

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 Trondheim
Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Helsesøsters kompetanse

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson, Solveig Osborg Ose og Reidun Norvoll

OPPDRAKSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A558	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Signe Myklebust	
GRADER, DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-31-20001-7 82-31-20001-0	PROSJEKTNR. 78i07230	ANTALL SIDER OG BILAG 67
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\78i06030	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Solveig Osborg Ose	
ARKIVKODE E	DATO 2006-11-02	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Hovedmålet i prosjektet er å dokumentere helsesøsters kompetansenivå og kompetansebehov generelt, og spesielt innen psykisk helse.

Sentrale delmål er å kartlegge områder der helsesøster rapporterer om behov for økt kompetanse, samt helsesøsters grad av veiledning og veiledningsbehov.

Undersøkelsen er basert på en kartleggingsundersøkelse i et utvalg på 1064 helsesøstere. Det er i tillegg gjennomført fokusgruppeintervju med sju helsesøstere. Intervjuundersøkelsen har hatt hovedfokus på helsesøsters kompetanse i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helsesøster	Public nurse
GRUPPE 2	Kompetanse	Competence
EGENVALGTE	Psykisk helse	Mental Health

Forord

Denne undersøkelsen er et oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, som SINTEF Helse har utført i samarbeid med Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe av helsesøstre (NSF LaH). Studien er basert på en nasjonal kartleggingsundersøkelse blant kommunalt ansatte helsesøstre. Vi har i tillegg gjennomført et fokusgruppeintervju med sju helsesøstre, for å få brem fyldige beskrivelser av helsesøsters arbeid i forhold til barn og unge med psykiske problemer. Vi retter en stor takk til alle helsesøstre som har deltatt i undersøkelsen.

Trondheim 01.11.2006
Helle Wessel Andersson
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt.....	8
Figuroversikt.....	10
Sammendrag	11
1 Innledning	15
1.1 Bakgrunn.....	15
1.2 Mål og problemstillinger	16
1.2.1 Delmål.....	16
1.3 Metode og gjennomføring.....	16
1.3.1 Nasjonal spørreskjemaundersøkelse	17
1.3.2 Utvalg og representativitet i spørreskjemaundersøkelsen	17
1.4 Intervjuundersøkelse.....	18
1.4.1 Rekruttering av informanter	18
1.4.2 Karakteristika ved informantene	19
2 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen.....	21
2.1 Bakgrunnsopplysninger.....	21
2.1.1 Helsesøsters alder	22
2.1.2 År siden fullført utdanning	23
2.1.3 Helsesøstre i større byer	23
2.1.4 Antall fødsler og antall skolebarn i distriktet	24

2.2	Helsesøsters erfaring	25
2.2.1	Helsesøsters arbeidsområder	25
2.2.2	Erfaring innen ulike arbeidsområder	27
2.3	Videreutdanning	28
2.3.1	Behov for videreutdanning	29
2.4	Etterutdanning	30
2.4.1	Behov for etterutdanning	32
2.4.2	Varierer tilbud om videre- og etterutdanning med geografiske forhold?.....	33
2.5	Kurs.....	35
2.5.1	Klinisk spesialitet	37
2.6	Veiledning.....	38
2.6.1	Veiledningsansvar	38
2.6.2	Å bli veiledet	38
2.7	Kjennskap til nasjonale styringsdokumenter og bruk av veileder	40
2.8	Samarbeid om barn med behov for sammensatte tjenester	40
2.8.1	Samarbeid med kommunale tjenester.....	40
2.8.2	Samarbeid med somatisk spesialisthelsetjeneste.....	41
2.9	Kompetanse innen psykisk helse	42
2.9.1	Helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse	42
2.9.2	Er tilfredshet med egen kompetanse relatert til demografiske forhold?.....	43
2.9.3	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen psykisk helse	47
2.9.4	Varierer opplevd behov for økt kompetanse med erfaring og demografi?.....	51
3	Resultater fra intervjuundersøkelsen.....	55
3.1	Helsesøsters ansvar og rolle	55
3.2	Rammebetingelser	57
3.3	Veiledningsbehov	58
3.4	Helsesøsterutdanningen	59
3.5	Tidlig identifikasjon og henvisningskompetanse	60
3.6	Samarbeidskompetanse	61

4	Oppsummering og vurdering	63
	Referanser	67

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Fordeling av helsesøstre i forhold til kommunestørrelse, hele populasjonen og utvalget*.....	18
Tabell 2.1	Antall helsesøstre som deltar i kartleggingsundersøkelsen etter arbeidsstedsfylke.	22
Tabell 2.2	Alderskategorier deltagende helsesøstre.....	23
Tabell 2.3	År siden fullført utdanning. Antall og andel helsesøstre.....	23
Tabell 2.4	Helsesøstre i bydeler. Størrelse på bydelen.	24
Tabell 2.5	Antall og prosentandel helsesøstre etter antall fødsler de ha i sitt distrikt per år.	24
Tabell 2.6	Antall og prosentandel helsesøstere etter antall skolebarn de har ansvar for i sitt distrikt.	25
Tabell 2.7	År i praksis som helsesøster. Antall og andel helsesøstre.	25
Tabell 2.8	Stilingsprosenter knyttet til helsesøsters ulike arbeidsområder.....	27
Tabell 2.9	Antall år helsesøster har jobbet innen ulike områder. Prosentandel helsesøstre.	27
Tabell 2.10	Antall studiepoeng fra videreutdanninger.....	28
Tabell 2.11	I hvor stor grad videreutdanninger anvendes i praksis.....	29
Tabell 2.12	Videreutdanninger helsesøstrene opplever å ha behov for (n=415).	30
Tabell 2.13	Fordeling av studiepoeng blant helsesøstre som har en etterutdanning.	31
Tabell 2.14	I hvor stor grad etterutdanning anvendes i praksis.	32
Tabell 2.15	Etterutdanninger som helsesøstrene opplever å ha behov for (n=212).	33
Tabell 2.16	Antall studiepoeng fra kurs (annet enn etter- og videreutdanningskurs).	37
Tabell 2.17	Veiledningsformer. Antall og andel helsesøstre (n=535).....	38
Tabell 2.18	Helsesøsters vurdering av årsaker til at en ikke har mottatt veiledning. Antall og andel helsesøstre (n=566).	40
Tabell 2.19	Årsaker til at tverrfaglig samarbeid i kommunen ikke fungerer godt. Antall og andel helsesøstre (n=333).	41
Tabell 2.20	Årsaker til at samarbeid med somatisk spesialisthelsetjenesten ikke fungerer godt. Antall og andel helsesøstre (n=505).....	41

Tabell 2.21	Helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse.....	42
Tabell 2.22	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike tiltaksformer/ temaområder.	48
Tabell 2.23	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike problemområder.....	50
Tabell 2.24	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike metoder etter helsesøsters erfaring.	51
Tabell 2.25	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike metoder etter kommunestørrelse.	52
Tabell 2.26	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike tiltak etter helsesøsters erfaring.	52
Tabell 2.27	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike tiltak etter kommunestørrelse.	53
Tabell 2.28	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike problemområder etter helsesøsters erfaring.	53
Tabell 2.29	Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike problemområder etter kommunestørrelse.	54

Figuroversikt

Figur 2.1	Prosentandel helsesøstre innen ulike virksomhetsområder.	26
Figur 2.2	Videreutdanninger blant helsesøstre. Prosentandel helsesøstre (n=481).....	28
Figur 2.3	Etterutdanninger blant helsesøstre. Prosentandel helsesøstre (n=596).....	30
Figur 2.4	Andel helsesøstre med videre- eller etterutdanning etter fylke (n=1054).....	34
Figur 2.5	Andel helsesøstre med videreutdanning etter kommunestørrelse.....	35
Figur 2.6	Prosentandel helsesøstre som har de ulike kursene. (n=509).	36
Figur 2.7	Prosentandel helsesøstre som har tatt kurs etter kommunestørrelse.....	36
Figur 2.8	Kurs om helsesøster opplever å ha behov for i sitt arbeid (n=1064).	37
Figur 2.9	Andel helsesøstre med udekket behov for veiledning etter fylke.	39
Figur 2.10	Helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse.....	42
Figur 2.11	Tilfredshet med kompetanse innen primærforebyggende /helsefremmende tiltak etter helsesøsters alder.	43
Figur 2.12	Tilfredshet med kompetanse innen primærforebyggende /helsefremmende tiltak etter antall år i praksis.	44
Figur 2.13	Tilfredshet med kompetanse i å håndtere psykiske problemer hos barn og unge etter helsesøsters alder.	44
Figur 2.14	Tilfredshet med kompetanse i å håndtere psykiske problemer hos barn og unge etter antall år i praksis.	45
Figur 2.15	Tilfredshet med kompetanse i å håndtere barn av psykisk syke etter helsesøsters alder.	45
Figur 2.16	Tilfredshet med kompetanse i å håndtere barn av psykisk syke etter antall år i praksis.....	46
Figur 2.17	Andel helsesøstre som i liten grad eller ikke i de hele tatt er tilfreds med egen kompetanse.	47
Figur 2.18	Helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike primærforebyggende tiltak.	48
Figur 2.19	Helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse innen tiltak spesielt rett mot de med psykiske problemer.	49
Figur 2.20	Helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike problemområder.	50

Sammendrag

Denne undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe av helsesøstre (NSF LaH). Hovedmålet er å kartlegge helsesøsters kompetanse generelt og spesielt innen psykisk helse. Sentrale delmål er å identifisere områder der helsesøster rapporterer om behov for økt kompetanse, samt kartlegge grad av veiledning og veiledningsbehov. Prosjektet er basert på en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant kommunalt ansatte helsesøstre i praksisfeltet. Det er i tillegg gjennomført et fokusgruppeintervju med et utvalg helsesøstre. Arbeid med problemstillinger relatert til psykisk helse har vært hovedtema i intervjuundersøkelsen.

Spørreskjemaundersøkelsen

UTVALGET

I alt 1094 helsesøstre returnerte spørreskjema. Dette gir en svarprosent på 60 prosent, beregnet ut fra antall årsverk av helsesøstre helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Samtlige av landets fylker er representert i undersøkelsen, og utvalget helsesøstre er representativt. Helsesøstre i utvalget har en gjennomsnittsalder på 48 år, og det er god spredning i forhold til antall år siden de var ferdig utdannet. De har i gjennomsnitt praktisert som helsesøster i 12 år.

VIRKSOMHETSOMRÅDER OG PRAKSIS

Skolehelsetjeneste i grunnskolen og helsestasjon for barn representerer hovedtyngden av helsesøsters virksomhet. I alt 71 prosent av helsesøstrene rapporterer at de jobber innen ett av disse områdene i dag, mens 42 prosent praktiserer ved begge disse tjenestene. Helsesøstrene har også relativt mye praksiserfaring fra disse virksomhetene. Om lag en av fire helsesøstre er tilknyttet helsestasjon for ungdom.

En høy andel av helsesøstrene jobber mindre enn 50 prosentstillinger ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Blant helsesøstre tilknyttet ungdomshelsestasjonen har i alt 60 prosent mindre enn 20 prosentstillinger.

VIDEREUTDANNING

I alt 45 prosent av helsesøstrene har, – eller er i gang med en videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen. Flest (31 prosent) har tatt en videreutdanning innen ledelse og administrasjon, og innen veiledning og konsultasjonsteknikk. I gruppen er det 13 prosent med videreutdanningen psykososialt arbeid for barn og unge. Over halvparten av helsesøstrene som har videreutdanning har ervervet mer enn 30 studiepoeng fra denne. De aller fleste rapporterer at den videreutdanningen de har i stor, - eller noen grad er relevant for praksisfeltet. De videreutdanningene som er opplevd som mest relevante for flest helsesøstre er ammeveiledning, veiledning/konsultasjonsteknikk, psykiatrisk sykepleier og spes. utdanning for barn og unges psykiske helse.

HØYT BEHOV FOR VIDEREUTDANNING

Blant de som ikke har tatt en videreutdanning, rapporterer i alt 61 prosent at de har behov for dette i praksis som helsesøster. Psykososialt arbeid for barn og unge og familieveiledning/ foreldrearbeid er de to videreutdanningene som flest helsesøstre etterspør.

ETTERUTDANNING

Det er totalt 56 prosent av helsesøstrene som har, - eller er i gang med en etterutdanning. Over halvparten av disse har tatt/ tar utdanninger som gir mindre enn 10 studiepoeng. Prevensjonsforeskrivning er den etterutdanningen som flest har valgt. Blant de med etterutdanning har om lag halvparten valgt å skolere seg innen språkkartleggingsverktøy, mens en av fire har utdanningen Barn av psykisk syke. Under 10 prosent av de med etterutdanning har tatt utdanningene Tidlig intervensjon og Barn i risiko for atferdsvansker. De fire etterutdanningene som oppleves som mest relevante for flest helsesøstre er Språkkartleggingsverktøy, Webster Stratton, Etterutdanning for helsesøstre i skolehelse-tjenesten, og Barn av psykisk syke.

HØYT BEHOV FOR ETTERUTDANNING

I alt 45 prosent av helsesøstrene som ikke har en etterutdanning tilbakemelder at de har behov for dette i sin praksis. De tre etterutdanningene som flest helsesøstre etterspør er Etterutdanning for helsesøstre i skolehelse-tjenesten, Barn i risiko for å utvikle atferdsvansker, og Barn av psykisk syke. Sistnevnte utdanning er også den som kommer best ut når helsesøstrene vurderer relevans i forhold til praksis.

HØY ETTERSPORSEL ETTER KURS

Totalt 509 helsesøstre (48 prosent) rapporterer at de har tatt kurs av mer enn tre dagers varighet. De fleste har ervervet mindre enn 10 studiepoeng fra kursdeltagelse. Flest tatt kurset Psykisk helse (40 prosent). Andel helsesøstre som har tatt kurs er statistisk signifikant høyere i større byer (over 50 000 innbyggere), sammenlignet med i kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere (fig 2.7).

Det er høy udekket etterspørsel etter kurs. I alt 720 helsesøstre (68 prosent) tilbakemelder at det finnes kurs de ikke har, - men som de har behov for i sitt arbeid. Det er størst etterspørsel etter kurset Psykisk helse.

Andel helsesøstre som er klinisk spesialist i sykepleie er lav (2 prosent). Imidlertid rapporterer over halvparten av helsesøstrene at de har deltatt på kurs som er meritterende for klinisk spesialitet.

