkesutøvelsen er basert på vitenskaplig kunnskap. Denne profesjons- eller semi-profesjonsstatusen gir yrkesgruppene makt og autoritet vis-à-vis brukerne på grunn av kunnskap yrkesgruppene har på områder der brukerne føler seg usikre og sårbare (f.eks. på områder som sykkelighet, svangerskap, forhold rundt fødsel, nyfødtsomsorg).
- Brukerne er ikke blant de viktigste referansegruppene for yrkesgruppene, som forholder seg til kolleger, yrkesbaserte eller profesjonsbaserte

normer og offentlig fastsatte retningslinjer. Brukerne samhandler som oftest individuelt med yrkesgruppene, bringes unntaksvis sammen for å utveksle erfaringer og slutter seg sjelden sammen og organiserer kollektive forsøk på å hevde sine egne interesser.

1.4. Datagrunnlag og metode

1.4.1. Utvalg

Registreringsskjema ble sendt til et utvalg på 89 kommuner og alle bydeler i Oslo. Kommunene ble trukket tilfeldig fra 8 utvalgsstrata gruppert etter kommunestørrelse. De fire største byene ble unntatt fra utvalgsmengden, mens Oslo ble valgt til å representere storbyene. Oslo ble valgt fordi den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen er enklere i en by med innarbeidet bydelsorganisering, samtidig som det eksisterer relativt detaljerte opplysninger om tjenestetilbud og befolknings sammensetning på bydelsnivå. Oslos høye andel innvandrere var også en viktig årsak til at Oslo ble med i nettoutvalget.

Statistisk sentralbyrå mottok skjema fra 23 bydelsadministrasjoner og 60 kommuner. Barnebefolkningen i nettoutvalget utgjorde 21 prosent av alle barn i førskolealder. I tabell 1.2 er utvalgsstrataene slått sammen til fire grupper. Barnebefolkningen i disse gruppene utgjør fra 11 til 16 prosent av alle barn bosatt i kommuner med samme kommunestørrelse.

28 kommuner og 2 bydeler (27 prosent) valgte av ulike grunner å ikke gjennomføre registreringen. Barnebefolkningen i frafallskommunene utgjorde 19 prosent av barnebefolkningen i nettoutvalget. Frafallet var størst blant de minste kommunene, der barnebefolkningen utgjorde 40 prosent av nettoutvalgets befolkning. Oppslutningen fra Oslo var relativt høy.

Valget av Oslo som representant for storbyene innebærer at storbyene er overrepresentert. Oslos overrepresentasjon er bevisst valgt for å gjøre det mulig å analysere storbysegregasjon, innvandrere og eneforelderfamiliers bruk av helsesøstertjenesten.

1.4.2. Frafall

For 21 av frafallskommunene/bydelene fikk vi innhentet begrunnelse for hvorfor man valgte å ikke delta i undersøkelsen. De fleste av de større kommunene som ikke deltok oppgav underbemanning som årsak, og at deltakelse i registreringen i for stor grad ville gå ut over effektiviteten i de daglige gjøremål. Flere oppgav også tilsetningsstopp, sykefravær og innføring av ny vaksine (vaksine mot hjernehinnebetennelse til barn under to år) som årsak. Blant de små kommunene var personellsituasjonen en dominerende årsak til frafallet. Tre av de minste kommunene hadde vakant helsesøsterstilling i registreringsperioden. I flere kommuner var helsesøster i ferd med å slutte eller var nettopp begynt i ny stilling, og ønsket derfor ikke å delta. To kommuner oppgav at 14-dagersperioden registreringen varte ikke hadde vært representativ, og at registrering ville gi et misvisende bilde av tjenesten. Konsekvensene av sykdom, personalskifte og vakanser for oppslutningen er relativt store i små kommuner, der skole- og helsestasjonstjenesten drives av en eller to helsesøstre, ofte i deltidsstilling. Smådriftsulemper er derfor en viktig årsak til frafallet blant de minste kommunene. Kommuner med mindre enn 3 000 innbyggere utgjorde 30 prosent av nettoutvalget, en noe mindre andel enn denne kommunegruppens betydning på nasjonalt nivå (35 prosent, tabell 1.3).

Frafallet kan påvirke undersøkelsens representativitet dersom årsverksinnsatsen i skole- og helsestasjonstjenesten i disse kommunene avviker fra gjennomsnittet. Mulighetene for å etterprøve dette er begrenset. Den løpende statistikken over personell i kommunehelsetjenesten registrerer

Tabell 1.2. Bruttoutvalgs- og frafallskommuner/bydeler. Antall kommuner og antall innbyggere 0-6 år. Kommunestørrelse

	Nettoutvalg		Frafall	
	Antall kommuner/bydeler	Ant. innb. 0-6 år. Prosent av alle 0-6 år	Antall kommuner/bydeler	Ant. innb. 0-6 år. Prosent av nettoutvalg
Hele landet	83	21	30	19
0 - 2 999 innb.	18	13	12	37
3 000 - 8 999 innb.	28	16	10	26
9 000 - 24 999 innb.	10	11	4	34
25 000 innb. - (eks. Oslo)	4	12	2	22
Oslo	23	95	2	5

Tabell 1.3. Antall kommuner etter kommunestørrelse. Nettoutvalgskommuner¹ og hele landet. Antall og prosent. 1992

	Hele landet		Nettoutvalg	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I alt	439	101	60	100
0 - 2 999 innb.	153	35	18	30
3 000 - 8 999 innb.	178	41	28	46
9 000 - 25 999 innb.	79	18	10	16
25 000 innb. -	29	7	5	8

¹ Unntatt Oslo.

imidlertid årsverksinnsatsen i skole- og helsestasjonstjenesten ved utgangen av året, altså to måneder etter registreringsperioden. Tabell 1.4 viser at personellsituasjonen i frafallskommunene og nettoutvalget ikke skiller seg fra landsgjennomsnittet. Sammenlignet med kommuner i samme størrelseskategori, ligger nettoutvalgskommunene på gjennomsnittet, mens frafallskommunene har noe lavere personellinnsats i forhold til folketallet enn kommuner i samme størrelseskategori.

Tabell 1.4. Bruttoutvalgs- og frafallskommuner/bydeler. Årsverk pr. 1 000 innb. 0-6 år pr. 31.12.1993

	Årsverk pr. 1 000 innbyggere 0-6år	Gjennomsnittlig kommune-størrelse	Antall kommuner/bydeler
Hele landet	3	9 300	464
Nettoutvalg	3	11 500	84
Frafall	3	7 600	30

1.4.3. Organisering av datainnsamlingen

Selve registreringen ble gjennomført som en 14-dagersregistrering i perioden 26. oktober til 6. november. Skjema ble sendt ledende helsesøster i hver kommune/bydel, som fordelte registrerings-skjema til alle som fungerte i en helsesøsterstilling. Skjemaet presiserte at alle som fungerte i en helsesøsterstilling skulle gjennomføre registreringen, også helsesøstre med store innslag av administrative arbeidsoppgaver. Det finnes ikke noe register over antall yrkesaktive helsesøstre i kommunehelse-tjenesten. Inntrykket er imidlertid at de fleste helsesøstre i nettoutvalgskommunene og bydelene gjennomførte registreringen. Av i alt 328 helsesøstre var det 8 som bare gjennomførte deler av registreringsopplegget. Det ble også oppgitt at 2 helsesøstre i nettoutvalget hadde arbeidet i 14-dagersperioden uten å gjennomføre registreringen.

1.4.4. Opplysninger som ble registrert

1. Alle brukerkontakter.
2. Ulike opplysninger om kontakten og enkelte egenskaper hos brukerne som helsesøster hadde kontakt med.
3. Hvor mye tid som ble brukt til ulike aktiviteter innenfor helsesøstrenes arbeidsområde.
4. Helsesøsters utdanningsår og utdanningsbakgrunn.

Brukerkontakt er et sentralt begrep i undersøkelsen. Intensjonen i skjemaet var at alle brukerkontaktene "med et samtaleelement på minst 10 minutter" skulle registreres. To mindre prøveundersøkelser viste at de fleste individuelle kontaktene i helsestasjonsarbeidet varte i mer enn 10 minutter. For kontakter i skolehelsetjenesten har kriteriet om 10 minutters samtale ført til at en del rutinemessige kontroller/vaksinasjoner ikke ble registrert. I skjemaets rettleiding ble det presisert at samtaler som gjaldt brukerne også skulle registreres når barnet eller dets foresatte ikke var til stede. Samtaler med f.eks. lege, skolepsykolog eller lærere om bestemte brukere regnes også som kontakt i undersøkelsen. Samtalegrupper skulle i utgangspunktet ikke regnes som kontakter. En del samtalegrupper ble likevel registrert.

I helsestasjonstjenesten (barn i førskolealder) vil brukerkontaktene involvere både barnet og dets foresatte. Det er barnets foresatte som kommer til helsestasjonen, eller helsesøstre vil oppsøke barnet og familien. I skolehelsetjenesten vil kontaktene i de fleste tilfeller være med enkeltelever.

For hver brukerkontakt ble det registrert endel *egenskaper/kjennemerker hos brukeren*. Kjenmerkene er barnets alder, kjønn, familietype samt foreldrenes fødested, utdanningsbakgrunn og yrkesaktivitet. Registreringsskjemaet var prekodet, kategoriene for de ulike kjennmerkene var utarbeidet på forhånd. Kategoriene ble laget slik at det skulle være mulig å finne frem til den nødvendige bakgrunnsinformasjon uten å spørre brukeren direkte. Dette ble gjort ved å ta utgangspunkt i

helsekortene. Helsekortene er skole- og helsestasjonstjenestens journalsystem, som inneholder en rekke opplysninger om det enkelte barns bakgrunn og familieforhold.

Registreringsformen undersøkelsen har anvendt gir enkelte informasjonen om selve innholdet i kontaktene. To viktige opplysninger er hvem som tok initiativet til at kontakten fant sted, og hvor lenge kontakten varte. Helsesøster ble også bedt om å oppgi enkelte opplysninger om hva som var temaet for kontakten, blant annet om det forelå mistanke om funksjonshemming. Skjemagrunnlaget gir også muligheter til å fastslå om det ble henvist til sosialkontor/PP-tjeneste. En undersøkelse basert på selvrapportering gir ikke muligheter til å gi noen inngående beskrivelse av møtene mellom bruker og helsesøster.

Informasjon om brukerkontaktene kunne også vært innhentet gjennom f.eks. intervjuundersøkelser av brukerne eller gjennom utenforstående observatører. Registreringsopplegget med helsesøster som oppgavegiver ble valgt fordi det er relativt lite ressurskrevende. Med denne framgangsmåten er det brukerkontaktene sett fra tjenesteyterens synsvinkel vi får vite noe om.

En del av de 328 registreringsskjemaene Statistisk sentralbyrå mottok var ufullstendig utfylt og manglet enkelte opplysninger om brukerne. De fleste kontaktene hadde registrert alder, men 69 kontakter manglet denne opplysningen. Tabellen under viser at også opplysninger om kjønn, tema, initiativ, resultat og kontakttid har lav andel uoppgitt (mellom 1 og 5 prosent uoppgitt). Opplysninger om mors utdanning og foreldres yrkesaktivitet har høy andel uoppgitt, spesielt for kontakter med barn i skolealder. Generelt er andelen uoppgitt høyere i

skolehelsetjenesten. Den høye andelen uoppgitt for foreldres fødeland skyldes delvis at innvandrere ikke er noen aktuell kategori i mange av utvalgets små og mellomstore kommuner. Mange hadde derfor ikke fylt ut denne kolonnen. Revisjon av skjemaene viste at mange hadde en relativt fullstendig registrering av alle kjennetegn, mens det var en tendens til at oppgavegivere som hadde en relativt høy andel uoppgitt på et kjennetegn, også hadde relativt mye uoppgitt på andre kjennemerker ved brukeren. Inkonsistente opplysninger ble kodet som uoppgitt.

På grunn av den høye andelen uoppgitt, er opplysninger om foreldres utdanning og yrkesaktivitet utelatt i analyser av skolehelsetjenesten.

Undersøkelsen bygger på helsesøstrenes kunnskap om bakgrunnsegenskaper hos barnet og familien. Uten individ-identifiserbare data er det ikke mulig å kontrollere om helsesøsters opplysninger om familietype, utdanning, yrkesaktivitet og fødeland er riktige.

Også for tidsbrukundersøkelsen var kategoriene prekodet. Utgangspunktet for kategoriene var en tidsbrukundersøkelse fra 1986 (Paulsen 1990). Formålet var å kartlegge prioriteringen av ulike virksomhetsområder (skolehelsetjeneste, helsestasjon, annet arbeid) og aktivitetstyper (hjemmebesøk, individuelle konsultasjoner osv.). Erfaringene med registreringsopplegget viste at oppgavegiverne i en del tilfeller hadde fulgt ulik praksis i utfylling av skjemaene. Det er derfor publisert få opplysninger fra denne delen av undersøkelsen.

Det går også fram av skjemagrunnlaget når den enkelte helsesøster fullførte helsesøsterutdanningen, og hvor mange sykepleiere uten helsesøsterutdanning som fungerte i helsesøsterstilling.

Tabell 1.5. Antall kontakter i 14-dagersperioden med registrerte opplysninger om bruker. Andel med uoppgitt/ukjent registrering. Skole- og helsestasjonstjenesten

	0-6 år, helsestasjonstjeneste		7-18 år, skolehelsetjeneste	
	Antall	Prosent uoppgitt/ ukjent	Antall	Prosent uoppgitt/ ukjent
Kontakter i alt ¹	8 477	-	3 764	-
Opplysning i registreringsskjema:				
Kjønn	8 435	1	3 712	1
Tema for kontakten	8 258	3	3 526	5
Hvem tok initiativ til kontakten	8 313	2	3 643	2
Familietype	8 369	1	3 426	9
Foreldres fødeland	6 168	27	2 690	29
Mors utdanning	6 456	24	1 871	51
Foreldres yrkesaktivitet	7 607	10	2 454	35
Kontaktens resultat/henvisning	8 309	2	3 515	7
Kontaktens lengde i minutter	8 377	1	3 665	3

¹ Totalt ble det registrert 12 682 kontakter. 441 av kontaktene gjaldt brukere som var eldre enn 18 år, mens 69 kontakter hadde uoppgitt alder. Disse er ikke regnet med i tabellen over.

2. Helsesøstertjenestens kontaktflate med barnebefolkningen

Spørsmål som blir tatt opp i dette kapittelet er blant annet: Hvilke aldersgrupper prioriterer helsesøstrene i skole- og helsestasjonstjenesten? Hvor ofte er barn i ulik alder hos helsesøster, og hvor lang tid varer møtene med brukerne? Hvem tar initiativ til kontakt? Og hvilke tema blir tatt opp i samtalene mellom helsepersonell og brukere? I hvilket omfang henviser helsesøstrene brukerne til sosialkontor eller pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)?

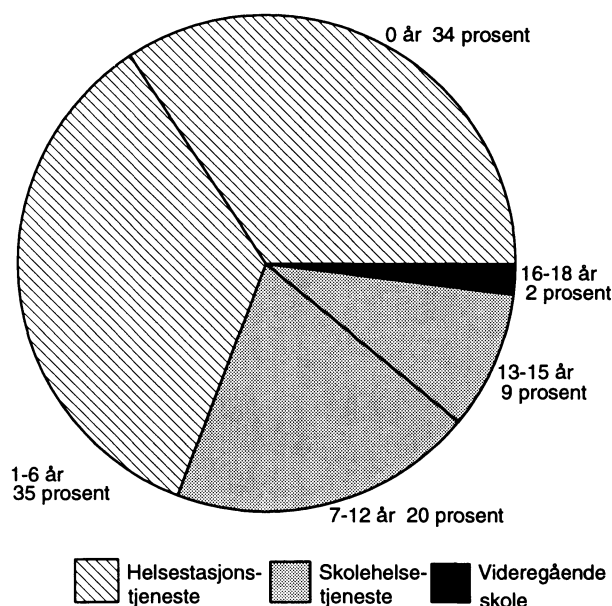
2.1. Aldersfordelingen:

Småbarnsomsorgen i fokus

Figur 2.1 viser aldersfordelingen for brukerkontaktene med barn og unge mellom 0 og 18 år. Helsesøstrenes arbeid konsentreres om de yngste aldersgruppene. Nesten 70 prosent av brukerkontaktene var med barn i førskolealder. Av disse var nesten halvparten med barn under 1 år. Hadde registreringen blitt foretatt ved årsskiftet, ville 0-åringene utgjort opp mot 40 prosent. Nesten 30 prosent av kontaktene var med barn i grunnskolealder, mens 2 prosent av kontaktene var med ungdom mellom 16 og 18 år. Denne aldersfordelingen er tilnærmet lik den Bård Paulsen fant i sin undersøkelse fra 1986 (Paulsen 1990:38). Helsesøstertjenestens fokus på de minste barna har dermed ikke øket de siste seks årene.

Figur 2.2 viser aldersfordelingen med ettårige aldersgrupper. Helsesøstrenes arbeid i helsestasjonstjenesten konsentreres om barn mellom 0 og 2 år og 4-åringene. Disse fire aldersklassene utgjør i overkant av 64 prosent av alle kontakter. De hyppige kontaktene i det første leveåret understreker et bilde av helsesøstertjenesten som først og fremst en småbarnsomsorg, der foresatte ofte besøker helsestasjonen og mottar hjemmebesøk av helsesøster. Øvrige aldersgrupper i førskolealder (3-, 5- og 6-åringene) utgjør bare 5 prosent av brukerkontaktene. Det er det anbefalte vaksinasjons- og helsekontrollprogrammet som gjenspeiles i aldersfordelingen (tabell 1.1). I løpet av barnets første levemåneder er det 11 anbefalte vaksinasjoner/

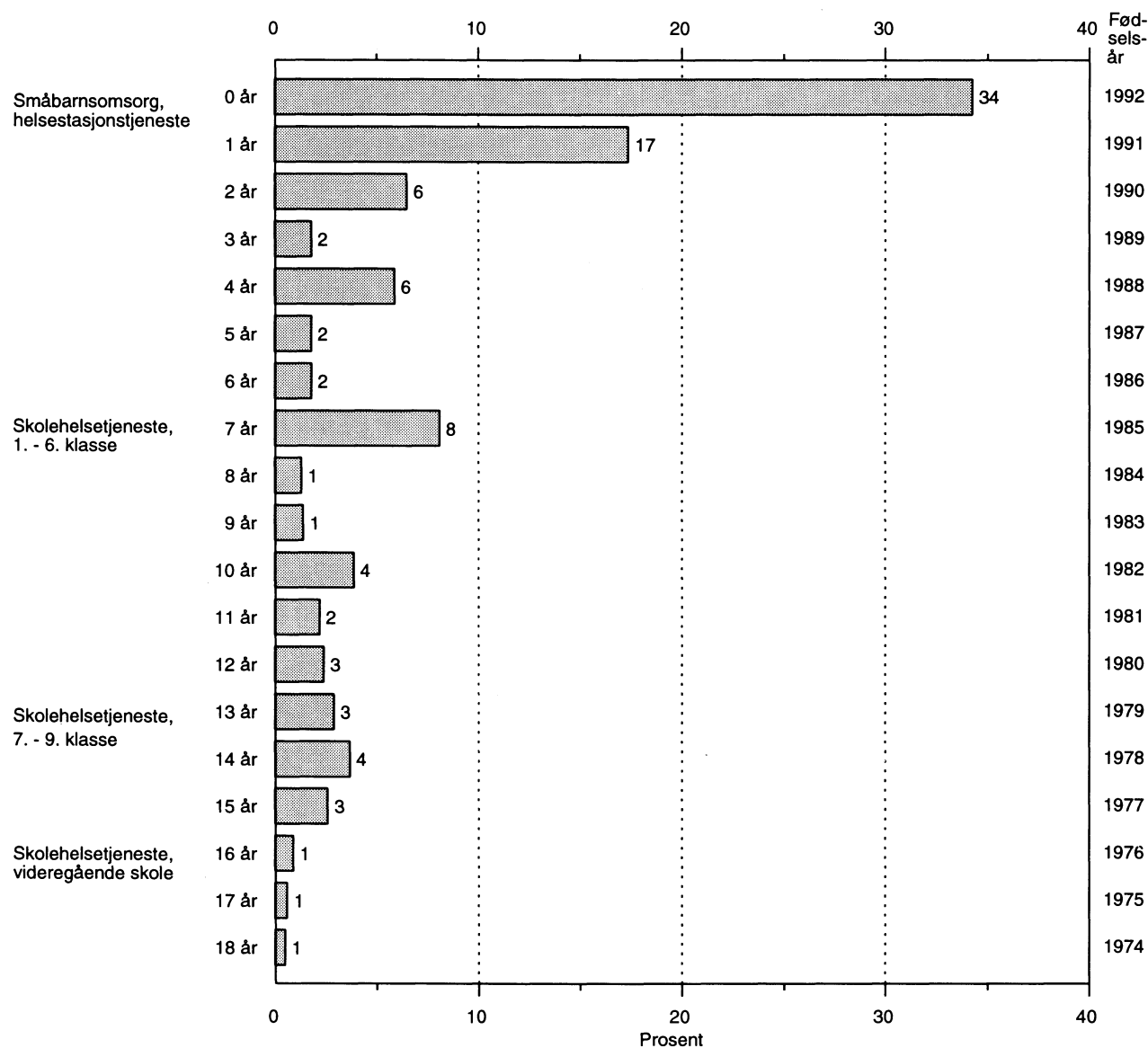
Figur 2.1. Antall brukerkontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter alder. Prosent. 26.10.-06.11. 1992 (N=12 201)



kontroller og hjemmebesøk. Ved 2 og 4 års alder er det helsekontroller.

I skolehelsetjenesten er 1. klassingene prioritert, og i noen grad 4. og 8. klassingene. Som nevnt finnes det ikke nyere retningslinjer for hvor mange helsekontroller skolehelsetjenesten skal utføre, mens vaksinasjoner er anbefalt ved 1., 5. og 6. klasse og en gang i ungdomsskolen. Den tidligere instruksens anbefaling om helsekontroll også i videregående skole (Irgens 1982) har ikke konsekvenser for dagens praksis. De relativt få registrerte kontakter med aldersgruppen 16-18 år var et resultat av initiativ fra brukeren (figur 2.3).

Figur 2.2. Brukerkontakter etter ettårige aldersgrupper. Prosent. (N=12 201)



Tabell 2.1. Antall brukerkontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter alder. Beregnet antall kontakter pr. innbygger i løpet av året. Gjennomsnittlig lengde pr. kontakt. 1992

	Antall barn, nettoutv. ¹	Antall kontakter	Antall kontakter pr. barn i aktuell aldersgruppe ²	Tid pr. kontakt (minutter)
I alt	178 360	11 479	21	23
Småbarnsomsorg, 0 år	13 452 (1 årskl.)	4 023	7 ³	23
Helsestasjonstjeneste, 1-6 år	72 494 (6 årskl.)	4 122	8	23
Barneskole, 7-12 år	61 721 (6 årskl.)	2 261	4	19
Ungdomsskole, 13-15 år	30 693 (3 årskl.)	1 073	2	18

¹ Tallet er gjennomsnittet fra 1.1.1992 og 1.1.1993 (middelfolkemengden i 1992).² Antall kontakter pr. innbygger i løpet perioden er beregnet slik: Hvis a = antall kontakter i aktuell aldersgruppe i 14-dagersperioden / 2, b = antall arbeidsuker i året (46 for helsestasjonstjenesten, 36 for skolehelsetjenesten), c = antall årsklasser i den aktuelle aldersgruppen og d = middelfolkemengden for den aktuelle aldersgruppe i nettoutvalgskommunene/bydelene, så er antall kontakter = a·b·c/d.³ Omfanget av 0-åringer er noe underrepresentert fordi registreringen ble foretatt i oktober/november, mens middelfolkemengden er beregnet pr. 1. januar.

