



Julie Kjelvik

Notater

**Helsestasjons- og
skolehelsetjenesten
i kommunene**

Innhold

1	Sammendrag	2
2	Innledning.....	3
3	Svangerskapsomsorg	4
4	Tilbud til barn 0-5 år.....	7
	<i>Helsestasjonens historikk</i>	<i>8</i>
5	Tilbud til barn og ungdom 6-20 år.....	9
	5.1 Skolehelsetjeneste	9
	5.2 Helsestasjon for ungdom (HFU)	10
	5.3 Samarbeid med andre aktører.....	14
6	Ressursinnsats.....	15
	6.1 Utgifter og personell	15
	6.2 Opptrappingsplanen for psykisk helse	18
	6.3 Kartlegging av helsesøstertjenesten	19
7	Manglende data.....	23
	7.1 Forslag til innhenting av nye data	23
	7.1.1 KOSTRA.....	23
	7.1.2 Utvalgsundersøkelse for kommunene	25
	7.1.3 Utvalgsundersøkelse for brukere.....	25
8	Datakilder.....	27
	8.1 KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RApportering).....	27
9	Litteratur.....	28
	Vedlegg 1: KOSTRA-skjema 1	29
	Vedlegg 2: Kostra-grupper.....	38
	Vedlegg 3: Forslag til spørsmål i brukerundersøkelser	44

1 Sammendrag

Det har blitt flere årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten de siste årene, men likevel er det langt igjen for å nå målene i opptrappingsplanen for psykisk helse som gjelder i perioden 1999-2008. Måltallene var 800 flere årsverk i løpet av planperioden, og til nå har kommunene kommet bare halvveis. Etter iverksettingen av opptrappingsplanen er antall psykologårsverk tredoblet, men utgjør knappe én prosent av totalen. Helsesøstre og jordmødre står for flesteparten av de nye årsverkene, mens antall årsverk av leger og fysioterapeuter er noe redusert de siste årene.

Samlet ble det i 2005 brukt 1,5 milliarder kroner på helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunene. Dette utgjør 1 359 kroner per innbygger i aldersgruppen 0-20 år. Små og desentraliserte kommuner har flere årsverk per innbygger i tjenesten og bruker mer penger per innbygger enn større kommuner.

I dag tar færre gravide kommunale fødselsforberedende kurs ved helsestasjon enn tidligere, mens flere gravide blir kontrollert ved helsestasjon. Andelen gravide som går til kontroll og tar kurs ved helsestasjonen er høyere i små enn store kommuner. Årsaken er trolig større valgfrihet og flere alternative tilbud i de store kommunene. Tjenestene tilbys også av andre aktører enn kommunene, for eksempel fastlege, spesialister og sykehus.

De fleste barn gjennomgår helseundersøkelser ved helsestasjonen før skolestart, men det kan se ut som andelen barn som kontrolleres avtar med alder. Mens nesten alle spedbarn gjennomgår 8-ukerskontroll, tyder tilgjengelig statistikk på at ni av ti har gjennomgått kontroll i 1. klassetrinn i grunnskolen. Med ett unntak hadde alle kommuner skolehelsetjeneste ved alle grunnskoler i 2005. De aller fleste kommuner med videregående skole hadde tilbud om skolehelsetjeneste ved alle videregående skoler.

Helsestasjon for ungdom skal være et lavterskeltilbud og supplement til skolehelsetjenesten. Det har vært en jevn vekst i antall kommuner som kan tilby helsestasjon for ungdom. Kommunene som ikke tilbyr helsestasjon for ungdom er hovedsaklig små kommuner. Av kommunene som har tilbudet er tilgjengeligheten, målt ved åpningstid per uke, best i de store kommunene.

Høgskolen i Akershus har gjennomført en undersøkelse om ressursfordeling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Resultatene viser at ressursene, målt i helsesøstertetthet, varierer mellom de ulike målgruppene. Helsesøsterressursene i kommunene er hovedsakelig rettet mot barn i alderen 0-6 år, mens for barn i grunnskolen og ungdom i videregående skole er helsesøstertettheten vesentlig lavere.

Per i dag finnes få data om kommunenes tilbud av helsetjenester og forebyggende arbeid som rettes til ungdom, både i helsestasjon for ungdom og i skolehelsetjenesten. I kapittel 7 foreslås ulike tiltak og metoder for innhenting av nye data.

2 Innledning

Rapporten med tabeller og analyse er resultatet av et prosjekt finansiert av Helse- og Omsorgsdepartementet. Prosjektets formål har vært å gå i dybden og se på forhold innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I rapporten er det hovedsaklig KOSTRA-data som er benyttet. Forhold som belyses er blant annet tjenester og tilbud til hovedbrukerne av tjenesten; barn og ungdom, samt gravide. Videre ser vi på ressursinnsatsen i tjenesten, målt ved personell og utgifter. Tall for barn og ungdoms helse og livsstil blir også presentert. Til slutt sier vi noe om informasjon og data som ikke innhentes per i dag, samt forslag til ulike tiltak og metoder for innhenting av nye data.

I arbeidet med forslag til tiltak for innhenting av nye data, sa to kommuner seg villige til å ta imot besøk fra SSB. Møtene med Rælingen kommune og Frogner bydel i Oslo gav nyttig informasjon om organiseringen og tilbudene av tjenestene.

I enkelte sammenhenger er foreløpige 2006-tall brukt. Ellers er de nyeste tallene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten som presenteres i denne rapporten 2005-tall. Foreløpige tall fra kommunene for 2006, samt endelige tall for tidligere år, ligger på Statistisk sentralbyrås nettsider, *ssb.no*, mens endelige 2006-tall vil bli publisert den 15. juni 2007.

I stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* har regjeringen satt seg følgende mål for barn og unges oppvekstvilkår: Alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldrenes økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet. For å nå dette målet settes ulike delmål. Følgende delmål er spesielt relevant for helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

- Tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper
- Økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten

I meldingen fremgår det at mange kommuner har for dårlig utbygd skolehelsetjeneste, og at kapasiteten må utvides ved at det ansettes mer personell. For å bidra til å redusere sosiale forskjeller i helsetjenestebruk, vil regjeringen videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten. Det skal gjøres en vurdering av dagens situasjon og tjenestens framtidige kapasitet og innhold.

Tall som presenteres i denne rapporten gir en oversikt over hvilke data for kommunenes helsestasjons- og skolehelsetjeneste som innhentes via KOSTRA. I tillegg gir rapporten et bilde av hvilke områder innen tjenesten som ikke dekkes av dagens statistikk. Vi skisserer forslag til hvordan data kan innhentes for å utvide informasjonsgrunnlaget om kommunenes virksomhet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

3 Svangerskapsomsorg

Ifølge veilederen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten som er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet, skal helsestasjonens tilbud til gravide omfatte helseundersøkelser, svangerskapskontroll samt rådgivning oppfølging eller henvisning ved behov. Dette kan omfatte henvisning til videre oppfølging i helsetjenesten i kommunene og/eller spesialisthelsetjenesten (SHdir 2003).

I KOSTRA-rapporteringen stilles to spørsmål om svangerskapsomsorg. Det ene er hvor mange gravide som har fullført fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi, og det andre er hvor mange nyinnskrevne gravide som har møtt til svangerskapskontroll. Formålet med fødsels- og foreldreforberedende kurs er å styrke foreldres trygghet og kunnskaper om graviditet, fødsel og barseltid. Antallet gravide som har tatt kurs har gått svakt ned de siste årene. Til sammen gjennomførte mer enn 7 400 gravide kurs i kommunene i 2005. Det finnes ikke tall for antall gravide, men dersom vi regner antall gravide lik antallet fødte¹, betyr det at 13 prosent av de gravide fullførte fødselsforberedende kurs. I 2001 var tilsvarende antall nesten 8 600 gravide, en andel på 15 prosent.

Totalt 261 kommuner har svart at de hadde gravide med fullført fødselsforberedende kurs i 2005. Det vil si at tre av fem kommuner har hatt gravide på kurs. Sammenlignet med tidligere år, er det færre kommuner som oppgir å ha gravide på kurs. I 2001 svarte 307 kommuner at en eller flere gravide hadde fullført fødselsforberedende kurs ved helsestasjonen. En mulig årsak kan være at færre gravide får tilbud om kurs, men det kan også tenkes at færre melder seg på slike kurs. I noen kommuner er det avgift på kursdeltakelse, noe som kan medvirke til færre påmeldte.

I tillegg til kommunale kurs er det også andre aktører som tilbyr fødselsforberedende kurs, for eksempel i spesialisthelsetjenesten. Disse finnes det ikke tall på, og vi kan dermed ikke vite om det er en reell nedgang i antallet gravide på kurs, eller om nedgangen skyldes at flere velger kurs organisert av andre enn kommunene.

Det er naturlig å tro at denne typen kurs foretrekkes av førstegangsfødende, samt kvinner som tidligere har hatt kompliserte eller traumatiske fødsler. Statistikken gir imidlertid ikke grunnlag for å kunne si noe mer om hvilke type kvinner som går på kurs.

Når det gjelder antall nyinnskrevne til kontroll ved helsestasjonen, har det vært en økning de siste årene. Mens helsestasjonene kontrollerte 37 604 gravide i 2001, hadde antallet økt til 41 830 i 2005. Det har ikke vært store endringer i antallet fødte per år i samme periode, så økningen må skyldes andre forhold. Noe av veksten kan tilskrives økt bemanning av jordmødre i kommunene. Fra 2001 til 2005 har antallet jordmorårsverk økt med 8 prosent. Antallet gravide til kontroll nådde en topp i 2004, for så å gå noe ned i 2005.

I 2004 ble også folketrygdloven utvidet til å omfatte svangerskapskontroller både hos privatpraktiserende jordmor med kommunal driftsavtale og kommunalt ansatt jordmor i tilknytning til helsestasjon. Det ble også endringer i refusjonsordningene for kontroller utført av lege og jordmor i helsestasjon (SHdir 2003). Om endringene i regelverket har sammenheng med endringene i kontroll av antall gravide er imidlertid usikkert.

¹ Pga. flerbarnsfødsler og svangerskapsavbrudd blir ikke dette helt korrekt, men en tilnærming.

Tabell 3-1. Nøkkeltall svangerskapsomsorg. 2001-2005

FFK=Fødselsforberedende kurs

	2001	2002	2003	2004	2005
Antall kommuner med FFK	307	275	265	273	261
Andel kommuner med FFK	71 %	63 %	61 %	63 %	60 %
Antall gravide med fullført FFK	8 592	8 772	8 741	7 686	7 406
Andel gravide med fullført FFK	16 %	16 %	16 %	14 %	13 %
Antall nyinnskrevne gravide til kontroll	37 604	38 387	41 014	43 657	41 830
Andel nyinnskrevne gravide til kontroll	69 %	72 %	75 %	78 %	75 %
Antall kommuner	435	434	434	434	433
Antall fødsler i alt	54 847	53 498	54 521	56 087	55 875

Kilde: KOSTRA og befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Hvor stor andel gravide som har fullført FFK og som går til kontroll ved helsestasjon varierer fra kommune til kommune. Små kommuner har en høyere andel gravide som er på fødselsforberedende kurs enn de store kommunene. Det samme gjelder for andel nyinnskrevne gravide til kontroll, andelen nyinnskrevne gravide er minst i de store kommunene.

Grunnen til forskjellene mellom små og store kommuner kan være tilbudet av alternativ utenom helsestasjonstilbudet. Større kommuner med høyere befolkningstetthet beliggende i mer sentrale strøk har større mangfold av leger og klinikker som tilbyr svangerskapskurs eller -kontroller. Selv om de minst sentrale kommunene har høyest legetetthet, målt i legeårsverk per innbygger, så har de mest sentrale kommunene flest leger målt i antall. Dette gir en større mulighet til å velge en lege man blir fornøyd med. Sannsynligheten større i store kommuner for at den gravide finner og velger en lege med spesialisering innen svangerskap og kvinnesykdommer. I sentrale strøk hvor sykehus ikke er langt unna kan fødselskurs arrangeres ved sykehuset, mens det i små kommuner kan være lengre til nærmeste sykehus. Helsestasjonens rolle blir derfor mer sentral i svangerskapsomsorgen i de minste kommunene.

Tabell 3-2. Svangerskapsomsorg etter kommunistørrelse. 2005

Innbyggertall	Antall kommuner	Andel gravide med FFK-kurs	Andel gravide til kontroll
1- 1.999	96	22 %	82 %
2 000 - 4 999	142	26 %	86 %
5 000 - 9 999	92	23 %	89 %
10 000 - 19 999	57	14 %	83 %
20 000 - 29 999	21	11 %	65 %
30 000 - 49 999	12	14 %	63 %
> 50 000	13	9 %	67 %

Kilde: KOSTRA og befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

2005-data fra prosjektet SEDA, sentrale data fra allmennlegetjenesten, viser at en av fem konsultasjoner allmennlegen har med kvinner i aldersgruppen 25-44 år gjelder svangerskap, fødsel eller prevensjon, herunder også svangerskapskontroller (SSB 2007b).

I veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten beskrives jordmødrenes kompetanse som selvskreven i svangerskapsomsorgen, og skal sammen med helsesøster, lege og fysioterapeut utgjøre kommunens grunnbemanning (SHdir 2003). I KOSTRA-skjema 1 for

2006, pkt 4-3 Organisering av jordmortjenesten, spørres det om kommunen har jordmor som arbeider i svangerskapsomsorgen per 31.12. Det spørres også om kommunen eventuelt tilbyr jordmor i svangerskapsomsorgen via interkommunalt samarbeid eller samarbeid med 2. linjetjenesten, enten i eller utenfor kommunen.