GEOGRAFISKE FORSKJELLER I UTDANNINGSNIVÅ

Det er geografisk variasjon i forhold til hvor stor andel av helsesøstre som har hhv videre- og etterutdanning. Andel med videreutdanning varierer fra 36 prosent (Oslo) til 69 prosent (Vest- Agder). Andel med etterutdanning varierer fra 39 prosent (Oslo) til 76 prosent (Nord-Trøndelag). Andel som har tatt videreutdanning eller kurs er også statistisk signifikant høyere i større, sammenlignet med mindre kommuner. Vi finner ikke den samme geografiske variasjonen når det gjelder andel helsesøstre med etterutdanning.

STORT UDEKKET BEHOV FOR VEILEDNING

Litt over halvparten av helsesøstrene (53 prosent) har regelmessig (minst en gang pr år) veiledningsansvar for sykepleier eller helsesøsterstudenter. Den mest vanlige formen for veiledning er den sykepleiefaglige. I alt 35 prosent oppgir at de selv mottar regelmessig

veiledning. Blant de som ikke mottar veiledning per i dag, har i alt 72 prosent mottatt dette tidligere. I det totale utvalget er det 28 prosent som aldri har mottatt noen form for veiledning. I alt 60 prosent av helsesøstrene rapporterer at dere behov for veiledning ikke er tilstrekkelig dekket. Nær halvparten av helsesøstrene mener at mangel på prioritering fra ledelsen er årsak til at de ikke har mottatt tilstrekkelig veiledning.

SAMARBEIDET MED ANDRE INSTANSER

I alt 42 prosent av helsesøstrene rapporterer at de i stor grad har et godt fungerende samarbeidet med andre kommunale instanser om barn med behov for sammensatte tjenester. Ulik kultur og manglende vedtak og rutiner for samarbeid oppgis å være viktige årsaker når samarbeid ikke fungerer godt.

Nær en av fire helsesøstre rapporterer at samarbeidet med den somatiske spesialisthelsetjenesten i liten grad, - eller ikke i det hele tatt fungerer godt. Mangel på vedtak og rutiner for samarbeid er i følge helsesøstrene en sentral årsak til samarbeidsproblemer.

GRAD AV TILFREDSHET MED EGEN KOMPETANSE

Helsesøstre er betydelig mer tilfreds med den kompetansen de har innen primærforebyggende /helsefremmende arbeid, enn innen psykisk helse hos barn og unge og barn av psykisk syke. I alt 36 prosent rapporterer at de i liten grad er tilfreds med egen kompetanse i å håndtere barn av psykisk syke, mens en av fem gir uttrykk for at de i liten grad har kompetanse til å jobbe med barn og unge med psykiske problemer.

Helsesøstre som er yngre enn 35 år, og som har jobbet som helsesøstre mindre enn 6 år er mindre tilfredse med egen kompetanse, sammenlignet med de som er eldre og som har praktisert lengre. Det er ubetydelige geografiske forskjeller i opplevd tilfredshet med egen kompetanse.

BEHOV FOR ØKT KOMPETANSE INNEN PSYKISK HELSE

Konsultasjonsteknikk i forhold til ungdom og barn er de tiltakene flest helsesøstre (28-32 prosent) tilbakemelder at de i stor grad har behov for økt kompetanse om. Om lag en av fire helsesøstre har i stor grad behov for økt kompetanse innen familieveiledning.

Når det gjelder mer sekundærforebyggende tiltak rapporterer i alt 46 prosent at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen konsultasjonsteknikk psykisk syke foreldre, mens 40 prosent mener at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen tidlig identifikasjon.

Andel helsesøstre som opplever at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike problemområder relatert til psykisk helse varierer fra mellom 20- 35 prosent. Flest helsesøstre oppgir å ha behov for økt kompetanse innen selvskading og seksuelle overgrep, samt i forhold til atferdsproblematikk.

Behovet for økt kompetanse er gjennomgående høyere i gruppen av helsesøstre som har minst jobberfaring. Det er ubetydelige forskjeller i behovet for økt kompetanse når en sammenligner grupper av helsesøstre fra kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag.

Intervjuundersøkelsen

Det er gjennomført et fokusgruppeintervju med sju helsesøstre. Intervjuundersøkelsen har et spesielt fokus på helsesøstres arbeid med problemstillinger relatert til psykisk helse. Hovedhensikten er å få synspunkter fra helsesøstre på hva som er deres rolle i arbeid med barn og unge med psykiske problemer, samt å få vite hvordan de vurderer egen real og formalkompetanse i forhold til arbeid med denne målgruppen.

OPPLEVER Å HA EN SENTRAL ROLLE I ARBEID MED BARN OG UNGE MED PSYKISKE PROBLEMER

Helsesøstre er opptatt av at psykiske problemer hos barn og unge i stor grad er sosialt og samfunnsmessig betinget, og at tilbudet ved helsesøstertjenesten må tilpasses barn og unges behov for helsehjelp, som en del av folkehelsearbeidet. Helsesøstre mener at de har en viktig og sentral rolle i forhold til problemstillinger knyttet til psykisk helse.

ØNSKER MER KOMPETANSE

Helsesøstre som er intervjuet trekker frem noen områder og tema som er spesielt viktige i tiltak overfor den aktuelle målgruppen, - områder der de også opplever å ha behov for mer kompetanse. Det fremheves at pedagogisk kunnskap, - kunnskap om den "gode kommunikasjonen" er svært viktig for å kunne håndtere barn og unge med psykiske problemer. Helsesøstre ønsker i tillegg økt kunnskap om bruk av praktiske verktøy, som for eksempel screening instrumenter, og etterlyser bruk av metodestandarder i praksis. Tidlig identifikasjon og henvisningskompetanse er andre om tema som helsesøstre er opptatt av. Gjennom økt kompetanse i å se tidlige tegn og symptomer på psykiske vansker, samt med bedre kjennskap til- og samarbeid med de tilgrensende tjenestenes fagfelt og kompetanse, vil flere barn og unge med psykiske problemer kunne få rett hjelp til rett tid.

Samlet vurdering

Helsesøstertjenesten representerer et kommunalt lavterskeltilbud som treffer nær 100 prosent av barn, unge og deres familier. Helsesøstre har derfor en særdeles sentral rolle i det forbyggende og helsefremmende arbeidet overfor barn og unge. Gitt de mange ulike arbeidsområdene helsesøstre arbeider innenfor, er det behov for bred og til dels svært ulik utdanning og kunnskap. Denne undersøkelsen viser at helsesøstre har mye erfaring, og at mange har tatt utdanninger i tillegg til helsesøsterutdanningen. Samtidig finner vi en betydelig udekket etterspørsel etter mer kompetanse, spesielt i forhold til å kunne møte problemstillinger relatert til psykisk helse hos barn, unge og foreldre. Resultatene viser at helsesøster opplever å ha et viktig ansvar og en sentral rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunen.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Helsemyndighetene har de senere årene presentert en rekke satsninger og strategier for å bedre kommunenes helsefremmende og forebyggende tjenester for barn og unge. Helsesøsters sentrale rolle i dette arbeidet er vektlagt i Folkehelsemeldingen (St. meld. nr 16, 2002-2003), der det spesielt fokuseres på behovet for å videreutvikle det tverrfaglige forebyggende arbeidet i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Den nye forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2003a) tydeliggjør kommunenes ansvar for å ha et tilbud til både barn og ungdom, fra 0-20 år. Av forskriften går det også frem at tilbudet skal omfatte tiltak for å forebygge psykiske problemer. Til tross for at det har vært en betydelig vekst i årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i løpet av de siste ti årene, ser en fortsatt behov for å bygge ut tilbudene, spesielt overfor ungdommer og de mest utsatte gruppene. Det legges vekt på at de forebyggende helsetjenestene skal bli bedre tilpasset de aktuelle brukergruppene gjennom tettere samarbeid med andre tjenester, ved rekruttering av personell med mer psykososial kompetanse, samt ved oppdatering av kompetansen til eksisterende personell (Sosial- og helsedirektoratet, 2003b). Det forebyggende psykososiale arbeidet for å tidlig avdekke psykiske vansker er også et prioritert område i statsbudsjettet for 2007 (St.prp. nr 1, 2006-2007). . Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp nr. 63, 1997-98) styrkes helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 800 årsverk, for å være bedre tilgjengelig for denne målgruppen. Helsemyndighetene vil nå vurdere hvordan denne tjenesten i samarbeid med andre aktører bedre kan ivareta barn og unges behov for hjelp relatert til psykisk helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Helsesøstertjenesten er godt innarbeidet i samfunnet. Fordi tjenesten treffer så å si alle barn og familier, og har lav terskel for henvendelser, er tjenesten en viktig instans i forhold til utredning av barn og unge med psykiske problemer. Myndighetene har vektlagt helsesøstertjenestens viktige posisjon i forhold til forebygging og tidlig identifikasjon av psykiske problemer hos barn og unge. Ferske rapporter og undersøkelser har dokumentert helsesøsters sentrale rolle i arbeid med barn og unge med psykiske problemer (Andersson, 2006). Studier viser blant annet at om lag hver tredje ungdom som er i kontakt med helsesøster har psykiske problemer (Sitter & Andersson, 2003), og at arbeid med psykososial problematikk utgjør en stor del av helsesøsters arbeidsoppgaver (Glavin & Helset, 2005). I følge helsesøsters vurderinger har mange barn og unge i denne målgruppen et udekket behov for hjelp for sine problemer (Andersson, Røhme, & Hatling). Slike funn kan reflektere at helsesøstre har for lite kompetanse i forhold til å yte adekvate tjenester overfor denne brukergruppen (Andersson & Ose, 2006). Dette er i tråd med funn fra en nasjonal undersøkelse der man dokumenter at svært mange helsesøstere opplever å ha behov for mer kompetanse innen psykisk helse, og som konkluderer at det er et stort behov for kompetanseheving blant helsepersonell i kommunene (Glavin & Helseth, 2005). Det at foresatte til barn med tidlige tegn på AD/HD problematikk rapporterer relativt liten grad av tilfredshet med den hjelpen de har fått fra helsesøster (Andersson, Ådnanes & Hatling, 2004), indikerer at helsesøstre har behov for økt kompetanse i å identifisere tidlige tegn på

psykiske vansker, og i å "tørre" å identifisere problemene, samt behov for bedre kunnskap om hvilke instanser som kan trekkes inn i vurdering og utredning av barn som er i en risikosituasjon.

Som et ledd i gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse vurderer Sosial- og helsedirektoratet å sette i gang et kompetansehevingsprogram for helsesøstre. Det er nylig utarbeidet og formalisert en etterutdanning i psykisk helsearbeid for helsesøstre ansatt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Høgskolen Diakonova, 2006). Parallelt med dette tiltaket har man sett behov for en nasjonal undersøkelse av kompetansenivået hos helsesøstre, - med spesiell fokus på kompetanse innen psykisk helse.

1.2 Mål og problemstillinger

Prosjektets hovedmål er å dokumentere helsesøstres kompetansenivå og kompetansebehov generelt, og spesielt innen psykisk helse.

Undersøkelsen vil gi grunnlag for å beskrive innenfor hvilke områder helsesøster rapporterer behov for økt kompetanse, - og hvilke områder som dekkes tilfredsstillende i den formelle utdanningen. Andre sentrale tema i undersøkelsen er grad av veiledning samt kjennskap til nasjonale styringsdokumenter for helsesøstertjenesten.

1.2.1 Delmål

Undersøkelsen delmål er å kartlegge følgende:

- 1) Helsesøstres erfaringskompetanse innen ulike tjenesteområder
- 2) Helsesøstres formelle utdanningsnivå
- 3) I hvilken grad helsesøstere opplever å ha behov for ytterligere videre- og etterutdanninger
- 4) Hvilke videre- og etterutdanningstilbud som er de mest etterspurte
- 5) I hvilken grad videre- og etterutdanninger er relevant for helsesøsters praksis
- 6) I hvilken grad helsesøster mottar tilfredsstillende faglig veiledning
- 7) I hvilken grad helsesøster opplever å ha et godt fungerende samarbeid med andre aktører og instanser
- 8) Helsesøsters kjennskap til nasjonale styringsdokumenter for helsesøstertjenesten
- 9) Helsesøsters vurdering av egen rolle – og ansvar i arbeid med barn og unge med psykiske problemer
- 10) Helsesøsters vurdering av egen kompetanse innen psykisk helse
- 11) Temaområder innen psykisk helse der helsesøster har behov for økt kompetanse

1.3 Metode og gjennomføring

Prosjektet kombinerer kvantitativ og kvalitativ datainnhenting. Det er gjennomført en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant kommunalt ansatte helsesøstere i praksisfeltet. Denne undersøkelsen kartlegger helsesøstres kompetanse generelt, med et utvidet fokus på kompetanse innen psykisk helse. Det er i tillegg gjennomført et fokusgruppeintervju med et utvalg helsesøstre, der hovedtema har vært helsesøsters arbeid med barn og unge med psykiske problemer.

1.3.1 Nasjonal spørreskjemaundersøkelse

SPØRRESKJEMA

Kartleggingsundersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av helsesøstre (NSF LaH). Det ble utarbeidet et spørreskjema på grunnlag av forslag og innspill fra LaH. Spørreskjemaet omfatter følgende temaområder: helsesøsters bakgrunn og erfaring, videreutdanning, etterutdanning og kurs, veiledning og samarbeid, samt kompetanse i forhold til arbeid med psykisk helse.

GJENNOMFØRING

Spørreskjemaet ble sendt ut elektronisk til helsesøstere via fylkesledere for helsesøstertjenesten og ledende helsesøstere i kommunen. Vedlagt den elektroniske utsendelsen var et brev fra leder av LaH med informasjon om undersøkelsen samt en oppfordring til å delta.

I e-posten ble ledende helsesøstere bedt om å distribuere e-post med spørreskjema og informasjonsskriv til alle helsesøstre som er ansatt i kommunen, enten ved å videresende skjemaet via e-post, eller ved å skrive ut og distribuere papirversjoner til helsesøstrene. For å sikre at spørreskjema nådde frem til flest mulig av landets praktiserende helsesøstere, ble spørreskjema og informasjonsskriv også sendt per e-post til postmottak i samtlige kommuner. Postmottaket ble bedt om å videresende e-posten til alle helsesøstere i kommunen.