2.2. Hvor ofte har barna kontakt med helsesøster?

Tabell 2.1 viser hvor ofte brukerne har kontakt med helsesøster. I løpet av sitt første leveår har barna sju kontakter. Dette anslaget ligger omtrent 10 prosent for lavt fordi det som nevnt ikke var noen full årsklasse 0-åringene da registreringen ble foretatt. Resten av førskolealderen har barnet omtrent åtte kontakter med helsesøster. Barnet har fire kontakter i løpet av barneskolen og to kontakter i løpet av ungdomsskolen.

En kontakt tar gjennomsnittlig omtrent 22 minutter. Det brukes noe mindre tid på kontaktene i skolehelsetjenesten. Dette tyder på at det individrettede arbeidet i skolehelsetjenesten er noe mer rutinemessig og rettet mot massevaksinasjon, og i mindre grad enn helsestasjonstjenesten basert på samtaler med brukeren.

Tabell 2.2 viser at den gjennomsnittlige kontakthypigheten er tilstrekkelig til å gjennomføre det anbefalte vaksinasjons- og helsekontrollprogrammet. Kontakthypigheten er godt over det nivået som er nødvendig for å gjennomføre minimumskravet, dvs. kun de anbefalte vaksinasjoner.

Vaksinasjon forutsetter ikke at kontakten mellom helsepersonell og brukere har "et samtaleelement på minst 10 minutter". På grunn av 10 minutterskriteriet vil det faktiske antall kontakter ligge høyere enn det tabellen beskriver. Av samme grunn vil tid pr. kontakt i tabell 2.1 ligge høyere enn faktisk tid pr. kontakt.

Resultatene beskriver gjennomsnittsmål som skjuler variasjoner i kontakthypighet mellom enkeltkommuner og ulike brukergrupper (kapittel 3 og 4).

2.3. Brukerkontaktene er helsesøsters initiativ

Kontakten med brukerne er i stor grad styrt av helsesøstrene. Over tre fjerdedeler av kontaktene

som fant sted i 14-dagersperioden var et resultat av helsesøsters initiativ, mens brukerne tok initiativ til 19 prosent og skole/andre tok initiativ til 3 prosent av kontaktene (figur 2.3).

Kontakten med barn i førskolealder og barneskole var noe oftere et resultat av helsesøsters initiativ. For ungdomsskolebarna sank andelen helsesøsterinitierte kontakter, mens kontaktene med barn i alderen 16-18 år i et flertall av tilfellene var et resultat av initiativ fra brukeren selv. I den grad det var kontakter med denne aldersgruppen, var det brukere som aktivt oppsøkte helsesøster.

Tabell 2.3 viser at helsesøstertjenestens fokus på små barn blir enda mer utpreget dersom vi ser på aldersfordelingen i de helsesøsterinitierte kontaktene. Av totalt 9 081 helsesøsterinitierte kontakter gjaldt 72 prosent barn i førskolealder. Også for brukerne er helsesøstertjenesten viktigst de tre første leveårene. Men det ser ut til at barn i skolealder, spesielt ungdomsskolealder, oppsøker helsesøster noe oftere enn helsesøstertjenesten selv legger opp til. Aldersgruppen 12-18 år utgjorde 21 prosent av de brukerinitierte kontaktene, mens samme aldersgruppe utgjorde 11 prosent av de helsesøsterinitierte kontaktene.

Når det gjelder andelen kontakter etter initiativ fra skolen, varierer disse lite med alder. I overgangen mellom barne- og ungdomsskole er skolen mer aktiv overfor helsesøstrene enn ellers. Det ser ut til at helsesøstertjenesten involveres i barns problemer via skolen. Kontaktene med 7. klassinger som fant sted etter henvisning fra skolen tematiserte ofte psykiske og psykosomatiske problemer (43 prosent), mens 40 prosent av disse kontaktene gjaldt mistanke om funksjonshemninger (se avsnitt 2.4).

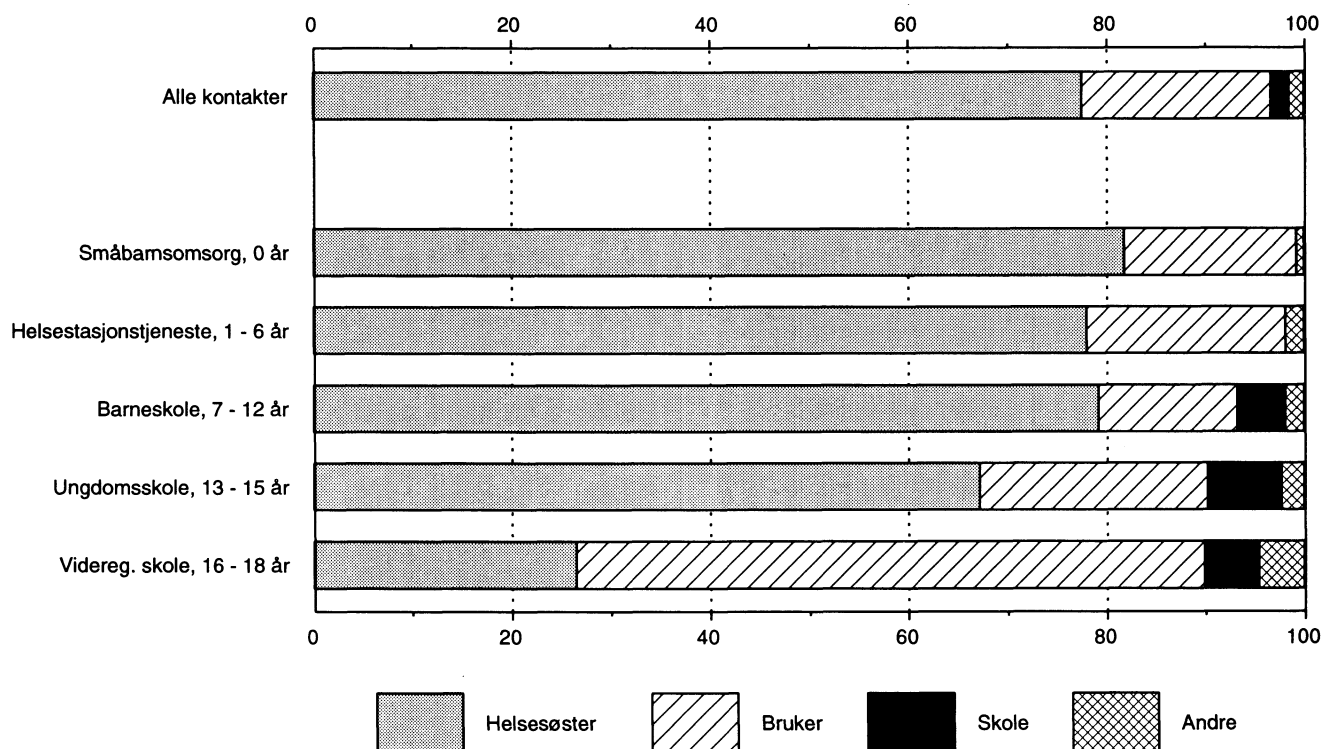
Som nevnt bruker helsesøster noe lenger tid på kontaktene i helsestasjonstjenesten enn kontaktene i skolehelsetjenesten. Det ville være naturlig at

Tabell 2.2. Antall registrerte brukerkontakter og antall kontakter ved helsesøster som er nødvendig for å gjennomføre anbefalt vaksinasjons- og helsekontrollprogram, etter alder

	Antall beregnede kontakter (jf. tab. 2.1)	Antall nødvendige kontakter for gjennomføring anbefalt program ¹	Antall nødvendige kontakter for gjennomføring av minimumskrav ²
I alt	21	19	7
Helsestasjonstjeneste, 0-6 år	15	15	7
Barneskole, 7-12 år	4	3	-
Ungdomsskole, 13-15 år	2	1	-

¹ Jf. Helsedirektoratet 1990a, 1990b (se tabell 1.1).

² Jf. Sosialdepartementet 1989:150 (se side 13).

Figur 2.3. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter initiativ¹ og alder. Prosent. 26.10.-06.11. 1992

¹ I noen kontakter er både bruker og helsesøster oppført som den som tok initiativ til samtalen. Kontakter der brukeren er ført opp først, er kodet som brukerinitierte, mens kontakter der helsesøster er ført opp først, er regnet som kontakter der helsesøster tok initiativ.

brukerinitierte kontakter oftere springer ut av et problem, og derfor vil være mer tidkrevende. I helsestasjonstjenesten er faktisk de brukerinitierte kontaktene noe kortere enn kontakter der helsesøster tar initiativ (21 mot 23 minutter pr. kontakt). I skolehelsetjenesten er det motsatt. Mens kontakter som fant sted etter initiativ fra helsesøster i gjennomsnitt varte 18 minutter, varte kontakter brukeren selv tok initiativ til i 21 minutter. Kontakter som fant sted etter initiativ fra skolen varte i gjennomsnitt 24 minutter.

2.4. Jenter i skolealder er oftere hos helsesøster

Blant de 0-årige brukerne er det en svak overvekt av gutter. Dette gjelder i enda større grad for årsklassene 1-6 år. I barneskolen er det fortsatt en svak overvekt av gutter blant brukerne, mens det i ungdomsskolen er noen flere jenter blant brukerne. Dette samsvarer med det vi vet om kjønnsfordelingen for kontakter med allmennpraksis (Rutle 1984: 42). Blant brukere i alderen 16 og 18 er det en vesentlig overvekt av jenter. Overvekten av jenter blant brukerne i skolehelsetjenesten er mer tydelig dersom vi ser på kontakter der brukerne tok initiativ. Vi får en tydelig overvekt jenter alt i grunnskolen. Vi vet ikke om dette skyldes at jenter

har flere problemer enn gutter, eller om jenter har lettere for å be om hjelp. At de aller fleste helsesøstrene er kvinner (kapittel 5) kan ha noe å si for den skjeve kjønnsfordelingen.

2.5. Hvilke tema ble tatt opp i kontaktene?

I registreringsskjemaet ble helsesøster bedt om å gi opplysninger om hvilke tema som ble tatt opp i møtene med brukerne. I kategoriseringen av temaene ble det tatt utgangspunkt i en undersøkelse fra 1986 (Paulsen 1990:51). Informantene er helsesøstre. Det er derfor helsesøstrenes erfaringer vi får vite noe om. Arbeidsmåte, personlig stil og tilnærming til brukerne vil variere fra helsesøster til helsesøster. Noen kan oppnå god kontakt og kommunikasjon med brukerne, og dermed få tematisert en større del av brukernes problemer enn helsesøstre som arbeider under et sterkt tidspress.

Et flertall av kontaktene kan betegnes som rutinekontakter. Som aldersfordelingen har vist, er generelle helsekontroller/vaksinasjoner dominerende. Helsesøster oppgav at det i 74 prosent av kontaktene ikke ble tematisert spesielle problemer, eller at kontakten gjaldt alminnelige somatiske problemer. Søvn- og ernæringsproblemer ble tematisert i 20 prosent av kontaktene. Kontakter

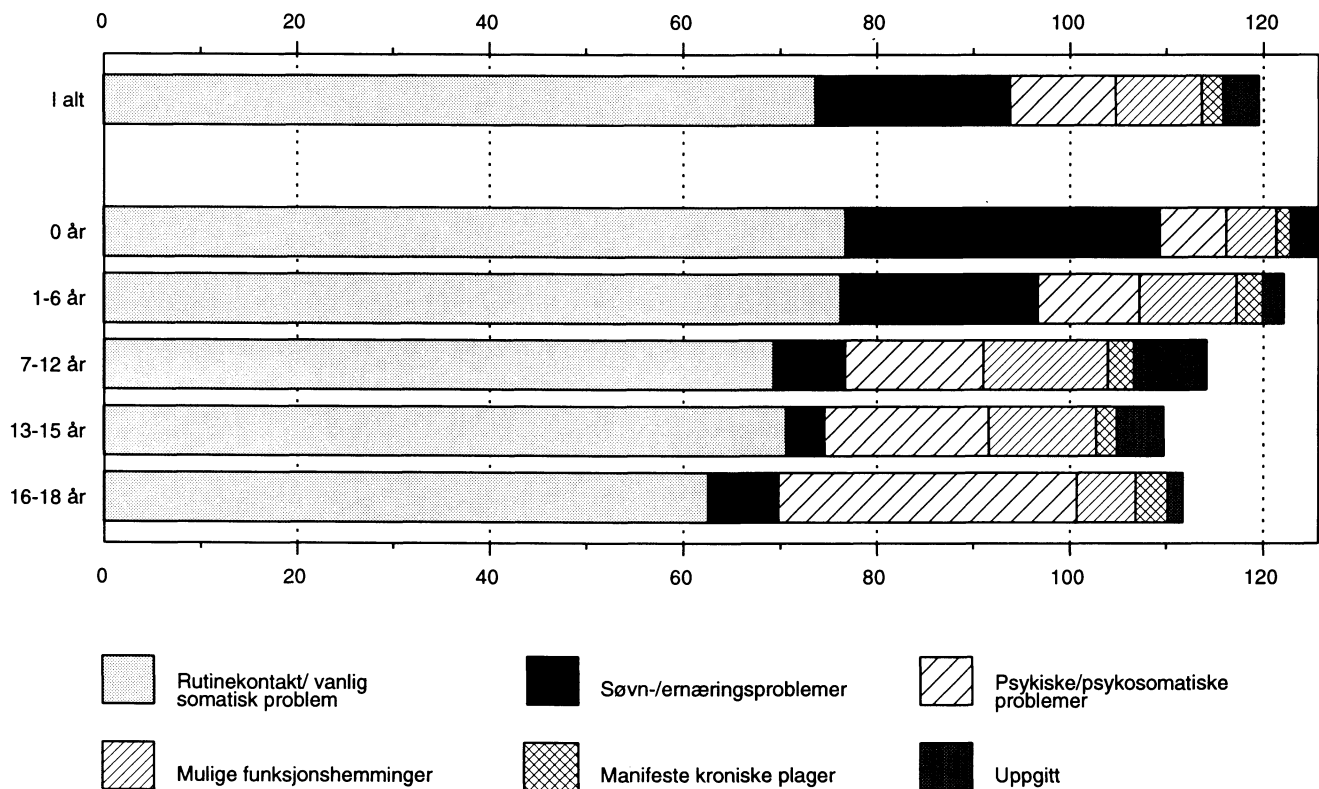
Tabell 2.3. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter initiativ og brukers alder. Antall og prosent. 26.10.-06.11.1992

	Hvem tok initiativ til kontaktene?							
	Prosent				Antall			
	Helse-søster	Bruker ¹	Skole	Andre	Helse-søster	Bruker	Skole	Andre
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	9 081	2 242	406	171
Småbarnsomsorg								
0 år	36,2	31,1	-	15,2	3 291	698	202	26
Helsestasjons- virksomhet								
1 år	18,1	16,7	-	7,0	1 643	375	-	12
2 "	6,2	8,3	-	8,8	559	186	-	15
3 "	1,1	4,3	-	7,0	104	97	-	1
4 "	6,6	3,4	-	8,8	596	76	-	15
5 "	1,6	2,7	-	2,3	149	61	-	4
6 "	1,8	1,5	-	5,3	164	34	-	9
Barneskole								
7 år	9,6	2,1	9,9	2,3	874	46	20	4
8 "	0,8	2,2	12,4	5,3	76	49	25	8
9 "	0,9	2,2	7,9	4,7	84	50	16	9
10 "	4,1	2,5	10,9	4,1	373	57	22	8
11 "	2,1	1,7	8,4	3,5	195	39	17	7
12 "	2,1	3,4	5,4	2,3	189	76	11	6
Ungdomsskole								
13 år	2,4	3,1	19,8	5,3	221	70	40	4
14 "	3,5	3,8	10,3	2,3	317	85	21	7
15 "	2,0	4,1	9,4	4,1	183	92	19	4
Videregående skole								
16 år	0,5	2,4	3,0	8,2	42	54	6	7
17 "	0,2	2,0	2,0	4,1	16	45	4	0
18 "	0,1	2,3	1,5	2,3	5	52	3	4

¹ I noen kontakter er både bruker og helsesøster oppført som den som tok initiativ til samtalen. Tilfeller der brukeren er ført opp først, er kodet som brukerinitierte kontakter, mens kontakter der helsesøster er ført opp først, er regnet som kontakter der helsesøster tok initiativ.

Tabell 2.4. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter kjønn, alder og initiativ. Prosent. 26.10.-06.11.1992

	Sum	Gutt	Jente
Antall kontakter i alt			
Spedbarnsomsorg, 0 år	100	51	49
Helsestasjonstjeneste, 1-6 år	100	53	47
Barneskole, 7-12 år	100	51	49
Ungdomsskole, 13-15 år	100	47	53
Videregående skole, 16-18 år	100	26	74
Antall kontakter der bruker tok initiativ			
Spedbarnsomsorg, 0 år	100	50	50
Helsestasjonstjeneste, 1-6 år	100	53	47
Barneskole, 7-12 år	100	45	55
Ungdomsskole, 13-15 år	100	34	66
Videregående skole, 16-18 år	100	16	84

Figur 2.4. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter alder og kontaktens tema/probleminnhold¹. Prosent. 26.10.-06.11.1992

¹Rutinekontakt/vanlig somatisk problem: Denne kategorien gjelder de kontakter der helsesøster oppgir at brukeren "ikke hadde noe spesielt problem", eller hadde "lettere allergier, utslett, forkjølelser, feber, barnesykdommer, småsår, svangerskapsrelaterte plager o.l." Søvn- og ernæringsproblemer inkluderer temaene "vektøkningsproblemer, amming, kolikk, lettere søvnproblemer osv." Psykiske/psykosomatiske problemer inneholder "uklare problemtilstander som depresjoner, passivitet, spiseforstyrrelser, søvnløshet osv". Kategorien mulige funksjonshemninger gjaldt kontakter der det forelå "mistanke om mulig funksjonshemming". Helsesøstrene ble bedt om å føre opp det dominerende problemet. I en del tilfeller var flere problemer aktuelle, slik at det ikke var mulig å definere gjensidig utelukkende kategorier. Beskrivelsen av tema for kontakten (vedlegg) inkluderer tema som kan gjelde både for foresatte og barn (f.eks. amming og svangerskapsrelaterte plager), uten at skjema grunnlaget skiller mellom primærbrukeren (barnet) og foresatte/foreldre. Kontaktene i skolehelsetjenesten vil som regel være med barnet selv.

Tabell 2.5. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter initiativ og henvisning til PPT/sosialtjenesten. Prosent

	Sum	Hvem tok initiativ til kontakten?				(N)
		Helse-søster	Bruker	Skole	Andre	
Alle kontakter						
Helsestasjonstjenesten	100	80	19	—	1	(8175)
Skolehelsetjenesten	100	72	20	6	2	(3594)
Kontakter med henvisning til PPT/Sosialkontor						
Helsestasjonstjenesten	101	65	21	—	15	(165)
Skolehelsetjenesten	100	42	10	32	16	(105)

der det var mistanke om funksjonshemminger knyttet til syn, hørsel, luftveier eller andre funksjonshemminger ble kategorisert som mulige funksjonshemminger. Denne kategorien ble brukt i 9 prosent av kontaktene. Psykiske/psykosomatiske problemer ble beskrevet som "uklare og diffuse problemtilstander som aggressivitet, spiseforstyrrelser, depresjoner og søvnløshet". I alt 11 prosent av brukerkontaktene tok opp psykiske/psykosomatiske problemer.

I helsestasjonstjenesten dominerte rutinekontakter og søvn-/ernæringsproblemer. I møtene med skolebarn endte oftere kontaktene med mistanke om funksjonshemminger. Psykiske og psykosomatiske problemer var relativt hyppige tema i møtene med skolebarn, og oftere jo eldre barna ble.

2.6. Henvisninger til sosialkontor/pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)

I alt 165 kontakter i helsestasjonstjenesten endte med henvisning til pedagogisk psykologisk tjeneste eller sosialkontor. Dette innebærer at helsesøster i to av 100 kontakter her viste brukeren videre til PPT eller sosialkontor. I skolehelsetjenesten førte 105 av kontaktene til henvisning, dvs. at tre av 100 kontakter med skolebarn. Er dette brukere som oppsøker helsesøstrene for å få hjelp? Fordelt på initiativ viser det seg at 21 prosent av kontaktene i helsestasjonstjenesten og 10 prosent av kontaktene i skolehelsetjenesten kom i stand etter initiativ fra helsesøster. Tilsvarende fordeling for alle kontaktene var 19 prosent og 10 prosent. Det er altså i stor utstrekning brukere som helsesøster selv har tatt initiativ til kontakt med, som blir henvist til sosialkontor eller PPT. Skolen kanaliserte til sammen 203 elever til helsesøster (tabell 2.3). I alt 34 av disse kontaktene (32 prosent av alle kontakter med skolebarn som endte med henvisning) førte til henvisning til sosialkontor eller PPT.

2.7. Oppsummering

Brukernes aldersfordeling i helsesøstertjenesten gjenspeiler helsesøstrenes rolle som iverksetter av vaksinasjons- og helsekontrollprogrammet anbefalt av de helsepolitiske myndigheter. Programmet bygger på medisinske kriterier, blant annet epidemiologisk kunnskap om smittepresset i det enkelte land, og immunologisk kunnskap om ulike aldersgruppers respons på vaksiner. Som en konsekvens av dette programmet, er helsesøstrenes arbeid konsentrert om barn i de første leveårene.

I noen grad oppsøker brukerne helsesøster på eget initiativ. Også for brukerne er helsesøstertjenesten viktigst i småbarnsperioden. I ungdomsskolen er imidlertid en større andel kontakter initiert av brukerne. Disse kontaktene er kjennetegnet ved at det er en overvekt jenter, og at psykiske og psykososiale problemer ofte blir tematisert.

Verken hjemmebesøk, vaksinasjoner eller helsekontroller er obligatoriske. Brukerne har anledning til å vegre seg mot tilbudet fra helsesøster. Besøksfrekvensen som ble beregnet på grunnlag av 14-dagersregistreringen, tyder på at det er god oppslutning om helsesøstrenes tilbud. Den generelle besøksfrekvensen er tilstrekkelig til å gjennomføre vaksinasjons- og kontrollprogrammet. Tilbudet synes å være noe brukerne selv ønsker, i den grad frivillig frammøte er en indikator på oppslutning om tjenesten.