I 2005 hadde 88 prosent av kommunene/bydelene jordmor som en del av bemanningen i svangerskapsomsorgen. Regner vi også med de som tilbyr jordmortjeneste i kommunen gjennom samarbeid med andre kommuner er andelen på 94 prosent. Dersom også de kommunene som tilbyr tjenesten utenfor kommunen regnes med, ligger andelen på 97 prosent. Kommunene som utgjør de resterende 3 prosentene kan ikke tilby jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen, verken i eller utenfor kommunen.

Tabell 3-3. Organisering av jordmortjenesten.2005

	2005
	n=448
Kommuner/bydeler som har jordmor som arbeider i svangerskapsomsorgen per 31.12.?	393
Kommuner/bydeler som har jordmor som arbeider i svangerskapsomsorgen per 31.12., eller har tilsvarende organisert tilbud <u>i kommunen</u> for eks. organisert gjennom interkommunalt samarbeid el. 2. linjetj.?	423
Kommuner/bydeler som har jordmor som arbeider i svangerskapsomsorgen per 31.12., eller har tilsvarende organisert tilbud <u>i eller utenfor kommunen</u> for eks. organisert gjennom interkommunalt samarbeid el. 2. linjetj.?	435

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

4 Tilbud til barn 0-5 år

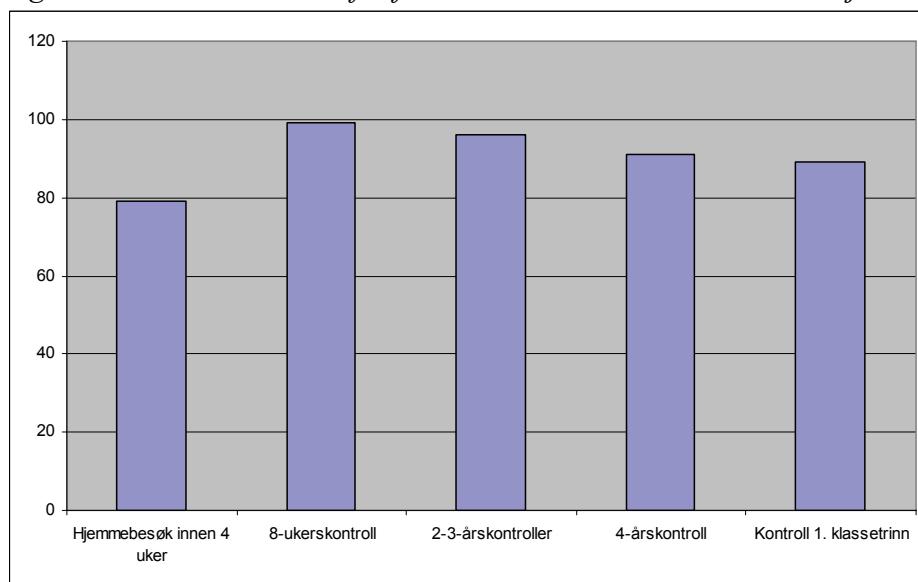
Dekningsgrad for kontroller ved helsestasjon beregnes ved å se antall fullførte kontroller ved en gitt alder i forhold til antall barn i samme aldersgruppe. Tallene² viser at fra 8-ukerskontrollen synker andelen barn med fullført helseundersøkelse med økende alder hos barna. Mens nesten alle spedbarn gjennomgikk helseundersøkelse innen 8. leveuke i 2005, hadde én av ti 6-åringer ikke gjennomført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn. For hjemmebesøk etter fødsel var andelen på 79 prosent.

Til tross for nesten 100 prosents dekning for 8-ukers kontrollen, er det en viss variasjon mellom kommunene. Noen kommuner har flere kontroller enn antall nyfødte samme år, og andre kommuner har flere nyfødte enn gjennomførte kontroller. De fleste kommuner har rundt 100 prosents dekning.

Variasjonen i dekningsgrad mellom kommuner for samme type kontroll kan ha flere årsaker. Én forklaring kan være samarbeid mellom nabokommuner. For 8-ukerskontrollen, som summerer seg opp til tilnærmet 100 prosent på landsbasis, men likevel varierer mellom enkeltkommuner, kan samarbeid være forklaringen. En annen forklaring for enkelte tilfeller kan være flytting. Informasjon om årsaker til avvik i den enkelte kommune kan oppnås ved å gå mer i dybden enn det KOSTRA-innsamlingen gir rom for.

Dekningsgraden per kommune vil også ha en naturlig variasjon over og under 100 prosent. Årsaken er beregningsmåten. Antall fullførte kontroller i løpet av et år dividert på antall fødte samme år, vil ikke være helt sammenfallende siden noen av fjorårets fødte kontrolleres dette år, mens noen av årets fødte kontrolleres neste år. For 6-årsundersøkelsen vil det være et særlig stort sprik grunnet forskyvningen av fødselsår og skoleår. En kommune som ligger litt over 100 prosent ett år, vil derfor typisk kunne ligge tilsvarende under 100 prosent neste år. Disse variasjonene gjør seg særlig gjeldende i småkommuner.

Figur 4-1. Andel barn med fullført kommunal helsekontroll eller hjemmebesøk. 2005



Kilde: KOSTRA, SSB

² Dekningsgradene er hentet fra beregninger til Styrings- og informasjonshjulet, SHdir

Det er en viss usikkerhet om nedgangen med økende alder i andel barn som gjennomgår kontroller, er reell eller den kan tilskrives at kommuner velger å gjennomføre kontrollene ved andre tidspunkt enn hva veilederen anbefaler (SHdir 2003). Dersom kommuner for eksempel velger å gjennomføre 4-årsundersøkelsen ved 3- eller 5-årsalder, vil dekningsgraden for 4-årskontrollen synke, men i realiteten har barna fått den påkrevde tjenesten.

For hjemmebesøk etter fødsel kan det være ulike årsaker til den noe lavere dekningsgraden. Her kan en anta at det i tillegg til den intervensjonen som ligger i hjemmebesøk, også er en del som faller fra fordi de ikke er førstegangsfødende, og ikke føler behovet så sterkt. Tromsø kommune gjennomførte i 2006 en brukerundersøkelse hvor det ble spurt om årsaker til at man ikke takket ja til hjemmebesøk etter hjemkost fra føde/barsel. Om lag 20 prosent av de spurte hadde ikke hatt besøk fra helsestasjonen etter fødsel. Av disse svarte nær halvparten at de ikke hadde behov for hjemmebesøk. Resterende svarte at de hadde hatt samtalen ved helsestasjon, at det ikke passet eller at de ikke hadde fått tilbud. Manglende tilbud kunne delvis forklares med forsinket fødselsmelding fra sykehuset eller at familie med nyfødt var midlertidig bortreist (Tromsø kommune 2006).

Andelen nyfødte med hjemmebesøk varierer noe mellom kommunene, og det er de minste og de aller største kommunene som har de høyeste dekningsgradene. Kommuner med færre enn 10 000 innbyggere og kommuner med mer enn 50 000 innbyggere ligger over landsgjennomsnittet.

Tabell 4-1. Hjemmebesøk etter fødsel. Etter innbyggertall. 2005

	Absolutte tall	Prosent av antall 0-åringer 1/1-2006
Hele landet	44 982	79
1 - 1 999	907	85
2 000 - 4 999	4 097	86
5 000 - 9 999	5 804	82
10 000 - 19 999	7 138	76
20 000 - 29 999	4 104	70
30 000 - 49 999	4 028	73
> 50 000	18 904	81

Kilde: KOSTRA, SSB

Helsestasjonens historikk

Som følge av høy spedbarnsdødelighet kom de første tiltakene for å bedre barns helse i 1890-årene. I Norge var det to forløpere til dagens helsestasjoner; barnepleiestasjoner og spedbarnsklinikker. Ulike menigheter drev barnepleiestasjonene, som oppmuntret til amming og formidlet kontakt med helseråd eller boligkontor. Spedbarnsklinikkene var drevet av Norske kvinners sanitetsforening (NKS) og var rettet mot kvinner som ikke gav bryst. I 1935 hadde NKS 40 kontrollstasjoner spredt rundt om i landet. Etter hvert ble det gitt offentlig støtte til arbeidet. I begynnelsen av 1950-tallet var det totalt rundt 500 helsestasjoner i Norge. Først i 1972 ble det offentlige ansvar for helsestasjonsvirksomheten lovfestet. Da fantes om lag 1 400 helsestasjoner, men kun 180 av dem var eid og drevet av det offentlige. Med lov om helsetjenesten i kommunene fra 1982, og kommuneloven fra 1992, gis kommunene plikt og myndighet til å overvåke helsesituasjonen i egen kommune og utforme tjenester (Statens Helsetilsyn 1998).

5 Tilbud til barn og ungdom 6-20 år

5.1 Skolehelsetjeneste

I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fremgår det at kommunens ansvar er å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år. Alle kommuner, med unntak av én, hadde skolehelsetjeneste ved alle grunnskoler i 2005. Kommunen uten tilbud oppgir redusert budsjett og begrensede tilgjengelige ressurser som årsaken til at skolehelsetjenesten ikke tilbys grunnskolene.

KOSTRA-tallene viser at de aller fleste kommunene med videregående skole hadde tilbud om skolehelsetjeneste i 2005. Av de kommunene som hadde videregående skoler, svarte 9 kommuner og to bydeler i Oslo at de ikke tilbyr skolehelsetjeneste. Årsakene som oppgis er kapasitetsproblemer, manglende stillingshjemmel, økonomiske forhold eller at ordinær helsestasjon og helsestasjon for ungdom dekker tilbudet.

KOSTRA inneholder data om antall utførte kontroller i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Som vist i del 4, synker dekningsgraden med økende alder hos barna. Nesten alle barn i Norge gjennomgikk 6-ukerskontroll i 2005, en dekningsgrad på så og si 100 prosent. For fireårskontrollen var dekningsgraden på 91 prosent og ved første skoletrinn i grunnskolen 89 prosent. I følge statistikken har hver tiende seksåring altså ikke gjennomgått helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn.

Sosial- og helsedirektoratets veileder (SHdir 2003) beskriver hvilke somatiske helseundersøkelser som anbefales gjennomført ved skolestartundersøkelsen (5-6 år). Et usikkerhetsmoment i datagrunnlaget kan være tidspunkt for gjennomføring av undersøkelsen i første skoletrinn. Ved undersøkelser foretatt etter årsskifte vil noen av elevene være 7 år.

Veilederen anbefaler undersøkelser av hørsel, hjerte, lunger og hofter, samt høydemåling. I tillegg anbefales målrettet helseundersøkelse av enkelte elever på bakgrunn av meldte behov. KOSTRA-tallene inneholder ingen informasjon om hvilke typer undersøkelser som gjennomføres ved en gitt alder. Kommunene oppgir kun om helseundersøkelse er fullført. Det kan derfor være forskjeller mellom kommunene i hvordan anbefalingene i veilederen følges opp uten at dette fanges opp av statistikken. I tillegg til helseundersøkelser gir tjenesten individuell rådgivning, veiledning og helseopplysning om ernæring, søvn, skader og ulykker, samspill, oppdragelse, familieforhold osv.

Data om utførte kontroller inkluderer også målrettede helseundersøkelse innen utgangen av 3. og 8. trinn i grunnskolen og innen utgangen av grunnkurs i videregående skole. Disse tallene er forbundet med stor grad av usikkerhet, bl.a. fordi det i forbindelse med rapportering kan se ut til at det er vanskelig å skille mellom generelle undersøkelser og målrettede undersøkelser. KOSTRA-arbeidsgruppe for kommunehelsetjenesten har vedtatt å fjerne spørsmålene om målrettede undersøkelser fra skjemaet fra og med 2007. Av den grunn velger vi å ikke inkludere tallene for målrettede undersøkelser i denne rapporten.

I tillegg til målrettede helseundersøkelser, blir kommunene bedt om å rapportere om prevensjonsundervisning/-veiledning, samlivsundervisning, legekonsultasjon, forebygging av psykiske problemer, forebygging av rusproblematikk og annen helseopplysning som kosthold, fysisk aktivitet og røyking inngår i tilbudet i skolehelsetjenesten. Prevensjonsundervisning er det tilbudet som inngår som en del av skolehelsetjenestens tilbud i flest kommuner. 92 prosent

av kommunene oppgir å ha et slikt tilbud. Minst vanlig er legeundersøkelse. Hver fjerde kommune hadde ikke tilbud om legekonsultasjon inkludert i skolehelsetjenesten. Kommunene kan ha supplerende tilbud i helsestasjon for ungdom. For eksempel var det flere enn halvparten av kommunene som ikke hadde tilbud om legeundersøkelse i skolehelsetjenesten, som kunne tilby undersøkelse av lege i helsestasjon for ungdom.