Utfylte spørreskjema ble returnert direkte til SINTEF Helse for databearbeiding og analyse.

1.3.2 Utvalg og representativitet i spørreskjemaundersøkelsen

UTVALG OG SVARPROSENT

I alt 1094 helsesøstre returnerte skjema. Svarprosent, beregnet ut fra antall årsverk av helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Kommunedatabasen, NSD), er 60 %. I alt 30 skjema ble levert mer enn tre uker etter at svarfristen var gått ut, og er ikke innarbeidet i tallmaterialet. Statistikk som presenteres i rapporten er basert på svar fra i alt 1064 helsesøstre.

REPRESENTATIVITET

Grunnet kravet om anonymitet i prosjektet, kunne vi ikke samle informasjon som gjorde at kommunene kunne gjenkjennes og identifiseres. Dette gjelder særlig de små kommunene og vi har derfor kun informasjon om kommunene har mindre enn 11 000 innbyggere og 3 andre størrelseskategorier. De aller fleste kommunene i Norge har mindre enn 11 000 innbyggere (78 prosent).

For hele landet har vi informasjon om antall årsverk helsesøstre i skole og - helsestasjoner. Totalt ble det i 2004 utført 1834 årsverk av helsesøstre i skole- og helsestasjoner (Kommunedatabasen, NSD). Fra undersøkelsen vår har vi informasjon om antall helsesøstre som har svart.¹ Vi grupperer begge disse i de kommunegrupperingene vi har informasjon om fra spørreundersøkelsen, se tabell 1.1.

¹ Det har ingen betydning at vi sammenlikner årsverk og antall når vi ser på andeler.

Tabell 1.1 Fordeling av helsesøstre i forhold til kommunestørrelse, hele populasjonen og utvalget*.

Kommunestørrelse: antall innbyggere	Hele landet			Utvalg	
	Antall kommuner	Antall årsverk helsesøstre	Andel i hver kommune-gruppe %	Antall helsesøstre	Andel i hver kommune-gruppe %
<11000	339	605	33	328	34
11001-20000	48	280	15	162	17
20001-50000	33	352	19	242	25
>50001	13	596	33	244	25
Totalt	433	1834	100	976	100

*I det totale utvalget på 1064 helsesøstre foreligger opplysninger om kommunestørrelse for 976 helsesøstre.

Som tabell 1.1 viser er det en relativ jevn fordeling av helsesøsterårsverk, der 1/3 av arbeider i kommuner som har hhv mindre enn 11 000 innbyggere og mer enn 50 000 innbyggere. Når vi ser på fordelingen av de 976 helsesøstrene i utvalget ser vi at omtrent 1/3 kommer fra den minste kommunegruppen og 1/4 kommer fra den største gruppen. I gruppen kommuner med mellom 11 000 og 20 000 innbyggere ser vi at 15 prosent av alle helsesøstre arbeider i slike kommuner, mot 17 prosent i utvalget. I gruppen av kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere ser vi at 19 prosent av alle helsesøstre jobber i slike kommuner, sammenliknet med 25 prosent i utvalget vårt. Dette betyr at de aller største kommunene er svakt underrepresentert, mens de nest største kommunene er svakt overrepresentert. Utvalget må derfor sies å være et svært godt utvalg i forhold til denne inndelingen av kommuner.

1.4 Intervjuundersøkelse

Den kvalitative undersøkelsen ble gjennomført som et fokusgruppeintervju. Intervjuundersøkelsen gir ikke et representativt bilde av helsesøsters synspunkter og vurderinger. Ved valg av informanter til intervjuundersøkelsen benyttet vi imidlertid en rekke kriterier for å oppnå en viss spredning både med hensyn til geografi og erfaring. Målet var å få frem fylldige beskrivelser av helsesøsters rolle i arbeid med barn og unge med psykiske problemer, samt vurderinger av hva som bør være helsesøsters ansvar overfor denne gruppen. I intervjuet fokuserte vi i tillegg på rammebetingelser og yrkesfunksjon ved helsesøster-tjenesten, samt helsesøsterutdanningen og helsesøsters kompetanser innen psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge. Temaene belyser spesielt delmål 9,10 og 11 (jfr. avsitt 1.2.1).

Intervjuet varte i ca 2 timer, og ble tatt opp på bånd etter samtykke fra informantene. Intervjuet ble transkribert og deretter slettet.

1.4.1 Rekruttering av informanter

Informantene ble rekruttert i samarbeid med LaH med utgangspunkt i følgende kriterier:

- Geografi: Samtlige helseregioner skal være representert
- Kommunestørrelse: Storby (Oslo); bykommune (20-50.000 innb.); mindre kommune (5-10.000 innb,) og liten kommune (<5,000 innb.) skal være representert.
- Erfaringsgrunnlag: Helsesøster som jobber ved hhv helsestasjon, skolehelsetjeneste, og helsestasjon for ungdom skal være representert

- Antall år som helsesøster: Person som har jobbet som helsesøster hhv mindre enn sju år og mer enn 15 år skal være representert
- Helsesøster med og uten videreutdanning i psykisk helsearbeid skal være representert.

LaH sendte en forespørsel til fylkesledere og ledende helsesøstere i Oslo om å foreslå aktuelle kandidater for intervjuundersøkelsen. SINTEF mottok deretter en liste med navn på totalt 29 aktuelle helsesøstere som tilfredsstilte et eller flere av utvalgskriteriene.

SINTEF sendte en invitasjon om deltagelse i fokusgruppeintervju per e-post til 15 av de foreslåtte kandidatene. Sju av disse hadde anledning til å delta, og takket ja til å være med.

1.4.2 Karakteristika ved informantene

Utvalget besto av sju helsesøstre. Tre jobber i Oslo, en jobber i en mellom stor kommune på Vestlandet, mens tre representerer små og mellomstore kommuner i helseregion Nord. Helsesøstrene har relativt mye erfaring fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med en variasjonsbredde på 10- 24 år i praksis som helsesøster. Flere har også erfaring fra skolehelsetjenesten i videregående skole, samt fra ungdomshelsestasjon. Tre av helsesøstrene har tatt videreutdanninger relatert til psykisk helsearbeid, mens to har tatt kurs i hhv flerkulturell forståelse og gruppetodikk. En i gruppen er spesielt interessert i bruk av konsultasjonsteknikker, og har mottatt pedagogisk veiledning.

2 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

I dette kapitlet presenteres resultater fra spørreskjemaundersøkelsen. Analysene er basert på svar fra 1 064 helsesøstre. Fordi ikke alle har svart på alle spørsmålene i spørreskjemaet, varierer antall observasjoner i de ulike analysene. Presentasjonen av resultater er i hovedsak basert på deskriptiv statistikk, og presenteres i de fleste tilfeller ved bruk av tabeller og figurer.

Kapitlet innledes med beskrivelser av demografiske karakteristika ved utvalget. Deretter presenteres statistikk som viser hvilke videre- og etterutdanninger og kurs helsesøstre har tatt, hvilke de opplever å ha behov for, samt i hvilken grad utdanningene vurderes å være relevante for praksisfeltet. Det er i tillegg gjort analyser av hvilken grad omfang av videre- og etterutdanning varierer geografisk, der gruppeforskjeller er testet ved bruk av t-tester. Påfølgende tema er veiledning, kjennskap til nasjonale styringsdokumenter og samarbeid med andre instanser. Siste del av kapitlet omhandler helsesøstrenes kompetanse innen psykisk helse. Analysene omfatter deskriptive fremstillinger av helsesøstres tilfredshet med egen kompetanse, og hvordan dette varierer med alder, erfaring og i forhold til fylker. Videre presenteres helsesøstrenes vurderinger av behov for økt kompetanse innen henholdsvis primærforebyggende/helsefremmende arbeid, sekundærforebyggende tiltak, samt i forhold til barn og ungdommers ulike problemområder. Det er gjort analyser av i hvilken grad behov for økt kompetanse varierer med helsesøstrenes erfaring, samt i forhold til antall innbyggere i praksiskommunen.

2.1 Bakgrunnsopplysninger

Tabell 2.1 viser antall helsesøstre som medvirker i spørreskjemaundersøkelsen etter deres arbeidsstedsfylke.

Tabell 2.1 Antall helsesøstre som deltar i kartleggingsundersøkelsen etter arbeidsstedsfylke.

Fylker*	Antall helsesøstre	Prosent
Østfold	57	5
Akershus	103	10
Oslo	44	4
Hedmark	39	4
Oppland	52	5
Buskerud	71	7
Vestfold	48	5
Telemark	41	4
Aust-Agder	35	3
Vest-Agder	42	4
Rogaland	88	8
Hordaland	112	11
Sogn og Fjordane	33	3
Møre og Romsdal	69	6
Sør Trøndelag	29	3
Nord- Trøndelag	46	4
Nordland	57	5
Troms	55	5
Finnmark	33	3
Totalt	1 064	100
Ubesvart	10	1

Samtlige fylker i landet er representert i undersøkelsen. De tre fylkene Akershus, Rogaland og Hordaland har en noe høyere andel deltagende helsesøstere, sammenlignet med de øvrige fylkene.

2.1.1 Helsesøsters alder

Helsesøstrene i undersøkelsen har en gjennomsnittsalder på 48 år (SD=8,0). Tabell 2.2 viser fordelingen av helsesøstre i ulike alderskategorier.

Tabell 2.2 Alderskategorier deltagende helsesøstre.

Alderskategorier helsesøstre	Antall	Prosent
< 35 år	52	5
36-40 år	152	15
41-45 år	210	20
45-50 år	241	23
51-55 år	187	18
56- 60 år	142	14
>60 år	49	5
Totalt	1 033	100
Ubesvart	31	

Tabellen viser at alderskategoriene er normalfordelt; det er flest helsesøstre i den midterste alderskategorien (45-50 år). De yngre og eldre aldersgruppene er representert med omtrent like mange helsesøstre.

2.1.2 År siden fullført utdanning

Tabellen under viser hvordan utvalget grupperer seg i forhold til antall år siden de fullførte helsesøsterutdanningen.

Tabell 2.3 År siden fullført utdanning. Antall og andel helsesøstre.

År siden fullført utdanning	Antall	Prosent
< 5 år	265	25
6-10 år	224	22
11-15 år	224	22
16-20 år	118	11
>20 år	211	20
Totalt	1 042	100
Ubesvart	22	

Det er i gjennomsnitt 13 år ($SD=9,3$) siden informantene var ferdig med helsesøsterutdanningen. Tabell 2.3 viser at helsesøstrene fordeler seg svært jevnt med hensyn til antall år siden de var ferdig utdannet som helsesøster, med unntak av helsesøstre som er utdannet for 16-20 år siden, som synes å være noe underrepresentert.

2.1.3 Helsesøstre i større byer

Vi har tidligere sett at utvalget helsesøstre representerer kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag (jfr. tabell 1.1). Om lag en av fire helsesøstrene jobber i byer med mer

enn 50. 000 innbyggere. De største byene er gjerne inndelt i bydeler. Tabell 2.4 viser fordelingen av helsesøstre etter antall innbyggere i bydelene..

Tabell 2.4 Helsesøstre i bydeler. Størrelse på bydelen.

Antall innbyggere i bydelen	Antall	Prosent
< 5000	51	23
5001-10 000	38	17
10 001- 20 000	37	17
20 001- 30 000	35	16
> 30 000	57	26
Totalt	214	100
Ubesvart	30	

Underutvalget av helsesøstre som jobber i større byer fordeler seg forholdsvis jevnt i forhold til befolkningsgrunnlaget i bydelene. Det er en liten overvekt av helsesøstre i kategorien større bydeler (>30 000 innbyggere) sammenlignet med de øvrige kategoriene.

2.1.4 Antall fødsler og antall skolebarn i distriktet

Variasjoner i antall fødsler og antall skolebarn i helsesøsters distrikt er to kjennetegn ved helsesøsters arbeidssituasjon. Tabell 2.5 viser fordelingen av helsesøstre etter antall fødsler i distriktet.

Tabell 2.5 Antall og prosentandel helsesøstre etter antall fødsler de ha i sitt distrikt per år.

Antall fødsler i distriktet	Antall	Prosent
<30	161	24
30-40	218	33
41-50	94	14
41-100	126	19
>100	69	10
Totalt	668	100
Uaktuelt	335	
Ubesvart	61	

Det er 668 helsesøstre (63 %) som har svart på spørsmålet om hvor mange fødsler de har i sitt distrikt pr år. I alt 312 prosent av det totale utvalget tilbakemelder at spørsmålet er uaktuelt å besvare. Av de som rapportert på antall fødsler er det flest i de to kategoriene under 40 fødsler pr år. Omlag en av fem helsesøstre har mellom 40 og 100 fødsler pr år i sitt distrikt. En av ti helsesøstre har over 100 fødsler pr år.

Tabell 2.6 viser fordelingen av helsesøstre etter antall skolebarn i distriktet.

Tabell 2.6 Antall og prosentandel helsesøstere etter antall skolebarn de har ansvar for i sitt distrikt.

Antall skolebarn i distriktet	Antall	Prosent
< 200	118	15
200-300	210	27
301-400	160	21
401-500	107	14
> 500	185	24
Totalt	780	100
Uaktuelt	201	
Ubesvart	83	

Om lag en av fire helsesøstre i undersøkelsen har ansvar for 200- 300 skolebarn i sitt distrikt, og omtrent like mange har ansvar for mer enn 500 barn. Andelen helsesøstre er noe lavere i gruppene med ansvar for hhv færre enn 200 barn, og 400-500 barn.

2.2 Helsesøsters erfaring

Helsesøstrene rapporterer at de i gjennomsnitt har jobbet 12,2 år (SD=8,1) som helsesøster. Tabell 2.7 viser hvordan utvalget fordeler seg i forhold til antall år i praksis som helsesøster.

Tabell 2.7 År i praksis som helsesøster. Antall og andel helsesøstre.