3. Helsesøstertjenestens møte med innvandrere og eneforelderfamilier

3.1. Forebyggende helsearbeid - til de som trenger det mest?

Det er vanlig å skille mellom universalistiske og selektive måter å organisere velferdstjenestene på. *Universalistiske tjenester* er tilgjengelig for alle, det er ikke administrative retningslinjer som avgjør hvem som skal få tjenesten. Universelle tjenester har to viktige fortrinn: Fraværet av behovskriterier gjør at brukeren unngår å komme i en avmakts-situasjon overfor tjenesteyteren. Og det er enklere å få gjennomslag for tiltak som opprettholder eller forbedrer tjenesten, fordi alle er potensielle brukere. *Selektive tjenester* bygger på at det er de som trenger det mest som skal motta tjenester. Dette innebærer at behovskriterier og administrative beslutninger bestemmer hvem som skal motta tjenesten. Tjenestene skal rettes mot dem som trenger det mest, slik at samfunnet får mest mulig ut av de offentlige midlene.

Helsesøstertjenesten er organisert etter et universalistisk prinsipp. En vesentlig del av helsesøstrenes arbeid går med til rutinemessige innkallinger. I kapittel 2 har vi sett at kontakthyppheten er aldersavhengig, og at alderssammensetningen i stor grad styres av retningslinjene i vaksinasjons- og helsekontrollprogrammet som omfatter hele barnebefolkningen. Selv om helsesøstertjenesten organiseres etter et universalistisk prinsipp, kan universalistiske strukturer være et gunstig utgangspunkt for positiv diskriminering til fordel for de som virkelig trenger tjenestene (Knudsen 1989: 21). De fleste velferdstjenester har en fordelingspolitisk ambisjon om å utjevne ulikheter i levekår. Dette innebærer at utsatte grupper nødvendigvis må få et utvidet tilbud. I det individrettede arbeidet må helsesøstre forholde seg til den enkelte brukers unike livssituasjon. Helsemessige avvik skal oppdages, det skal gis veiledning og informasjon, og brukerne skal selv få tid til å ta opp problemer. I en situasjon med knapphet på personellressurser, vil helsesøstre stå overfor valget mellom å gi alle det samme til-

budet eller bruke mer tid på enkeltindivider eller grupper.

Fungerer helsesøstertjenesten etter et universalistisk prinsipp, samtidig som utsatte brukergrupper får et utvidet tilbud? En analyse av innvandrere og enslige forsørgeres møte med helsesøstertjenesten kan kaste lys over dette spørsmålet. Under vil det bli undersøkt om:

- Innvandrere og eneforelderfamilier oftere er hos helsesøster enn andre.
- Innvandrere og eneforelderfamilier har mer tidkrevende kontakter enn andre.
- Kontakter med innvandrere og eneforelderfamilier tar opp flere problemer.

3.2. Helsesøstertjenestens kontakt med eneforelderfamilier

I registreringsperioden ble helsesøster bedt om å registrere familietype og barnets alder. Vi kan dermed gi opplysninger om ulike familietypers møte med helsesøstertjenesten. For kontakter med barn under sju år var det bare 1 prosent av kontaktene som ikke hadde opplysninger om familietype, for kontakter med barn i skolealder var andelen uopp-gitt 9 prosent (jf. tabell 1.5). Analysen fokuserer derfor på kontakter med helsestasjonstjenesten. Eneforelderfamiliene omfatter gruppene enslige med et barn og enslige med flere barn. Skjema-grunnlagets (se vedlegg) familietypologi anvendte kategoriene *mor og far gift/samboende, enslig med et barn, enslig med flere barn, mor og far gift/samboende med ny partner og andre familietyper*. Ut fra resultatene i helsesøstrenes registrering og andre analyser av eneforelderfamilier, gjøres enkelte generaliseringer om denne gruppens levekårssituasjon og bruk av helsesøstertjenesten. Det må understrekes at dette er empiriske generaliseringer som ikke alltid gjelder på individnivå.

3.2.1. Eneforelderfamiliers levekårssituasjon og behov for helsetjenester

Det er vanlig å sette sykkelighet i sammenheng med vanskelige levekårsforhold som arbeidsløshet, sosial isolasjon og familieoppløsning. Vi vet at en rekke levekårskomponenter er skjevfordelt i eneforelderfamiliers disfavør. Dette innebærer at forebyggingspotensialet er relativt stort for denne gruppen. Om sykkelighet rammer barn fra ulike sosiale grupper ulikt er mer uklart. Köhler referer imidlertid en undersøkelse som dokumenterer at lav fødselsvekt har sammenheng med barnets sosioøkonomiske bakgrunn (Köhler 1990: 187), og kontroll av fødselsvekten er en viktig oppgave for helsestasjonstjenesten.

At eneforelderfamiliers livssituasjon på flere områder avviker fra den situasjon familier med to foreldre befinner seg i, kan vises med tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser og helsesøstrenes egen registrering.

Tabell 3.1 gir en oversikt over selvrapportert sykkelighet og andre levekårsindikatorer for kvinner med barn under 15 år. Andelen med langvarig sykdom og andelen med nervøse lidelser er høyere for eneforelderfamilierne. Viktige levekårskomponenter som utdanning, inntektsforhold og yrkesaktivitet er skjevfordelt i eneforelderfamilierne disfavør. Spesielt når det gjelder materielle levekår, er det

betydelige kontraster mellom eneforelderfamilierne og andre familietyper. Mens 47 prosent av eneforelderfamilierne med barn under 15 år oppgir at de ikke har muligheter til å klare en uforutsett regning på 2 000 kroner, var tilsvarende andel for par 13 prosent. Eneforelderfamilierne fremtrer derimot ikke som mer sosialt isolerte enn andre.

Også helsesøstrenes registrering bekrefter at levekårskomponenter som utdanning og yrkesaktivitet er skjev fordelt i eneforelderfamilierne disfavør: Tilhører barna eneforelderfamilier, er sannsynligheten for at begge foreldrene ikke er yrkesaktive tre til fire ganger høyere enn ellers. Helsesøstrene oppgir at omtrent halvparten av barna i førskolealder har to yrkesaktive foreldre. For eneforelderfamilierne var begge foreldrene yrkesaktive i 18 prosent av tilfellene. I overkant av 20 prosent av mødrene med barn mellom 0 og 6 år (helsestasjonstjenesten) hadde utdanning på grunnskolenivå. Andelen med grunnskoleutdanning er omtrent dobbelt så høy for eneforelderfamilier med ett eller flere barn, mens andelen med høyere utdanning enn videregående skole er bare halvparten så høy hos eneforelderfamilier.

Av resultatene om eneforelderfamilierne levekårs-situasjon må vi forvente at denne brukergruppen bruker helsesøstertjenesten relativt mye.

Tabell 3.1. Barnefamiliers levekår. Helse, boforhold, utdanning, lønn, sysselsetting og materielle goder. Familietype. 1991

	Alle	Kvinner med barn 0-15 år		
		Alle	Enslige forsørgere	Par med barn
Helse				
Andel med langvarig sykdom	51	44	52	43
Andel med hyppige symptomer på nervøse lidelser	7	4	8	4
Sosial kontakt og nærmiljø				
Andel som er uten fortrolig venn	18	7	5	7
Andel som sjelden har kontakt med/er uten familiemedlemmer	12	16	9	17
Utdanning				
Andel med utdanning utover grunnskole	61	76	66	77
Lønn, sysselsetting, materielle goder				
Andel sysselsatte	64	75	52	78
Andel sysselsatte foregående år som var langtidsledige	6	8	22	6
Andel som er lavtlønte	32	44	53	43
Andel som ikke hadde mulighet til å klare en uforutsett regning på 2 000 kroner	14	18	47	13
Tallet på personer som svarte	3755	629	79	550

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, Statistisk sentralbyrå.

3.2.2. Helsepolitiske signaler om differensiering mellom brukergrupper i skole- og helsestasjonstjenesten.

Det er en generell målsetting at helsetjenesten skal arbeide for å utjevne forskjeller i helsetilstand. Prinsipper om differensiering mellom ulike brukergrupper i skole- og helsestasjonstjenesten er i liten grad nedfelt i lover og forskrifter. Helsetilsynets veileder for helsestasjonsarbeid fokuserer imidlertid på enkelte brukergruppers behov for spesielle tiltak (Helsedirektoratet 1990: 38-40). Dette er familier med barn med kroniske sykdommer eller alvorlige handikap, og familier som på grunn av boligforhold, rusmiddelbruk eller andre psykososiale forhold krever spesiell oppfølging. Barn som antas å tilhøre en av disse risikogrupperne skal få hyppigere oppfølging, hjelp og avlastning. Barn i risikogrupper anbefales å ha årlige fremmøter på helsestasjonen frem til skolealder. Også helsedirektoratets retningslinjer begrunner en forventning om at eneforelderfamilier bruker helsesøstertjenesten relativt mye.

3.2.3. Er eneforelderfamilier sjeldnere hos helsesøster enn andre?

Tabell 3.2 viser hvordan aldersgruppen 0 - 6 år fordeler seg på familietype. Ifølge Statistisk sentralbyrås familiestatistikk utgjorde eneforelderfamilier med ett eller flere barn 18 prosent av familiene i utvalgskommunene/bydelene. Av disse var 8 prosent familier med ett barn.

I helsesøstrenes registrering utgjorde eneforelderfamilier med ett eller flere barn til sammen 10 prosent av de kontakter helsesøster tok initiativ til i 14-dagersperioden (tabell 3.3). Det er altså en markert mindre andel eneforelderfamilier i helsesøstrenes registrering enn det familiestatistikken antyder. Det er særlig i perioden med hyppige kontakter (første leveår) at forskjellen mellom de to registreringene er stor. For 4-åringene var andelen eneforelderfamilier økt til 16 prosent i helsesøstrenes registrering.

Forskjellen i andel eneforelderfamilier i de to registreringene kan skyldes at eneforelderfamilier er en underrepresentert brukergruppe i helsesøstrenes arbeid. Forskjellen kan også ligge i at det er to ulike registreringsmåter som er brukt. På denne bakgrunnen er det vanskelig å trekke noen entydig konklusjon om eneforelderfamiliers eventuelle underrepresentasjon.

Enkelte forhold som har med registreringsmåten¹ å gjøre, gir grunn til å anta at andelen eneforelderfamilier i tabell 3.2 er for høy, blant annet fordi familiestatistikken ikke fanger opp samboende foreldre som ikke har meldt flytting til felles adresse. I tillegg vil barn som bor i familier der barnets far eller mor er samboende med ny partner regnes som eneforelderfamilier i familiestatistikken.

Tabell 3.2. Antall barn 0-6 år etter alder og familietype. Prosent. 01.01. 1993. Utvalgskommuner/bydeler

	Sum	Familietype			
		Enslig med ett barn	Enslig med flere barn	Mor og far gift/samboende ²	Andre familietyper ¹
I alt	100	10	8	80	2
0 år	101	12	5	82	1
1-6 år	101	10	9	80	2

¹ "Andre familietyper" er barn som bor sammen med søsken, stemor/stefar, barnehjemsbarn og adoptivbarn der adopsjonen ikke er formelt i orden, og barn som bor sammen med en av foreldrene dersom denne er gift med en person som ikke er barnets biologiske far/mor. ² Statistikken fanger kun opp samboende foreldre med felles barn dersom de er registrert bosatt på samme adresse. Det vil forekomme tilfeller der samboere med felles barn unnlater å melde flytting til samme adresse. Kilde: Statistisk sentralbyrås familiestatistikk.

¹ Familier der barnet som bor sammen med en av foreldrene og stefar/stemor regnes som eneforelderfamilier i familiestatistikken dersom de voksne er *samboende* (barn i slike familier betegnes ofte som særkullsbarn). Denne feilkilden øker med barnas alder, ettersom oppløsning av skilsmisser og oppløsning av samboerskap resulterer i flere familier der barnet bor sammen med den ene av foreldrene og dennes samboer. Andelen eneforelderfamilier er derfor for høy i familiestatistikken. Dette er nok en viktig del av forklaringen på at "andre familietyper" utgjør en større andel i helsesøstrenes registrering. I denne registreringen blir særkullsbarn spesifisert som egen kategori, også når foreldrene er samboende med ny partner. Særkullsbarn er inkludert i "andre familietyper" i tabell 3.3. Da denne familietypen utgjør 3 prosent i helsesøstrenes registrering, kan ikke dette være hele forklaringen på forskjellen mellom de to registreringene. Noen *samboende* foreldre vil unnlate å melde flytting til felles adresse. Disse vil bli registrert som enslige i familiestatistikken.

Tabell 3.3. Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år der helsesøster tok initiativ, etter alder og familietype. Prosent. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler

	Sum	Familietype ¹				(N)
		Enslig med ett barn	Enslig med flere barn	Mor og far gift/ samboende	Andre familietyper	
I alt	101	6	4	88	3	(6073)
0 år	100	5	3	90	2	(3034)
1 år	100	5	3	89	3	(1552)
2-3 år	101	8	5	85	3	(620)
4 år	100	9	7	80	4	(565)
5-6 år	100	5	6	85	5	(302)

¹Registreringsskjemaet hadde svaralternativene "enslig med 1 barn", "enslig med flere barn", "mor og far gift/samboende", "mor eller far gift/samboende med ny partner" og "andre". I tabellen inkluderer "andre familietyper" de to sistnevnte kategoriene.

Det finnes grunner til å anta at eneforelderfamilier er en underrepresentert brukergruppe. For eksempel kan boforhold (kortvarige leieforhold) og hyppigere flyttinger gjøre denne gruppen vanskeligere å nå for helsesøster. Levekårsundersøkelsen for 1991 viste at nesten halvparten av alle enslige mødre hadde bodd under fem år der de hadde sin adresse på intervjutidspunktet. Målt på denne måten var enslige forsørgeres flyttehyppighet dobbelt så høy som for par med barn (tabell 3.4).

En undersøkelse fra 1982 bekrefter at barn som flytter mye har relativt lav vaksinasjonsdekning, og blir fulgt vesentlig dårligere opp enn andre (Solberg og Johansen 1984). En annen forklaring kan være at eneforelderfamilier oftere enn andre velger å holde seg borte fra helsestasjonen, eller kvier seg for å ta kontakt. I de neste avsnittene skal vi se at kontakter med eneforelderfamilier er relativt tidkrevende, og at problemer oftere dukker opp i samtaler med eneforelderfamilier. Dette kan uttrykke en bekymring fra helsesøsters side om barnets omsorgssituasjon som kan skape uro hos foreldrene. Det forebyggende helsearbeidet har også et element av overvåkning og kontroll.

Etter barnevernsloven har alle offentlige instanser plikt til å melde fra til barnevernet ved tilfeller av omsorgssvikt eller adferdsavvik. Av i alt 14 358 barnevernssaker i 1992 var nesten 9 prosent meldt av helsestasjon (Statistisk sentralbyrå 1993). Eneforelderfamiliene utgjorde halvparten av sakene som var meldt av helsestasjon.

Vi må anta at helsesøstertjenesten er en tjeneste som har relativt lav terskel for kontakt sammenlignet med for eksempel sosialtjenesten. Helsesøstertjenesten blir i motsetning til sosialtjenesten ikke ansett som belastende å ha kontakt med. "Alle" er jo hos helsesøster. Er det slik at eneforelderfamilier oftere enn andre selv tar initiativ til kontakt? I tabell 3.6 ser vi at 18 prosent av kontaktene med enslige med flere barn var et resultat av brukers initiativ. Tilsvarende for kontakter med enslige med ett barn var 20 prosent. Dersom mor og far var samboende var andelen brukerinitierte kontakter 18 prosent. Andelen brukerinitierte kontakter er altså omtrent den samme for eneforelderfamiliene som for kontakter med familier der barnet bor sammen med begge foreldrene.

Tabell 3.4. Barnefamiliers levekår. Boforhold og nærmiljø. 1991

	Alle	Kvinner med barn 0-15 år		
		Alle	Enslige forsørgere	Par med barn
Boforhold				
Andel som leier uten innskudd, bor i tjenestebolig eller på framleie	14	13	38	9
Sosial kontakt og nærmiljø				
Andel som har bodd under 5 år på stedet	-	28	49	25
Tallet på personer som svarte	3755	629	79	550

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.5. Initiativ til brukerkontakter i helsestasjonstjenesten. Prosent

	Sum	Hvem tok initiativ til kontakten?		
		Helsesøster	Bruker	Andre
Alle	100	80	19	1
Enslig med 1 barn	100	76	20	4
Enslig med flere barn	100	76	18	6
Mor og far gift/samboende	100	81	18	1

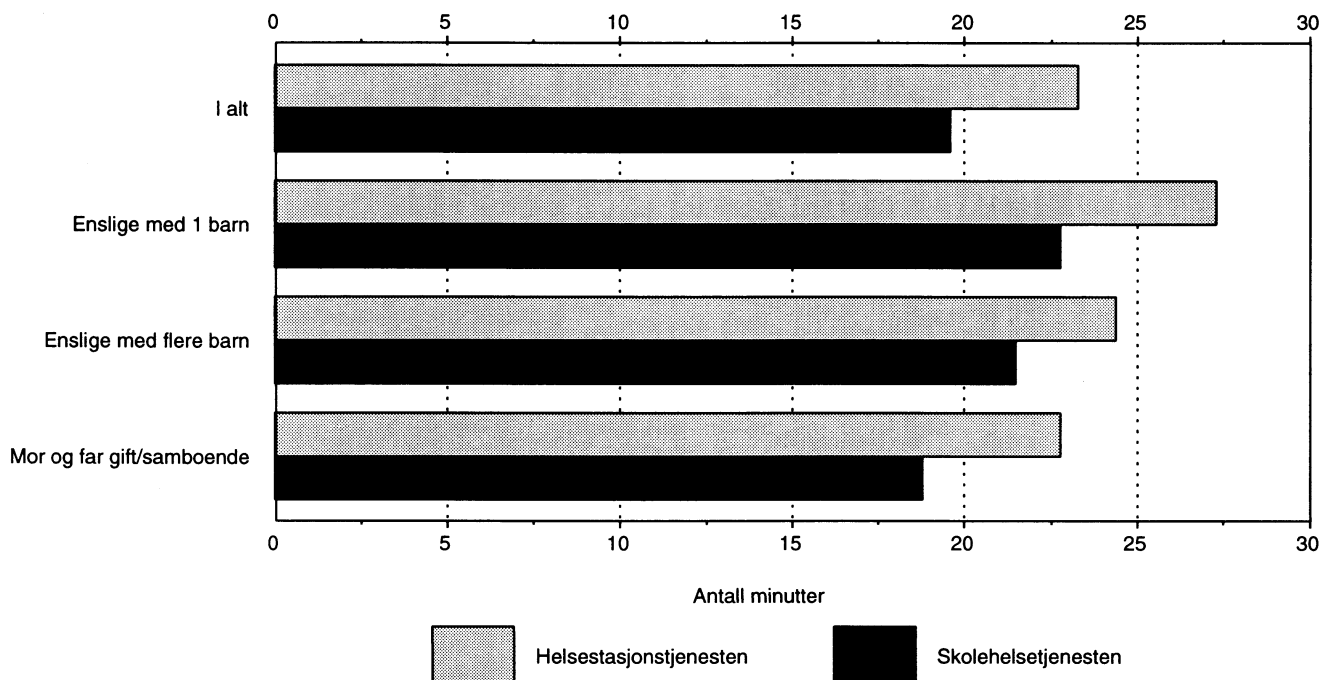
3.2.4. Kontakter med eneforelderfamilier er mer tidkrevende

Tjenesten kan differensiere mellom ulike brukergrupper ved å innkalle noen oftere enn andre. Helsesøstrene kan også differensiere gjennom å bruke lenger tid på bestemte brukergrupper. I figur 3.1 ser vi at kontakter med eneforelderfamilier med et eller flere barn tar noe lenger tid enn øvrige kontakter. Dette gjelder både skole- og helsestasjonstjenesten. I helsestasjonstjenesten tok kontakter med eneforelderfamilier med ett barn i gjennomsnitt 18 prosent lenger tid, mens helsesøster brukte 6 - 7 prosent lenger tid på kontakter med eneforelderfamilier med flere barn. Tilsvarende for skolehelsetjenesten var 16 prosent og 10 prosent.

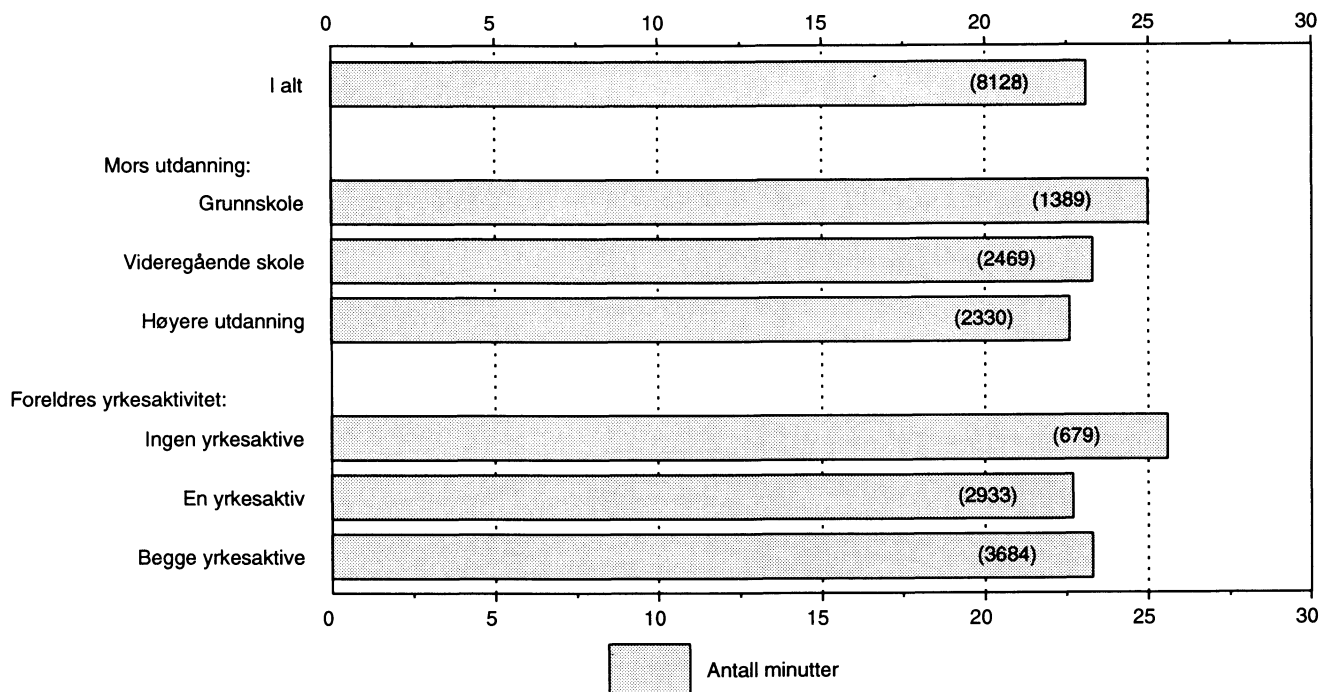
At kontakter med eneforelderfamilier er relativt tidkrevende kan skyldes egenskaper ved både

helsepersonellet og brukerne. Vi har sett en opphopning av negative levekårskomponenter hos eneforelderfamilier. Familiesituasjonen i seg selv er ikke avgjørende for relasjonen til helsetjenesten, men utslagsgivende fordi familietype ofte er sammenfallende med andre levekårskomponenter. Yrkesaktivitet og utdanningsnivå kan for eksempel ha selvstendig innflytelse på den enkeltes forhold til helsetjenesten. Figur 3.2 viser at kontakter med familier der mor har grunnskoleutdanning eller ingen av foreldrene er yrkesaktive tar noe lenger tid enn gjennomsnittet. I figur 3.3 ser vi at andelen av kontaktene der psykiske/psykosomatiske problemer var tema, var to ganger så høy som gjennomsnittet hos familier der mor hadde grunnskoleutdanning. Dersom ingen av foreldrene var yrkesaktive, ble psykiske/psykosomatiske problemer tematisert tre ganger oftere enn gjennomsnittet.