Tabell 5-1. Tilbud i skolehelsetjenesten. 2005

	Ja		Nei		Ikke besvart	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Prevensjonsundervisning	397	92 %	3	1 %	33	8 %
Samlivsundervisning	381	88 %	18	4 %	34	8 %
Legekonsultasjon/-undersøkelse	329	76 %	68	16 %	36	8 %
Forebygging av psykiske problemer	388	90 %	12	3 %	33	8 %
Forebygging av rusproblematikk	370	85 %	29	7 %	34	8 %
Helseopplysning om for eksempel fysisk aktivitet, ernæring/kosthold og røyking	390	90 %	9	2 %	34	8 %

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

5.2 Helsestasjon for ungdom (HFU)

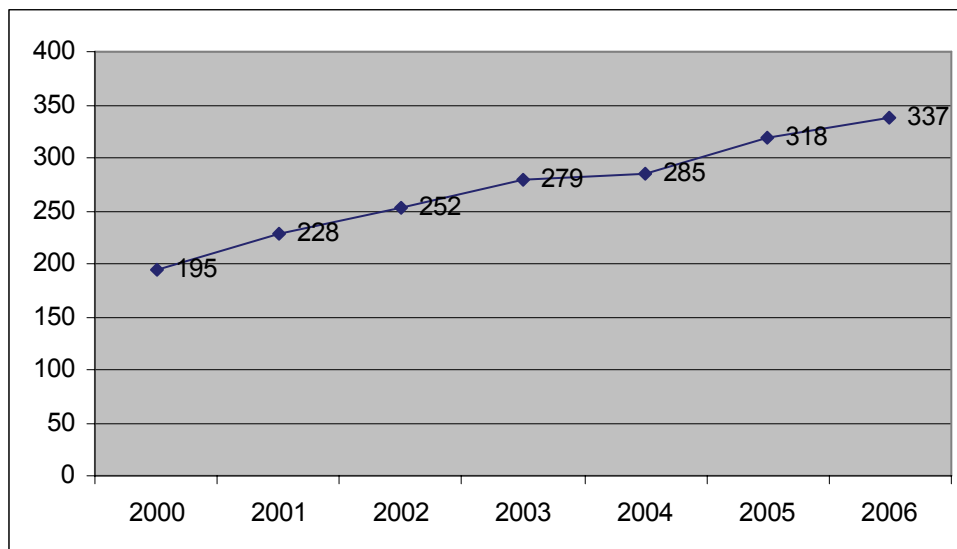
Til sammen hadde 309 kommuner³ tilbud om helsestasjon for ungdom i 2005. Regner vi med bydeler i Oslo som har helsestasjon for ungdom, blir antallet 318. Sammenlignet med tidligere år er det i dag flere kommuner enn noen gang som tilbyr helsestasjon for ungdom. Mens kun 40 prosent av kommunene hadde slike tjenester i 2000, var det i 2002 litt over halvparten av kommunene som hadde opprettet tilbudet, og for 2005 var altså andelen på over 70 prosent.

Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom omfatter rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling som er tilpasset ungdommens behov og gis på deres premisser. Ungdomshelsestasjon skal være et supplement til, og ikke en erstatning for, skolehelsetjenesten. Tilbudet retter seg mot ungdom opp til 20 år. Ungdom som ikke går på skole, har også en forskriftsfestet rett til helsestasjonstjeneste (SHdir 2003).

³ 42 kommuner svarte ikke på spørsmålet om antall HFU i kommunen. Hvis de ikke har svart på spørsmålet, men svart ja på spørsmål om prevensjonsundervisning ved HFU, har vi telt én HFU for hver kommune. For resten av kommunene som ikke svarte har vi satt antallet lik 0.

Figur 5-1. Antall kommuner/bydeler med helsestasjon for ungdom (HFU). 2000-2006



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I 124 kommuner eksisterte ikke dette spesialiserte tilbudet rettet mot ungdom i 2005. Til tross for at mange kommuner ikke har HFU, dekker HFU 91 prosent av ungdommene på landsbasis. Altså hadde ni av ti ungdommer tilbud om HFU i kommunen sin, mens nesten hver tiende ungdom sto uten tilbud. Andelen er beregnet ut fra innbyggertallet for ungdom 13-20 år i kommunene. Den sier således ikke noe om tilgjengeligheten til HFU innad i kommunene.

Kommunene uten HFU-tilbud kjennetegnes av lave innbyggertall; mer enn halvparten av kommunene med færre enn 2 000 innbyggere hadde ikke tilbud om HFU. Av de 124 kommunene som ikke tilbyr tjenesten, har 101 kommuner færre enn 5 000 innbyggere. Men de minste kommunene har også færre ungdommer i denne aldersgruppen. Til sammen bor det rundt 40 000 ungdommer mellom 13 og 20 år i kommunene uten HFU-tilbud.

Tabell 5-2. Kommuner uten HFU etter innbyggertall. 2005

Innbyggertall	Antall kommuner totalt	Antall kommuner uten HFU	Andel kommuner uten HFU
Totalt	433	124	29 %
1 - 1 999	96	52	54 %
2 000 - 4 999	142	51	36 %
5 000 - 9 999	92	19	21 %
10 000 - 19 999	57	1	2 %
20 000 - 29 999	21	1	5 %
30 000 - 49 999	12	0	-
50 000 +	13	0	-

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5-3. Kommuner med HFU etter innbyggertall 13-20 år. 2005

Innbyggertall	Antall kommuner totalt	Antall innbyggere 13-20 år totalt	Antall innbyggere 13-20 år i kommuner med HFU	Andel innbyggere 13-20 år med HFU-tilbud	Antall innbyggere 13-20 år i kommuner uten HFU	Andel innbyggere 13-20 år med HFU-tilbud
Totalt	433	469 931	429 239	91 %	40 692	9 %
1 - 1 999	96	12 923	5 924	46 %	6 999	54 %
2 000 - 4 999	142	50 594	33 908	67 %	16 686	33 %
5 000 - 9 999	92	69 894	56 473	81 %	13 421	19 %
10 000 - 19 999	57	87 354	86 211	99 %	1 143	1 %
20 000 - 29 999	21	52 535	50 092	95 %	2 443	5 %
30 000 - 49 999	12	46 483	46 483	100 %	0	0 %
50 000 +	13	150 148	150 148	100 %	0	0 %

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Mulige årsaker til at små kommuner ikke tilbyr helsestasjon for ungdom kan være at det ofte er få ansatte tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Disse skal utføre kommunens pålagte oppgaver som for eksempel den obligatoriske skolehelsetjenesten. Siden kommunene kan velge å organisere tilbudet til ungdom som en del av skolehelsetjenesten, kan dette være en grunn til at kommunene ikke prioriterer å etablere HFU som et eget tilbud. Det kan tenkes at kommuner med høyere befolkningstetthet finner det mer hensiktsmessig og effektivt å ha HFU.

Andelsmessig er det også flere av kommunene uten HFU som ligger i de minst sentrale strøk. Nesten to av tre av kommuner uten HFU-tilbud var kommuner med lange avstander til nærmeste senter. Med sentralitet menes en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det er funksjoner av høy orden. Det er fire hovednivåer av sentralitet: 0, 1, 2 og 3, alt etter reisetid til ulike tettstedstyper (STABAS 2005).

Tabell 5-4. Kommuner med og uten HFU etter sentralitet. 2005

	Antall kommuner med HFU	Andel kommuner med HFU	Antall kommuner uten HFU	Andel kommuner uten HFU
Totalt	309	100 %	124	100 %
Minst sentrale kommuner	124	40 %	78	63 %
Mindre sentrale kommuner	34	11 %	12	10 %
Noe sentrale kommuner	60	19 %	21	17 %
Mest sentrale kommuner	91	29 %	13	10 %

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Fra og med 2006-årgangen er KOSTRA-skjemaet utvidet med spørsmål om åpningstider ved helsestasjon for ungdom. Tallene viser at kommuner med HFU i gjennomsnitt har åpent 3,5 timer per uke, men at åpningstidene varierer i stor grad fra kommune til kommune.

Åpningstiden er lengst i de største kommunene. Mens kommuner med færre enn 20 000 innbyggere har åpningstider under gjennomsnittet, øker åpningstiden med innbyggertall for kommuner med mer enn 20 000 innbyggere.

Tabell 5-5. Åpningstider i HFU. 2006

Innbyggertall	Gjennomsnittlig åpningstid per HFU	Antall kommuner
Totalt	3,5	322
1- 1.999	2,6	46
2 000 - 4 999	3,2	96
5 000 - 9 999	3,0	79
10 000 - 19 999	3,3	56
20 000 - 29 999	4,6	21
30 000 - 49 999	5,3	12
> 50 000	11,5	12

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I mange kommuner er det mulig å gjøre avtaler utenom ordinær åpningstid. Ungdommene avtaler tid per telefon, SMS, e-post eller oppmøte, og avtaler møte med legen eller helsesøster i eller utenom åpningstiden. Tallene for åpningstider ved helsestasjon for ungdom er dermed ikke lik de timeverk som faktisk avsettes og brukes til denne tjenesten.

Kommunene vil tilpasse åpningstid til størrelsen på målgruppen, altså antall innbyggere i aldersgruppen 13-20 år.

Tabell 5-6. Sum åpningstider per 1000 innbyggere 0-20 år. 2006

Innbyggertall	Sum åpningstid per 1000 innbyggere 0-20 år	Antall kommuner
1- 1.999	10,64	46
2 000 - 4 999	3,84	96
5 000 - 9 999	1,78	79
10 000 - 19 999	0,88	56
20 000 - 29 999	0,87	21
30 000 - 49 999	0,74	12
> 50 000	0,70	11

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Prevensjonsundervisning inngår som tilbud i nesten alle helsestasjoner for ungdom. En del færre helsestasjoner for ungdom tilbyr samlivsundervisning, 85 prosent.

Tabell 5-7. Tilbud i helsestasjon for ungdom. 2005

	Ja		Nei/ikke besvart	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Prevensjonsundervisning	306	99 %	3	1 %
Samlivsundervisning	262	85 %	47	15 %
Legekonsultasjon-/undersøkelse	272	88 %	37	12 %
Forebygging av psykiske problemer	284	92 %	25	8 %
Forebygging av rusproblematikk	266	86 %	43	14 %
Helseopplysning om for eksempel fysisk aktivitet, ernæring/kosthold og røyking	269	87 %	40	13 %

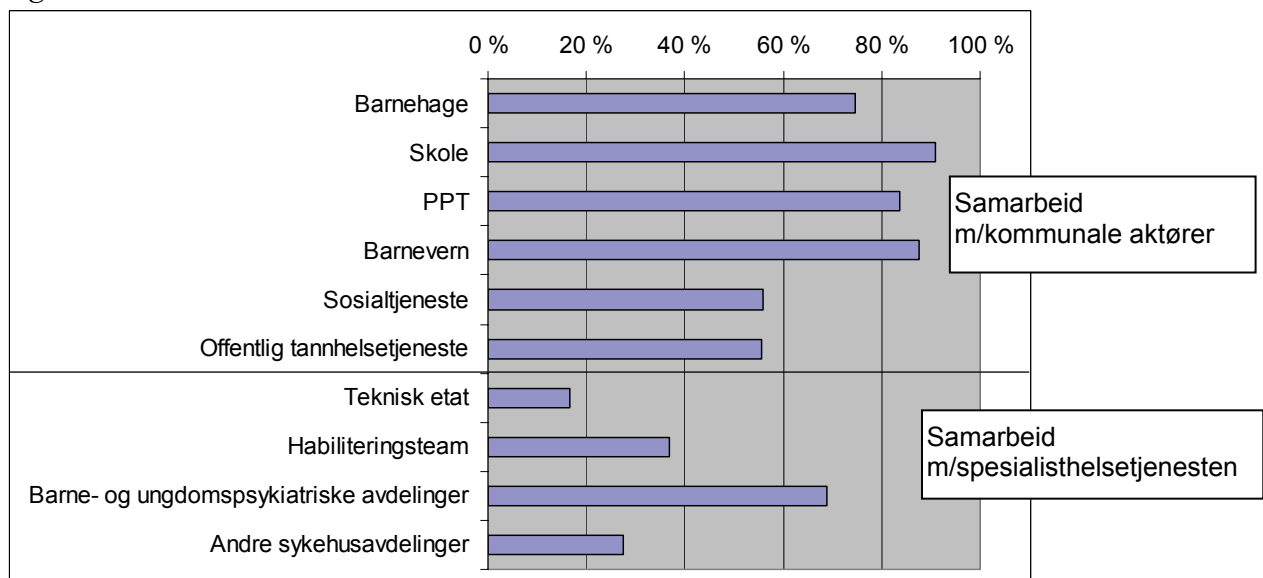
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

5.3 Samarbeid med andre aktører

I KOSTRA blir det fra og med 2006 spurt om helsestasjons- og skolehelsetjenesten har etablert rutinemessig forpliktende samarbeid med relevante kommunale aktører og spesialisthelsetjenesten, samt om hvilke aktører dette er. 2006-tallene viser at det er skoleetaten, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevernet som helsestasjons- og skolehelsetjenesten har samarbeid med i flest kommuner. Av 446 kommuner og bydeler svarte 406 kommuner (91 %) at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har etablert rutinemessig forpliktende samarbeid med skole. Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenestens samarbeid med spesialisthelsetjenesten, er det barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger som er den vanligste samarbeidspartneren.

I skjemaet kan kommunene også spesifisere eventuelle andre aktører som helsestasjons- og skolehelsetjenesten har samarbeid med. Verdt å merke seg her er at relativt mange kommuner oppgir at tjenesten samarbeider med ulike former for psykisk helsetjeneste i kommunene, eksempelvis psykiske helseteam, psykisk helsearbeid, psykiatritjenesten og psykisk helsetjeneste for barn og unge. Øvrige etater kommunene oppgir at tjenesten samarbeider med er blant annet politiet, fysioterapitjenesten, flyktningtjenesten, asylmottak, fritidsklubb, frivillige lag og organisasjoner, bibliotek og prest.