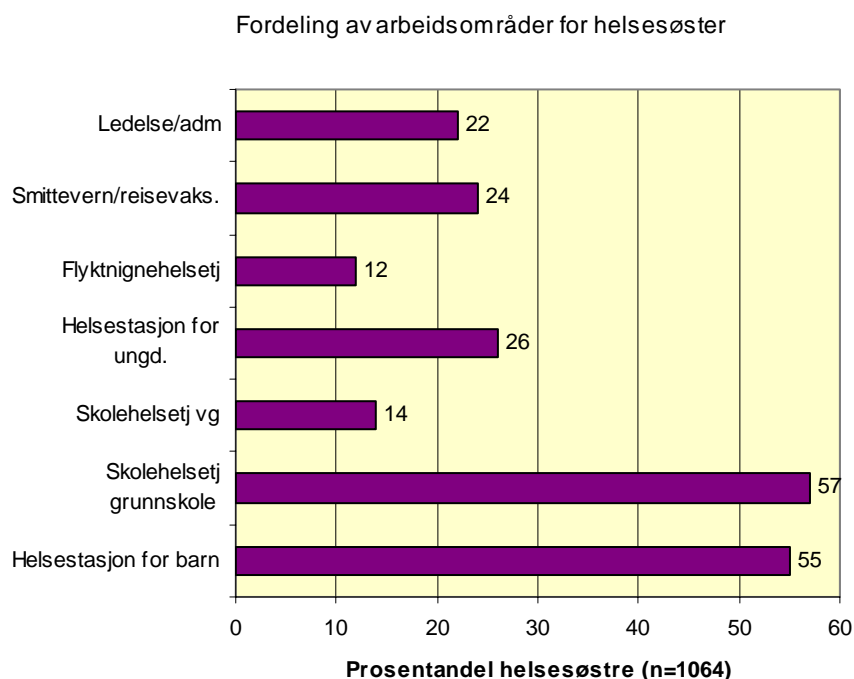
År i praksis som helsesøster	Antall	Prosent
< 5 år	242	23
6-10 år	279	27
11-15 år	211	20
16-20 år	131	13
>20 år	170	17
Totalt	1 033	100
Ubesvart	31	

Tabellen viser at nær tretti prosent av helsesøstrene har jobbet mellom 6-10 år som helsesøster, og omtrent like mange har mer enn 16 års helsesøstererfaring. Om lag en av fire helsesøstre har mindre enn 5 års erfaring.

2.2.1 Helsesøsters arbeidsområder

I spørreskjemaet registrerte helsesøstrene de områder der hun har sitt arbeid i dag. Det var mulig å krysse ut for flere områder. Figuren under viser hvordan helsesøstre fordeler seg innenfor ulike arbeidsområder.

Figur 2.1 Prosentandel helsesøstre innen ulike virksomhetsområder.



Skolehelsetjenesten og helsestasjon for barn representerer hovedtyngden av helsesøsters virksomhet. I alt 57 prosent rapporterer at de jobber ved skolehelsetjenesten i grunnskolen, og omtrent like mange oppgir at de praktiserer ved helsestasjon for barn. Det er i alt 71 prosent av helsesøstrene som jobber innenfor ett av disse områdene, mens 41 prosent som jobber innen begge de nevnte områdene.

I alt 26 prosent av helsesøstrene jobber ved en helsestasjon for ungdom, og omtrent like mange er knyttet til virksomheten smittevern/reisevaksinasjon. I underkant av femten prosent av helsesøstrene jobber ved hhv skolehelsetjenesten i videregående skole og flyktningehelsetjenesten. Om lag en av fem helsesøstre opplyser at de har en administrativ stilling.

Helsesøster ble også bedt om å angi stillingsprosent for de områder der hun ha sitt arbeid i dag. Tabellen under viser andel helsesøstre i ulike kategorier av stillingsprosent knyttet til de forskjellige virksomhetsområdene. Det var mulig å sette flere kryss.

Tabell 2.8 Stilingsprosent knyttet til helsesøsters ulike arbeidsområder.

Arbeidsområder	Stilingsprosent				
	<20 %	20-30 %	31-50 %	51-70 %	>70 %
	Prosentandel helsesøstre				
Helsestasjon for barn (n=513)	6	18	43	22	12
Skolehelsetjeneste grunnskole (n=565)	9	40	33	9	10
Helsestasjon for ungdom (n=213)	60	17	9	4	9
Skolehelsetjeneste vgs (n=150)	27	29	24	8	12
Smittevern /reisevaksinasjon (n=172)	68	19	5	1	8
Flyktningehelsetjeneste (n=93)	48	12	15	3	22
Ledelse/adm (n=203)	26	32	23	6	13

Mellom 70 og 80 prosent av helsesøstrene jobber i mindre enn 50 prosent stillinger ved hhv helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Om lag ti prosent av helsesøstrene har mer enn 70 prosent stillinger ved disse virksomhetsområdene.

Vi har tidligere sett at om lag en av fire helsesøstre jobber ved en ungdomshelsestasjon. Det fremgår av tabellen over at hele 60 prosent av denne gruppen har mindre enn 20 prosent stillinger ved denne tjenesten.

Hele 70 prosent av helsesøstre som jobber inne skolehelsetjenesten på videregående skole har under 20 prosentstillinger.

Flyktningehelsetjenesten har en forholdsvis høy andel helsesøstre som jobber mer enn 70 prosent stiling, sammenlignet med de øvrige virksomhetsområdene. De fleste helsesøstrene innen dette området jobber imidlertid i mindre enn 20 prosentstillinger.

I gruppen av helsesøstre som jobber innen ledelse og administrasjon er det flest som jobber i en 20- 30 prosentstilling. Om lag en av 10 helsesøstre som er engasjert innen dette virksomhetsområdet har mer enn 70 prosent stilling.

2.2.2 Erfaring innen ulike arbeidsområder

I tabell 2.9 vises prosentandel helsesøstre etter antall år de har arbeidet innen ulike områder.

Tabell 2.9 Antall år helsesøster har jobbet innen ulike områder. Prosentandel helsesøstre.

Arbeidsområder	Antall år innen området			
	<5 år	5-10 år	11-20 år	>20 år
	Prosentandel helsesøstre			
Helsestasjon for barn (n=1006)	27	31	28	14
Skolehelsetjeneste grunnskole (n=1007)	28	30	29	13
Helsestasjon for ungdom (n=479)	67	26	6	1
Skolehelsetjeneste vgs (n=411)	64	24	10	2
Flyktningehelsetjeneste (n=479)	56	28	15	1
Smittevern /reisevaksinasjon (n=321)	40	27	22	12
Ledelse/adm (n=428)	43	28	22	7

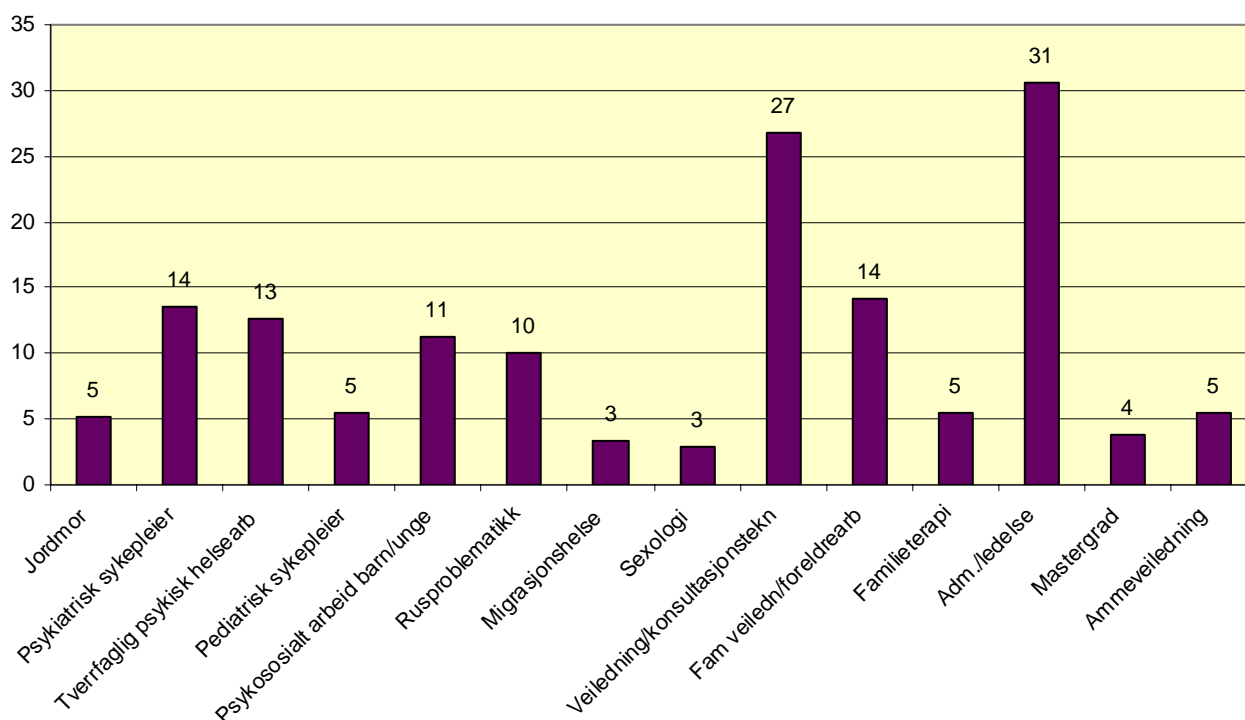
Om lag 40 prosent av helsesøstrene har mer enn 10 års erfaring fra helsestasjon for barn og fra skolehelsetjeneste i grunnskolen. Helsesøstrene har også relativt sett mye erfaring fra smittevern og reisevaksinasjon. De fleste helsesøstrene har fra 5- 10 års fra de respektive virksomhetsområdene. Helsesøstrene har minst arbeidserfaring fra helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste i videregående skole.

2.3 Videreutdanning

I utvalget helsesøstre er det i alt 481 (45 %) som rapporterer at de har, - eller er i gang med en videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen.

Figuren under gir en oversikt over hvilke videreutdanninger helsesøstrene har.

Figur 2.2 Videreutdanninger blant helsesøstre. Prosentandel helsesøstre (n=481).



I gruppen av helsesøstre som rapporterer at de har en videreutdanning (n=481), er det flest som ha tatt utdanning innen administrasjon og ledelse (31%) og veiledning/konsultasjonsteknikk (27%). I gruppen er det 14 prosent som har videreutdanning som psykiatrisk sykepleier, og 13 prosent som har tatt utdanningen psykososialt arbeid for barn og unge.

Tabell 2.10 viser fordelingen av antall studiepoeng i gruppen helsesøstrene som har videreutdanning.

Tabell 2.10 Antall studiepoeng fra videreutdanninger.

Studiepoeng fra videreutdanning	Antall helsesøstre	Prosent
<10	97	17
10- 30	174	30
>30	301	53
Totalt	572	100

Som tabellen viser har over halvparten av helsesøstrene med videreutdanning tatt over 30 studiepoeng.

Neste tabell viser helsesøsters vurdering av i hvor stor grad hun anvender videreutdanningen i sin praksis.

Tabell 2.11 I hvor stor grad videreutdanninger anvendes i praksis.

Videreutdanninger	(n)	I hvor stor grad anvendes videreutdanningen i praksis?			
		I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt
		Prosentandel helsesøstre			
Jordmor	(25)	36	44	4	16
Psykiatrisk sykepleier	(65)	75	19	0	6
Tverrfaglig psykisk helsearbeid	(61)	61	34	2	3
Pediatrisk sykepleier	(26)	69	23	0	8
Psykososialt arbeid barn/unge	(54)	70	24	1	4
Spes-utd.for barn/unges psyk helse	(40)	73	23	3	3
Rusproblematikk	(48)	38	54	6	2
Migrasjonshelse	(16)	56	38	0	6
Sexologi	(14)	57	21	14	7
Veiledning/konsultasjonsteknikk	(129)	81	17	2	0
Familie veiledning/foreldrearbeid	(68)	63	34	3	0
Familieterapi	(26)	54	35	4	8
Ammeveiledning	(26)	92	4	0	4
Adm./ledelse	(147)	49	31	13	8
Mastergrad	(18)	50	39	0	11

De fleste helsesøstre tilbakemelder at de har tatt videreutdanninger som i stor- eller noen grad er relevante for deres praksisfelt. De fem videreutdanningene som flest helsesøstre mener blir anvendt i stor grad er utdanningen i ammeveiledning, veiledning/konsultasjonsteknikk, psykiatrisk sykepleier, spes. utdanning for barn og unges psykiske helse, samt psykososialt arbeid for barn og unge

2.3.1 Behov for videreutdanning

Blant de som ikke har tatt – eller er i gang med en videreutdanning (n=683) svarer i alt 415 helsesøstre (61 prosent) at de har behov for en videreutdanning i sin praksis. Tabellen under viser hvilke videreutdanninger helsesøstrene opplever at de har behov for. Hver helsesøster kan ha satt kryss ved mer enn en videreutdanning.

Tabell 2.12 Videreutdanninger helsesøstrene opplever å ha behov for (n=415).

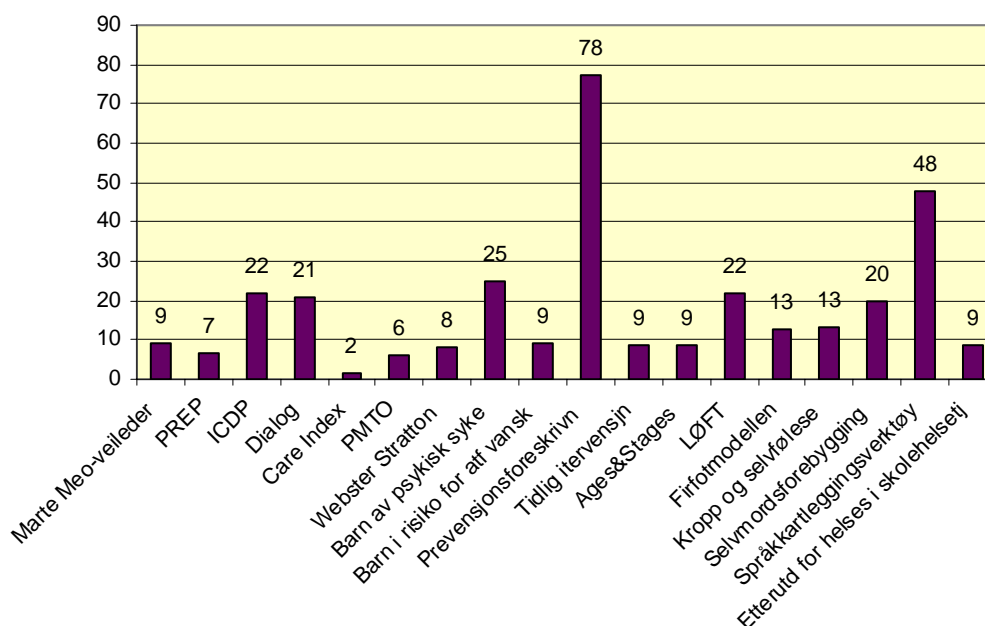
Videreutdanninger	Antall helsesøstre	Prosent
Jordmor	2	1
Psykiatrisk sykepleier	100	24
Tverrfaglig psykisk helsearbeid	113	27
Pediatrik sykepleier	23	6
Psykososialt arbeid barn/unge	250	60
Rusproblematikk	113	27
Migrasjonshelse	50	12
Sexologi	45	11
Veiledning/konsultasjonsteknikk	185	45
Familieveiledning/foreldrearbeid	244	59
Familieterapi	106	26
Adm./ledelse	58	14
Mastergrad	7	2
Ammeveiledning	83	20

De tre videreutdanninger som flest helsesøstre opplever å ha behov for er psykososialt arbeid for barn og unge og familieveiledning/ foreldrearbeid, fulgt av veiledning/konsultasjonsteknikk.