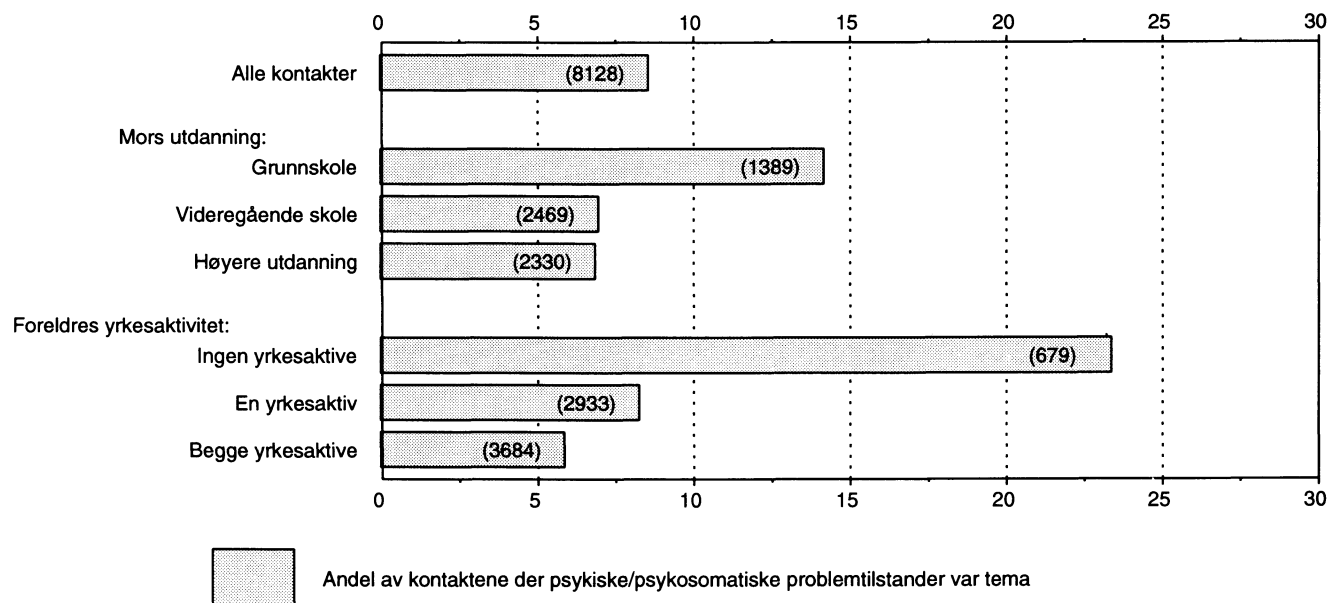
Figur 3.1. Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter familietype. Kontaktens gjennomsnittlige lengde i minutter. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgs kommuner/bydeler



Figur 3.2. Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter mors utdanning og foreldres yrkesaktivitet. Kontaktenes gjennomsnittlige lengde i minutter. 26.10.-06.11.1992. Utvalgskommuner/bydeler

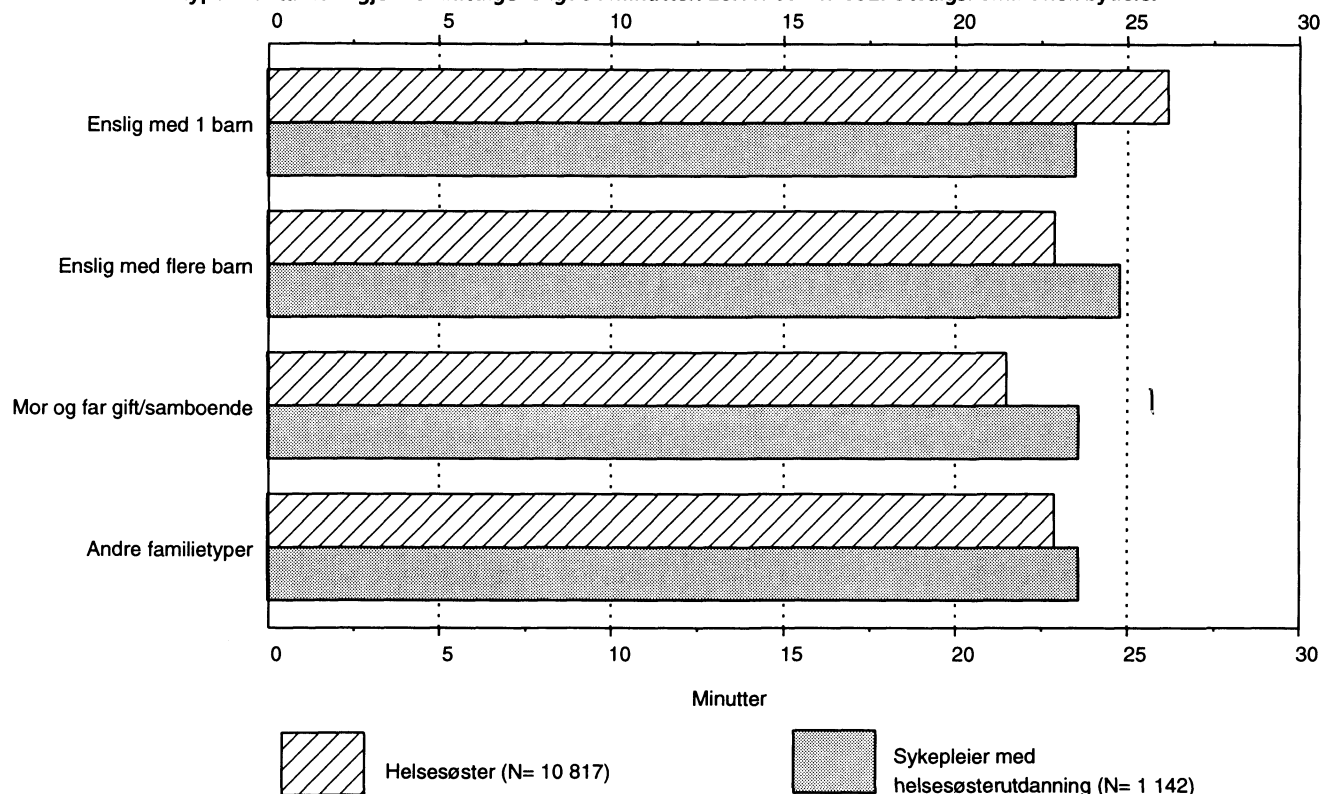


Figur 3.3. Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter mors utdanning og foreldres yrkesaktivitet. Prosentandel der psykiske/psykosomatiske problemer¹ var tema. 26.10.-06.11.1992. Utvalgskommuner/bydeler



¹Psykiske/psykosomatiske problemer ble i undersøkelsen definert som kontakter der "uklare og diffuse problemtilstander som depresjoner, passivitet, aggressivitet spiseforstyrrelser, søvnløshet osv." var et av temaene for kontakten.

Figur 3.4. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten med barn 0-15 år foretatt av helsesøstre og sykepleiere, etter familietype. Kontakts gjennomsnittlige lengde i minutter. 26.10.-06.11.1992. Utvalgte kommuner/bydeler



Disse funnene antyder at både kontaktenes innhold og varighet er påvirket av brukernes utdanningsnivå og yrkesaktivitet. Dette betyr igjen at lavt utdanningsnivå /yrkesfrekvens hos eneforelderfamilier er noen av bakgrunnen til at kontakter med denne brukergruppen er relativt tidkrevende.

At kontakter med eneforelderfamilier er mer tidkrevende kan også skyldes helsepersonellens forventninger og måte å forholde seg til ulike brukergrupper på.

Helsepersonellens faglige og personlige egenskaper vil ha betydning for innholdet i kontaktene. Fra allmennpraksis er det kjent at leger med spesialkompetanse på bestemte sykdomstyper har en tendens til å diagnostisere disse oftere enn andre. Når familietyper vurderes forskjellig, kan dette skyldes helsesøstrenes "projiseringer", eller forventninger overfor ulike familietyper. Kanskje vil helsesøstrene tematisere bestemte problemer overfor bestemte grupper. Har vi et eksempel på at en yrkesgruppe utvikler "klienttypologier", dvs. plasserer brukerne i ulike "båser"? Dette er typisk for yrkesgrupper som har stor klientgjennomstrømming og liten tid til hver klient (Mennerick 1974). Det er nødvendig å klassifisere brukerne, slik at tjenesteyterne kan styre kontaktene på en slik måte at tjenesten får en bedre måloppnåelse.

Mulighetene for å besvare disse problemstillingene er begrenset med den metoden som her er valgt.

En sammenligning av helsesøstrene og sykepleierne som gjennomførte registreringen kan antyde et svar på dette spørsmålet. Ikke alle kommuner har maktet å besette alle helsesøsterstillinger med helsesøstre. Sykepleiere kan midlertidig fungere i helsesøsterstillinger. I 14-dagersregistreringen var nesten 10 prosent av kontaktene registrert av sykepleiere uten helsesøsterutdanning.

Figur 3.4 viser at helsesøstrene har en tendens til å bruke mer tid på kontakter med eneforelderfamilier, uten at vi kan finne en tilsvarende tendens hos sykepleierne. Tendensen til at kontakter med eneforelderfamilier tar lenger tid gjelder for helsesøstre som fikk sin utdanning både før og etter 1980.

Det ser også ut til at eneforelderfamilier med ett barn er en familietype som oftere er representert i kontakter med helsesøstrene. Denne familietyper utgjorde 6 prosent av brukerkontaktene i skole- og helsestasjonstjenesten hos helsesøstrene og 4 prosent av kontaktene med sykepleierne.

Materialet tyder med andre ord på at helsesøstrene har en mer "samfunnsmedisinsk" orientering enn sykepleiere som arbeider i helsesøstertjenesten. Eksemplene viser at variasjoner i både innhold og

varighet i kontaktene mellom ulike grupper påvirkes av helsepersonellens utdanningsbakgrunn.

3.2.5. Flere problemer tematiseres i kontakter med eneforelderfamilier

Tabell 3.6 viser hva helsesøstrene rapporterte om innholdet i kontakten med ulike familietyper. Figuren viser et klart mønster, i det andelen med psykiske/psykosomatiske problemer var høyere hos eneforelderfamiliene, mens andelen rutinekontakter (ingen problemer/vanlige somatiske problemer) var relativt lav. Psykiske/psykosomatiske problemer var oftere tema i samtaler med skolebarn enn tilfellet var for kontaktene i helsestasjonstjenesten. De samme problemtypene var tema tre til fire ganger så ofte i kontakter med eneforelderfamilier.

Hvilke tema som ble tatt opp i kontaktene ble også påvirket av personellens utdanningsbakgrunn. I kontaktene med sykepleiere utgjorde rutinekontakter/kontakter med vanlige somatiske problemer en høyere andel enn hos helsesøstrene (73 mot 60 prosent). Andelen kontakter som tematiserte psykiske/psykosomatiske problemer var dobbelt så høy i kontakter med helsesøster som i kontakter med sykepleiere (12 mot 6 prosent).

3.2.6. Eneforelderfamilier henvises relativt ofte til PP-tjeneste og sosialkontor

I alt 275 kontakter førte til henvisning til psykolog/PP-tjeneste. Eneforelderfamilier utgjorde 32 prosent av henvisningene i helsestasjonstjenesten og 21 prosent av henvisningene i skolehelsetjenesten. Overrepresentasjonen av eneforelderfamiliene viser at helsesøstertjenesten fanger opp og kanaliserte en del av denne brukergruppens problemer til sosialtjenesten.

3.3. Innvandrere og helsesøstertjenesten

For hver kontakt ble det registrert om den ene eller begge av barnets foreldre var født i den tredje verden. Vi kan definere innvandrere som familier der begge foreldrene er født i den tredje verden. Innvandrere kan være familier der foreldre har bodd i Norge i mange år og er godt integrert i det norske samfunnet. Kontakter med denne gruppen kan også gjelde relativt nyankomne flyktninger, så noen homogen kategori er det ikke. Dersom en av foreldrene er født i den tredje verden, vil den andre av foreldrene i de fleste tilfellene være født og oppvokst i Norge. Helsesøstrenes registrering viser at barn med to foreldre fra den tredje verden oftere bor sammen med begge foreldrene enn andre barn, mens barn der en av foreldrene er født i den tredje verden relativt ofte tilhører eneforelderfamilier.

3.3.1. Forventninger til innvandrernes bruk av helsetjenester

For innvandrere er informasjonsgrunnlaget om levekårsforholdene begrenset. Innvandrere synes

imidt å ha dårligere levekår på de fleste områder, men har spesielt store problemer på arbeidsmarkedet (Østby, 1993). Helsesøstrenes registrering viste at for innvandrere er sannsynligheten for at begge foreldrene ikke er yrkesaktive tre til fire ganger høyere enn ellers. En studie av spedbarnsdødelighet blant pakistanere i Oslo dokumenterer at pakistanske barn har to til tre ganger så høy dødelighet som befolkningen for øvrig det første leveåret (Steen, Lindemann og Ørstavik 1993).

I en undersøkelse ble et ekspertpanel bestående av leger med bred erfaring i arbeid med innvandrere pasienter bedt om å orientere om karakteristiske trekk ved innvandrere og flyktnings bruk av kommunehelsetjenester (Refsdal 1993). I beskrivelsen av både skole- og helsestasjonstjenesten mente ekspertpanelet at det var en større andel krevende tilfeller blant innvandrere. Årsakene til dette er at innvandrere oftere henvender seg til helsestasjonen med syke barn, at det trengs lenger tid for å kommunisere, og at smitteforebyggende arbeid er mer tidkrevende for innvandrere. For den faktiske ressursbruken var det noe delte meninger om hvor mye mer krevende innvandrere var enn norske barn. Noen mente det kunne gå med 20 - 25 prosent mer tid pr. barn, andre at det gikk med dobbelt så lang tid pr. innvandrere.

I Helsedirektoratets veileder omtales innvandrere som en risikogruppe (Helsedirektoratet 1990: 38-40). Sosioøkonomiske forhold, relativt høy infeksjonsfare etter besøk i hjemlandet og høy frekvens av arvelige sykdommer som følge av inngifte nevnes som noen av grunnene. "Manglende kommunikasjon og forståelse av helsefremmende og forebyggende tiltak" og "kosthold som ikke er tilpasset vårt levesett" er også nevnt som risikofaktorer som gjør innvandrere spesielt utsatt. Tiltak i helsestasjonstjenesten som er nevnt for denne gruppen er bruk av tolk.

Helsesøstertjenesten er for mange innvandrere et av de få berøringspunktene med det offentlige Norge. Helsesøstertjenesten kan derfor være en kanal som kan benyttes til å få informasjon om "det norske" på.

Flere momenter taler altså for at innvandrere er relativt hyppige brukere av helsesøstertjenester, at mer tid kreves i samtaler med helsesøster, og at problemer oftere nevnes i samtaler med innvandrere.

3.3.2. Barn med foreldre født i den tredje verden er ikke underrepresentert

Helsesøstrenes registrering i Oslo viste at for 24 prosent av kontaktene med familier med barn under 7 år var en eller begge foreldre født i den tredje

Tabell 3.6. Andel av kontaktene i skole- og helsestasjonstjenesten som gjaldt rutinekontakter¹ og psykiske/psykosomatiske problemer², etter familietype. Prosent

	Helsestasjonstjenesten			Skolehelsetjenesten		
	Rutine-kontakt/ vanlig somatisk problem	Psykiske/psyko- somatiske problemer	(N)	Rutine-kontakt/ vanlig somatisk problem	Psykiske/ psyko- somatiske problemer	(N)
I alt	59	9	(7862)	65	17	(3041)
Ensig med 1 barn	42	23	(483)	46	35	(165)
Enslig med flere barn	44	23	(300)	44	40	(244)
Mor og far gift/samboende	62	7	(6989)	69	11	(2332)

¹Rutinekontakt/vanlig somatisk problem: Denne kategorien gjelder de kontakter der helsesøster oppgir at brukeren "ikke hadde noe spesielt problem", eller hadde "lettere allergier, utslett, forkjølelser, feber, barnesykdommer, småsår, svangerskapsrelaterte plager o.l." ²Psykiske/psykosomatiske problemer inneholder "uklare problemtilstander som depresjoner, passivitet, spiseforstyrrelser, søvnløshet osv".

verden¹. Av disse utgjorde familier der en av foreldrene var født i den tredje verden 6 prosent, mens 18 prosent hadde to foreldre med bakgrunn i den tredje verden. Denne fordelingen gjelder de kontakter helsesøster tok initiativ til. Tall fra befolkningsstatistikken viser at pr. 1.1.1992 hadde 21 prosent av alle barn i førskolealder (Oslo) en eller begge foreldrene født i den tredje verden.² Andelen med innvandrerbakgrunn er altså svakt høyere enn det befolkningsstatistikken forteller om det faktiske omfanget av denne gruppen. Resultatene viser at det ikke er grunnlag for å si at innvandrere er oftere hos helsesøster enn andre.

3.3.3. Innvandrere er mer passive overfor helsesøstertjenesten

Figur 3.5 viser at familier med barn i førskolealder (helsestasjonstjenesten) der begge foreldrene er født i den tredje verden noe sjeldnere tar kontakt. I alt 11 prosent av kontaktene med denne gruppen fant sted etter initiativ fra brukeren selv, mens 20 prosent av kontaktene med øvrige familier fant sted etter initiativ fra brukeren selv. Også for barn i skolealder gjelder det at barn med to foreldre fra tredje verden sjeldnere tar kontakt.

For skolebarn ser det ut til at barn med en av foreldrene født i den tredje verden noe oftere tar kontakt med helsesøster. Som nevnt er kontakter i skolehelsetjenesten som oftest med barnet selv, mens det i helsestasjonstjenesten er foresatte som

kommer til helsestasjonen med barna. Figuren viser dermed at barn fra familier der en av foreldrene er født i den tredje verden kan være aktive overfor helsesøstertjenesten, mens foreldre fra familier der en er født i den tredje verden ser ut til å være mindre aktive enn gjennomsnittet.

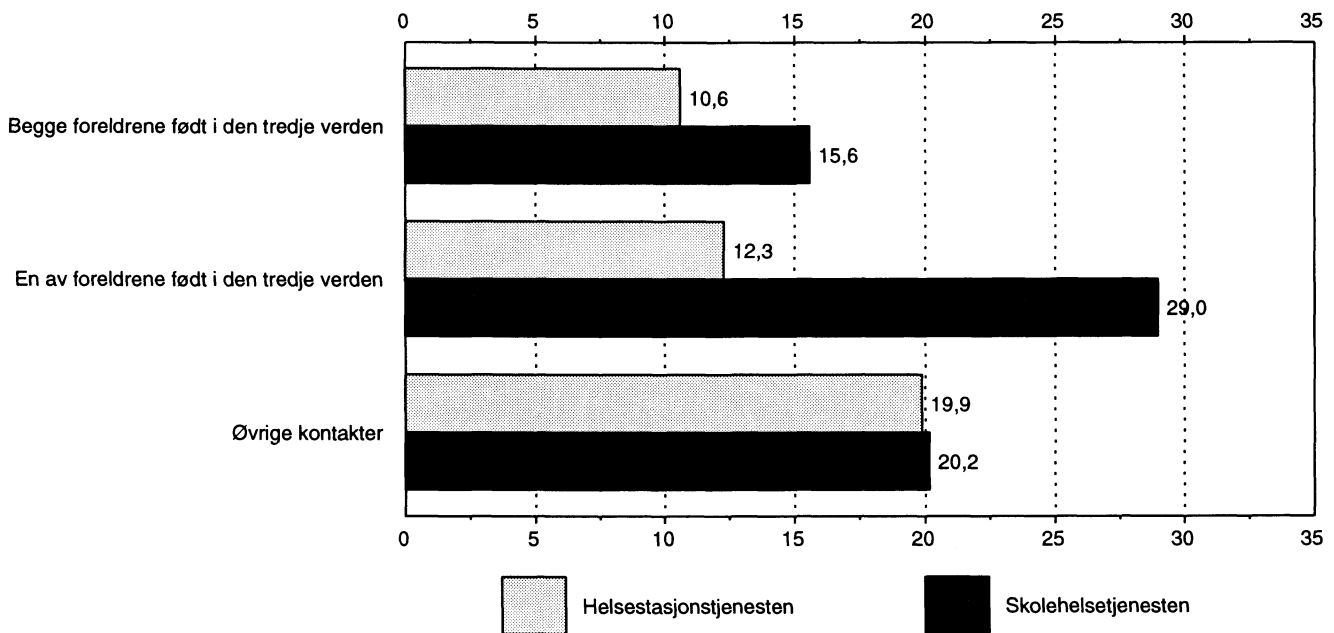
3.3.4. Kontakter med innvandrere er ikke mer tidkrevende enn andre kontakter

Kontakter med familier der begge foreldrene er født i den tredje verden tar ikke nevneverdig lenger tid enn gjennomsnittet, verken i skolehelsetjenesten eller helsestasjonstjenesten (tabell 3.7). Det er heller ikke slik at denne brukergruppen har en større andel lange kontakter (kontakter som varte lenger enn 45 minutter). Dette kan tyde på at bruk av tolk ikke er særlig utbredt, og at eventuelle problemer med kommunikasjon som følge av innvandrernes språklige bakgrunn ikke gir seg utslag i mer tidkrevende brukerkontakter.

Kontakter med familier der en av foreldrene er født i den tredje verden er noe mer tidkrevende enn gjennomsnittet, og har en høyere andel kontakter som varte lenger enn 45 minutter. Som nevnt er dette en kategori som ikke kan sammenlignes med familier der begge foreldrene er født i den tredje verden. Det dreier seg om flerkulturelle familier der barnets mor i de fleste tilfeller er født og oppvokst i Norge. Tabell 3.8 og 3.9 viser at flerkulturelle familier har større problemer med arbeidsmarked og

¹ Det ble ikke definert i undersøkelsen hvilke land den tredje verden omfatter. På grunn av en relativt høy andel uoppgitt ble det i beregningen andelen som var født i den tredje verden kun brukt opplysninger fra de helsesøstre som hadde en fullstendig rapportering av foreldres fødeland. Prosentueringsgrunnlaget for den tredje verden-andelen i de helsesøster-initierte kontaktene var 2 190. ² Prosentandelen på 21 gjelder for utvalgsbydelene i Oslo. Opplysningene bygger på den såkalte "fødelandsfila" i Statistisk sentralbyrå. Den tredje verden er definert som Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika og Tyrkia.