Figur 5-2. Samarbeid med andre aktører. 2006



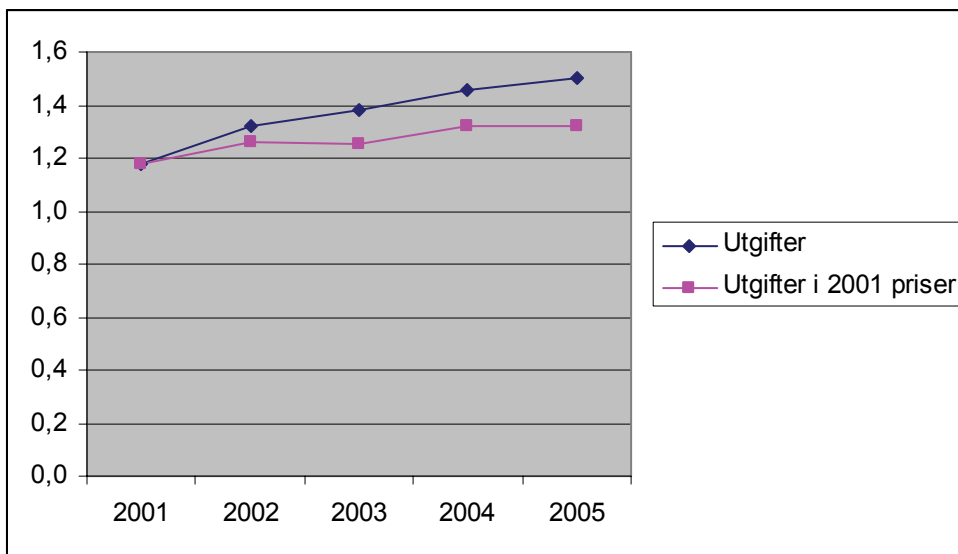
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

6 Ressursinnsats

6.1 Utgifter og personell

Samlet ble det i 2005 brukt 1,5 milliarder⁴ kroner på forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunene, målt i brutto driftsutgifter. Dette er 300 millioner mer enn kommunene hadde av tilsvarende utgifter i 2001, en vekst på 28 prosent. I utgiftsøkningen ligger årlig lønns- og prisvekst. Når det korrigeres for inflasjon⁵ viser utviklingen at lønns- og prisvekst står for mer enn halvparten av utgiftsveksten i perioden 2001-2005. Volumveksten har vært på 12 prosent i samme periode.

Figur 6-1. Brutto driftsutgifter helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2001-2005. Milliarder kroner



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I 2005 brukte kommunene 7,9 milliarder kroner på kommunehelse⁶, herav gikk hver femte krone til helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Utgiftene utgjør kun en liten andel av kommunenes totale utgifter. Av kommunenes brutto driftsutgifter i alt, som var på 206 milliarder kroner i 2005, var andelen som ble brukt på helsestasjons- og skolehelsetjeneste således på mindre enn 1 prosent.

Det er imidlertid variasjoner mellom kommunene i hvor mye de bruker på tjenesten, og tendensen er at små kommuner bruker mer enn kommuner med mange innbyggere. Mens de minste kommunene bruker gjennomsnittlig mer enn 1 500 kroner per innbygger i aldersgruppen 0-20 år, bruker de største kommunene rundt 1 100 kroner per innbygger.

Forskjellene mellom kommunene i utgifter er et utslag av ulik tetthet av årsverk. Små kommuner har flere årsverk i tjenesten enn store kommuner, målt i årsverk per 1000 innbyggere i alderen 0-20 år. Mens kommunene med laveste innbyggertall hadde 3,9 årsverk per 1000 barn og unge, mens tilsvarende tall for de folkerike kommunene lå på 2,3.

⁴ N=432 kommuner. Torsken kommune rapporterte ikke regnskapstall for 2005

⁵ Indeks for kommunale helsetjenester beregnes av nasjonalregnskapet

⁶ KOSTRA-funksjon 232 Forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste, 233 Forebyggende arbeid, helse og 241 Diagnose, behandling og rehabilitering.

Sagt på en annen måte; i en gjennomsnittlig kommune dekker et årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 330 barn og ungdom. I de minste kommunene fører høyere personelltetthet til at hvert årsverk dekker færre i målgruppen, 260 innbyggere per årsverk. I de største kommunene skal hvert årsverk dekke opp for 403 barn og ungdom. Siden kommunene rapporterer årsverk samlet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det ikke mulig å si noe om personelltettheten i skolehelsetjenesten med utgangspunkt i tilgjengelig statistikk.

Det kan være ulike årsaker til at små kommuner, sett i forhold til innbyggertallet, har flere årsverk enn store kommuner. Store kommuner har stordriftsfordeler og kan organisere og drive tjenester mer effektivt. I motsatt fall kan små kommuner bli nødt til å ha en overskuddsdekning av personell slik at dekningen ikke står i forhold til reelt behov. Selv om kommunene ofte bare har behov for deltidsstillinger for å kunne tilby tjenester til målgruppene, må stillingene bli lyst ut som heltid for at det skal være attraktivt for arbeidssøkere å ta stillingene.

Tabell 6-1. Utgifter og årsverk per innbygger 0-20 år. Kommunestørrelse. 2005

Innbyggertall	Gjennomsnittlig brutto driftsutgifter per innbygger 0-20 år	Årsverk per 1000 innbyggere 0-20 år
	n=432	n=421
Totalt	kr 1 329	3,0
1- 1.999	kr 1 547	3,9
2 000 - 4 999	kr 1 375	3,1
5 000 - 9 999	kr 1 287	2,6
10 000 - 19 999	kr 1 115	2,4
20 000 - 29 999	kr 1 044	2,2
30 000 - 49 999	kr 1 094	2,4
> 50 000	kr 1 148	2,3

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Kommunenes utgifter til tjenesten varierer også med kommunenes grad av sentralitet. Kommunene bruker mer, jo mindre sentrale beliggenhet de har. De mest sentrale kommunene bruker 400 kroner mindre per innbygger enn kommuner i de minst sentrale strøkene. Mens de minst sentrale kommunene bruker mer enn 1 500 kroner i gjennomsnitt per innbygger 0-20 år, så bruker de mest sentrale kommunene om lag 1 100 kroner per innbygger. Eksempler på de mest sentrale kommunene er Eidsvoll, Lillesand og Stjørdal. Eksempler på de minst sentrale kommunene er Tolga, Stranda og Måsøy.

Årsverk følger samme mønster i spredningen mellom kommunene. De mest sentrale kommunene har færre årsverk per 1000 innbyggere i alderen 0-20 år, enn mindre sentrale kommuner. Forklaringen er blant annet at geografiske avstander medfører at flere ressurser er nødvendig for å tilby tjenestene.

Tabell 6-2. Utgifter og årsverk per innbygger 0-20 år. Sentralitet. 2005

Sentralitet	Brutto driftsutgifter per innbygger 0-20 år (432 kommuner)	Årsverk per 1000 innbyggere 0-20 år (421 kommuner)
Totalt	kr 1 329	3,0
Minst sentrale kommuner	kr 1 515	3,4
Mindre sentrale kommuner	kr 1 262	3,0
Noe sentrale kommuner	kr 1 206	2,6
Mest sentrale kommuner	kr 1 096	2,4

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Gruppering av utgifter og årsverk etter kommunegrupper med ulik kommunestørrelse og ulik grad av frie disponible inntekter og bundne kostnader, er vist i tabellen nedenfor. Forklaring på de ulike gruppene ligger i vedlegg 2. Gruppe 16 utmerker seg særskilt med både høye driftsutgifter og mange årsverk per innbygger. Gruppen er sammensatt av de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger, og gjelder særlig såkalte ”kraftkommuner”. Sammenlignet med gruppe 13, som består av de fire største kommunene utenom Oslo, og som kommer dårligst ut på antall årsverk, har gruppe 16 dobbelt så høye utgifter og mer enn dobbelt så mange årsverk per innbygger (se vedlegg 2 for oversikt over KOSTRA kommunegrupper).

Tabell 6-3. Utgifter og årsverk per innbygger 0-20 år. KOSTRA-grupper. 2005

	Brutto driftsutgifter per innbygger 0-20 år (432 kommuner)	Årsverk per 1000 innbyggere 0-20 år (421 kommuner)
Totalt	kr 1 329	3,0
01	kr 1 244	2,8
02	kr 1 316	2,9
03	kr 1 636	3,4
05	kr 1 320	3,4
06	kr 1 518	3,9
07	kr 1 049	2,3
08	kr 1 165	2,5
10	kr 1 127	2,4
11	kr 1 269	2,7
12	kr 1 720	3,1
13	kr 1 086	2,3
14	kr 1 122	2,2
15	kr 1 530	2,8
16	kr 2 255	5,2

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I løpet av de siste 10 årene har det blitt 600 flere årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøstre og jordmødre står for flesteparten av de nye årsverkene.

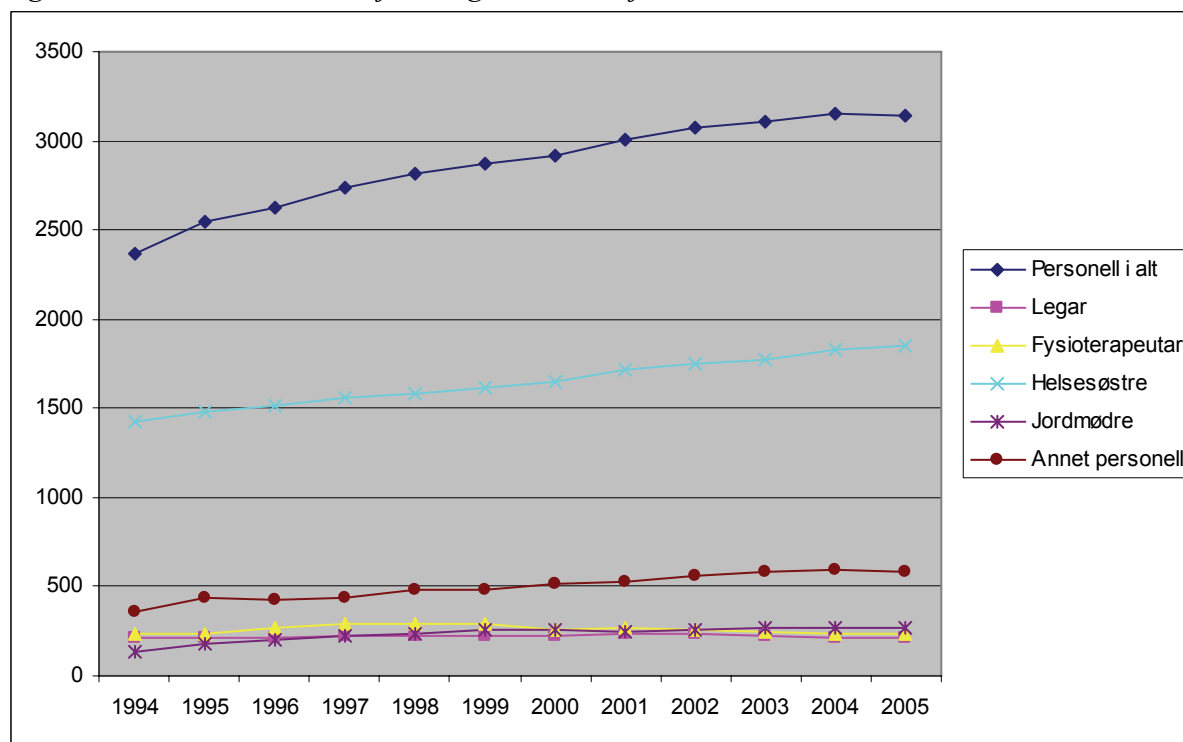
Leger og fysioterapeuter har hatt små variasjoner over årene, og per i dag er antallet årsverk for leger og fysioterapeuter omtrent det samme som i 1995, etter en beskjeden stigning fram mot 2000.

6.2 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som målsetting å styrke tjenestene både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (St.prp. nr 63 1997-98). Opptrappingsplanen gjelder i perioden 1999-2008 og har som mål å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 800 årsverk. Det er rimelig å anta at en betydelig del av veksten i årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i denne perioden skyldes satsingen i regi av opptrappingsplanen.

KOSTRA-tall for 2006 viser at kommunene på langt nær har oppnådd målene for vekst i årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Målet er opprettholdt, senest i budsjettåret 2006/2007 (St.prp. nr 1 (2006-2007)). Nå er planperioden ennå ikke over, men kommunene har et godt stykke igjen før målsettingen er nådd. Tall for 2006 viser at rundt 440 flere årsverk har kommet til siden 1998 som var året før planen ble innført. Dette er drøyt halvparten av målsettingen for planen. For å nå målet må tjenesten styrkes med 360 årsverk i løpet av 2007 og 2008. Det er derfor mye som tyder på at det vil være vanskelig å nå målet om 800 nye årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten innen utgangen av opptrappingsplanen.

Figur 6-2. Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 1994-2005

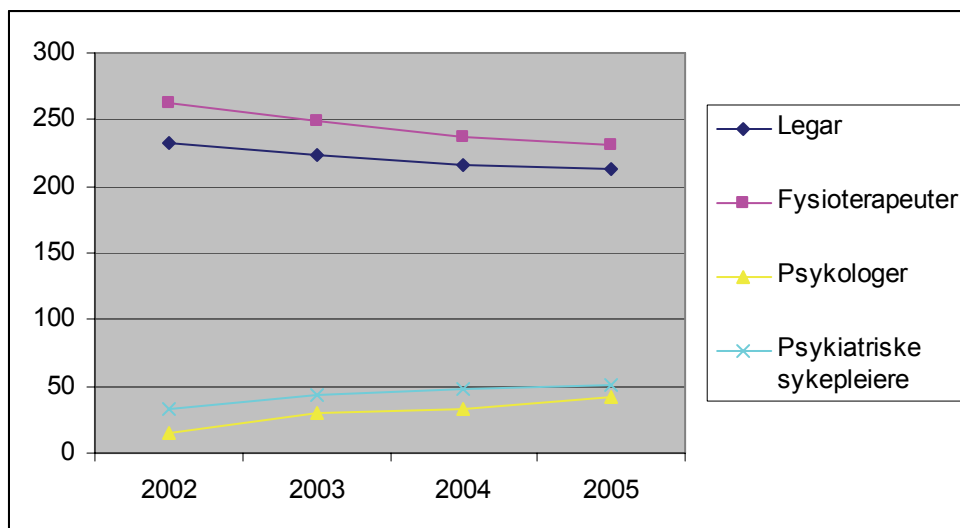


Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Psykologer utgjør en forsvinnende liten andel av de totale antall årsverk. I 2005 var 42 psykologårsverk tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten på landsbasis, kun 1 prosent av alle årsverk. Imidlertid har psykologene relativt sett hatt den største økningen de siste årene, med en tredobling av antall årsverk i perioden 2002-2005. I denne perioden har også antallet årsverk av psykiatriske sykepleiere økt med 50 prosent.