2.4 Etterutdanning

I utvalget helsesøstre er det i alt 596 helsesøstre (56 %) som rapporterer at de har, - eller er i gang med en etterutdanning. Figuren under gir en oversikt over hvilke etterutdanninger disse helsesøstrene har, eller holder på med.

Figur 2.3 Etterutdanninger blant helsesøstre. Prosentandel helsesøstre (n=596).



Som det fremgår av figuren er prevensjonsforeskrivning den etterutdanningen som flest helsesøstre har tatt eller holder på med. Videre er halvparten av de med den etterutdanning skolert innen språkkartleggingsverktøy. En av fire helsesøstre med etterutdanning har utdanningen Barn av psykisk syke, men under ti prosent har tatt utdanningene Tidlig intervensjon og Barn i risiko for atferdsvansker.

Tabell 2.13 gir en oversikt over antall opptjente studiepoeng blant helsesøstre som har tatt etterutdanning. Av i alt 596 som har svart at de har tatt, - eller er i gang med en etterutdanning, har 454 rapportert på antall studiepoeng.

Tabell 2.13 Fordeling av studiepoeng blant helsesøstre som har en etterutdanning.

Studiepoeng fra etterutdanning	Antall helsesøstre	Prosent
<10	266	59
10- 30	132	29
>30	56	12
Totalt	454	100

Over halvparten av de som har tatt en etterutdanning har ervervet mindre enn 10 studiepoeng fra denne utdanningen. Litt over 10 prosent har en etterutdanning av et omfang som gir mer enn 30 studiepoeng.

Neste tabell viser helsesøstrenes vurdering av i hvor stor grad de anvender etterutdanningen i sin praksis.

Tabell 2.14 I hvor stor grad etterutdanning anvendes i praksis.

	(n)	I hvor stor grad anvendes etterutdanningen i praksis?			
		I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt
Etterutdanninger	(n)	Prosentandel helsesøstre			
Marte Meo- veileder	(54)	43	39	9	9
PREP	(40)	28	32	25	15
ICDP	(129)	48	40	9	3
Dialog	(62)	50	42	5	3
Care Index	(9)	22	33	11	33
PMTO	(37)	43	43	3	11
Webster Stratton	(49)	55	29	6	10
Barn av psykisk syke	(148)	53	44	1	3
Barn i risiko utvikl. av atferdsvansker	(54)	43	46	4	7
Prevensjonsforeskrivning	(462)	52	26	13	9
Tidlig intervensjon	(51)	45	37	10	8
Ages & Stages	(52)	25	33	27	15
LØFT	(129)	43	39	12	7
Firfotmodellen	(75)	29	40	11	20
Kropp og selvfølelse	(79)	44	37	6	13
Selvmordsforebygging	(117)	20	52	20	9
Språkkartleggingsverktøy	(285)	70	23	4	4
Etterutd. for helses. i skolehelsetj.	(53)	55	25	8	13

I hvor stor grad etterutdanningene oppleves å være relevante for helsesøstres praksisfelt varierer noe avhengig av type etterutdanning. De fire etterutdanningene som oppleves som mest relevant for flest helsesøstre er Språkkartleggingsverktøy, Webster Statton, Etterutdanning for helsesøstre i skolehelsetjenesten, og Barn av psykisk syke. De tre utdanningene som flest helsesøstre mener i liten grad/ ikke i det hele tatt anvendes i praksis er PREP, Care Index og Ages & Stages.

2.4.1 Behov for etterutdanning

Blant de som ikke har tatt eller er i gang med en etterutdanning (n=468) er det 212 helsesøstre (45 prosent) som rapporterer at de har behov for etterutdanning i sin praksis. I tabellen under ser vi hvilke etterutdanninger som etterspørres av denne gruppen. Hver helsesøster kan ha krysset av for flere etterutdanningsbehov.

Tabell 2.15 Etterutdanninger som helsesøstrene opplever å ha behov for (n=212).

Etterutdanninger	Antall helsesøstre	Prosent
Marte Meo- veileder	41	19
PREP	15	7
ICDP	17	8
Dialog	17	8
Care Index	3	1
PMTO	35	17
Webster Stratton	37	18
Barn av psykisk syke	100	47
Barn i risiko utvikling av atferdsvansker	108	51
Prevensjonsforeskrivning	20	9
Tidlig intervensjon	43	20
Ages & Stages	6	3
LØFT	36	17
Firfotmodellen	14	7
Kropp og selvfølelse	60	28
Selvmordsforebygging	40	19
Språkkartleggingsverktøy	74	35
Etterutdanning for helses i skolehelsetj	96	45

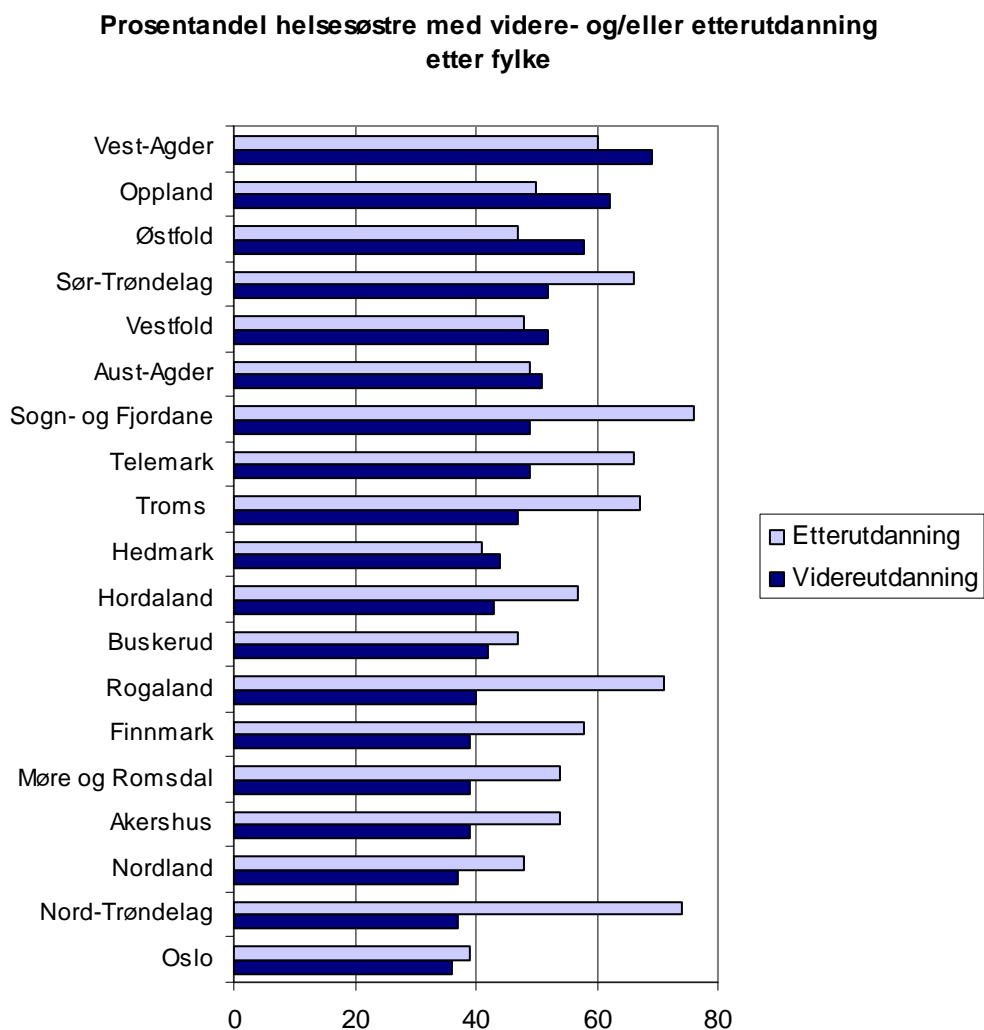
De tre etterutdanningene som flest helsesøstre opplever å ha behov for er: Barn av psykisk syke, Barn i risiko for å utvikle atferdsvansker og Etterutdanning for helsesøstre som arbeider i skolehelsetjenesten. Av disse etterutdanningene kommer Barn av psykisk syke best ut når det gjelder vurdering av relevans i praksis (jfr. tabell 2.14).

2.4.2 Varierer tilbud om videre- og etterutdanning med geografiske forhold?

I det følgende undersøker vi om tilbud om videre- og etterutdanninger varierer med fylke, og antall innbyggere i den kommunen der helsesøster arbeider.

Figur 2.4 gir en oversikt over fylker og andel helsesøstre som har tatt hhv videre- og etterutdanninger. I figuren er fylkene rangert etter andel helsesøstre med videreutdanning.

Figur 2.4 Andel helsesøstre med videre- eller etterutdanning etter fylke (n=1054).

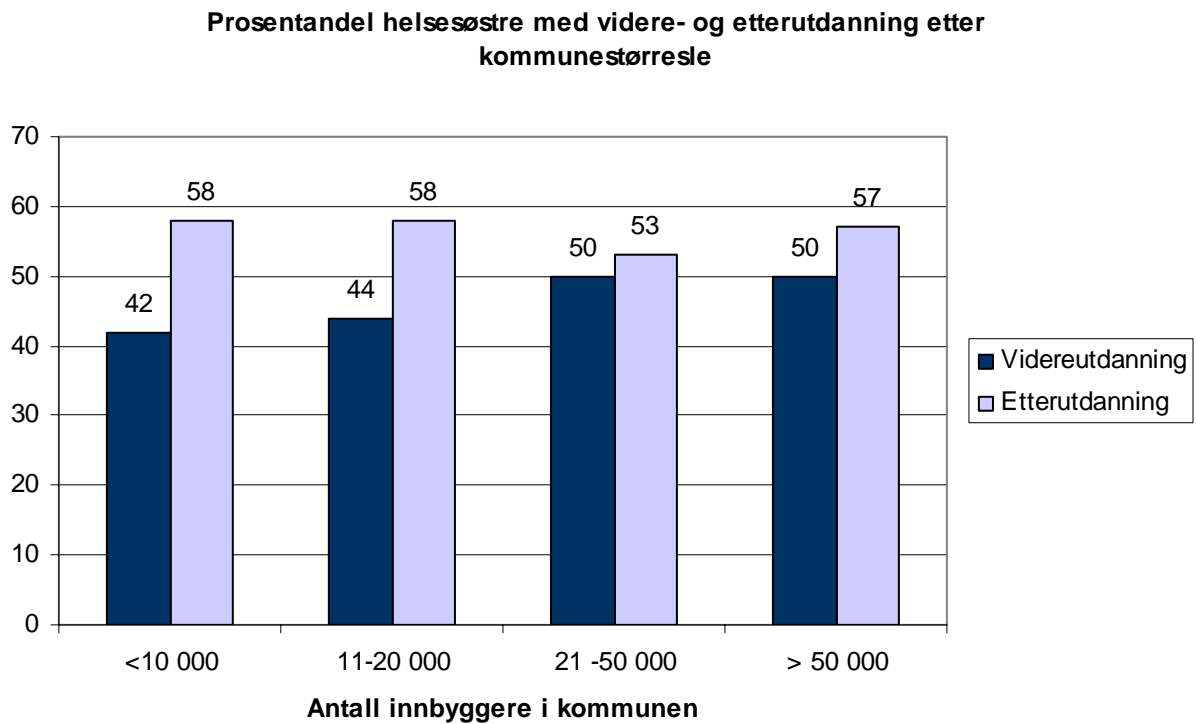


Det er i gruppen av helsesøstre fra Oslo en finner lavest andel med videreutdanning (36 %). Oslo oppnår også en forholdsvis lav plassering når fylkene blir rangert etter andel helsesøstre med etterutdanning (39 %).

Vest- Agder er det fylket som har høyest andel helsesøstre med videreutdanning (69 %), fulgt av Oppland (62 %) og Østfold (58 %). Rogaland, Nord-Trøndelag og Sogn- og Fjordane er de tre fylkene der flest helsesøstre har etterutdanning (71-76 %).

Figur 2.5 gir en oversikt over andel helsesøstre med hhv videre- og etterutdanninger etter kommunestørrelse. Kommunekategoriene er rangert etter andel helsesøstre med videreutdanning.

Figur 2.5 Andel helsesøstre med videreutdanning etter kommunestørrelse.

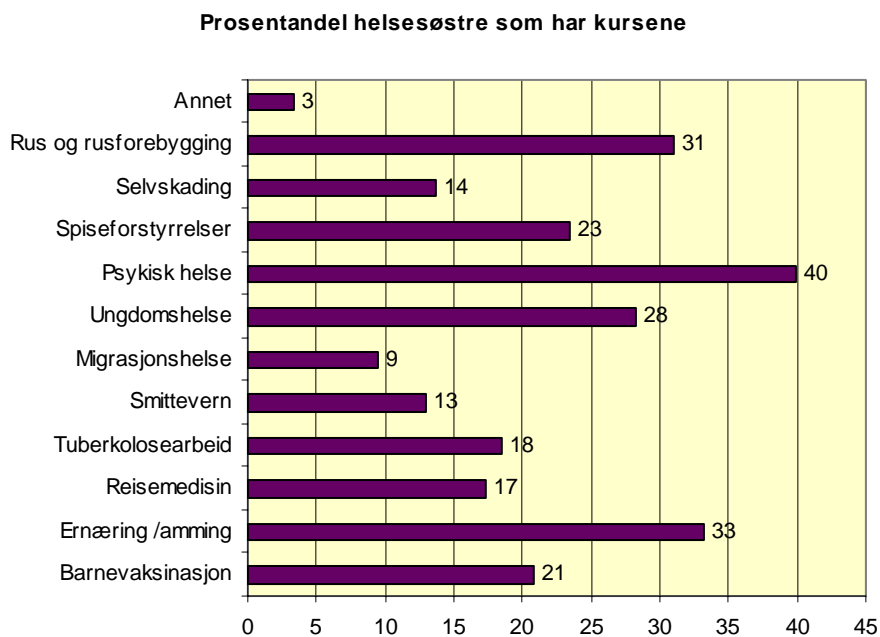


Figuren viser at andel helsesøstre med videreutdanninger er høyere i større, - sammenlignet med små kommuner. Forskjellen mellom større kommuner (>20 000 innbyggere) og mindre kommuner (<21 000 innbyggere) er statistisk signifikant forskjellig ($p=0,02$). Det er imidlertid minimale forskjeller mellom kommunekategoriene.