Figur 3.5. Antall kontakter med barn i skole- og helsestasjonstjenesten som brukerne tok initiativ til, etter tredje verden bakgrunn. Prosent. 26.10.-06.11. 1992. Utvalgskommuner/bydeler



Tabell 3.7. Antall kontakter med barn i skole- og helsestasjonstjenesten, etter tredje verden bakgrunn. Kontaktenes gjennomsnittlige lengde i minutter. Antall kontakter som varte i 45 minutter eller lenger. 26.10.-06.11.1992. Utvalgskommuner/bydeler

	Helsestasjonstjenesten			Skolehelsetjenesten		
	Kontaktens lengde i minutter. Gjennomsnitt	Prosentandel av kontaktene som varte i 45 min. eller lenger	(N)	Kontaktens lengde i minutter. Gjennomsnitt	Prosentandel av kontaktene som varte i 45 min. eller lenger	(N)
I alt	23	7	(7260)	20	6	(3618)
En av foreldrene født i den tredje verden	25	9	(276)	24	11	(79)
Begge foreldrene født i den tredje verden	24	7	(712)	19	4	(317)
Andre (begge foreldre født i Norge)	23	5	(7260)	19	5	(3222)

familieliv enn andre. Av kontakter med brukere uten bakgrunn fra den tredje verden oppgav helsesøstrene at vel 5 prosent av kontaktene var med familier der ingen av foreldrene var yrkesaktive. For de flerkulturelle familiene var 28 prosent av kontaktene med familier der begge foreldrene

ikke var yrkesaktive. Andelen enslige familietyper er også høy for de flerkulturelle familiene, vel 28 prosent mot gjennomsnittet på vel 9 prosent. Disse forholdene kan være medvirkende årsaker til at kontakter med flerkulturelle familier er mer tidkrevende enn gjennomsnittet.

Tabell 3.8. Antall kontakter i helsestasjonstjenesten med barn 0-6 år, etter foreldres yrkesaktivitet og fødeland. Prosent. 26.10.-06.11. 1992

	I alt	Begge foreldrene yrkesaktive	En av foreldrene yrkesaktive	Ingen av foreldrene yrkesaktive	Uoppgitt /ukjent yrkesaktivitet
En av foreldrene født i den tredje verden	100	23	38	28	11
Begge foreldrene født i den tredje verden	100	11	49	31	9
Andre (begge foreldre født i Norge)	100	50	35	5	10

Tabell 3.9. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten med barn 0-18 år, etter foreldres yrkesaktivitet og fødeland. Prosent. 26.10.-06.11.1992

	I alt	Enslig med ett barn	Enslig med flere barn	Mor og far gift/samboende	Andre familietyper	Uoppgitt familietype
En av foreldrene født i den tredje verden	100	19	9	65	6	1
Begge foreldrene født i den tredje verden	100	3	6	85	5	1
Andre (begge foreldre født i Norge)	101	6	5	82	6	2

Resultatene samsvarer ikke med forventningen om at kontakter med innvandrere er relativt tidkrevende. Noe av årsaken til dette kan være at innvandrere forholder seg relativt passive, og at behovene denne gruppen har derfor ikke kommer til uttrykk med flere tidkrevende kontakter. Forklaringen kan også ligge i måten helsesøstrene forholder seg til innvandrere på. En undersøkelse fra Sverige kan være relevant for norske forhold. Over en periode ble helsesøsterinitierte kontakter med innvandrere observert av en utenforstående forsker (Olin Lauritzen, 1990). Det ble konkludert med at det i liten grad ble åpnet for dialog mellom partene. Helsesøstrene spurte seg frem på ulike områder og satte dagsorden med et program bygd på kulturelt betingede oppfatninger av ulike helseproblemers karakter, årsak og behandlingsmetoder. I møtet mellom innvandrere og helsepersonell er det trolig færre berøringspunkter i partenes forståelse av det aktuelle helseproblemet enn tilfellet er i møter mellom parter med samme kulturelle bakgrunn.

Mulighetene for dialog blir følgelig mindre. Ifølge den svenske undersøkelsen, fikk derfor møtene mellom helsepersonell og innvandrere et standardisert og rituelt preg. Om innvandreren var relativt nyinnflyttet i landet eller hadde bodd i landet i flere år, hadde lite å si for innholdet i kontaktene.

3.3.5. Tema for kontakten

Familier med en av foreldrene født i den tredje verden har som vist en mer problematisk levekårs-

situasjon. Dette kan være en av årsakene til at søvn- og ernæringsproblemer, og spesielt psykiske og psykosomatiske problemer, reaktivt ofte blir tatt opp i kontakter med denne gruppen (tabell 3.10).

Søvn- og ernæringsproblemer var relativt ofte tematisert i kontakter med familier der begge foreldrene var født i den tredje verden. Psykiske/psykosomatiske problemer og mulige funksjonshemminger var tema for en svakt høyere andel av kontaktene med denne gruppen.

Kontakter med familier med innvandrerbakgrunn oppleves som klart mer problematiske enn andre kontakter. Dette kan være en av årsakene til at kontakter med familier der en av foreldrene er født i den tredje verden er relativt tidkrevende. For familier med begge foreldre født i den tredje verden ser det ikke ut til at mer problemfylte kontakter resulterer i lenger kontakttid.

Kategorien mulige funksjonshemminger gjaldt kontakter der det forelå "mistanke om mulig funksjonshemming". Helsesøstrene ble bedt om å føre opp det dominerende problemet. I en del tilfeller var flere problemer aktuelle, slik at det ikke var mulig å definere gjensidig utelukkende kategorier. Beskrivelsen av tema for kontakten (vedlegg) inkluderer tema som kan gjelde både for foresatte og barn (f.eks. amming og svangerskapsrelaterte plager), uten at skjemagrunnlaget skiller mellom primærbrukeren (barnet) og foresatte/foreldre.

Tabell 3.10. Antall kontakter i skole- og helsestasjonstjenesten, etter tredje verden bakgrunn og kontaktens tema/probleminnhold¹. Prosent. 26.10.-06.11.1992

	I alt	Rutinekontakt/vanlig somatisk problem	Søvn/ernæringsproblemer	Psykiske/psykosomatiske problemer	Mulige funksjonshemminger	Manifeste kroniske plager	Uoppgitt
En av foreldrene født i den tredje verden	135	68	28	22	10	4	3
Begge foreldrene født i den tredje verden	132	71	31	13	12	2	3
Øvrige kontakter	118	74	19	10	9	2	4

¹ Rutinekontakt/vanlig somatisk problem: Denne kategorien gjelder de kontakter der helsesøster oppgir at brukeren "ikke hadde noe spesielt problem" eller hadde "lettere allergier, utslett, forkjølelser, feber, barnesykdommer, småsår, svangerskapsrelaterte plager o.l." Søvn og ernæringsproblemer inkluderer temaene "vektøkingsproblemer, amming, kolikk, lettere søvnproblemer osv." Psykiske/psykosomatiske problemer inneholder "uklare problemtilstander som depresjoner, passivitet, spiseforstyrrelser, søvnløshet osv."

Kontaktene i skolehelsetjenesten vil som regel være med barnet selv.

3.4. Oppsummering

Om eneforelderfamilier har helsesøstrenes registrering vist at kontaktene oftere hadde psykiske og psykosomatiske problemer som tema, endte relativt ofte med henvisning til sosialtjenesten, og var noe mer tidkrevende enn andre kontakter. Likevel er ikke eneforelderfamilier oftere hos helsesøster enn andre. Resultatene viser at eneforelderfamilier med små barn kan være en underrepresentert brukergruppe. Vi har satt disse funnene i sammenheng med eneforelderfamiliens generelle levekårs-situasjon, men også antydnet at helsesøstrene har ulike måter å betrakte ulike brukergrupper på.

Kontakter med familier der en av foreldrene var født i den tredje verden var noe mer tidkrevende og hadde et større innslag av psykiske og psykosomatiske problemer. I et flertall av tilfellene vil dette være norske kvinner som er gift/samboende med menn fra den tredje verden. Resultatene tyder på at denne brukergruppen oftere tar initiativ til kontakt med helsesøster enn gjennomsnittet.

I kontakter med innvandrere var søvn, ernæringsproblemer og mulige funksjonshemminger relativt ofte tema for kontaktene. Innvandrere ser ikke ut til å ha hyppigere eller mer tidkrevende kontakter enn gjennomsnittet, men tar relativt skjelden selv initiativ til kontakt.

Innledningsvis beskrev vi et ideal der offentlige tjenester skal fungere etter et universalistisk prinsipp, samtidig som utsatte brukergrupper skal få et utvidet tilbud. Funn som peker i denne retningen, er at kontakter med eneforelderfamilier er relativt tidkrevende, og at familier med flerkulturell bakgrunn

har relativt mye kontakt med helsesøster. Det er imidlertid ingen entydig tendens til at helsesøstertjenesten fungerer på denne måten. Kontakter med innvandrere er ikke spesielt tidkrevende, og resultatene antyder at eneforelderfamilier med små barn kan være en underrepresentert brukergruppe.

4. Geografisk ulikhet

I en situasjon med utstrakt kommunalt selvstyre vil det være variasjoner i hvordan kommunale tjenester organiseres og drives. Nedenfor vil noen konsekvenser av variasjoner i personellinnsats, barneandel, innvandrерandel og familietype bli belyst.

4.1. Barn i små kommuner har relativt mye kontakt med helsesøster

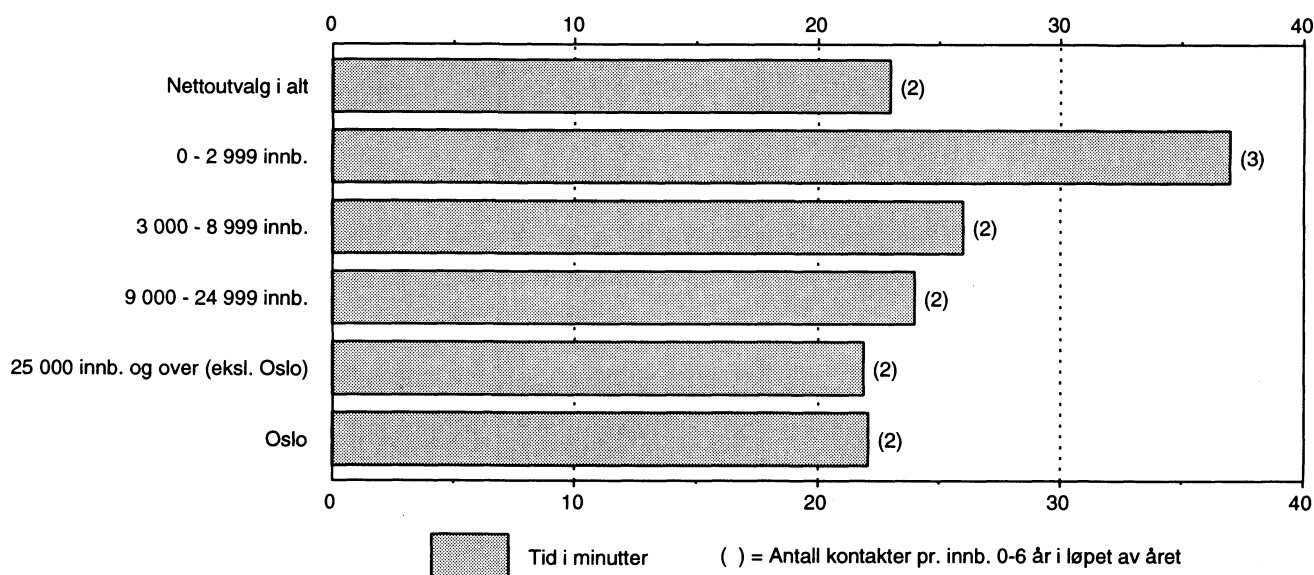
Personellinnsatsen i helsesøstertjenesten er relativt høy i de mindre kommunene. I kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere ligger personellinnsatsen 70 prosent over landsgjennomsnittet (figur 5.5). Dette er et typisk trekk ved mange kommunale tjenester. Noe av bakgrunnen for dette er at små kommuner har mange smådriftsulempen og trenger relativt mye personell for å kunne gi innbyggerne det samme tilbudet som i større kommuner.

Det er også slik at befolkningen i de små kommunene har mer kontakt med helse- og omsorgstjenesten enn gjennomsnittet. De løpende statistikkene forteller at det er færre uvaksinerte barn i de minste kommunene, og at en større del av eldrebefolkningen er beboere i institusjoner for eldre eller mottakere av hjemmetjenester.

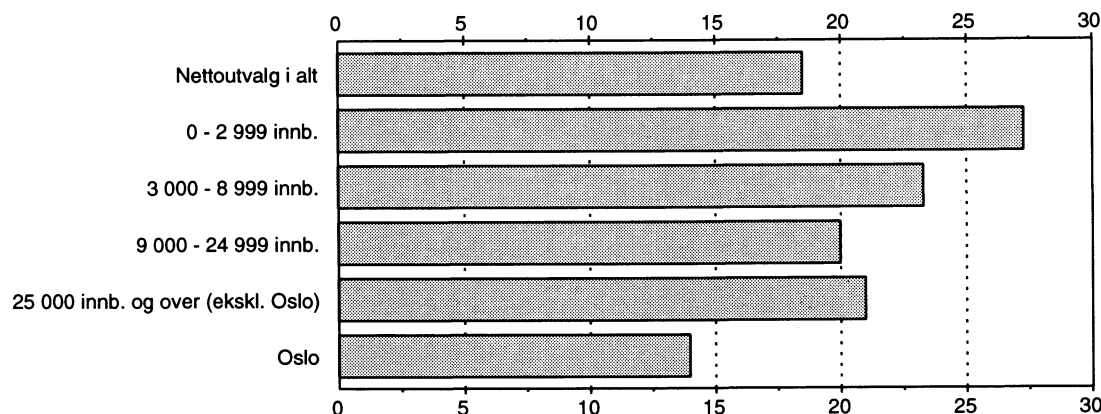
Når det kontrolleres for ulike behovsskapende forhold, viser det seg at det er en svak, men statistisk signifikant sammenheng mellom kommunestørrelse og personellinnsats/bruk av tjenester. Selv om små kommuner samlet synes å ha en bra utbygget helsetjeneste, er det unntak fra denne regelen.

Også 14-dagersregistreringen viser at kontakten mellom velferdsyrkene og brukerne er mer utbredt i de minste kommunene. Brukere i kommuner med under 3 000 innbyggere hadde hyppigere og lenger kontakter med helsesøster (figur 4.1). I disse kommunen varte kontaktene i gjennomsnitt over 36 minutter, mens tilsvarende i kommuner med over 50 000 innbyggere var 22 minutter.

Figur 4.1. Kontakter i helsestasjonstjenesten. Antall kontakter pr. innbygger 0-6 år. Antall minutter pr. kontakt. Kommunestørrelse. Bydeler i Oslo



Figur 4.2. Andel av kontaktene som var resultat av brukers initiativ. Kommunestørrelse. Prosent



I de minste kommunene tok flere brukere selv initiativ til kontakt med helsesøster (figur 4.2). Over 27 prosent av kontaktene i kommuner med under 3 000 innbyggere var initiert av brukerne. I Oslo tok brukeren selv kontakt med helsesøster i 14 prosent av kontaktene.

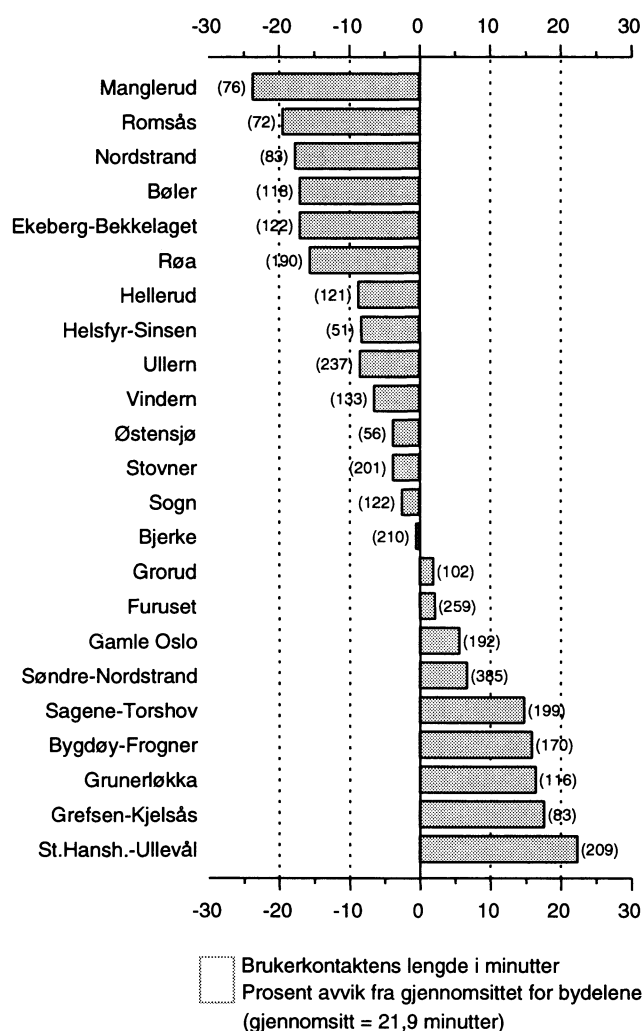
4.2. I kommuner med høy barneandel og lav personelldekning var kontaktene kortere i tid

Det er en viss variasjon i hvor lang tid helsesøster bruker på hver brukerkontakt. Med bydelene i Oslo som eksempel, viser figur 4.3 at St.Hanshaugen-Ullevål bruker lengst tid. I 14-dagersperioden ble det registrert 210 kontakter i helsestasjonstjenesten i bydelen med en gjennomsnittlig varighet på nesten 27 minutter. Helsesøstrene i Manglerud bydel brukte kortest tid på kontaktene. Den gjennomsnittlige varigheten på de 91 kontaktene som ble registrert var på vel 16 minutter. I alt 11 av bydelene ligger 15 prosent under eller over gjennomsnittet for Oslo. Forutsatt at 14-dagersperioden da registreringen pågikk var representativ, gir oversikten over kontaktens lengde en indikasjon på at *kapasiteten* i tjenesten varierer fra bydel til bydel.

Kommuner/bydeler som har relativt lav personellinnsats har flere brukere å betjene pr. dag, noe som kan påvirke hvor mye tid den enkelte har til rådighet.

En tidligere analyse viser at kommuner med høy barneandel i liten grad kompenserer med mer personellinnsats i skole- og helsestasjonstjenesten (Finnvold 1993). Mens variasjoner i personellinnsatsen i hjemmesykepleien, og spesielt i institusjoner for eldre, delvis kan forklares med ulikheter i alderssammensetning, er ikke denne sammenhengen like tydelig for skole- og helse-

Figur 4.3. Antall kontakter med helsestasjonstjenesten, etter gjennomsnittlig varighet pr. kontakt i 14-dagersperioden. Prosent avvik fra gjennomsnittet (N)



stasjonstjenesten. En følge av dette kan være at helsesøstrene i kommuner med høy barneandel har flere brukere å betjene, og dermed mindre tid til hver bruker. En analyse¹ av sammenhenger mellom kontaktens gjennomsnittlige lengde i 14-dagersperioden og barneandel/personelldekning viser at kontaktens lengde avtok noe med økende barneandel i kommunen/bydelen, og økte noe med tallet på helsesøstre pr. innbygger.

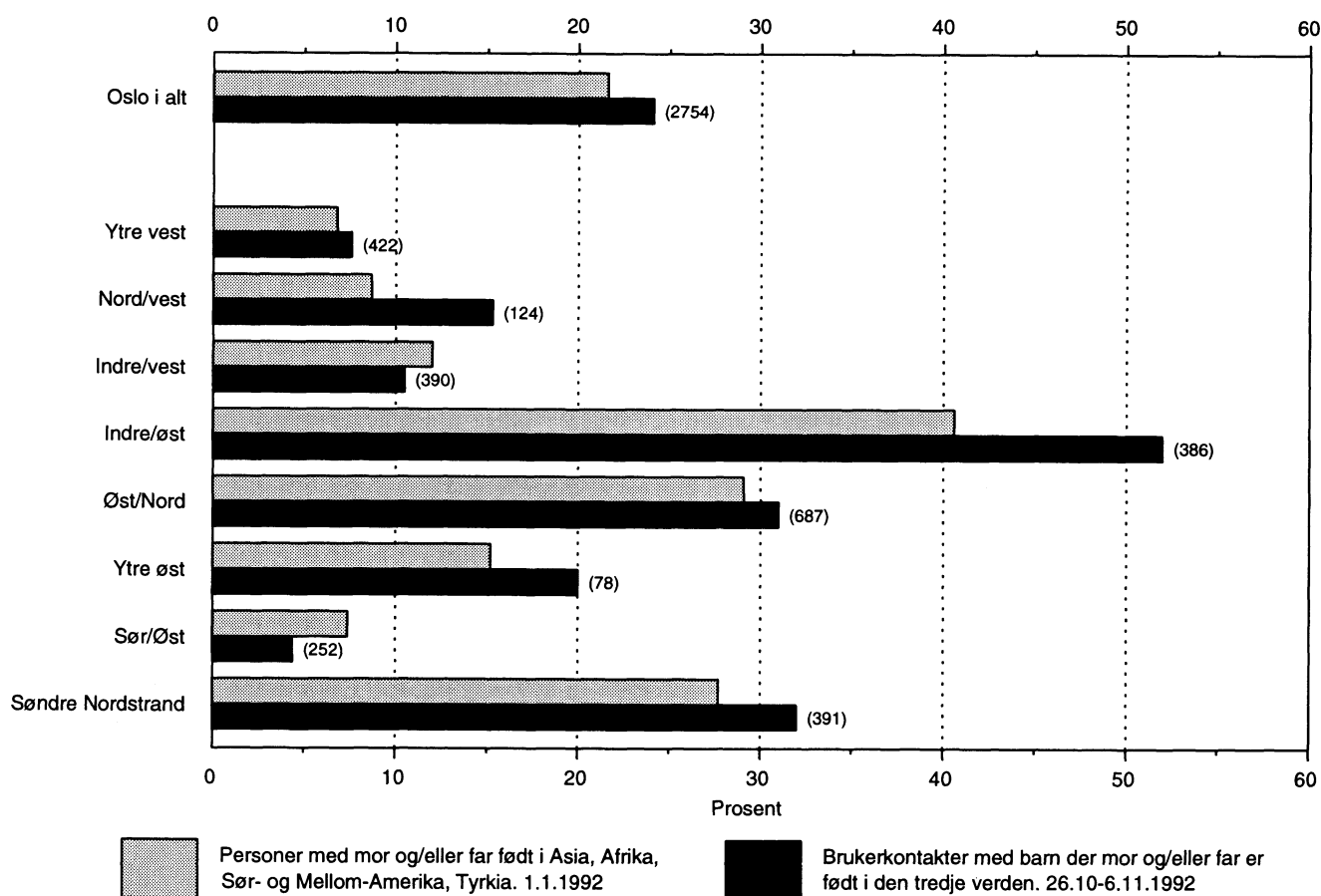
4.3. Helsesøstrene i Oslos bydeler møter ulike brukergrupper

Andelen kontakter med innvandrere varierer betydelig mellom bydelene i Oslo. Mens over halvpar-

ten av kontaktene i de østlige deler av indre Oslo var med barn som hadde en eller to foreldre født i den tredje verden, var omtrent 8 prosent av kontaktene i de ytre vestlige bydelene med samme brukergruppe.