For leger og fysioterapeuter har det imidlertid vært en nedgang de siste årene. Mens det i 2002 var 232 legeårsverk i landet, hadde tallet sunket til 214 årsverk i 2005. Til sammen er nedgangen i lege- og fysioterapiårsverkene på 50 årsverk i perioden. Tilsvarende økning for psykologer og psykiatriske sykepleiere er på 45 årsverk mellom 2002 og 2005. I lys av opptrappingsplanen for psykisk helseverk kan det være at kommunene har prioritert ned ressurser til somatisk helsearbeid utført av leger og fysioterapeuter til fordel for psykisk helsearbeid utført av psykologer og psykiatriske sykepleiere.

Figur 6-3. Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Utvalgte personelltyper. 2002-2005



6.3 Kartlegging av helsesøstertjenesten

Sosial- og helsedirektoratet har gitt Høgskolen i Akershus (HiAk) i oppdrag å gjennomføre en landsdekkende undersøkelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Undersøkelsen, som ble gjennomført i 2005 hadde som formål å kartlegge ressurs situasjonen med særlig vekt på helsesøstertjenesten. I rapporten presenteres resultatene fra undersøkelsen blant annet i figurer som viser fordeling på fylke. SSB vil her gjøre en vurdering av tallene fra undersøkelsen og sammenholde med tall fra KOSTRA.

Begrepet helsesøstertetthet blir brukt i rapporten for å angi kommunenes ressurstilbud med hensyn på årsverk i de ulike aldersgruppene av barn og ungdom. Helsesøstertettheten beregnes som årsverk av helsesøstre i de ulike aldersgruppene. Aldersgruppene er 0-5 år, elever i grunnskole og elever i videregående skole.

I KOSTRA etterspørres ikke ressursbruk fordelt på aldersgrupper eller målgrupper. Tidligere forsøk på dette har vist stor grad av usikkerhet og skjønn i kommunenes rapportering, ettersom det er vanlig at personellet har en fleksibel arbeidsordning som innebærer at de settes inn der det er behov. HiAk-rapporten peker også på dette og opplyser om at en del respondenter har opplevd det vanskelig å måtte fordele årsverkene slik undersøkelsen har spurt om.

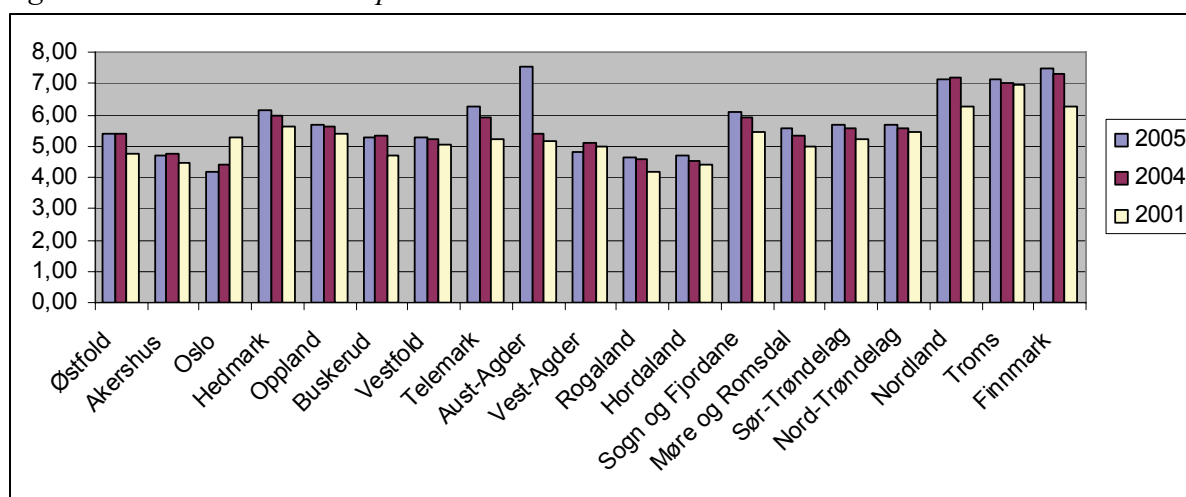
Likevel er undersøkelsen en viktig dokumentasjon på at ressursene prioriteres og fordeles ulikt mellom de ulike aldersgruppene. Resultatene viser at helsesøstertettheten er høyest i aldersgruppen 0-5 år, men synker kraftig i grunnskolen og videregående skole. Dette

samsvarer også med KOSTRA-tall som viser at dekningsgraden av kontroller er høyest blant barn under skolealder, og at dekningsgraden synker med alder.

Nedenfor viser vi tabeller hvor SSBs årsverkstall for tjenesten er fordelt på alder ved hjelp av befolkningstall. Figurene viser antall beregnede årsverk per 1000 barn i de ulike aldersgruppene. Vi gjør oppmerksom på at figurene ikke viser den faktiske ressursprioriteringen som kommunene gjør, men er et uttrykk for hvordan det ville sett ut hvis kommunene fordelte sine personellressurser likt etter antall barn i de ulike aldersgruppene. I beregningene er det heller ikke tatt hensyn til at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har andre oppgaver som for eksempel svangerskapsomsorg og helsestasjon for ungdom. Vi ønsker å sammenligne KOSTRA-tallene med tallene fra HiAk-undersøkelsen.

Rapporten fra HiAk viser at helsesøstertettheten for barn 0-5 år varierer mellom kommunene og er størst i de nordligste fylkene. Troms fylke skiller seg ut med svært høy helsesøstertetthet, og Trøndelagsfylkene har høyere tetthet enn Nordland og Finnmark. I SSBs beregning har de tre nordligste fylkene jevnt høy helsesøstertetthet og høyere enn Trøndelagsfylkene. I tillegg skiller Aust-Agder seg ut med høye tall, noe som delvis også fremgår i tallene fra HiAk-undersøkelsen.

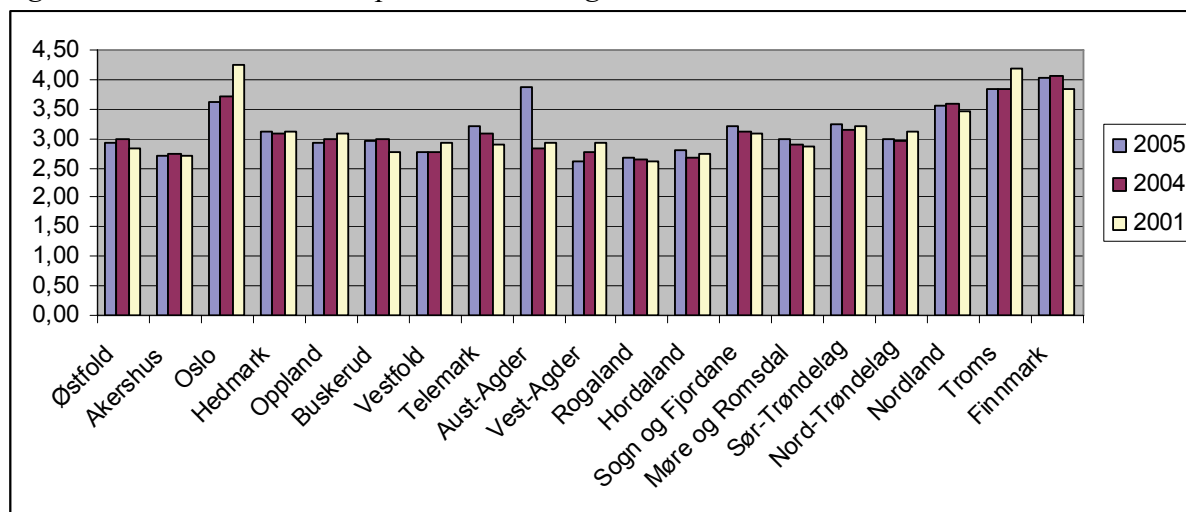
Figur 6-4. Helsesøstertetthet per 1000 barn 0-5 år.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Helsesøstertettheten for barn i grunnskoler gir det samme bildet for de nordligste fylkene. I rapporten kommer Troms fylke særdeles høyt ut sammenlignet med andre fylker. I tre fylker registreres en nedgang i helsesøstertettheten fra 2001 til 2004, Vestfold, Møre og Romsdal og Troms. SSBs tall viser også nedgang for Vestfold og Troms, men ikke for Møre og Romsdal.

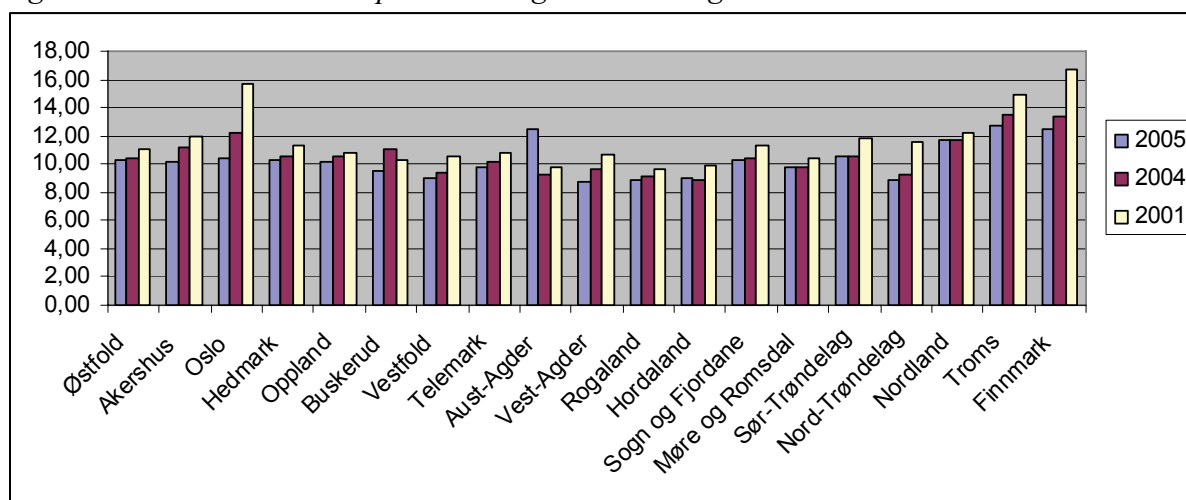
Figur 6-5. Helsesøstertetthet per 1000 barn i grunnskolen.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

For helsesøstertettheten i videregående skole viser HiAk-rapporten gjennomgående lave tall for de fleste fylker. Unntakene er Vest-Agder, Troms og Finnmark som rapporterer svært høy tetthet av helsesøstre. Tilsvarende store forskjeller finnes ikke i SSBs tall, selv om Troms og Finnmark også her ligger noe høyere enn de fleste andre fylker.

Figur 6-6. Helsesøstertetthet per 1000 ungdom i videregående skole.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

HiAk-rapporten viser også at kommunene har økt helsesøsterressursene til helsestasjon for ungdom i perioden 2001 til 2004. Veksten har sammenheng med utviklingen som også kan gjenkjennes i KOSTRA-tallene: Flere og flere kommuner har tilbud om helsestasjon for ungdom. Mens 195 kommuner og bydeler rapporterte å ha HFU-tilbud i 2000 hadde 337 kommuner og bydeler slikt tilbud i 2006.

I rapporten fra Høgskolen i Akershus savnes en metodisk vurdering av datagrunnlaget. Svarprosenten på undersøkelsen var på 63. Det fremkommer ikke om svarkommunene er et representativt utvalg av alle kommunene med hensyn på for eksempel geografisk spredning, sentralitet eller kommunestørrelse. Rapporten peker på muligheten for at det betydelige frafallet kan ha ført til utvalgsskjevheter, men de har valgt å ikke gå nærmere inn på dette.

Rapporten viser ikke landsgjennomsnitt og ikke hvor mange kommuner som svarte i hvert fylke. I fortolkningen av tallene blir dette problematisk. De gjennomgående høye verdiene for Troms fylke viser at det sannsynligvis burde vært gjort analyser på frafallet og hvordan dette påvirker tallene. Det blir vanskelig å vite om de regionale forskjellene er reelle forskjeller eller kan tilskrives utvalgsskjevheter i datagrunnlaget.

Det som imidlertid kunne gitt verdi var beregninger av landsgjennomsnittet i de ulike aldersgrupperingene. Ut fra figurene i HiAk-rapporten kan det se ut til at helsesøstertettheten ligger på like under 4 årsverk per 1000 barn 0-6 år, litt over 1 årsverk per 1000 barn i grunnskolen og under 1 årsverk per 1000 ungdom i videregående skole.

7 Manglende data

I stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller er regjeringens mål for barns og unges oppvekstvilkår at: Alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldrenes økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet.

Noen av delmålene for å nå dette er full barnehagedekning, redusert andel elever som møter til skolestart uten tilfredsstillende språkferdigheter, redusert andel elever som går ut av grunnutdanningen med svake grunnleggende ferdigheter, og redusert andel elever som ikke fullfører videregående opplæring. Følgende mål er spesielt relevante for helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

- Tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper
- Økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten

Meldingen fastslår at i mange kommuner er skolehelsetjenesten for dårlig utbygd, og mener at kapasiteten må utvides ved at det ansettes mer personell. For å bidra til å redusere sosiale forskjeller i helsetjenestebruk, vil regjeringen videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten. Det skal gjøres en vurdering av dagens situasjon og tjenestens framtidige kapasitet og innhold.