2.5 Kurs

I alt 509 helsesøstre (48 %) rapporterer at de har tatt kurs av mer enn tre dagers varighet. Figur 2.6 gir en oversikt over hvilke kurs helsesøstrene har (hver helsesøster kan ha mer enn ett kurs).

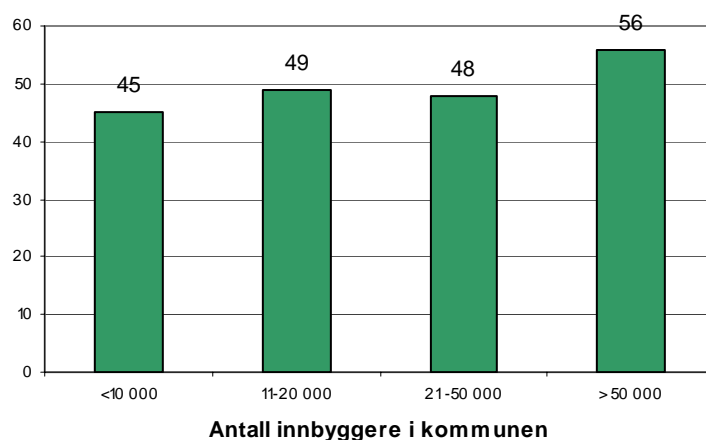
Figur 2.6 Prosentandel helsesøstre som har de ulike kursene. (n=509).



Som vist i figuren er kurset Psykisk helse det som flest helsesøstre har tatt (40 %), fulgt av Ernæring/amming og Rus og forebygging. Omlag hver fjerde helsesøster har kurs i Ungdomshelse og Spiseforstyrrelser.

Vi har tidligere sett at det er geografiske forskjeller i forhold til om helsesøster har videreutdanning. I det følgende undersøker vi om andel helsesøstre med kurs varierer mellom kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag. Figur 2.7 gir en oversikt over andel helsesøstre som har tatt kurs etter kommunistørrelse.

Figur 2.7 Prosentandel helsesøstre som har tatt kurs etter kommunistørrelse.



Som det fremgår av figur 2.7 er andelen helsesøstre som har tatt kurs høyest i de største kommunene (> 50 000 innbyggere), og lavest i kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere. Forskjellen mellom disse to kommunekategoriene i andel helsesøstre som har kurs er statistisk signifikant forskjellig ($p < 0,008$).

Tabell 2.16 gir en oversikt over antall studiepoeng helsesøstre har fra kurs av mer enn tre dagers varighet. Av de i alt 509 som har svart at de har kurs, er det i alt 317 som har rapportert på antall studiepoeng.

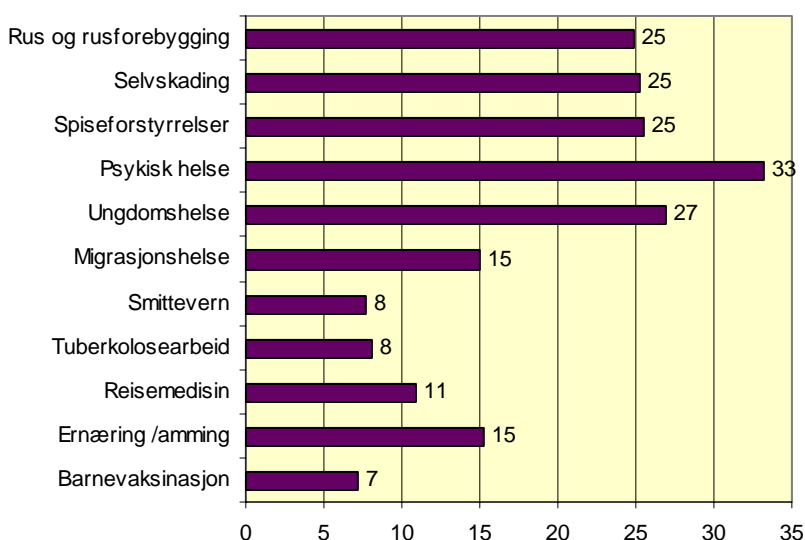
Tabell 2.16 Antall studiepoeng fra kurs (annet enn etter- og videreutdanningskurs).

Studiepoeng fra kurs	Antall helsesøstre	Prosent
<10	219	69
10- 30	68	22
>30	30	10
Totalt	317	100

Om lag en tredjedel av helsesøstrene har tatt kurs som har gitt mer enn 10 studiepoeng.

I alt 720 helsesøstre (68 %) opplever at det finnes kurs som de ikke har, - men som de har behov for i sitt arbeid. Figur 2.8 gir en oversikt over det udekkede behovet for ulike kursene.

Figur 2.8 Kurs om helsesøster opplever å ha behov for i sitt arbeid (n=1064).



Figuren viser at den udekkede etterspørselen er størst etter kurset Psykisk helse. Ungdomshelse, Spiseforstyrrelser, Selvskading, samt Rus og forebygging og er andre hyppig etterspurte kurs.

2.5.1 Klinisk spesialitet

I spørreskjemaet ble det også stilt spørsmål om helsesøster er utdannet klinisk spesialist i sykepleie. Andel helsesøstre som rapporterer at har en slik spesialistutdanning er lav (2 %)

Imidlertid svarer 58 prosent av de som ikke har tatt slik spesialisering at de har deltatt på kurs som er meritterende for klinisk spesialitet. Spørsmålet om antall meritterende timer fra slike kurs er besvart av bare 22 helsesøstre, og varierer fra 1 til 152.

2.6 Veiledning

2.6.1 Veiledningsansvar

I alt 53 prosent av helsesøstrene (n=535) oppgir at de regelmessig (1 gang per år eller oftere) har veiledningsansvar for sykepleier og helsesøsterstudenter. I tabell 2.17 presenteres de ulike formene for veiledning som praktiseres.

Tabell 2.17 Veiledningsformer. Antall og andel helsesøstre (n=535).

Veiledningsformer	Antall helsesøstre	Prosent
Sykepleiefaglig veiledning	467	87
Tverrfaglig veiledning	43	8
Kollegaveiledning	116	22

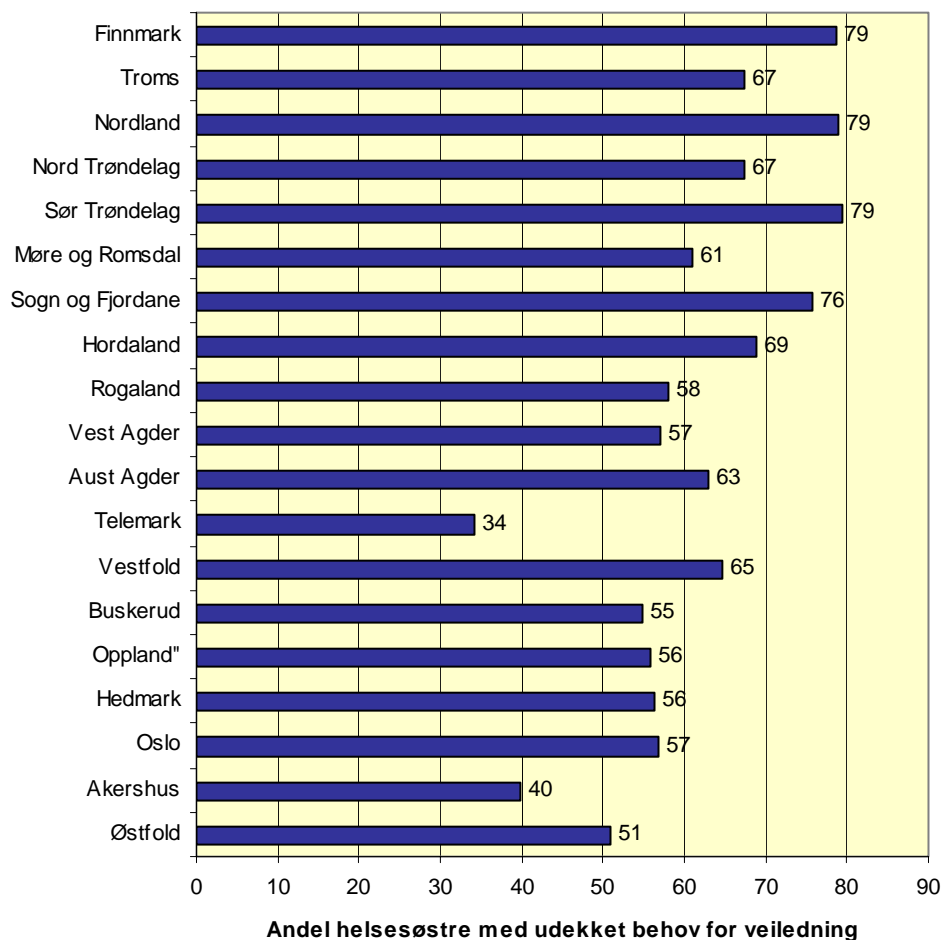
Helsesøstrene hadde mulighet for å krysse av for mer enn en veiledningsform. Den mest vanlige formen for veiledning er den sykepleiefaglige veiledningen. Av de som har veiledningsansvar er det i alt 87 prosent som praktiserer denne formen. Om lag en av fem helsesøstre med veiledningsansvar foretar kollegaveiledning, mens under ti prosent av helsesøstrene har ansvar for tverrfaglig veiledning.

2.6.2 Å bli veiledet

I alt 35 prosent av helsesøstrene (n=357) oppgir at de selv mottar regelmessig veiledning. Av de som ikke mottar veiledning (n= 674) oppgir 72 prosent at de har mottatt dette tidligere. I det totale utvalget er det 28 prosent (n=297) som ikke noen gang har mottatt veiledning. I alt 60 prosent av helsesøstrene (n=636) som medvirker i undersøkelsen rapporterer at deres behov for veiledning ikke er tilstrekkelig dekket.

Figur 2.9 viser andel helsesøstre som opplever å ha et udekket behov for veiledning etter arbeidsstedsfylke.

Figur 2.9 Andel helsesøstre med udekket behov for veiledning etter fylke.



Det fremgår av figuren at det er forholdsvis store variasjoner mellom fylkene i andel helsesøstre som opplever å ha et udekket behov for veiledning. Andel helsesøstre som rapporterer om et utilstrekkelig veiledningstilbud er høyest i Finnmark, Nordland, Sør-Trøndelag og Sogn- og Fjordane. Det minst udekket etterspørsel etter veiledning i Telemark.

I tabell 2.18 presenteres helsesøstrenes vurderinger av hva som er årsaker til at de ikke mottatt veiledning. Spørsmålet er besvart av 566 helsesøstre. Hver helsesøster hadde mulighet til å sette kryss for mer enn ett svaralternativ.

Tabell 2.18 Helsesøsters vurdering av årsaker til at en ikke har mottatt veiledning. Antall og andel helsesøstre (n=566).

Årsaker	Antall observasjoner	Prosent
Jeg har ikke tid	45	8
Veiledning har ikke vært prioritert fra ledelsen	274	48
Det er ikke tilstrekkelig ressurser	246	43
Annet	134	24

Flest oppgir at det forhold at veiledning ikke har vært prioritert fra ledelsen som årsak til at de ikke har mottatt veiledning. Om lag fire av ti helsesøstre svarer at mangel på ressurser er en årsak.

I spørreskjemaet var det mulig å utdype i et fritekstfelt eventuelle andre årsaker til at veiledning ikke ble gitt. Eksempler på svarformuleringer som forekommer hyppig er: "finnes ikke veileder tilgjengelig"; "liten kommune, store avstander"; "er eneste helsesøster i kommunen". Svarene indikerer at geografiske forhold har betydning for om helsesøster mottar veiledning, - i tillegg til ressurser og økonomi.

2.7 Kjennskap til nasjonale styringsdokumenter og bruk av veileder

Helsesøstre ble spurt om i hvor stor grad de er kjent med innholdet i gjeldende nasjonale styringsdokumenter for helsesøstertjenesten, som for eksempel lover og forskrifter, nasjonale planer, NOU' er og Stortingsmeldinger. I alt 1027 helsesøstre har besvart spørsmålet. Om lag 30 prosent av helsesøstre svarer at de i stor grad er kjent med innholdet i slike dokumenter, mens 63 prosent rapporterer at de i noen grad kjenner dette. Det er i underkant av 10 prosent av helsesøstre som svarer at de i liten grad eller ikke i det hele tatt kjenner de aktuelle dokumentene.

På spørsmålet om i hvor stor grad Veileder IS-1154 "Kommunenes helsefremmende og forbyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er implementert i kommunen, svarer i alt 56 prosent at den er det i stor grad. Om lag en av tre helsesøstre rapporterer at veilederen i noen grad er implementert i kommunen, mens ca 4 prosent svarer at den i liten grad eller ikke i det hele tatt er i bruk i kommunen.

2.8 Samarbeid om barn med behov for sammensatte tjenester

I alt 42 prosent av helsesøstre rapporterer at de i stor grad har et godt fungerende samarbeid med andre kommunale instanser overfor barn med behov for sammensatte tjenester. Litt over halvparten av helsesøstre (52 prosent) svarer at de i noen grad har et samarbeid som fungerer godt. Litt over fem prosent av helsesøstre har et samarbeid som i liten grad, - eller ikke i de hele tatt fungerer overfor denne gruppen. Det er grunn til å tro at barn med psykiske problemer utgjør en større andel av barna i denne gruppen.