Bydeler som ifølge registeropplysninger har mange innvandrere, hadde også relativt mange brukerkontakter med innvandrere. Innvandrernes andel av barnebefolkningen følger det samme mønsteret i 14-dagersregistreringen og registeret over befolkningens fødeland. Søndre Nordstrand og Indre Oslo Øst hadde noen flere kontakter med innvandrere enn hva de registerbaserte opplysningene tilsier.

Figur 4.4. Andel barn 0-6 år som har en av foreldrene født i den tredje verden. Fordeling basert på 14-dagersregistrering¹ og registeropplysninger. Bydeler i Oslo². Prosent (N)

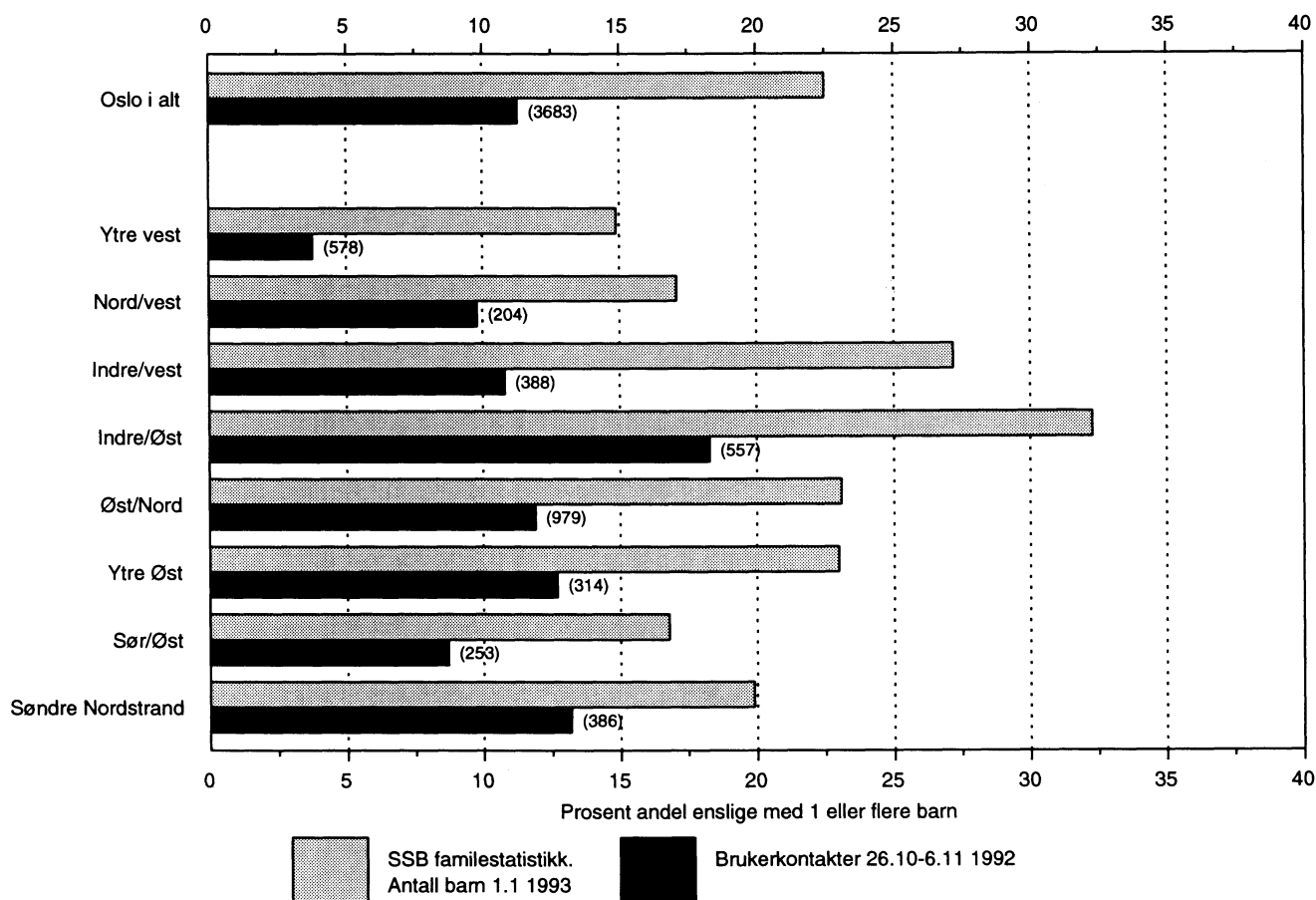


¹ Bare helsesøstre med fullstendig registrering av foreldres fødeland er med i tallgrunnlaget.

² Ytre Vest: Vindern, Røa og Ullern. Nord/Vest: Sogn og Kjelsås/Grefsen. Indre Vest: Bygdøy-Frogner og St.Hanshaugen-Ullevål. Indre Øst: Sagene-Torshov, Grynerløkka-Sofienberg, Gamle Oslo og Helsefyr-Sinsen. Nord/Øst: Hellerud, Furuset, Stovner, Romsås, Grorud og Bjerke. Ytre øst: Bøler, Manglerud og Nordstrand. Sør/Øst er Ekeberg-Bekkelaget og Nordstrand

¹ Ved hjelp av regresjonsanalyse ble effekten av variablene "årsverk pr. innbygger av helsesøstre/sykepleiere i skole- og helsestasjonstjenesten" og "andel barn 0-6 år" på gjennomsnittlig kontakttid i 14-dagersperioden undersøkt. Resultatet viser at variablene "forklarer" 34 prosent av variasjonen i kontakttid ($R^2=0.34$). Kommuner/bydeler med mindre enn 40 kontakter i 14-dagersperioden ble utelatt fra analysen.

Figur 4.5. Andel barn 0-6 år som bor sammen med en av foreldrene. Fordeling basert på 14-dagersregistrering¹ og registeropplysninger. Bydeler i Oslo². Prosent (N)



¹Se note 1, figur 4.4. ²Se note 2, figur 4.4.

Eneforelderfamilienes fordeling mellom bydelene viser et lignende mønster som for innvanderne. I østlige deler av indre Oslo var omtrent 18 prosent av kontaktene med eneforelderfamilier. Denne brukergruppen utgjorde under 4 prosent i de ytre vestlige bydeler.

Eneforelderfamilienes relativt lave andel i forhold til familiestatistikken (kap. 3) gjaldt alle bydeler. Brukerkontakter med eneforelderfamilier utgjorde en markert mindre andel enn de registerbaserte opplysningene forteller.

4.4. Har familietype og innvandrerandel betydning for fordelingen av personellressursene mellom Oslos bydeler?

Har bydeler med mange eneforelderfamilier og innvandrere prioritert helsesøstertjenesten mer enn andre bydeler? Dersom en målsetting om at utsatte grupper skal få et utvidet tilbud skal kunne oppfylles, er det en nødvendig - men ikke tilstrekkelig - forutsetning at det satses spesielt på helsesøster-

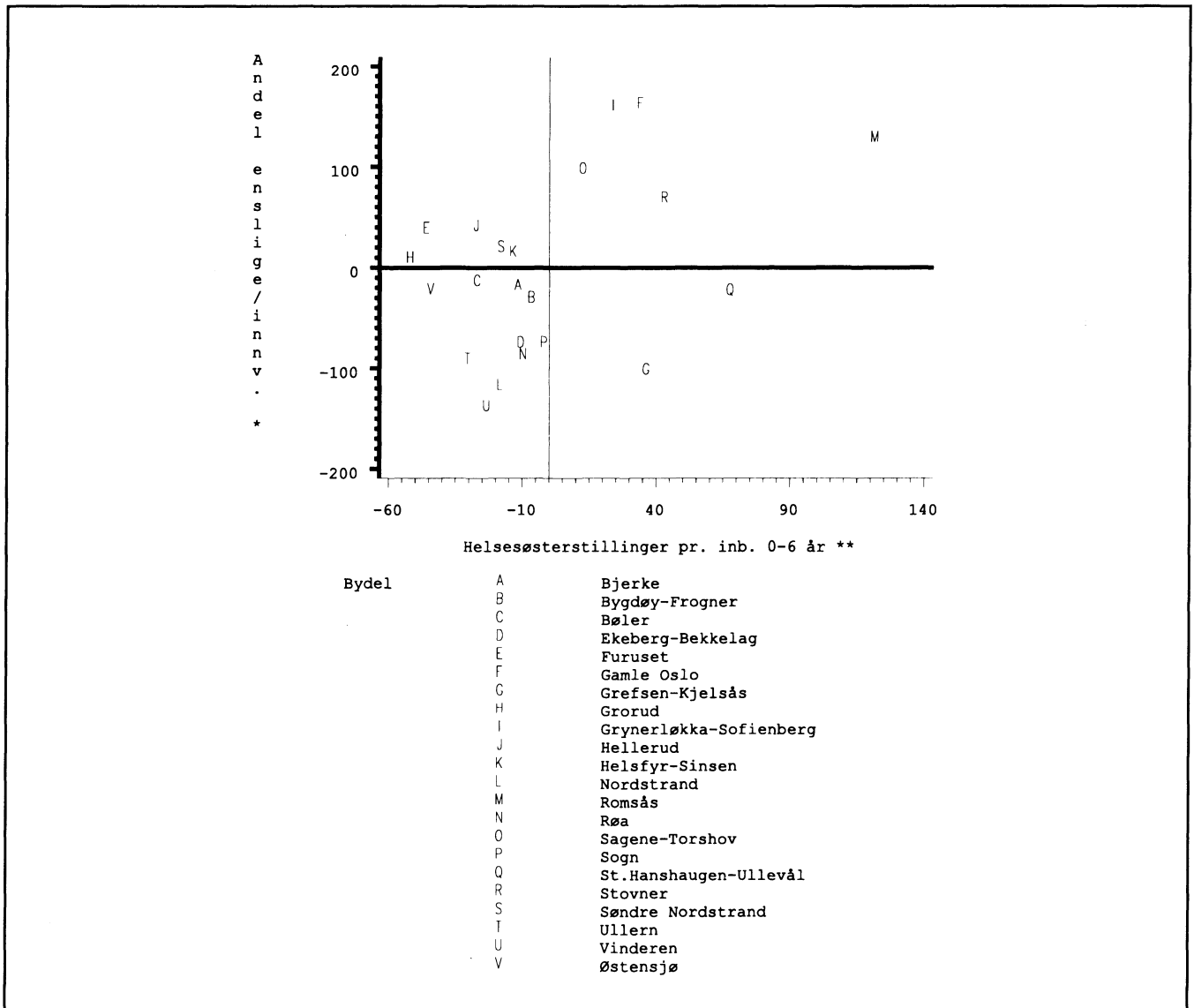
tjenesten i bydeler med store andeler i de brukergrupper man ønsker å prioritere. Figur 4.6 viser at bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka-Sofienberg, Sagene-Torshov, Romsås og Stovner er de bydelene som har flest eneforelderfamilier og innvandrere. Alle disse bydelene har også mer personell enn gjennomsnittet.

Det er imidlertid ikke noen entydig tendens til at bydeler med mange innvandrere og eneforelderfamilier har relativt mange helsesøstre. I alt fem bydeler med en større andel innvandrere/eneforelderfamilier enn gjennomsnittet hadde også færre utførte helsesøsterårsverk enn gjennomsnittet. To bydeler, Grefsen-Kjelsås og St.Hanshaugen-Ullevål hadde mer personellinnsats enn gjennomsnittet og færre innvandrere og eneforelderfamilier enn gjennomsnittet.

4.5. Oppsummering

I små kommuner brukte helseøstre mer tid på barnefamiliene, samtidig som brukerne i de minste

Figur 4.6. Årsverk av helsesøstre¹ pr. innb. 0-6 år og andel bar 0-6 år som bor sammen med en av foreldrene eller har foreldre født i den tredje verden². Prosent avvik fra gjennomsnittet. Bydeler i Oslo, 1992



Referanselinjene i plottet viser gjennomsnittet.

¹ Langs den horisontale akse er bydelen rangert etter årsverk av helsesøstre og sykepleiere i skole- og helsestasjonstjenesten pr. innbygger 0-6 år (1992). I figuren er målet presentert som prosent avvik fra gjennomsnittet i Oslo. ² I Gamle Oslo bydel hadde 44 prosent av alle barn under 6 år en eller to foreldre som var født i den tredje verden ved utgangen av 1991 (Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk). Ifølge samme kilde tilhørte 31 prosent av barna i denne bydelen enslige familietyper. I Gamle Oslo lå andelen innvandrere 131 prosent over gjennomsnittet for Oslo, mens andelen enslige lå 33 prosent over. I figuren er bydelene rangert vertikalt etter summen av disse to tallene.

kommunene relativt ofte tok initiativ til kontakt med helseøstre.

Noen kommuner og bydeler brukte relativt liten tid pr. kontakt. Dette hadde noen steder en sammenheng med en relativt lite utbygget helsesøstertjeneste og/eller høy barneandel.

I kapittel 3 ble det vist at andelen eneforelderfamilier var lavere i helsesøstrenes registrering enn registerbaserte opplysninger antyder, mens

innvandrere var omtrent like ofte hos helsesøster som øvrige brukergrupper. De samme konklusjoner gjaldt også på bydelsnivå i Oslo. Vi har også sett at bydel i Oslo har mye å si for hvilke brukergrupper helsesøster konfronteres med. Bydeler med de høyeste andeler innvandrere og eneforelderfamilier hadde også relativt mye personellressurser i helsesøstertjenesten, uten at det er en entydig tendens til at bydeler med mange barn i disse brukergruppene hadde prioritert helsesøstertjenesten spesielt.

5. Personellsituasjonen i helsesøstertjenesten

I avsnittene under beskrives utdanningstidspunkt, omfanget av deltidsarbeid samt fordeling av arbeidstiden mellom ulike virksomheter for de helsesøstre som gjennomførte 14-dagersregistreringen. Med utgangspunkt i materiale fra den løpende statistikken over personell i kommunehelsetjenesten gis det en beskrivelse av utviklingen fra 1987 til 1992. Har personellinnsatsen i skole- og helsestasjonstjenesten hatt vekst eller gått tilbake? Har ulikhetene mellom kommunene blitt større? Hvordan vil utviklingen bli fremover?

5.1. Utdanningsår og deltidsarbeid

Når er helsesøstre som gjennomførte 14-dagersregistreringen utdannet? Er det først og fremst nyutdannede helsesøstre som er yrkesaktive? Figur 5.1 gir en oversikt over når de 288 helsesøstre som gjennomførte registreringen ble utdannet. Få helsesøstre (9 prosent) var utdannet før 1970, mens 42 prosent var utdannet før 1982. Et flertall av helsesøstre som gjennomførte registreringen fikk sin utdanning etter 1981.

Tabell 5.1. Personer med helsesøsterutdanning etter utdanningsår. Antall og prosent

Utdanningsår	Antall i alt pr. 01.10.1991 ¹	Prosent
I alt	2388	100
- 1970	836	35
1971 - 1979	408	17
1980 - 1983	357	15
1984 - 1987	357	15
1988 - 1991	430	18

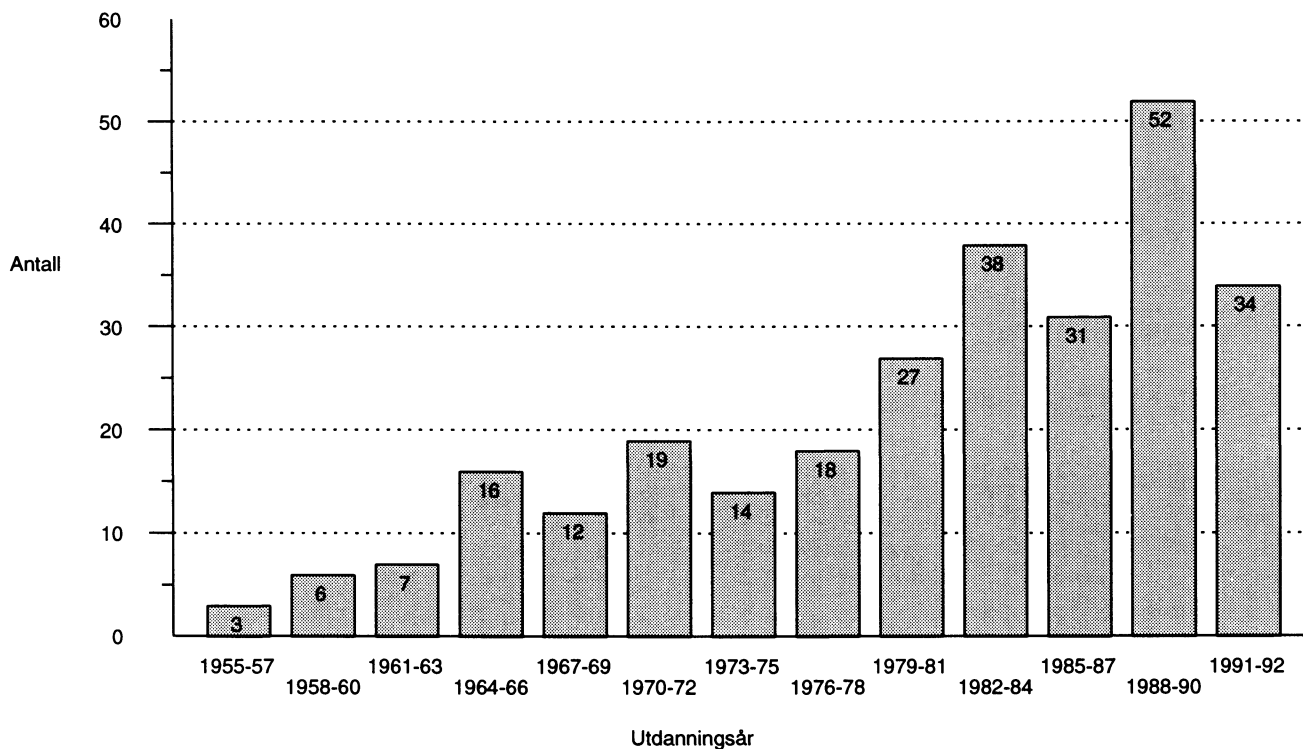
¹ Datagrunnlaget omfatter ikke alle med helsesøsterutdanning, kun personer med helsesøsterutdanning som høyeste fullførte utdanning. Personer som i tillegg til helsesøsterutdanning har en eller flere utdanninger på høyere nivå registreres ikke.

En viktig forklaring på dette er økning i utdanningskapasiteten fra midten av 1970-tallet. I alt var

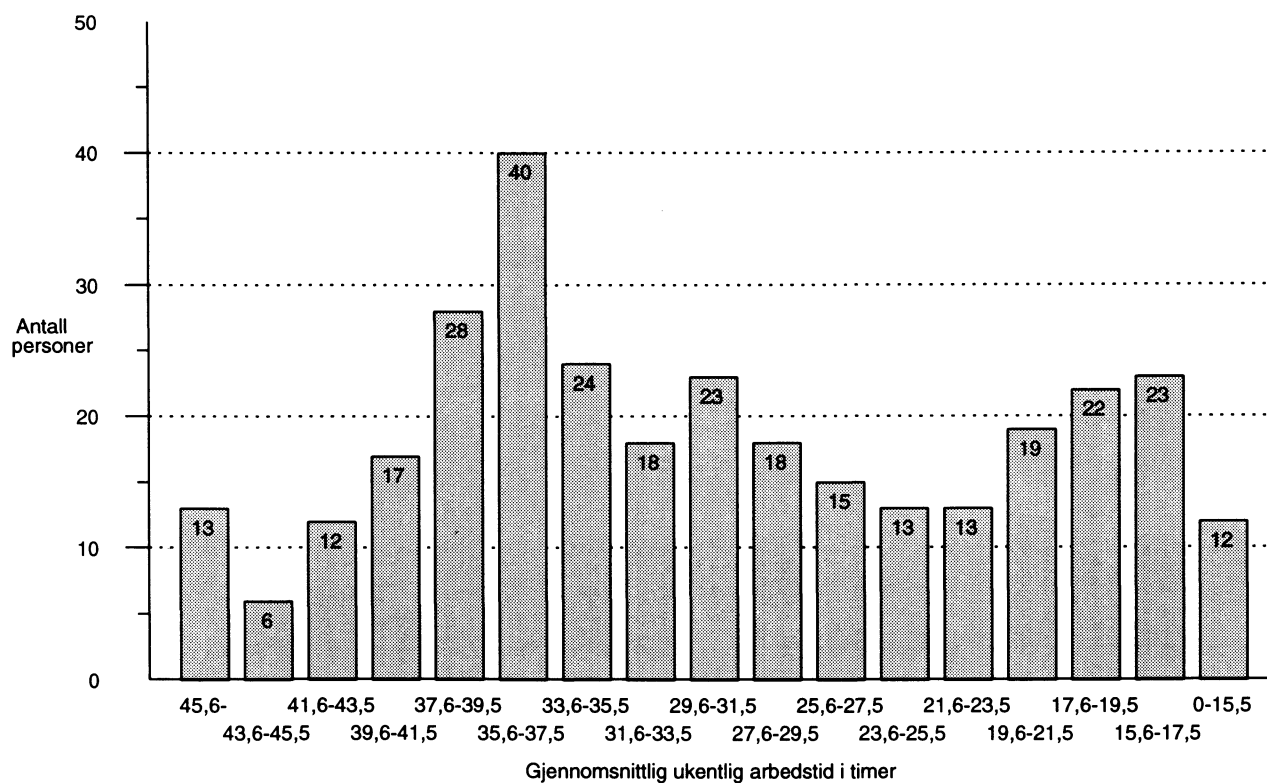
2 880 personer registrert med helsesøsterutdanning som høyeste fullførte utdanning pr.1.10.91 (tabell 5.1). Av disse var "helsebrødrene" svakt representert, 2 873 var kvinner og 7 var menn. Tallet på personer som har helsesøsterutdanning er noe høyere, siden helsesøstre som senere tar f.eks. lærerutdanning kun vil ha den høyeste utdanningen oppført i registeret.

Kvinner som arbeider i helsesektoren er ofte deltidsarbeidende. Den høye andelen deltidsarbeid blant f.eks. sykepleiere blir sett på som et problem hos de helsepolitiske myndigheter. Denne bekymringen gjelder også helsesøstre (Sosialdepartementet 1993: 60). Omtrent 10 prosent av helsesøsterstillingene er ubesatte, eller besatt med sykepleiere uten helsesøsterutdanning. Hvor stort er innslaget av deltidsarbeid i helsesøstertjenesten? Utvalgsundersøkelsen registrerte ikke hvilken stillingsprosent den enkelte hadde. Gjennom å summere antall timer som ble utført i 14-dagersperioden, er det mulig å beregne hvor lang arbeidsuke en gjennomsnittshelsesøster hadde i 14-dagersperioden. Det ble presisert i spørreskjemaet at alt arbeid, også overtid og arbeid utenfor ordinær arbeidstid, skulle registreres. En del oppgav at de ikke hadde arbeidet full tid på grunn av sykdom, avspasering eller ferie. En gjennomsnittshelsesøster viste seg å arbeide 30,6 timer pr. uke i 14-dagersperioden. Dette tallet dekker over store variasjoner (figur 5.2). I alt 76 helsesøstre/sykepleiere (24 prosent) oppgav at de arbeidet mer enn 37,5 timer pr. uke i 14-dagersperioden, mens 15 prosent oppgav å arbeide mindre enn 18,7 timer pr. uke (halv tid). Den løpende statistikken over personell i kommunehelsetjenesten viser at 38 prosent av sykepleierne og 42 prosent av hjelpepleierne arbeider i halv stilling eller mindre (Statistisk sentralbyrå 1994: 31). Disse tallene er beregnet ut fra planlagt, og ikke faktisk arbeidstid. Resultatene tyder på at helsesøstre arbeider mindre deltid enn sykepleiere og hjelpepleiere.