Gjennom KOSTRA i dag får vi informasjon om ressursbruk i form av timeverk og kostnader for helsestasjons- og skolehelsetjenesten samlet. Vi vet hvilke kommuner som tilbyr skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, samt hvilke tema som behandles. Fra 2006 har vi også opplysninger om åpningstider ved helsestasjon for ungdom, og hvilke aktører helsestasjons- og skolehelsetjenesten har formalisert samarbeid med.

KOSTRA-statistikken gir oss ikke informasjon om er blant annet åpningstider ved helsestasjon, organisering av skolehelsetjenesten, og forhold som sier noe om tjenestens tilgjengelighet. Det er heller ikke mulig å få informasjon om antall årsverk per barn i de ulike aldersgruppene. Statistikken gir oss også lite informasjon om bruken av tjenestene. Hvem bruker tjenestene, hvorfor, og hvilke tiltak iverksettes og hvilken oppfølging får de? Og hva med de som ikke bruker tjenestene? Trenger de ikke støtte eller klarer ikke tjenesten å fange opp behovene?

7.1 Forslag til innhenting av nye data

Dersom regjeringens styrking og videreutvikling av skolehelsetjenesten skal følges opp trengs også data og informasjon som måler satsningen og resultatene. Hvorvidt den ønskede personelløkningen nås, kan måles med dagens rapportering (men ikke fordelt på ulike målgrupper eller fordelt på helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom). Utviklingen i økonomiske ressurser brukt på tjenesten kan også følges opp ved hjelp av dagens statistikk – flere ansatte vil nødvendigvis bli en større utgiftspost for kommunene.

SSB beskriver her forslag til ulike tiltak og metoder for innhenting av supplerende data:

7.1.1 KOSTRA

Kommunenes rapportering av opplysninger vedrørende helsestasjons- og skolehelsetjeneste skjer via KOSTRA-skjema 1: *Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten*.

Kommunenes rapporterte data i skjema 1 er brukt som datagrunnlag for denne rapporten.

Endringer i skjemaet bestemmes av KOSTRA-arbeidsgruppen for kommunale helsetjenester

som årlig møtes for å diskutere skjemaendringer og publisering av dataene. I arbeidsgruppen deltar representanter fra kommunene, Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet samt Statistisk sentralbyrå. Eventuelle ønsker om endringer eller tillegg i skjemaet må rettes via aktørenes representanter og fremmes i arbeidsgruppen.

Spørsmålene i skjema 1 bør generelt være:

- Langsiktige; samme spørsmål må ligge i skjemaet over flere år slik at man oppnår lengre tidsserier for å kunne beskrive utviklingstrekk i sektoren
- Dekkende; alle kommuner skal kunne fremhente den etterspurte informasjon
- Relevante; det må til enhver tid spørres om forhold som gjelder dagens system. Endres organiseringen eller systemet, må tilpasninger i spørsmålene vurderes
- Informative; data som innhentes må ha nytteverdi og være opplysende
- Entydige; spørsmålsformuleringen må være så presis og faktabasert som mulig for å begrense muligheter for mistolkinger og bruk av skjønn
- Etterspurte; data som innhentes må være etterspurte av myndigheter, kommunene, befolkningen, brukere av tjenestene eller andre relevante aktører.

Generelt kan det sies at KOSTRA-skjemaets innhold også må vurderes løpende i forhold til omfang. Skal nye spørsmål inn bør det parallelt vurderes om andre spørsmål skal gå ut. Dette hovedsakelig av hensyn til kommunenes oppgavebyrde.

KOSTRA-arbeidsgruppen hadde møte 17. april 2007 hvor to nye spørsmål ble vedtatt vurdert for å tas inn i skjema 1. Før spørsmålene kan implementeres i skjema, må det gjøres et forarbeid med å undersøke hvorvidt kommunene har fagsystemer som gjør dataene tilgjengelige. De nye spørsmålene er:

- Gjennomføringsgrad i basisprogrammet, 0-5 år
- Gjennomføringsgrad i basisprogrammet, 6-20 år

Arbeidsgruppa vedtok også å fjerne enkelte spørsmål fra skjema. Dette var spørsmål om målrettede undersøkelser samt hvilke tilbud som gis i HFU og skolehelsetjenesten. Årsakene er at det er for stor usikkerhet rundt svarene på spørsmålene om målrettede undersøkelser og manglende etterspørsel og interesse for dataene om tilbud i HFU og skolehelsetjenesten.

En av utfordringene med innhenting av data for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er at kommunene opererer med ulike fagsystemer for registrering av opplysninger om brukere. Fagsystemene gir i ulik grad muligheter for uttrekk av data. De fire vanligste fagsystemene er i dag HsPro, WinMed, Profdoc og Info-Doc. Det er også enkelte kommuner som ikke har fagsystemer. Det er derfor en fordel å ha kontakt med leverandørene av fagsystemene ved innarbeiding av nye skjemaspørsmål.

Dagens datainnhenting via KOSTRA sier en del om aktiviteten og bruken av tjenestene i alderen 0-5 år. Dette rapporteres på spørsmål om fullførte kontroller ved ulike alderstrinn. Usikkerheten her er om den påviste nedgangen i andel barn som gjennomfører kontroller, er reell eller kan tilskrives at kommuner velger å gjennomføre kontrollene ved andre tidspunkt enn hva veilederen anbefaler. Dersom kommuner for eksempel velger å gjennomføre 4-årsundersøkelsen ved 3- eller 5-årsalder, vil dekningsgraden for 4-årskontrollen synke, men i realiteten har barna fått den påkrevde tjenesten.

En metode for å få undersøkt omfanget av feilkilden er å spørre kommunene etter at de har rapportert dataene. I neste års rapportering av 2007-tall, kan SSB legge inn en automatisk

kontroll i feilmeldingssystemet som brukes for å kontrollere de innkomne data. For kommunene som har få antall kontrollerte barn i forhold til kommunens totale antall barn, vil det slå ut en feilmelding som kan sendes til kommunene. I feilmeldingene kan det spørres om årsaken til den lave dekningsgraden. Når kommunene svarer vil vi få en indikasjon på om nedgangen i dekningsgrad med alder er reell eller om den kan tilskrives andre faktorer.

7.1.2 Utvalgsundersøkelse for kommunene

Et utvalg av kommunene kan trekkes ut til å besvare et sett med spørsmål. Dersom fokus skal være på skolehelsetjeneste bør det vurderes om undersøkelsen skal gå til et utvalg av skolene, ungdomsskoler og videregående skoler. Spørsmålene må gå mer i dybden enn det KOSTRA gjør i dag. Aktuelle tema og spørsmål kan være:

- **Tjenester:**
 - Samlivskurs ved helsestasjon
 - Fødselsforberedende kurs ved helsestasjon
 - Oppsøkende virksomhet til barn og ungdom
 - Har tjenesten gjennomført brukerundersøkelser?
- **Tilgjengelighet:**
 - Åpningstid ved helsestasjon
 - Åpningstid ved skolehelsetjeneste (grunnskole/vgs/private skoler)
 - Antall helsesøstertimer i skolehelsetjeneste
 - Organisering av skolehelsetjeneste (ved skolen/ved helsestasjon/annet)
 - Antall timeverk brukt utenom HFU-åpningstid
- **Bruk av tjenestene:**
 - Oppfølgingsgruppene 0-4 i ulike aldersgrupper: Hvor mange i hver gruppe?
 - Gruppe 0: Barn uten avvik
 - Gruppe 1: Barn med behov for tettere oppfølging av helsestasjon
 - Gruppe 2: Barn med behov for henvisning til annen instans
 - Gruppe 3: Barn med sammensatte problemer m.m.
 - Gruppe 4: Barn med funksjonshemming, kronisk sykdom m.m. (SHdir 2004)
 - Individuell plan: Hvor mange? Hvem får hjelp? Hvilke tiltak?
 - Antall henvendelser ved HFU/skolehelsetjeneste
 - Antall brukere av HFU/skolehelsetjeneste

En slik utvalgsundersøkelse må nødvendigvis utføres flere ganger for å måle utviklingen over tid.

7.1.3 Utvalgsundersøkelse for brukere

For å måle bruk av tjenestene er en annen mulighet å spørre brukerne av tjenestene. En slik brukerundersøkelse kan fange opp hvor informert brukerne er om tjenesten, hvordan og hvor ofte de benytter seg av tilbudene, og hva årsakene til at de ikke bruker tjenesten er. Før det gjennomføres en slik undersøkelse må det defineres hvilke grupper som skal spørres. Det vil nødvendigvis ikke være de samme spørsmålene som er relevante for alle grupper.

Et utvalg kan eksempelvis være foreldre med barn fylt 1 år. Noen aktuelle tema kan være:

- Fødselsforberedende kurs
- Svangerskapskontroll
- Hjemmebesøk etter fødselen
- Kontroll og vaksiner ved helsestasjon
- Amming
- Mors psykiske helse (fødselsdepresjoner)
- Fars rolle og forhold til helsestasjonen
- Helsestasjonskontakt utenom vanlig time
- Barselgrupper
- Åpningstid
- Samlivskurs for nybakte foreldre

Et annet utvalg kan være barn og unge i alderen 13-20 år. Her kan tema være:

- Bruk av helsestasjon for ungdom/skolehelsetjeneste
- Kjennskap til (informasjon om) helsestasjon for ungdom/skolehelsetjeneste

I vedlegg 3 har vi satt opp eksempler på spørsmål som omhandler de tema som her er nevnt.

Oslo kommune har nylig gjennomført en større brukerundersøkelse i fem av bydelene. Spørreskjemaet gikk til brukere av helsestasjonstjenesten 0-5 år, hvor brukerne blant annet ble spurt om hvor fornøyd de er med ulike forhold ved helsestasjonen, hvor viktig de synes det er med råd og veiledning på ulike tema, og hvordan de har blitt møtt av personellet ved helsestasjonen.

8 Datakilder

8.1 KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RAAPPORTERING)

KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RAAPPORTERING) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder registreres og sammenstilles for å gi relevant informasjon til beslutningstakere og andre, både nasjonalt og lokalt. Informasjonen skal tjene som grunnlag for analyse, planlegging og styring, og herunder gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål oppnås.

KOSTRA ble startet som et prosjekt i 1995 med formål å få et mer relevant og aktuelt datagrunnlag for å måle ressursinnsats, prioritering og måloppnåelse i kommuner og fylkeskommuner. Det er et formål å samordne og effektivisere all rapportering fra kommunene til staten samt å sørge for relevant styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Tallet på kommuner og fylkeskommuner ble skrittvis økt fram til rapporteringsåret 2001, som var det første året der alle var med i KOSTRA.

Grunnlagsdata for denne rapporten er hovedsakelig KOSTRA-data fra 2005. KOSTRA-data er publisert på kommunenivå på SSB sine nettsider, både i statistikkbanken og KOSTRA faktaark. I 2005 var det 433 kommuner i Norge, men ikke alle kommuner har avgitt alle typer informasjon. Det kan være ulike årsaker til dette. I enkelte tabeller har vi utelatt kommuner vi ikke har data for.

Bortsett fra utgiftstall og befolkningstall, innhentes alle data via KOSTRA-skjema 1: *Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten*. Utgiftstall innhentes fra KOSTRA-rapporteringens funksjonsfordelte kommuneregnskaper, funksjon 232 *Forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste*.

Funksjon 232 Forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste:

All helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for innvandrere, og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Dette innbefatter foreldreveiledningsgrupper, annen grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll. (Kilde: Veileder for rapportering - om ressursbruk og tjenesteproduksjon i kommuner og fylkeskommuner. 2005)

Grunnlaget for kommunenes utgifter er brutto driftsutgifter på funksjon 232 i kommuneregnskapene. Brutto driftsutgifter viser de samlede driftsutgiftene inkludert avskrivninger korrigeret for dobbeltføringer som skyldes viderefordeling av utgifter/internkjøp mv. Brutto driftsutgifter er et uttrykk for produksjonskostnader, gjerne sett i forhold til produserte enheter. Utgiftene på landsbasis er beregnet ved å summere kommunenes brutto driftsutgifter. Befolkningstall hentes fra SSBs befolkningsdatabase.

I denne rapporten er hovedsakelig endelige 2005-tall benyttet. I skrivende stund endelige tall for 2006 publisert og enkelte tall for 2006 er inkludert i denne rapporten.

9 Litteratur

Oslo kommune (2007): *Presentasjon av nøkkeltall for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo*, drøftingsnotat, Effektiviseringsnettverk helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Riksrevisjonen (2007): *Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer*, Dokument nr. 3:7 (2006-2007)

SHD (1998): St.meld. nr. 63 (1997-1998) Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

SHdir (2003): *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*; Veileder til forskrift av 2003-04-03 nr 450, IS-1154, Sosial- og helsedirektoratet

SHdir (2004): *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*; IS-2700, Sosial- og helsedirektoratet

SSB (2005): <http://www.ssb.no/emner/00/90/levekaar/>

SSB (2007): ”*SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006*”; Rapport 2007/15, Statistisk sentralbyrå

STABAS (2005): Database for standard klassifikasjoner (STABAS), Statistisk sentralbyrå

St.meld. nr. 63 (1997-1998): Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

St.meld. nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

St.prp. nr 1 (2006-2007)

St.prp. nr 63 (1997-98)

Tromsø kommune (2006): Brukerundersøkelse om helsestasjonstjenestene i Tromsø utført i 2006

Vedlegg 1: KOSTRA-skjema 1

KOSTRA 2005 - KOMMUNE-STAT-RAPPORTERING

Skjema nummer

Skjema navn

Veiledning...

1

Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten.