2.8.1 Samarbeid med kommunale tjenester

Tabell 2.19 viser ulike aktuelle årsaker til at samarbeid ikke fungerer godt. I alt 333 helsesøstre (31 % av det totale utvalget) har svart på dette spørsmålet. Hver helsesøster kan ha angitt mer enn en årsak.

Tabell 2.19 Årsaker til at tverrfaglig samarbeid i kommunen ikke fungerer godt. Antall og andel helsesøstre (n=333).

Årsaker	Antall observasjoner	Prosent
Mangler vedtak og rutiner for samarbeid	297	89
Andre mangler kompetanse i tverrfaglig samarbeid	74	22
Jeg mangler kompetanse i tverrfaglig samarbeid	29	9
Økonomiske forhold	29	9
Ulik kultur	299	90
Annet	74	22

Det forhold at en mangler vedtak og rutiner for samarbeid, samt kulturforskjeller er de to forholdene som hyppigst er angitt som årsaker til at det tverrfaglige samarbeidet i kommunene ikke fungerer.

Det var mulig å utdype i et fritekstfelt eventuell andre årsaker til at samarbeid ikke fungerer godt. gitt. Eksempler på svarformuleringer som er gitt her er: "manglende vilje", "manglende initiativ", "uklare roller", "uklare ansvarsforhold", "tidspress", og "stor fysisk avstand".

2.8.2 Samarbeid med somatisk spesialisthelsetjeneste

Helsesøstre ble videre spurt om i hvilken grad samarbeidet med den somatiske spesialisthelsetjenesten fungerer godt. I alt 17 prosent av helsesøstre svarer at de i stor grad har et velfungerende samarbeid, mens 60 prosent rapporterer at dette fungerer i noen grad. Nær en av fire helsesøstre melder at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i liten grad eller ikke i de hele tatt fungerer godt. I tabell 2.20 presenteres helsesøstrenes vurderinger av årsaker til at samarbeidet ikke fungerer. Hver helsesøster kunne angi mer enn en aktuell årsak. I alt 505 helsesøstre har svart på spørsmålet.

Tabell 2.20 Årsaker til at samarbeid med somatisk spesialisthelsetjenesten ikke fungerer godt. Antall og andel helsesøstre (n=505).

Årsaker	Antall observasjoner	Prosent
Mangler vedtak og rutiner for samarbeid	373	74
Andre mangler kompetanse i tverrfaglig samarbeid	60	12
Jeg mangler kompetanse i tverrfaglig samarbeid	16	3
Økonomiske forhold	33	6
Ulik kultur	184	36
Annet	84	17

Mangel på vedtak og rutiner for samarbeid er også det forhold som er hyppigst angitt som årsak til samarbeidsproblemer med somatisk spesialisthelsetjeneste. Nær tre av fire helsesøstre oppgir at dette er en hindrende faktor.

Det var også her mulig å utdype i et fritekstfelt eventuell andre årsaker til at samarbeid ikke fungerer godt. gitt. Eksempler på svarformuleringer som er gitt er: "lang avstand", "manglende vilje", "tidspress", og "uklar ansvarsfordeling".

2.9 Kompetanse innen psykisk helse

2.9.1 Helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse

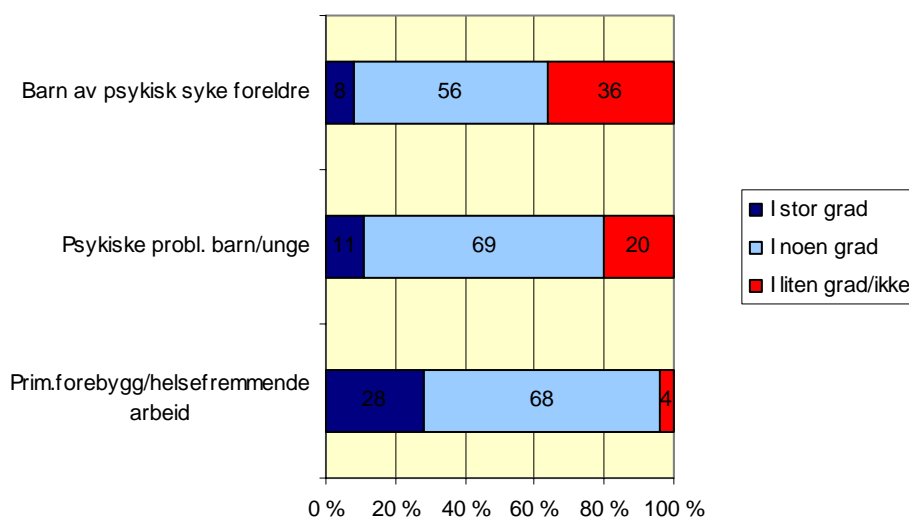
Tabell 2.21 viser helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse i forhold til arbeid med ulike målgrupper og tiltak; hhv primærforebyggende / helsefremmende tiltak for barn og unge, psykiske problemer hos barn og unge, og barn av psykisk syke.

Tabell 2.21 Helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse.

	I hvor stor grad er helsesøster tilfreds med egen kompetanse i å håndtere:					
	Primærforebyggende/ helsefremmende tiltak		Psykiske problemer hos barn og unge		Barn av psykisk syke foreldre	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I stor grad	290	28	108	10	78	8
I noen grad	697	68	712	69	573	56
I liten grad	37	4	204	20	350	34
Ikke i hele tatt	2	0	5	1	19	2
Totalt	1 026	100	1 029	100	1 020	100
Ubesvart	38		35		44	

Resultatene i tabellen er også illustrert i figuren under, hvor vi har slått sammen svarkategoriene i liten grad/ ikke i det hele tatt.

Figur 2.10 Helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse.



Helsesøstere er mer tilfredse med den kompetansen de har innen primærforebyggende arbeid / helsefremmende arbeid, enn innen tema relatert til psykisk helse. En av fem helsesøstre er i liten grad tilfreds med sin egen kompetanse i forhold til arbeid med barn og

unge med psykiske problemer. Helsesøstrene er minst tilfredse med den kompetansen de har på området barn av psykisk syke foreldre. Hele 34 prosent rapporterer at de i liten grad er tilfredse med de forutsetninger de har for å håndtere denne målgruppen.

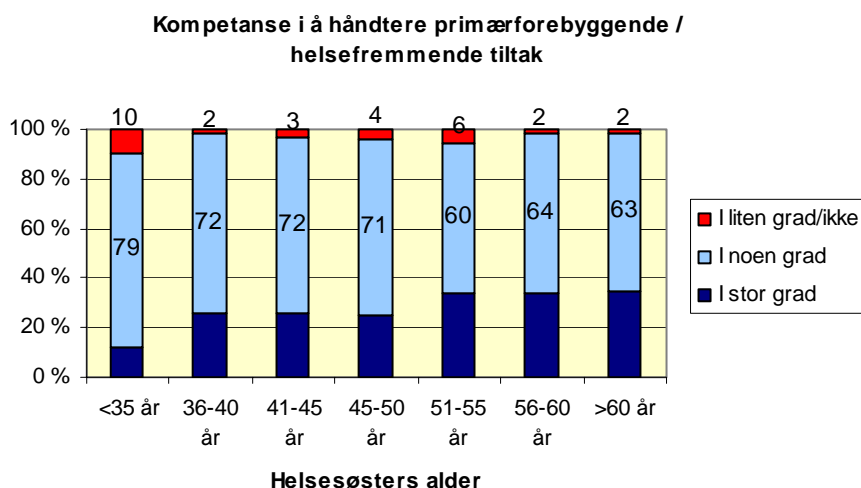
2.9.2 Er tilfredshet med egen kompetanse relatert til demografiske forhold?

I det følgende ser vi nærmere på sammenhenger mellom demografiske faktorer og helsesøsters vurdering av egen kompetanse i forhold til å håndtere henholdsvis primærforebyggende / helsefremmende tiltak, psykiske problemer hos barn og unge, og barn av psykisk syke foreldre. De demografiske variablene som benyttes i disse analysene er helsesøsters alder og antall år i praksis. I tillegg undersøker vi om opplevd kompetanse varierer med helsesøsters arbeidsstedsfylke.

PRIMÆRFOREBYGGENDE / HELSEFREMMEDE TILTAK

Figuren under viser hvordan helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse i forhold til å håndtere primærforebyggende/helsefremmende tiltak varierer med helsesøsters alder.

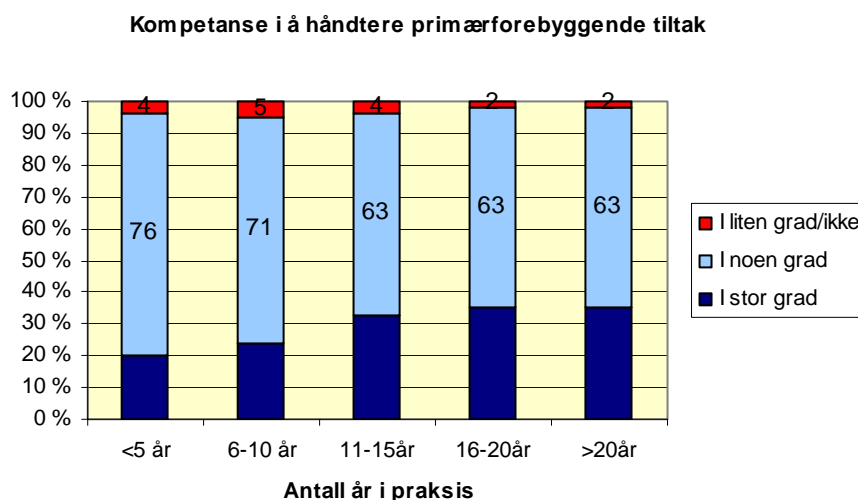
Figur 2.11 Tilfredshet med kompetanse innen primærforebyggende /helsefremmende tiltak etter helsesøsters alder.



Som figur 2.11 viser er helsesøstre i aldersgruppen under 35 år mindre tilfredse med egen kompetanse i å håndtere primærforebyggende og helsefremmende tiltak, sammenlignet med helsesøstre i de øvrige aldersgruppene.

Figur 2.12 viser hvordan helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse i forhold til å håndtere primærforebyggende/helsefremmende tiltak varierer med antall år i praksis.

Figur 2.12 Tilfredshet med kompetanse innen primærforebyggende /helsefremmende tiltak etter antall år i praksis.

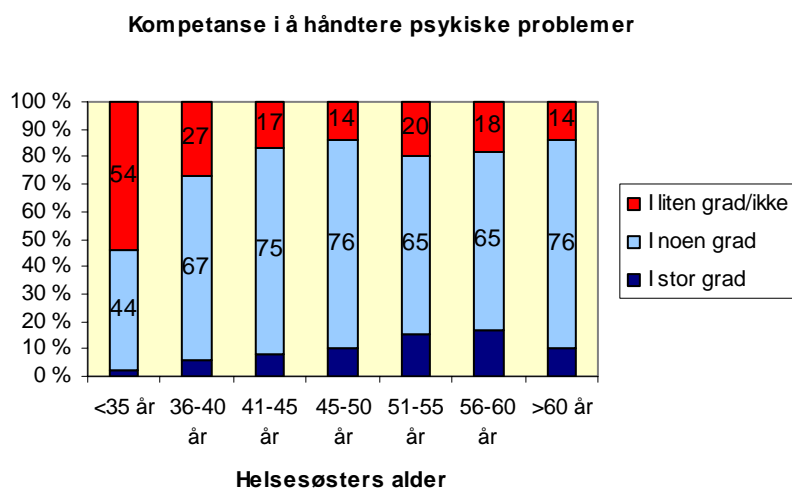


Det er høy korrelasjon mellom helsesøsters alder og antall år i praksis ($r^2= 0,69$, $p<0,01$). Figuren viser at tilfredshet med egen kompetanse øker med antall år i praksis. Det er svært små forskjeller mellom gruppene med hensyn til andel som i liten grad eller ikke i det hele tatt er tilfreds med egen kompetanse.

KOMPETANSE OM PSYKISKE PROBLEMER HOS BARN OG UNGE

Figur 2.13 viser hvordan helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse i forhold til å håndtere psykiske problemer hos barn og unge varierer med helsesøsters alder.

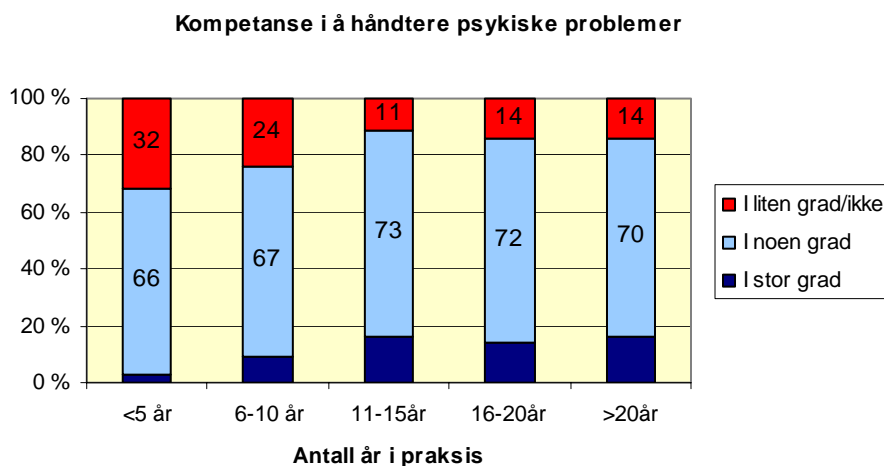
Figur 2.13 Tilfredshet med kompetanse i å håndtere psykiske problemer hos barn og unge etter helsesøsters alder.



Det fremgår av figuren at andel som i liten grad, - eller ikke i det hele tatt er tilfreds med egen kompetanse i å håndtere psykiske problemer hos barn er høyere særlig blant de yngste, - sammenlignet med de andre aldersgruppene. I gruppen helsesøstre under 35 år ($n=52$) opplever over halvparten at de i liten grad / ikke i det hele tatt har kompetanse nok til å møte målgruppen med adekvate tiltak.

Figuren under viser hvordan helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse i å håndtere psykiske problemer hos barn og unge varierer med antall år i praksis.

Figur 2.14 Tilfredshet med kompetanse i å håndtere psykiske problemer hos barn og unge etter antall år i praksis.