Figur 5.1. Antall helsesøstre som gjennomførte 14-dagersregistrering, etter utdanningsår. (N=277)



Figur 5.2. Antall helsesøstre og sykepleiere som gjennomførte 14-dagersregistrering, etter gjennomsnittlig arbeidstid. Timer pr. uke. (N=319)



Det kan tenkes at helsesøstre i tillegg arbeider i eldreomsorgen i kommunene, enten på heltid eller deltid. Den løpende statistikken over personell i kommunehelsetjenesten viser at helsesøstrene i noen grad velger eldreinstitusjonene og hjemme-sykepleien som arbeidsplass. For perioden 1988 til 1991 er det ingen tendens til at helsesøstrene i økende grad velger eldreomsorgen, f.eks. på grunn av bedre lønn eller mer tilfredsstillende arbeidsforhold. Tallet på utførte årsverk i eldreomsorgen lå på mellom 20 og 30 årsverk. Det er altså langt flere sykepleiere som arbeider i skole- og helsestasjonstjenesten enn det er helsesøstre som arbeider i eldreomsorgen (130 årsverk ble utført av sykepleiere i skole- og helsestasjonstjenesten i 1992). Ved utgangen av 1992 ble det utført 57 årsverk av helsesøstre i sykehjemmene og hjemmesykepleien i kommunene. Denne personellinnsatsen utgjorde 4 prosent av det totale antall utførte årsverk av helsesøstre i kommunehelsetjenesten.

Utvalgsundersøkelsens registreringskjema inneholdt også en tidsbruksundersøkelse, der helsesøstrene ble bedt om å føre opp hvor mye tid som gikk med til ulike virksomheter. Figur 5.3 viser hvordan prioriteringen var mellom skolehelsetjeneste, grunnskole, videregående skole og annet arbeid.

Også når det gjelder tidsbruk er helsestasjonstjenesten dominerende og står for nesten halvparten av de utførte timeverkene i 14-dagersperioden. Grunnskolen utgjør 27 prosent, mens videregående skole utgjør vel 2 prosent. Dersom annet arbeid holdes utenfor, utgjorde helsestasjonstjenesten 62 prosent, grunnskolen 35 prosent og videregående skole 3 prosent.

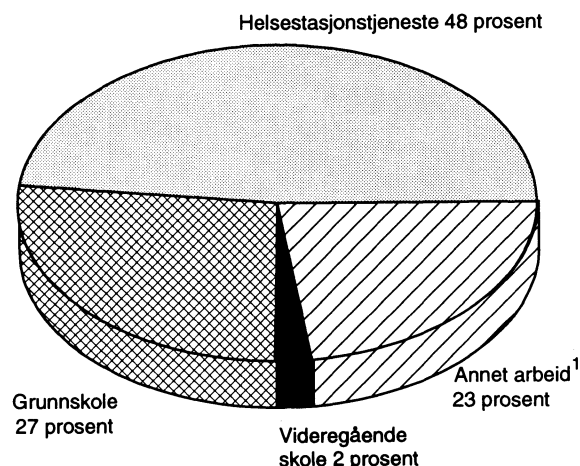
5.2. Yrkesgruppene i skole- og helsestasjonstjenesten: Personellutviklingen 1987-1992

Hvordan har ulike yrkesgrupper prioritert skole- og helsestasjonstjenesten de siste seks årene? Hvordan har utviklingen vært sammenlignet med andre virksomheter i kommunehelsetjenesten, og har variasjonene i personellinnsats mellom ulike geografiske områder avtatt i perioden?

Helsestasjonstjenesten har hatt vekst i personellinnsats i perioden 1987-1992. Helsesøstrene er den dominerende yrkesgruppen, som også har hatt den største veksttakten. Tallet på utførte timeverk av leger og sykepleiere har vært relativt stabilt, mens fysioterapeutene har hatt en viss vekst. Personell uten helsefaglig utdanning og hjelpepleiere ivaretar kontorfunksjoner og rutinemessige veiinger og målinger på mange helsestasjoner. Disse har samlet hatt en viss vekst i perioden.

Situasjonen i skolehelsetjenesten er preget av stabilitet. Dette virksomhetsområdet er ikke blitt tilført nye personellressurser av noen av yrkes-

Figur 5.3. Antall registrerte timer i 14-dagersperioden fordelt på virksomhetsområder. Prosent



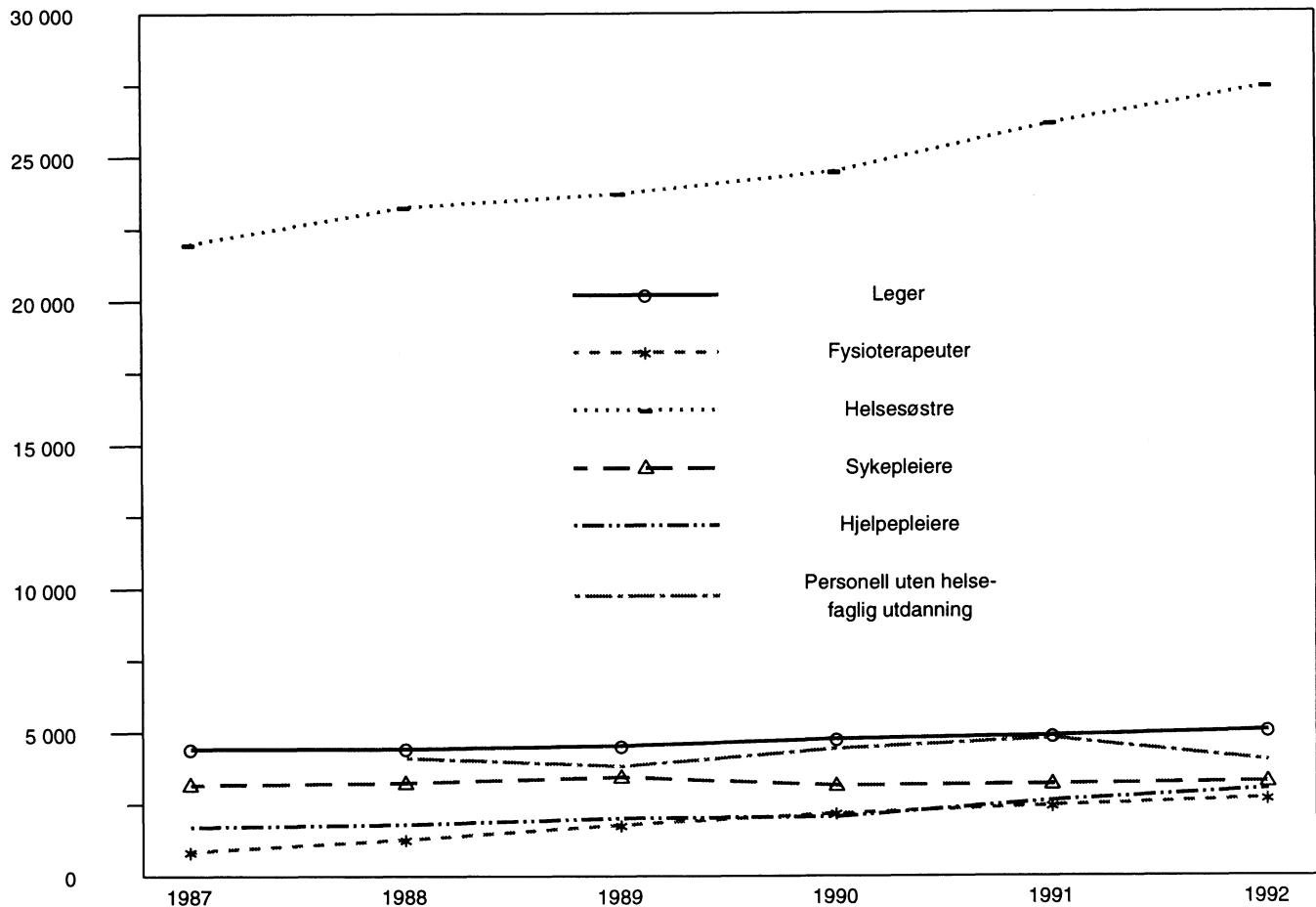
¹ "Annet arbeid" inkluderer bl.a. reisevaksiner, arbeid med eldre, næringsmiddelkontroll og inneløst, pressekontakt.

gruppene, med unntak av fysioterapeutene, som har hatt en viss vekst de siste to årene.

5.3. Veksten i helsesøstertjenesten og øvrig kommunehelsetjeneste

Regnet i prosent har årsverksinnsatsen av helsesøstre og sykepleiere i skole- og helsestasjonstjenesten hatt en årlig vekst på 3 prosent i perioden 1988-1992. I samme periode har tallet på barn i førskolealder økt med 2 prosent i året, mens tallet på barn i grunnskolealder har gått ned med 2 prosent i året. Helsesøstertjenesten har hatt en vekst omtrent som fysioterapitjenesten, og noe større vekst enn legetjenesten. Veksten i hjemmesykepleien har vært langt høyere. I forhold til hjemmesykepleien har veksten i helsesøstertjenesten vært beskjedent målt med absolutte tall. Fra 1988 til 1990 økte hjemmesykepleien årsverksinnsatsen med nesten 1 000 årsverk, mens skole- og helsestasjonstjenesten i samme periode hadde en vekst på 100 årsverk.

De aller fleste kommunestørrelsene hadde vekst i de ulike tjenestene. For fysioterapeutene er det en tendens til at veksten er kommet i de minste kommunene, mens hjemmesykepleien har hatt den sterkeste ekspansjonen i de større kommunene. Helsesøstertjenesten utmerker seg ved at årsverksinnsatsen i de største kommunene har blitt redusert. Dette er overraskende sett på bakgrunn av at barnebefolkningen i de større byene har hatt en årlig vekst i tallet på barn i førskolealder på 4 prosent, det dobbelte av landsgjennomsnittet.

Figur 5.4. Yrkesgrupper i helsestasjonstjenesten.¹ Utførte timeverk pr. uke ved utgangen av året. Endring 1987-1992

¹ Yrkesgruppene fordelingen av arbeidstid mellom skole- og helsestasjonstjeneste er for endel kommuner basert på skjønn.

5.4. Kommunale ulikheter i personellinnsats

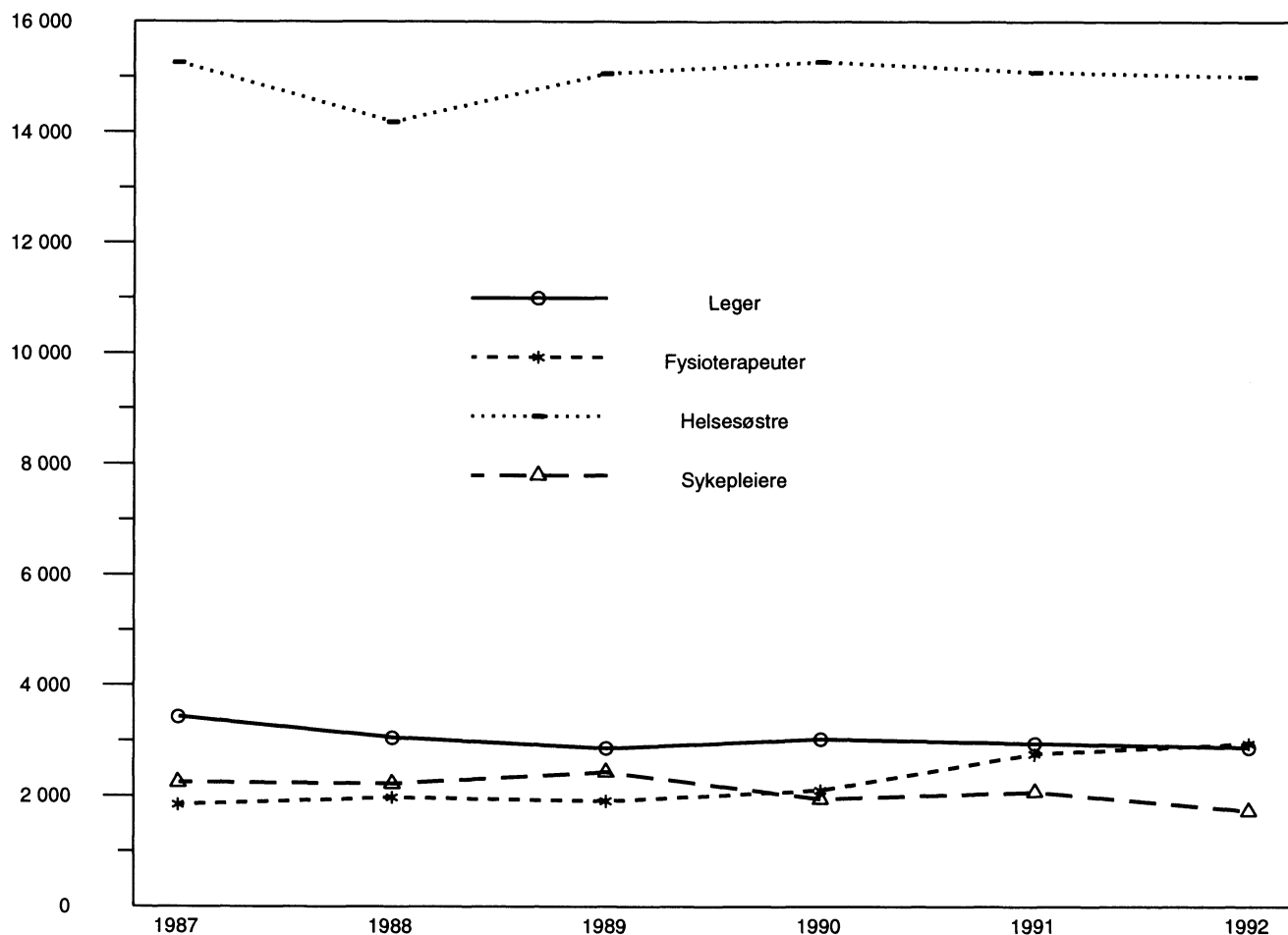
Helsesøstertjenesten følger det samme mønsteret som de fleste offentlige tjenester. De minste kommunene bruker mest personellressurser sett i forhold til innbyggertallet. Utbyggingsgraden avtar jevnt med kommunestørrelse og er lavest i kommuner med mellom 9 000 og 13 999 innbyggere (figur 5.5). Utbyggingsgraden stiger noe igjen i de store byene. Endringer i utbyggingsgrad er en følge av endringer i tallet på barn og tallet på utførte årsverk. Med unntak av byer med over 50 000 innbyggere, har veksten i årsverk vært større enn veksten i barnebefolkningen i alle kommunestørrelsene, slik at utbyggingsgraden er blitt forbedret. En kombinasjon av relativt sterk vekst i barnebefolkningen og nesten uendret årsverksinnsats har ført til at helsesøstrene i de større byene har fått flere brukere å betjene.

Et antall helsesøsterstillinger tilsvarende mellom 100 og 130 årsverk har stått ubesatte ved utgangen av året i perioden 1986 - 1992. Dette er stillinger

som har vært ubesatte i minimum 4 måneder. Ubesatte stillinger er et problem både i større og mindre kommuner. De minste kommunene har imidlertid større problemer enn andre kommuner med å få sine helsesøsterstillinger besatt. Konsekvensene av ubesatte stillinger er mer alvorlige i små kommuner, fordi helsesøstertjenesten ofte består av en person.

Variasjonen i årsverk pr. innbygger har avtatt noe i perioden. Det har også blitt noe færre kommuner som er helt uten helsesøster ved utgangen av året. I 1987 var 49 kommuner uten helsesøster i skole- og helsestasjonstjenesten, i 1992 var antallet redusert til 35 kommuner. De fleste av disse kommunene hadde mindre enn 3 000 innbyggere. I tabellen ser vi at sykepleiere avhjelper situasjonen dersom det ikke er ansatt helsesøster. 15 kommuner var uten sykepleier og helsesøster i skole- og helsestasjonstjenesten i 1987, mens disse yrkesgruppene ikke var representert i 11 kommuner i 1992.

Figur 5.5. Yrkesgrupper i skolehelsetjenesten.¹ Utførte timeverk pr. uke ved utgangen av året. Endring 1987-1992



¹ Se note 1, figur 5.4.

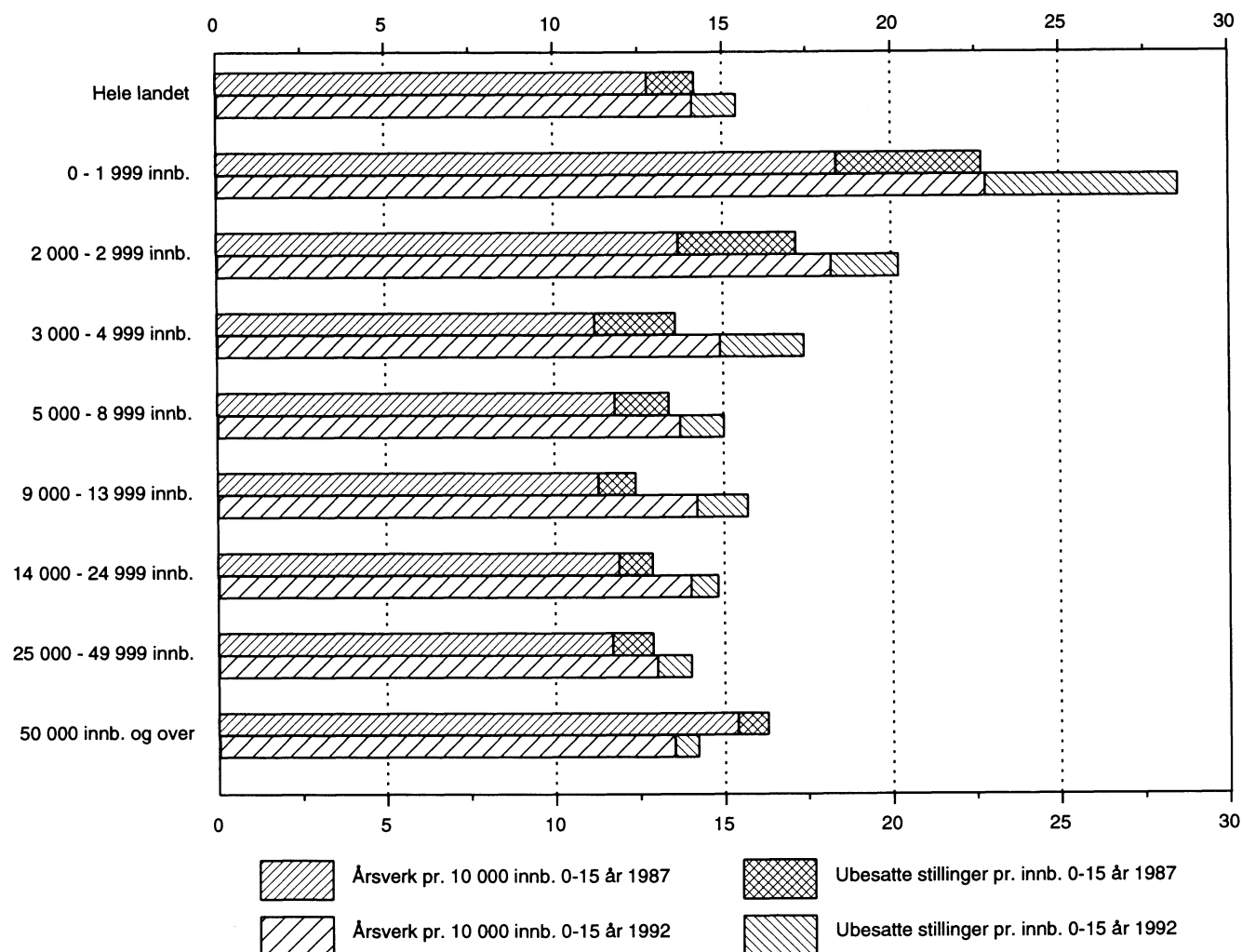
Tabell 5.2. Årsverk av ulike yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten og antall personer i ulike befolkningsgrupper. Gjennomsnittlige årlige vekstrater 1988-1992. Prosent

	Helse-søstre	Fysiotera-peuter	Leger	Sykepl./ hjelpepl. i hjemme-sykepl. ¹	Personer 0-6 år	Personer 7-15 år	Personer over 80 år
I alt	3	3	2	10	2	-2	3
Antall innbyggere							
0-1 999	3	9	3	8	0	-2	2
2 000-2 999	4	6	0	9	0	-2	2
3 000-4 999	5	4	2	9	1	-2	2
5 000-8 999	2	3	1	11	1	-2	2
9 000-13 999	4	4	1	7	2	2	3
14 000-24 999	3	3	2	10	2	-2	3
25 000-49 999	2	2	1	15	3	-2	3
over 50 000 ²	0	2	3	9	4	-1	3

¹ For sykepleiere og hjelpepleiere i hjemmesykepleien er veksten beregnet for perioden 1988-1990.

² Oslo og Trondheim er ikke med i beregningene.

Figur 5.6. Personellinnsatsen av helsesøstre i kommunehelsetjenesten¹. Årsverk pr. 10 000 innb. 0-15 år. Kommunestørrelse. 1987 og 1992



¹ Årsverk av helsesøstre i hjemmesykepleien og eldreinstitutionene er ikke regnet med.

5.5. Fortsatt vekst i helsesøstertjenesten?

Forebyggende helsearbeid har de siste årene vært definert som et prioritert innsatsområde (i 1991 ble NOU 1991: 10 *Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier* lagt fram, i 1993 St.meld. nr. 37 1992-1993 *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*). Helsestasjonstjenesten har som vist hatt en viss vekst i perioden, men en lavere vekst enn eldreomsorgen, spesielt dersom en regner i absolutte tall. Generelt vokste tallet på utførte årsverk av helsesøstre raskere enn barnebefolkningen i de fleste kommunestørrelsegruppene. Helsesøstrene har dermed fått færre brukere å betjene. Variasjonene mellom kommunene har også avtatt noe, og det er blitt noe færre kommuner som er helt uten helsesøstre. I perioden som er undersøkt er det ikke konstatert noen vekst i skolehelsetjenesten, mens konsekvensene av

utviklingen i de større byene er en nedbygging av årsverksinnsatsen. En del utviklingstrekk viser altså manglende samsvar mellom kommunale og nasjonale prioriteringer.