Oppgavene hentes inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av Statens helseinsyn i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlende oppgaver anvendes til utarbeidelse av Styrings- og Informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegens medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk.

Opplysninger om kommunen og ansvarlig for rapporteringen

Kommunenr <input type="text"/>	Kommunens navn <input type="text"/>	Bydelsnr <input type="text"/>	Bydelsnavn <input type="text"/>
Navn skjemaansvarlig <input type="text"/>	E-post skjemaansvarlig <input type="text"/>	Tlf nr <input type="text"/>	

Del 1 Leger

1-2. Antall timeverk av leger. Antall timer per uke. Oppgås med to desimaler.

- Inkludert avtaler om forlenget arbeidstid fordelt på virksomhetsområder (Avtale om forlenget arbeidstid i henhold til Sentral forbundsvis særavtale mellom Kommunenes sentralforbund og Den norske Lægeforening, som gir adgang til at det for inntil 1 år om gangen inngås avtale om forlenget arbeidstid (utover 37,5 timer per uke). Overtid utover dette skal ikke medregnes)
- Medregnet leger som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenestene
- Ikke medregnet legevakt
- Ikke medregnet fengselshelsetjenesten
- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommuner/bydeler som deltar

	Diagnose, behandling, rehabilitering (funksjon 241) - Totalt	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Annét forebyggende arbeid	Institusjoner med heldøgns pleie og omsorg (funksjon 253)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Næringsdrivende leger med fastlegeavtale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommunalt ansatte leger	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Turnusleger	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leger uten avtale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
I alt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1-3. Antall leger i kommunehelsetjenesten

Rettleiing:
Omfatter de leger som er nevnt i punkt 1-2, også leger som arbeider deltid.

	Antall leger per 31.12.
Antall leger i kommunehelsetjenesten med fastlegeavtale	<input type="text"/>
Antall leger i kommunehelsetjenesten uten fastlegeavtale	<input type="text"/>
I alt	<input type="text"/>

1-4. Organisering av legevaktjenesten
(flere avkryssninger er mulig)

Organisasjonsform	
Kommunal etat/enhet	<input type="checkbox"/>
Kommunalt foretak (KF)	<input type="checkbox"/>
Kommunalt AS	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt samarbeid	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt samarbeid m/ særregnskap	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt selskap (IKS)	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt AS	<input type="checkbox"/>
Privat AS	<input type="checkbox"/>

Merknader:

Del 2 Fysioterapeuter

Oppgavene hentes inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av Statens helseetilsyn i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlende oppgaver anvendes til utarbeidelse av Styrings- og Informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegens medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk.

Ansvartlig for innholdet i skjemaet	E-post til skjemaansvarlig	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2-2. Antall timeverk av fysioterapeuter. Antall timer per uke. Oppgitt med to desimaler.

- Medregnet fysioterapeuter som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenestene
- Ikke medregnet legevakt
- Ikke medregnet fengselshelsetjenesten
- Ikke medregnet overtid
- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommuner/bydeler som deltar

	Diagnose, behandling, rehabilitering (funksjon 241) - Totalt	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Annet forebyggende arbeid	Institusjoner med heldøgns pleie og omsorg (funksjon 253)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Fysioterapeut med driftsavtale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fastlønnede fysioterapeuter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Turnuskandidater	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut uten driftsavtale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
I alt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2-3. Organisering av fysioterapitjenesten

Finnes det i kommunen/bydelen fysioterapeut(er) med fast lønn eller med avtale om driftstilskudd per 31.12.?

Ja Nei

Hvis nei, svar på følgende spørsmål:

Har kommunen/bydelen lyst ledig stillinger/hjemler for fysioterapeuter i løpet av fjoråret?

Ja Nei

Har kommunen/bydelen organisert tilgang på fysioterapi i kommunen/bydelen, for eksempel ved interkommunalt samarbeid?

Ja Nei

Har kommunen/bydelen organisert tilgang på fysioterapi utenfor kommunen/bydelen, for eksempel ved interkommunalt samarbeid?

Ja Nei

Merknader:

Del 3 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Oppgavene hentes inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av Statens helsetilsyn i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlende oppgaver anvendes til utarbeidelse av Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegens medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk.

Ansvarlig for innholdet i skjemaet	E-post til skjemaansvarlig	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3-2. Antall timeverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Antall timer per uke. Oppgis med to desimaler (leger og fysioterapeuter registreres i del 1 og 2).

- Ikke medregnet overtid

- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommuner/bydeler som deltar

	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)
Jordmødre	<input type="text"/>
Helsesøstre	<input type="text"/>
Psykiatrisk sykepleier	<input type="text"/>
Andre sykepleiere	<input type="text"/>
Psykologer	<input type="text"/>
Ergoterapeut	<input type="text"/>
Vernepleier	<input type="text"/>
Annet høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid	<input type="text"/>
Miljøterapeuter	<input type="text"/>
Hjelpepleier	<input type="text"/>
Legesekretærer	<input type="text"/>
Annet personell med helsefaglig utdanning	<input type="text"/>
Annet personell uten helsefaglig utdanning	<input type="text"/>
I alt	<input type="text"/>

3-3. Organisering av jordmortjenesten

Finnes det i kommunen/bydelen jordmor som arbeider i svangerskapsomsorgen per 31.12.?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis nei, svar på følgende spørsmål:	
Har kommunen/bydelen lyst ledige stillinger/hjemler for jordmødre i løpet av fjoråret?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har kommunen/bydelen organisert tilgang på svangerskapskontroller ved jordmor i kommunen/bydelen, for eksempel ved interkommunalt samarbeid eller samarbeid med 2. linjetjeneste?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har kommunen/bydelen organisert tilgang på svangerskapskontroller ved jordmor utenfor kommunen/bydelen, for eksempel ved interkommunalt samarbeid eller samarbeid med 2. linjetjeneste?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei

3-4. Forebyggende helsetjenster til ungdom 14-20 år per 31.12

Definisjon: helsestasjon for ungdom er: Helsetjeneste til ungdom der rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling er tilrettelagt for deres behov og på deres premisser. Tilbudet skal være et supplement til, og ikke en erstatning for, den obligatoriske skolehelsetjenesten jf. lov om kommunehelsetjenesten nr.776 1983 og forskrift nr. 450 2003 om Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Har kommunen/bydelen per 31.12. I drift, evt. tilgang til gjennom Interkommunalt samarbeide:

	Antall		
a. Helsestasjon for ungdom	<input type="text"/>		
b. Skolehelsetjeneste ved alle grunnskoler		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
c. Skolehelsetjeneste ved alle videregående skoler		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Har ikke videregående skole	
Hvis nei i b. eller c., hvorfor ikke?			<input type="text"/>

Tilbud ved:

	Helsestasjon for ungdom	Skolehelsetjeneste
Inngår prevensjonsundervisning/-veiledning som en del av tilbudet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Inngår samlivsundervisning som en del av tilbudet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Inngår legekonsultasjon/-undersøkelse som en del av tilbudet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Inngår forebygging av psykiske problemer som en del av tilbudet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Inngår forebygging av rusproblematikk som en del av tilbudet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Inngår helseopplysning, om for eksempel fysisk aktivitet, ernæring/kosthold og røyking, som en del av tilbudet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei

3-5. Aktivitet i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten		
Mårettede helseundersøkelser gjelder den enkelte, og innholdet bestemmes individuelt av opplysninger om den enkeltes bakgrunn og tidligere og nåværende helsestatus. Mårettet helseundersøkelse har i tillegg en informativ og pedagogisk målsetting. For definisjoner av begreper i spørsmålene under vises det ellers til "Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten" fra Statens helsestasjonssyn, IK2617, 2/98		
	Antall	
Antall gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi	<input type="text"/>	
Antall nyinnskrevne gravide kvinner som har møtt til svangerskapskontroll ved helsestasjonen	<input type="text"/>	
Antall førstegangs hjemmebesøk til nyfødt	<input type="text"/>	
Antall fullførte helseundersøkelser Innen utgangen av 8. levestruke (6 ukers kontroll)	<input type="text"/>	
Antall fullførte 2-3-årskontroller	<input type="text"/>	
Antall fullførte 4-årskontroller	<input type="text"/>	
Antall fullførte helseundersøkelser Innen utgangen av 1. trinn, grunnskolen	<input type="text"/>	
Antall som har fått mårettede helseundersøkelser Innen utgangen av 3. trinn, grunnskolen (8-års alder)	<input type="text"/>	
Antall som har fått mårettede helseundersøkelser Innen utgangen av 8. trinn, grunnskolen (13-års alder)	<input type="text"/>	
Antall som har fått mårettede helseundersøkelser Innen utgangen av grunnskolen, videregående skole (16-års alder)	<input type="text"/>	
3-6. Samarbeid med andre aktører		
Har helsestasjons- og skolehelsetjenesten etablert rutinemessig forpliktende samarbeid (med formelle avtaler, regler og rutiner) med relevante kommunale aktører som f.eks. barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern, sosialtjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og teknisk etat?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
Har helsestasjons- og skolehelsetjenesten etablert rutinemessig forpliktende samarbeid (med formelle avtaler, regler og rutiner) med spesialisthelsetjenesten, f.eks. habiliteringsteam, barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger og andre sykehusavdelinger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
Merknader:		
<input type="text"/>		
Del 4 Annet personell i kommunehelsetjenesten		
Oppgavene hentes inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av Statens helsestasjonssyn i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlende oppgaver anvendes til utarbeidelse av Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegens medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk.		
Ansvarlig for innholdet i skjemaet	E-post til skjemaansvarlig	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4-2. Antall timeverk av teknisk/hygienisk personell. Antall timer per uke. Oppgås med to desimaler.

- Teknisk/hygienisk personell som deltar i interkommunale samarbeidsordninger skal fordeles på de kommuner som deltar i ordningen.
- Yrkesgrupper som ikke er nevnt i spørsmål 4-2 skal føres i spørsmål 4-4.

	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Annet forebyggende arbeid	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Helseinspektører/teknisk-hygienisk personell	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veterinærer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingeniører	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
I alt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4-3. Organisering av annet forebyggende arbeid

(Utenom leger, fysioterapeuter og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Flere avkryssninger er mulig)

	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Annet forebyggende arbeid
Organisasjonsform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal etat/enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt foretak (KF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt AS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt samarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt samarbeid m/ særregnskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt selskap (IKS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt AS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat AS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-4. Antall timeverk annet personell. Antall timer per uke. Oppgis med to desimaler.**Rettledning:**

- Personell som skal registreres i denne tabellen omfatter personell og yrkesgrupper som faller inn under lov om helsetjenesten i kommunene og som ikke er registrert i øvrige deler av skjemasett for personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten (del 1 til 3 og 4.2) eller skjema 4 og 5 for pleie- og omsorgstjenestene.

- Timer knyttet til fengselshelsetjenesten og legevakt skal ikke registreres.

- Kommunalt ansatt personell ved legeskontor registreres her.

	Diagnose, behandling, rehabilitering (funksjon 241) - Totalt	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Forebyggende arbeid, helse (funksjon 233) - Annet forebyggende arbeid	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Jordmødre					
Helsesøstre					
Psykiatrisk sykepleier					
Andre sykepleiere					
Psykologer (ikke PPT)					
Ergoterapeut					
Vernepieler					
Annet høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid					
Miljøterapeuter					
Hjelpepleier					
Legesekretærer					
Annet personell med helsefaglig utdanning					
Annet personell uten helsefaglig utdanning					
I alt					

Merknader:

Del 5 Rehabilitering og tverrfaglig videreutdanning

Oppgavene hentes inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av Statens helsetilsyn i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlende oppgaver anvendes til utarbeidelse av Styrings- og Informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegens medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk.

Ansvarelig for innholdet i skjemaet	E-post til skjemaansvarlig	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5-2. Tverrfaglig videreutdanning

	Hvor mange personer med universitets-/høgskoleutdanning (registrert i skjema 1, del 1,2,3 og 4) har tverrfaglig videreutdanning i:
Videreutdanning for helse- og sosialsektoren, psykisk helsearbeid	<input type="text"/>
Videreutdanning i sykepleie, psykiatrisk sykepleie	<input type="text"/>
Videreutdanning for helse- og sosialsektoren, eldreomsorg/aldersdemens/ gerontologi	<input type="text"/>
Videreutdanning i sykepleie, onkologi(kreftomsorg)	<input type="text"/>
Videreutdanning for helse- og sosialsektoren, habilitering og rehabilitering	<input type="text"/>
Videreutdanning i vernepleie, målrettet og metodisk miljøarbeid	<input type="text"/>
Videreutdanning for helse- og sosialsektoren, arbeidsmiljørettet helsevern	<input type="text"/>
Videreutdanning i vernepleie, rusomsorg	<input type="text"/>
Videreutdanning for helse- og sosialsektoren, rusproblematikk	<input type="text"/>

5-3. Rehabilitering

Benytter kommunen/bydelen seg av individuelle planer innenfor re-/habilitering til brukere med sammensatte behov? (Jf. ny forskrift om Individuelle planer)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har kommunen/bydelen en politisk vedtatt plan for re-/habilitering eller en plan der dette fagområdet inngår som et eget virksomhetsområde?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har kommunen/bydelen en egen koordinerende enhet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei

Hvis ja, hvordan er den koordinerende enheten organisert

<input type="radio"/> fast overordnet team	
<input type="radio"/> eget koordineringskontor	
<input type="radio"/> gjennom den ordinære aktiviteten	
<input type="radio"/> på annen måte	
Dersom organisert på annen måte, spesifiser:	<input type="text"/>

Merknader:

Kildefil:

Lagre

Lagre som...

Åpne...

Lagre og send som e-post...

Vedlegg 2: Kostra-grupper

Gruppe	Navn	Antall kommuner i gruppa
Gr. 1	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	28
Gr. 2	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	68
Gr. 3	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	32
Gr. 4	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	0
Gr. 5	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	46
Gr. 6	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	59
Gr. 7	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	34
Gr. 8	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	32
Gr. 9	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	0
Gr. 10	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	20
Gr. 11	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	48
Gr. 12	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	14
Gr. 13	Store kommuner utenom de fire største byene	39
Gr. 14	Bergen, Trondheim og Stavanger	3
Gr. 15	Oslo kommune	1
Gr. 16	De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10
	I alt	433

Kommunene fordelt på kommunegrupper

Gruppe 1					
0111	Hvaler	0719	Andebu	1142	Rennesøy
0122	Trøgstad	0723	Tjøme	1222	Fitjar
0127	Skiptvet	0728	Lardal	1430	Gaular
0137	Våler	0811	Siljan	1433	Naustdal

0138	Hobøl	0919	Froland	1441	Selje
0234	Gjerdrum	0928	Birkenes	1511	Vanylven
0239	Hurdal	1029	Lindesnes	1529	Skodje
0621	Sigdal	1112	Lund	1547	Aukra
0622	Krødsherad	1114	Bjerkreim		
0714	Hof	1141	Finnøy		
Gruppe 2					
0119	Marker	0911	Gjerstad	1612	Hemne
0123	Spydeberg	0937	Evje og Hornnes	1617	Hitra
0426	Våler	1111	Sokndal	1620	Frøya
0430	Stor-Elvdal	1154	Vindafjord	1627	Bjugn
0438	Alvdal	1159	Ølen	1630	Åfjord
0511	Dovre	1211	Etne	1635	Rennebu
0513	Sjåk	1216	Sveio	1636	Meldal
0514	Lom	1231	Ullensvang	1644	Holtålen
0515	Vågå	1241	Fusa	1664	Selbu
0519	Sør-Fron	1242	Samnanger	1717	Frosta
0520	Ringebu	1244	Austevoll	1718	Leksvik
0521	Øyer	1251	Vaksdal	1724	Verran
0540	Sør-Aurdal	1260	Radøy	1744	Overhalla
0543	Vestre Slidre	1264	Austrheim	1750	Vikna
0544	Øystre Slidre	1419	Leikanger	1812	Sømna
0616	Nes	1431	Jølster	1851	Lødingen
0617	Gol	1438	Bremanger	1854	Ballangen
0619	Ål	1517	Hareid	1867	Bø
0631	Flesberg	1525	Stranda	1868	Øksnes
0817	Drangedal	1543	Neset	1913	Skånland
0822	Sauherad	1551	Eide	1925	Sørreisa
0828	Seljord	1557	Gjemnes	1938	Lyngen
0829	Kviteseid	1567	Rindal		
Gruppe 3					
0429	Åmot	1417	Vik	1923	Salangen
0618	Hemsedal	1422	Lærdal	1941	Skjervøy
0620	Hol	1426	Luster	1942	Nordreisa
0633	Nore og Uvdal	1560	Tingvoll	2002	Vardø
0833	Tokke	1569	Aure	2011	Guovdageaidnu - Kautokeino
0834	Vinje	1573	Smøla	2019	Nordkapp
1133	Hjelmeland	1711	Meråker	2020	Porsanger

1134	Suldal	1736	Snåsa	2021	Karasjohka - Karasjok
1135	Sauda	1832	Hemnes	2025	Deatnu - Tana
1259	Øygarden	1840	Saltdal	2028	Båtsfjord
1416	Høyanger	1922	Bardu		
Gruppe 5					
0118	Aremark	1233	Ulvik	1613	Snillfjord
0121	Rømskog	1234	Granvin	1622	Agdenes
0436	Tolga	1265	Fedje	1633	Osen
0439	Folldal	1411	Gulen	1725	Namdalseid
0441	Os	1412	Solund	1743	Høylandet
0512	Lesja	1413	Hyllestad	1822	Leirfjord
0541	Etnedal	1428	Askvoll	1825	Grane
0827	Hjartdal	1429	Fjaler	1828	Nesna
0830	Nissedal	1444	Hornindal	1834	Lurøy
0912	Vegårshei	1514	Sande	1836	Rødøy
0929	Åmli	1523	Ørskog	1838	Gildeskål
0935	Iveland	1526	Stordal	1852	Tjeldsund
1021	Marnardal	1545	Midsund	1859	Flakstad
1027	Audnedal	1546	Sadøy	1927	Tranøy
1034	Hægebostad	1571	Halsa		
1223	Tysnes	1572	Tustna		
Gruppe 6					
0432	Rendalen	1742	Grong	1874	Moskenes
0434	Engerdal	1748	Fosnes	1915	Bjarkøy
0545	Vang	1749	Flatanger	1917	Ibestad
0615	Flå	1755	Leka	1919	Gratangen
0632	Rollag	1811	Bindal	1920	Lavangen
0831	Fyresdal	1815	Vega	1926	Dyrøy
0938	Bygland	1816	Vevelstad	1928	Torsken
1026	Åseral	1818	Herøy	1929	Berg
1129	Forsand	1826	Hattfjelldal	1936	Karlsøy
1144	Kvitsøy	1827	Dønna	1939	Storfjord
1145	Bokn	1835	Træna	1940	Kåfjord
1227	Jondal	1839	Beiarn	1943	Kvænangen
1266	Masfjorden	1842	Skjerstad	2014	Loppa
1418	Balestrand	1845	Sørfold	2015	Hasvik
1524	Norddal	1848	Steigen	2017	Kvalsund
1632	Roan	1849	Hamarøy	2018	Måsøy

1665	Tydal	1850	Tysfjord	2022	Lebesby
1723	Mosvik	1853	Evenes	2023	Gamvik
1738	Lierne	1856	Røst	2024	Berlevåg
1740	Namsskogan	1857	Værøy		
Gruppe 7					
0135	Råde	0237	Eidsvoll	1221	Stord
0136	Rygge	0415	Løten	1243	Os
0211	Vestby	0427	Elverum	1246	Fjell
0215	Frogn	0533	Lunner	1528	Sykkylven
0216	Nesodden	0624	Øvre Eiker	1532	Giske
0221	Aurskog-Høland	0627	Røyken	1621	Ørland
0226	Sørum	0711	Svelvik	1638	Orkdal
0227	Fet	0926	Lillesand	1657	Skaun
0228	Rælingen	1018	Søgne	1663	Malvik
0229	Enebakk	1120	Klepp	1714	Stjørdal
0233	Nittedal	1121	Time		
0236	Nes	1124	Sola		
Gruppe 8					
0124	Askim	0904	Grimstad	1443	Eid
0238	Nannestad	1003	Farsund	1503	Kristiansund
0402	Kongsvinger	1014	Vennesla	1515	Herøy
0418	Nord-Odal	1127	Randaberg	1516	Ulstein
0419	Sør-Odal	1130	Strand	1531	Sula
0516	Nord-Fron	1245	Sund	1534	Haram
0529	Vestre Toten	1256	Meland	1554	Averøy
0532	Jevnaker	1263	Lindås	1556	Frei
0702	Holmestrand	1420	Sogndal	1719	Levanger
0814	Bamble	1432	Førde	1841	Fauske
0821	Bø	1439	Vågsøy		
Gruppe 10					
0214	Ås	0722	Nøtterøy	1253	Osterøy
0417	Stange	0914	Tvedestrand	1449	Stryn
0623	Modum	1002	Mandal	1519	Volda
0628	Hurum	1017	Songdalen	1520	Ørsta
0713	Sande	1032	Lyngdal	1548	Fræna
0716	Re	1122	Gjesdal	1653	Melhus
0720	Stokke	1219	Bømlo		
Gruppe 11					

0125	Eidsberg	0901	Risør	1662	Klæbu
0128	Rakkestad	1004	Flekkefjord	1703	Namsos
0420	Eidskog	1101	Eigersund	1721	Verdal
0423	Grue	1119	Hå	1729	Inderøy
0425	Åsnes	1224	Kvinnherad	1751	Nærøy
0428	Trysil	1235	Voss	1805	Narvik
0517	Sel	1238	Kvam	1813	Brønnøy
0522	Gausdal	1401	Flora	1820	Alstahaug
0528	Østre Toten	1445	Gloppen	1824	Vefsn
0534	Gran	1535	Vestnes	1860	Vestvågøy
0536	Søndre Land	1539	Rauma	1865	Vågan
0538	Nordre Land	1566	Surnadal	1866	Hadsel
0542	Nord-Aurdal	1624	Rissa	1870	Sortland
0612	Hole	1634	Oppdal	1871	Andøy
0807	Notodden	1640	Røros	1931	Lenvik
0815	Kragerø	1648	Midre Gauldal	1933	Balsfjord
Gruppe 12					
0437	Tynset	1228	Odda	2003	Vadsø
0819	Nome	1424	Årdal	2004	Hammerfest
0826	Tinn	1563	Sunndal	2012	Alta
1037	Kvinesdal	1837	Meløy	2030	Sør-Varanger
1146	Tysvær	1924	Målselv		
Gruppe 13					
0101	Halden	0501	Lillehammer	0906	Arendal
0104	Moss	0502	Gjøvik	1001	Kristiansand
0105	Sarpsborg	0602	Drammen	1102	Sandnes
0106	Fredrikstad	0604	Kongsberg	1106	Haugesund
0213	Ski	0605	Ringerike	1149	Karmøy
0217	Oppegård	0625	Nedre Eiker	1247	Askøy
0219	Bærum	0626	Lier	1502	Molde
0220	Asker	0701	Horten	1504	Ålesund
0230	Lørenskog	0704	Tønsberg	1702	Steinkjer
0231	Skedsmo	0706	Sandefjord	1804	Bodø
0235	Ullensaker	0709	Larvik	1833	Rana
0403	Hamar	0805	Porsgrunn	1901	Harstad
0412	Ringsaker	0806	Skien	1902	Tromsø
Gruppe 14					
1103	Stavanger	1201	Bergen	1601	Trondheim

Gruppe 15					
0301	Oslo				
Gruppe 16					
0940	Valle	1232	Eidfjord	1911	Kvæfjord
0941	Bykle	1252	Modalen	2027	Nesseby
1046	Sirdal	1421	Aurland		
1151	Utsira	1739	Røyrvik		

Vedlegg 3: Forslag til spørsmål i brukerundersøkelser

Spørsmål til foreldre til ettåringer:

Spm 1: Om FFK	Har du fått tilbud om fødselsforberedende kurs fra helsestasjonen?	Ja Nei	
	Har du deltatt?	Ja Nei	Årsaker
	Har du deltatt på fødselsforberedende kurs arrangert av andre enn kommunen?	Ja Nei	Sykehus/spesialisthelsetjeneste/2. linjetjeneste Privat lege/klinikk Annet
Spm 2: Om kontroller	Hvem går du til svangerskapskontroller hos?	Jordmor ved helsestasjon Lege ved helsestasjon Fastlege Spesialist Sykehus Annet	
	Har dere fått tilbud om og mottatt hjemmebesøk av helsesøster etter fødselen?	Ikke fått tilbud Fått tilbud og takket ja Fått tilbud og takket nei	
Spm 3: Hjemmebesøk	Hvis dere takket nei, hvorfor?	Født tidligere og fått hjemmebesøk Ønsker ikke fremmede i hjemmet Annet	
	Har dere noen gang unnlatt å gjennomføre/møte opp til kontroll ved helsestasjon?	Ja Nei	
Spm 4: Kontakt med helsestasjonen	Hvis nei, angi årsak. Har barnet fått alle vaksiner?	Ja Nei	
	Hvis nei, angi årsak.	Ønsker ikke vaksine Passet ikke Glemte timen Annet	
	Har du noen gang kontaktet helsestasjon utenom de vanlige kontrollene?	Nei Ja, for ekstra veiing/måling Ja, for informasjon/få svar på spørsmål Ja, annet	

Spm 5: Amming	Hvor lenge ble barnet ammet?	Ble ikke ammet 3 mnd 6 mnd 12 mnd Lengre enn ett år
Spm 6: Barselgrupper	Deltok du i barselgruppe for nybakte mødresatt i gang av helsestasjonen etter fødselen?	Ja Nei, ønsket ikke å delta Nei, fikk ikke tilbud
Spm 7: Samlivskurs	Har dere deltatt på samlivskurs for nybakte foreldre i regi av helsestasjonen?	Ja Nei, ønsket ikke å delta Nei, fikk ikke tilbud

Spm 8: Mors psykiske helse

Spm 9: Fars rolle	Har barnets far i løpet av barnets første år deltatt på kontroller på helsestasjonen?	Nei Ja, mor og far har gått sammen noen ganger Ja, far har gått med barnet alene noen ganger
	Var far med på svangerskapskontrollene?	Nei Ja, en eller flere ganger

Spørsmål til barn og unge i aldersgruppen 13-20 år:

Spm 1: Helsestasjon for ungdom	Har du oppsøkt helsestasjon for ungdom på eget initiativ?	Nei Ja, for informasjon Ja, for prevensjon Ja, for legeundersøkelse Ja, annet
	Vet du hvor kommunen har egen helsestasjon for ungdom?	Nei, vet ikke Kommunen har ikke helsestasjon for ungdom Ja, jeg vet hvor den ligger
	Kjenner du helsestasjonens åpningstider?	Nei Ja

Spm 2:
Skolehelsetjeneste

Har du oppsøkt helsesøster ved skolen?

Nei
Ja, for informasjon
Ja, for prevensjon
Ja, for legeundersøkelse
Ja, annet

Vet du hvor du finner skolehelsesøster?

Nei, vet ikke
Skolen har ikke helsesøster
Ja, jeg vet hvor hun/han har kontor

Kjenner du til hvilke tider skolehelsesøster er tilstede ved skolen?

Nei
Ja