Økningen i utdanningskapasiteten i helsesøsterutdanningen vil gjøre det mulig å ansette langt flere helsesøstre i kommunene i årene fremover. En prognose for forventet tilgang på helsesøstre viser at tallet på årsverk av helsesøstre vil øke med over 60 prosent fra 1994 til 2005 (Stene-Larsen m.fl. 1993), altså en veksttakt nesten tre ganger høyere enn for perioden 1987-1992. Det vil etter relativt kort tid oppstå en overkapasitet av helsesøstre om kommunene ikke oppretter nye helsesøsterstillinger. Forutsatt at helsesøstertjenesten ikke blir gjenstand for øremerkede statlige tiltak, vil utviklingen i kommunene i stor grad avhenge av hvor godt

Tabell 5.3. Helsesøstre i kommunehelsetjenesten. Variasjon mellom enkeltkommuner og antall kommuner uten helsesøster/sykepleier ved utgangen av året. 1987 og 1992

	1987	1992
Variasjon ¹ mellom enkeltkommuner i årsverk pr. innbygger 0-15 år	56	51
Antall kommuner uten helsesøster i skole- og helsestasjonstjenesten ved utgangen av året . . .	49	35
Antall kommuner uten helsesøster/sykepleier i skole- og helsestasjonstjenesten ved utgangen av året	15	11

¹ Variasjonen er beregnet som standardavvikets prosentuelle andel av gjennomsnittet.

helsesøstertjenesten klarer å markedsføre sin tjeneste overfor politikere og administratorer i kommunene, i sterk konkurranse med eldreomsorgen.

5.6. Oppsummering

Et flertall av helsesøstrene som deltok i registreringen fikk sin utdanning etter 1980, mens 9 prosent var utdannet før 1970. Det ser ut til at omfanget av deltidsarbeid blant helsesøstrene er mindre enn for hjelpepleiere og sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Nesten en fjerdedel av helsesøstrene hadde en arbeidsuke på mer enn 37,5 timer i registreringsperioden.

I perioden 1987 til 1992 har personellinnsatsen i helsestasjonstjenesten hatt en viss vekst, mens personellinnsatsen i skolehelsetjenesten har holdt seg stabil. Målt med absolutte tall er denne veksten beskjedent, fordi disse virksomhetsområdene bare utgjør 2 prosent av personellinnsatsen i de kommunale helse- og sosialtjenestene.

De kommunale forskjellene i helsesøstrenes personellinnsats har avtatt noe i perioden. Det har blitt færre kommuner som ikke har helsesøster. I de fleste kommunestørrelsene har det vært en vekst i helsesøsterårsverk. Unntaket er de største byene, som på tross av en relativt sterk vekst i barnebefolkningen ikke har hatt vekst i tallet på helsesøsterårsverk.

Litteratur

Finnvold, Jon Erik (1993): "Personellinnsatsen i helsetjenesten: Behov eller økonomi avgjør?" *Samfunnsspeilet* nr. 2 1993, Statistisk sentralbyrå.

Helsedirektoratet (1990a): *Veileder for helsestasjonsvirksomheten*. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-90.

Helsedirektoratet (1990b): *Veiledning om vaksinasjon 1990*.

Irgens, Lorentz M. (1982): "Skolehelsetjenesten i Norge". *Socialmedisinsk tidsskrift* nr. 3 1982.

Killen, Kari (1993): "Sekundært forebyggende arbeid innenfor rammen av primært forebyggende arbeid. Hvordan kan helsestasjonen drive barnevern gjennom foreldresamarbeid?" *Socialmedisinsk tidsskrift* 9-10 1993.

Knudsen, Oddbjørn (1989): *Sosiale tjenester og velferdsstatens yrker. Særtrekk, modeller og hypoteser for komparativ forskning*. INAS rapport nr. 1 1989.

Köhler, L red.(1990): *Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livsstil*. Nordiska hälsovårdshögskolan, NHV-rapport 1990:1.

Mortensen, Tone og Tone Bjåland (1992): "Møtestedet. Et forebyggende tiltak. Et samarbeid mellom helsestasjon og sosialsenter." *Norges Barnevern* 4-1992.

NOU (1984:20): *Helserådstjenesten*.

NOU (1991:10): *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*.

Paulsen, Bård: "Snakk med de på helsestasjonen..." *En analyse av bruk av helsesøstertjenesten*. Norsk institutt for sykehusforskning, Rapport 3-90.

Olin Lauritzen, Sonja (1990): *Hälsovård som rutin eller relation. Svensk mödra- och barnhälsovård möter innvandrerfamiljer*. Pedagogiska institutionen, Stockholm universitet 1990.

Refsdal, Olav (1993): *Helsetenester for flyktningar. Dei kommunale utgiftene*. Notat 114:1993, Norsk Institutt for by- og regionsforskning.

Rutle, Olav (1983): *Pasienten fram i lyset - analyse av legekontaktar i primærhelsetenesta*. Rapport nr. 1 - 1983, Statens institutt for folkehelse.

Solberg, Leif Kåre og Arild Johansen (1984): *Oppslutning og frafall i helsestasjonsarbeidet*. Oslo og Hedmark 1982. Oslo helseråd 1984.

Sosialdepartementet (1988): *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. ST.meld. nr. 41 1987-88.

Sosialdepartementet (1993): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. ST.meld. nr. 37 1992-93.

Statistisk sentralbyrå (1993): *Kommunehelse-tjenesten 1992*. NOS C 106.

Statistisk sentralbyrå (1994): *Barnevernet: Vel 7 300 meldinger om omsorgssvikt/mishandling*. *Ukens statistikk* 3-94.

Stene-Larsen, Geir, Even Flaatten, Dag Hofoss, Arild Bjørndal, Clara Åse Arnesen og Per Olaf Aamot (1993): "Arvelige sykdommer og misdannelser som dødsårsak i de to første leveår blant to årskull barn i Oslo". *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 3 vol. 113.

Steen, Jens, Rolf Lindemann og Karen Helene Ørstavik (1993): *Tilbud og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell - en datamodell for prognostisering*. Utredningsrapport nr. U1 - 1993, Statens institutt for folkehelse.

Vestli, Sissel (1993): "Barns familieforhold." I *Sosialt utsyn 1993*. Statistiske analyser 1 1993, Statistisk sentralbyrå.

Østbye, Lars (1993): "Innvandrenes levekår". I *Sosialt utsyn 1993*. Statistiske analyser 1 1993, Statistisk sentralbyrå.

Aase, Asbjørn (1984): *Offentlig sektor som produsent og fordeler av velferd*. Arbeider fra geografisk institutt nr. 44 Universitetet i Trondheim.

Statistisk sentralbyrå
P.b. 8131 Dep.
0033 OSLO 1
Tlf. (02) 864546

Frist for innsending:
11. november 1992

TIDSBRUK OG KONSULTASJONER I SKOLEHELSETJENESTEN OG HELSESTASJONENE 1992

Opgavene innhentes av Statistisk sentralbyrå med hjemmel i Lov om offisiell statistikk og Statistisk sentralbyrå (statistikkloven).

A. Opplysninger om helsesøster

Kommune	For SSB
Skjemaet er fylt ut av...	Telefonnr. kontaktperson
Helsesøster med godkjent helsesøsterutdanning <input type="checkbox"/>	
Sykepleier uten godkjent helsesøsterutdanning <input type="checkbox"/>	
Helsesøsters utdanningsår _____	

B. Rettledning

1. Formål

Undersøkelsen skal gi en oversikt over hvor mye tid som går med til ulike aktiviteter innenfor helsesøstrenes arbeidsområde.

Undersøkelsen skal videre gi et mål for omfanget av brukerkontakt og viktige egenskaper ved brukerne av tjenestene.

Resultater fra undersøkelsen vil bli publisert og gjort tilgjengelig for den enkelte kommune/bydel.

2. Hvem skal fylle ut skjema?

Alle som fungerer i en helsesøsterstilling i kommunen/bydelen skal fylle ut skjemasettet, også helsesøstre med store innslag av administrative arbeidsoppgaver.

3. Tellingstidspunkt

Skjemaet skal fylles ut hver dag i uke 44 og 45, dvs. f.o.m. mandag 26. oktober t.o.m. fredag 6. november.

4. Skjemaenes ulike deler - hvordan skal de fylles ut?

Skjemasettet består av...

- A. Opplysninger om helsesøster, s. 1
- B. Rettledning, s. 1
- C. Tidsbruk i helsestasjonstjenesten, s. 3
- D. Tidsbruk i skolehelsetjenesten, grunnskole, s. 3
- E. Tidsbruk i skolehelsetjenesten, videreg. skole, s. 4
- F. Tidsbruk i annet arbeid, s. 4
- G. Registrering av brukerkontakter, s. 5

A. Opplysninger om helsesøster

Hvert skjemasett **må** ha opplysninger om **kommune**, **utdanningsbakgrunn** og **utdanningsår** til helsesøster (øverst på denne side).

C-F. Helsesøsters tidsbruk

Helsesøster skal her registrere hvordan tidsbruken fordeler seg på ulike aktiviteter innenfor det enkelte arbeidsområde. Det er faktisk, ikke planlagt tidsbruk som skal registreres. All arbeidsinnsats skal med, også arbeid utenfor ordinær arbeidstid. Helsesøster skal summere timene når registreringsperioden er slutt og kontrollere at summen stemmer. For felter i sumlinjene der arbeid ikke er utført settes 0.

F. Brukerkontakter

Hvilke kontakter skal regnes med?

Bare kontakter med et samtaleelement på minst 10 minutter skal regnes med. De fleste rutinekontroller, hjemmebesøk og henvendelser der brukeren selv tok initiativet vil inneholde en samtale av nevnte varighet. Samtaler vedrørende brukere skal registreres også når barnet eller dens foresatte ikke er med i samtalen. Samtaler med f.eks lege, lærer eller skolepsykolog om bruker skal regnes med. Samtaler i grupper skal **ikke** med i denne delen av undersøkelsen, men føres opp under tidsbruk (sjema C-F).

Alle kolonnene skal fylles ut for **hver kontakt**. Dersom det ikke foreligger opplysninger settes en strek i feltet.
SNU !

Om de enkelte kolonnene:

(fortsettelse del G: Brukerkontakter. Kolonne 2,3,7-13)

Bakgrunnsinformasjon om brukerne er en viktig del av undersøkelsen. Opplysninger om alder, foreldres utdanning m.m skal finnes på **helsekortene** til den enkelte bruker. **NB:** Brukere med svangerskapsperm er yrkesaktive!

Kolonne 5

Her skal det krysses av **bare dersom det kommer fram i løpet av samtalen** at brukeren har et av de nevnte problem.

Kolonne 4

Se nærmere forklaring over skjema G, side 5 og utover. Les forklaringen før du begynner registreringen !

MERKNADER

C. Tidsbruk i helsestasjonstjenesten 26 oktober - 6 november 1992

Ukedag	Individuelle konsultasjoner: Rutinekontroller, vaksiner, telefonsamtaler osv.	Hjembesøk, inkl. reisetid		Samtale- grupper	Samarbeids- møter prosjektarbeid, forberedelser.
		Til gravide\ barn 0-6 år	Sosialm. problemer		
Mandag					
Tirsdag					
Onsdag					
Torsdag					
Fredag					
Mandag					
Tirsdag					
Onsdag					
Torsdag					
Fredag					
SUM					

D. Tidsbruk i skolehelsetjenesten, grunnskole, 26 oktober - 6 november 1992

Ukedag	Individuelle konsultasjoner: Med lege, elev, foresatte, telefonsamtaler osv.	Undervisning og prosjektorganisert arbeid	Samtale- grupper	Samarbeids- møter, forberedelser.
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
SUM				

E. Tidsbruk i skolehelsetjenesten, videreg. skole, 26 oktober - 6 november 1992

Ukedag	Individuelle konsultasjoner: Med lege, elev, foresatte, telefonsamtaler osv.	Undervisning og prosjektorganisert arbeid	Samtale- grupper	Samarbeids- møter, forberedelser.
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
SUM				

F. Tidsbruk i annet arbeid, 26 oktober - 6 november 1992

Ukedag	Individuelle konsultasjoner og samtalegrupper: Reisevaksiner, telefonsam- taler, arbeid med eldre osv.	Næringsmiddel- kontroll og inneklimate	Helse- kampanjer og presse- kontakt	Annet: forberedelser og møter (ikke helse- stasjon og skole- helsetj.), faglig oppdatering o.l.
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
SUM				

Rettledning til utfylling av kolonne 4, Tema for konsultasjonen**A=Alminnelige somatiske problemer****B=Søvn og ernæringsproblemer****C=Psykiske\psykosomatiske problemer****D=Mulige kroniske plager\funksjonshemninger**

1=Syn\hørsel

2=Motorisk utvikling

3=Luftveier

4=Andre

E=Manifeste kroniske plager\funksjonshemninger

1=Syn\hørsel

2=Motorisk utvikling

3=Luftveier

4=Andre

F=Ingen spesielle problemer

Dersom brukeren ikke hadde noe spesielt problem, settes F i kolonne 4 i skjema. For den enkelte bruker er flere svaralternativer ofte aktuelle. Dersom et spesielt problem dominerte, skal det bare føres opp en bokstav. Hvis konsultasjonen gjelder funksjonshemning(D), eller mistanke om mulig funksjonshemning(E), skal det føres opp både bokstav og tall.

Kategori A, **alminnelige somatiske problemer**, inkluderer lettere allergier, utslett, forkjølelser, feber, barnesykdommer, småsår, svangerskapsrelaterte plager o.l. Kategori B, **søvn og ernæringsproblemer**, inkluderer vektøkningsproblemer, amming, kolikk, lettere søvnproblemer, osv. Kategori C **psykiske\psykosomatiske problemer**, inneholder mer uklare og diffuse problemtilstander som depresjoner, passivitet, aggressivitet, spiseforstyrrelser, søvnløshet osv.

G. Registrering av brukerkontakter som varte 10 minutter eller lenger, 26 oktober - 6 november 1992

1 Nr	2 Barn Født År	3 Kjønn M/K	4 (se over!) Tema for konsult. A=Alm. somatisk B=Søvn\ernæring C=Psyk.\psykos. D=Mulig.fun.hem 1=syn\hørsel 2=motorisk utv. 3=luftveier 4=andre E=Manif.f.hem. =1-4 F=ingen problem	5. I sammenheng med A=Familie- oppløsning B=Gjeld\bo- problemer\ arb.løshet C=Rus- middelbruk D=Språk- problem E=Uaktuelt	6 Initiativ til konsul: A=Helse- søster B=Klient selv C=Skole D=For- eldre E=Andre	7 Familietype: A=Enslig med 1 barn B=Enslig med flere barn C=Mor og far gift/sambo. D=Mor el. far gift/sambo. med ny partner E=Andre	8 Foreldre født: A=en i 3.verd. B=begge i 3.verd. C=Annet	9 Fars utdan- ning: A=Grunn- skole B=Videreg. skole C=Høyere utdanning D=Ukjent	10 Mors utdan- ning: A=Grunn- skole B=Videreg. skole C=Høyere utdanning D=Ukjent	11 Foreldres yrkes- aktivitet: A=Begge B=En av foreld. C=Ingen D=ukjent (permi- sjon = yrkesakt!)	12 Resultat: A=Lyttet\ samtale B=Foreslo tiltak C=Ny avtale D=Henv. til PPT\sosial- kontor E=til lege F=til andre	13 Kons. varig- het i min.:
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												

Utkommet i serien **Rapporter fra Statistisk sentralbyrå** etter 1. juli 1993 (RAPP)

*Issued in the series **Reports from Statistics Norway***

since 1 July 1993 (REP)

ISSN 0332-8422

- | | | | |
|----------|---|-----------|--|
| Nr. 93/7 | Dennis Fredriksen og Gina Spurkland: Framskrivning av alders- og uføretrygd ved hjelp av mikrosimuleringsmodellen MOSART. 1993-58s. 90 kr ISBN 82-537-3945-1 | Nr. 93/31 | Erling Holmøy, Torbjørn Hægeland, Øystein Olsen og Birger Strøm: Effektive satser for næringsstøtte. 1993-178s. 115 kr ISBN 82-537-3947-8 |
| - 93/20 | Dag Kolsrud: Stochastic Simulation of KVARTS91. 1993-70s. 95 kr ISBN 82-537-3952-4 | - 94/1 | Torstein Bye, Ådne Cappelen, Torbjørn Eika, Eystein Gjelsvik og Øystein Olsen: Noen konsekvenser av petroleumsvirksomheten for norsk økonomi. 1994-54s. 95 kr ISBN 82-537-3956-7 |
| - 93/23 | Torbjørn Eika: Norsk økonomi 1988-1991: - Hvorfor steg arbeidsledigheten så mye? 1993-38s. 75 kr ISBN 82-537-3912-5 | - 94/2 | Wenche Drzwi, Lisbeth Lerskau, Øystein Olsen og Nils Martin Stølen: Tilbud og etterspørsel etter ulike typer arbeidskraft. 1994-56s. 95 kr ISBN 82-537-3950-8 |
| - 93/24 | Kristin Rypdal: Anthropogenic Emissions of the Greenhouse Gases CO ₂ , CH ₄ and N ₂ O in Norway A Documentation of Methods of Estimation, Activity Data and Emission Factors. 1993-65s. 90 kr ISBN 82-537-3917-6 | - 94/3 | Hilde-Marie Branæs Zakariassen: Tilbud av arbeidskraft i Norge En empirisk analyse på kvartalsdata for perioden 1972 til 1990. 1994-100s. 110 kr ISBN 82-537-3958-3 |
| - 93/25 | Skatter og overføringer til private Historisk oversikt over satser mv. Årene 1975-1993. 1993-75s. 90 kr ISBN 82-537-3922-2 | - 94/4 | Resultatkontroll jordbruk 1993 Tiltak mot avrenning av næringssalter og jorderosjon. 1994-96s. 95 kr ISBN 82-537-3966-4 |
| - 93/26 | Thor Olav Thoresen: Fordelingsvirkninger av overføringene til barnefamilier Beregninger ved skattemodellen LOTTE. 1993-42s. 75 kr ISBN 82-537-3923-0 | - 94/5 | Haakon Vennemo: A Growth Model of Norway with a Two-way Link to the Environment. 1994-57s. 95 kr ISBN 82-537-3985-0 |
| - 93/27 | Odd Frank Vaage: Holdninger til norsk utviklingshjelp 1993. 1993-41s. 75 kr ISBN 82-537-3931-1 | - 94/6 | Odd Frank Vaage: Feriereiser 1992/93. 1994-49s. 80 kr ISBN 82-537-3983-3 |
| - 93/28 | Kjetil Sørli: Bofasthet, flytting og utdanningsnivå i kommunene Åtte årskull fulgt gjennom aldersfasen 15-35 år Del 1: Østlandet. 1993-174s. 115 kr ISBN 82-537-3935-4 | - 94/7 | Magnar Lillegård: Prisindekser for boligmarkedet. 1994-31s. 80 kr ISBN 82-537-3992-3 |
| - 93/29 | Kjetil Sørli: Bofasthet, flytting og utdanningsnivå i kommunene Åtte årskull fulgt gjennom aldersfasen 15-35 år Del 2: Sørlandet og Vestlandet. 1993-179s. 115 kr ISBN 82-537-3936-2 | - 94/8 | Grete Dahl, Else Flittig og Jorunn Lajord: Inntekt, levekår og sysselsetting for pensjonister og stønadsmottakere i folketrygden. 1994-57s. 95 kr ISBN 82-537-3998-2 |
| - 93/30 | Kjetil Sørli: Bofasthet, flytting og utdanningsnivå i kommunene Åtte årskull fulgt gjennom aldersfasen 15-35 år Del 3: Trøndelag og Nord-Norge. 1993-165s. 115 kr ISBN 82-537-3937-0 | - 94/9 | Leif Brubakk: Estimering av en makrokonsumfunksjon for ikke-varige goder 1968-1991. 1994-42s. 80 kr ISBN 82-537-4003-4 |
| | | - 94/10 | Marie Arneberg og Thor Olav Thoresen: Syke- og fødselspenger i mikrosimuleringsmodellen LOTTE. 1994-37s. 80 kr ISBN 82-537-4026-3 |

- Nr. 94/11 Klaus Mohn: Monetarism and Structural Adjustment - The Case of Mozambique. 1994-48s. 80 kr ISBN 82-537-4005-0
- 94/12 Tom Langer Andersen, Ole Tom Djupskås og Tor Arnt Johnsen: Kraftkontrakter til alminnelig forsyning i 1993. 1994-53s. 80 kr ISBN 82-537-4007-7
- 94/13 Svein Blom: Yrkesstart og familiestiftelse En analyse av sentrale begivenheter i menns livsløp. 1994-53s. 95 kr ISBN 82-537-4054-9
- 94/14 Asbjørn Aaheim: Inntekter fra utvinning av norske naturressurser Noen teoretiske betraktninger. 1994-30s. 80 kr ISBN 82-537-4022-0
- 94/15 Trine Dale og Arne Faye: Utenlandske statsborgere og Kommunestyre- og Fylkestingsvalget 1991. 1994-100s. 110 kr ISBN 82-537-4025-5
- 94/16 Tom-André Johansson: En økonometrisk analyse av lagertilpasningen i norske industrisektorer. 1994-46s. 80 kr ISBN 82-537-4027-1
- 94/17 Lasse Sigbjørn Stambøl: Flytting, utdanning og arbeidsmarked 1986-1990 En interaktiv analyse av sammenhengen mellom endringer i flyttetilbøyelighet og arbeidsmarked. 1994-60s. 95 kr ISBN 82-537-4035-2
- 94/18 Anne Brendemoen, Mona I. Hansen og Bodil M. Larsen: Framskrivning av utslipp til luft i Norge En modell-dokumentasjon. 1994-56s. 95 kr ISBN 82-537-4036-0
- Nr. 94/19 Erling Holmøy, Gunnar Nordén and Birger Strøm: MSG-5 A Complete Description of the System of Equations. 1994-209s. 155 kr ISBN 82-537-4039-5
- 94/20 Ragnhild Balsvik and Anne Brendemoen: A Computable General Equilibrium Model for Tanzania Documentation of the Model, the 1990 - Social Accounting Matrix and Calibration. 1994-50s. 80 kr ISBN 82-537-4041-7
- 94/21 Skatter og overføringer til private Historisk oversikt over satser mv. Årene 1975-1994. Under utgivelse
- 94/22 Jon Erik Finnvoll: Brukerkontakter i helsesøstertjenesten En utvalgsundersøkelse. Under utgivelse
- 94/23 Anders Barstad: Bomiljø og ulikhet Om fordeling og endring av miljøproblemer på bostedet. 1994-69s. 95 kr ISBN 82-537-3829-3
- 94/24 Audun Langørgen: Framskrivning av sysselsettingen i kommuneforvaltningen. 1994-33s. 80 kr ISBN 82-537-4066-2
- 94/25 Einar Bowitz, Taran Fæhn, Leo Andreas Grünfeld og Knut Moum: Norsk medlemskap i EU - en makroøkonomisk analyse. Under utgivelse
- 94/26 Mette Rolland: Militærutgifter i utviklingsland Metodeproblemer knyttet til måling av militærutgifter i norske programland. 1994-42s. 80 kr ISBN 82-537-4069-7
- 94/27 Helge Brunborg og Sverre-Erik Mamelund: Kohort og periodefruktbarhet i Norge 1820-1993. Under utgivelse
- 94/28 Petter Jakob Bjerve: Utviklingsoppdrag i Sri Lanka. Under utgivelse



Returadresse:
Statistisk sentralbyrå
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo



Publikasjonen kan bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo

Telefon: 22 86 49 64
22 86 48 87
Telefaks: 22 86 49 76

eller:
Akademika - avdeling for
offentlige publikasjoner
Møllergt. 17
Postboks 8134 Dep.
N-0033 Oslo

Telefon: 22 11 67 70
Telefaks: 22 42 05 51

ISBN 82-537-4056-5
ISSN 0332-8422

Pris kr 95,00



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