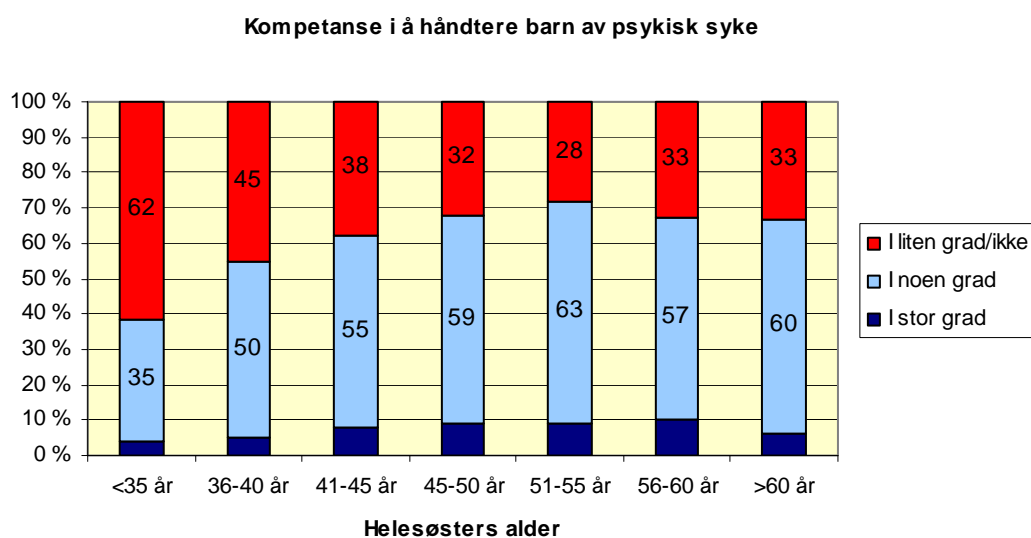


Figuren viser en svakt økende grad av tilfredshet med egen kompetanse i løpet av de 10- 15 årene helsesøster har vært i praksis. I gruppen helsesøstre har praktisert kortere enn 11 år som opplever 24-32 prosent at de i liten grad eller ikke i det hele tatt har kompetanse til å gi adekvate tiltak overfor målgruppen.

BARN AV PSYKISK SYKE

I neste figur ser vi på helsesøsters vurdering av kompetanse i å håndtere barn av psykisk syke foreldre, etter helsesøsters alder.

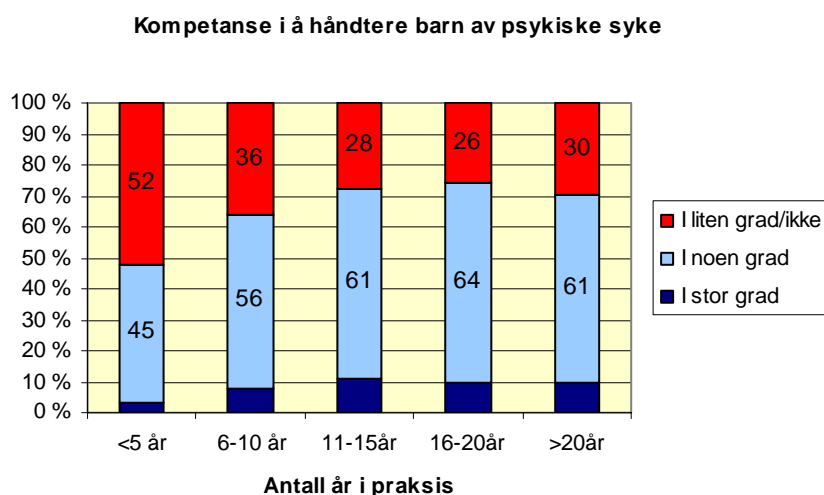
Figur 2.15 Tilfredshet med kompetanse i å håndtere barn av psykisk syke etter helsesøsters alder.



Også når det gjelder arbeid med barn av psykisk syke er det forholdsvis stor forskjell mellom de to yngste og de eldre aldersgruppene i tilfredshet med egen kompetanse. I alt 45 til 60 prosent av helsesøstre under 40 år opplever at de i liten grad/ ikke i det hele tatt har kompetanse i å håndtere barn av psykisk syke foreldre. Den tilsvarende prosentandelen for aldersgruppene over 50 år ligger mellom 28 og 33 prosent.

Figur 2.16 viser hvordan helsesøsters tilfredshet med egen kompetanse innen området barn av psykisk syke foreldre varierer med antall år i praksis som helsesøster.

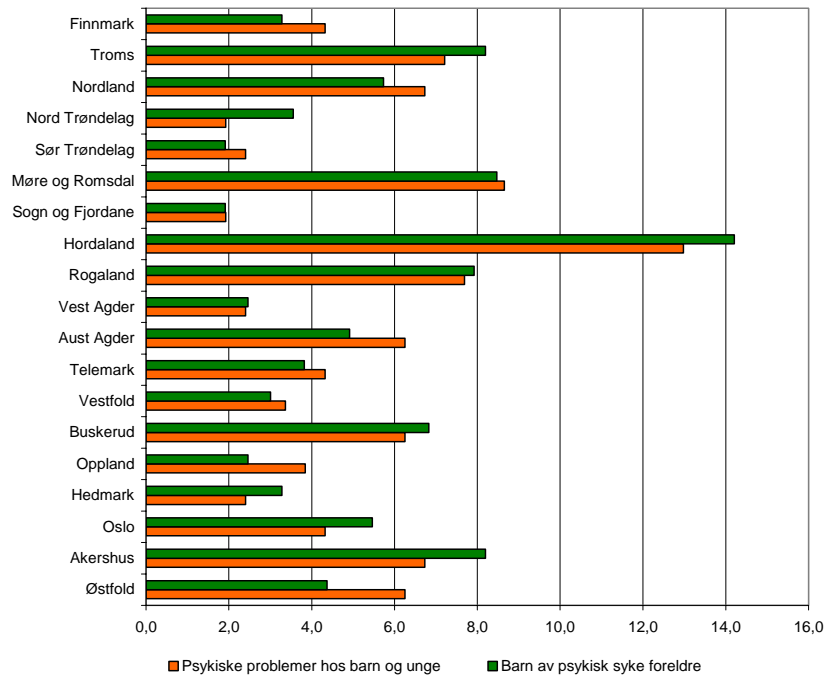
Figur 2.16 Tilfredshet med kompetanse i å håndtere barn av psykisk syke etter antall år i praksis.



Blant de som har jobbet mindre enn fem år som helsesøster opplever over halvparten at de i liten grad / ikke i det hele tatt har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke. Figuren viser en tendens til økende tilfredshet med egen kompetanse i løpet av de femten første praksisårene.

I neste figur ser vi hvordan helsesøsters vurdering av egen kompetanse i å håndtere barn med psykiske problemer og barn av psykisk syke foreldre varierer mellom fylker. Figuren viser andel helsesøstre som i liten grad, eller ikke i det hele tatt, er tilfreds med egen kompetanse.

Figur 2.17 Andel helsesøstre som i liten grad eller ikke i det hele tatt er tilfredse med egen kompetanse.



Figuren viser at Hordaland fylke skiller seg ut med å ha en relativt høy andel helsesøstre som i liten grad eller ikke i det hele tatt er tilfredse med egen kompetanse. Andre fylker der helsesøstre er forholdsvis lite tilfredse med egen kompetanse er Møre og Romsdal, Troms og Akershus. Vi har tidligere sett at disse fylkene også har en forholdsvis lav andel helsesøstre med videreutdanning (jfr. figur 2.4).

2.9.3 Helsesøstres behov for økt kompetanse innen psykisk helse

Tabell 2.22 viser helsesøstres vurdering av behovet for å øke egen kompetanse innen henholdsvis primærforebyggende/helsefremmende tiltak, sekundærforebyggende tiltak, samt i forhold til henvisning og bruk av individuell plan.

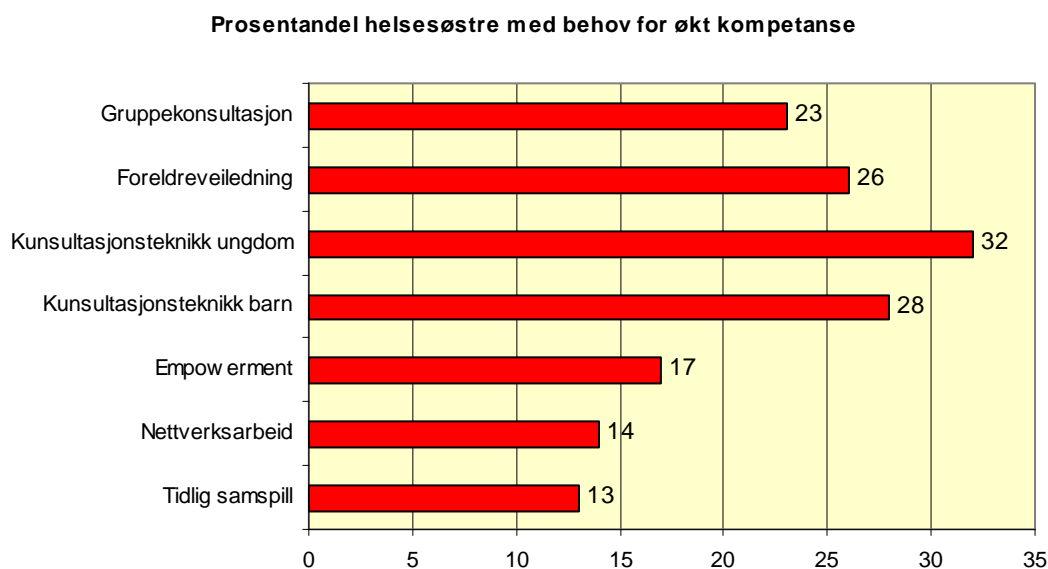
Tabell 2.22 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike tiltaksformer/ temaområder.

Metoder/temaområder	I hvor stor grad har helsesøster behov for økt kompetanse							
	I stor grad		I noen grad		I liten grad		Ikke i hele tatt	
	Ant.	(%)	Ant.	(%)	Ant.	(%)	Ant.	(%)
Tidlig samspill	112	(13)	337	(39)	343	(40)	65	(8)
Nettverksarbeid	119	(14)	419	(51)	264	(32)	28	(3)
Empowerment/mestring	145	(17)	451	(54)	210	(45)	27	(3)
Konsultasjonsteknikk barn	248	(28)	408	(46)	203	(23)	32	(4)
Konsultasjonsteknikk ungdom	271	(32)	386	(45)	157	(18)	45	(5)
Foreldreveiledning/foreldrearbeid	236	(26)	459	(51)	185	(21)	22	(2)
Gruppekonsultasjon	202	(23)	410	(47)	225	(26)	41	(5)
Tidlig identifikasjon psykiske problemer	366	(40)	456	(49)	92	(10)	11	(1)
Utredning psykiske problemer barn	310	(35)	385	(43)	160	(18)	38	(4)
Utredning psykiske problemer ungdom	298	(35)	330	(39)	157	(19)	61	(7)
Familieterapi	286	(34)	343	(40)	173	(20)	47	(6)
Konsultasjonsteknikk psykisk syke foreldre	410	(46)	343	(38)	119	(13)	24	(3)
Hvem kontakte ved mistanke om psyk probl	67	(7)	281	(32)	424	(48)	115	(13)
Bruk av individuell plan	234	(26)	363	(40)	271	(30)	48	(5)

Som supplement til tabell 2.22 viser figurene under prosentandel helsesøstere som har svart at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen de ulike tiltaksformene/temaområdene.

Figur 2.18 viser andel helsesøstre som rapporterer at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike primærforebyggende / helsefremmende tiltak

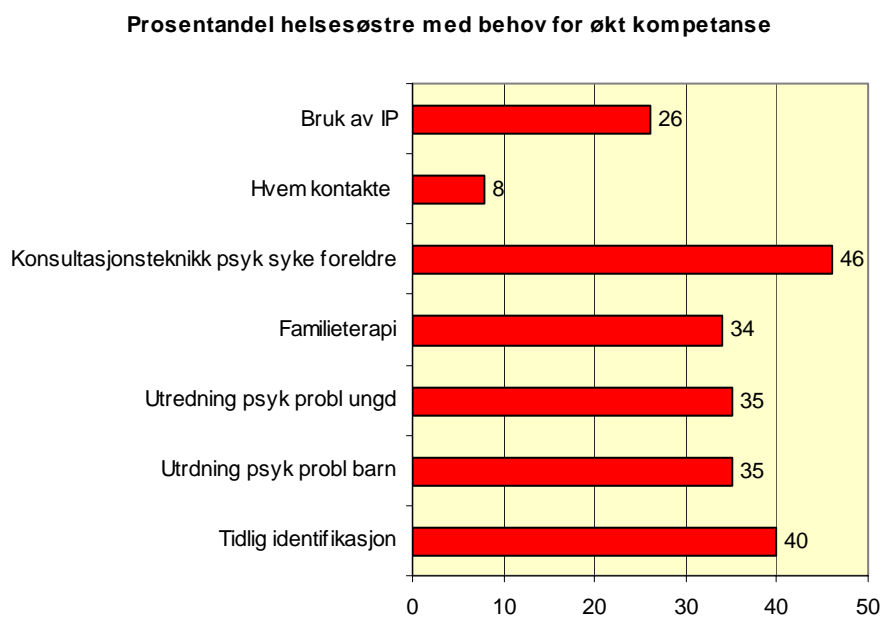
Figur 2.18 Helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike primærforebyggende tiltak.



Flest helsesøstre etterspør økt kompetanse i konsultasjonsteknikk overfor ungdom og barn (28-32 prosent). Om lag en av fire helsesøstre rapporterer om stor grad av behov for økt kompetanse innen foreldreveiledning.

Neste figur viser behovet for kompetanse innen tiltak av mer sekundærforebyggende karakter.

Figur 2.19 Helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse innen tiltak spesielt rett mot de med psykiske problemer.



Nær halvparten av helsesøstrene etterspør mer kompetanse i konsultasjonsteknikk i forhold til psykisk syke foreldre. Det er også en forholdsvis høy andel (40 prosent) som opplever å ha behov for mer kompetanse innen tidlig identifikasjon. Resultatene er i samsvar med tidligere presenterte funn over videreutdanninger helsesøster opplever å ha behov for (jfr tabell 2,12) samt videreutdanninger som i stor grad anvendes i praksis (jfr tabell 2.11).

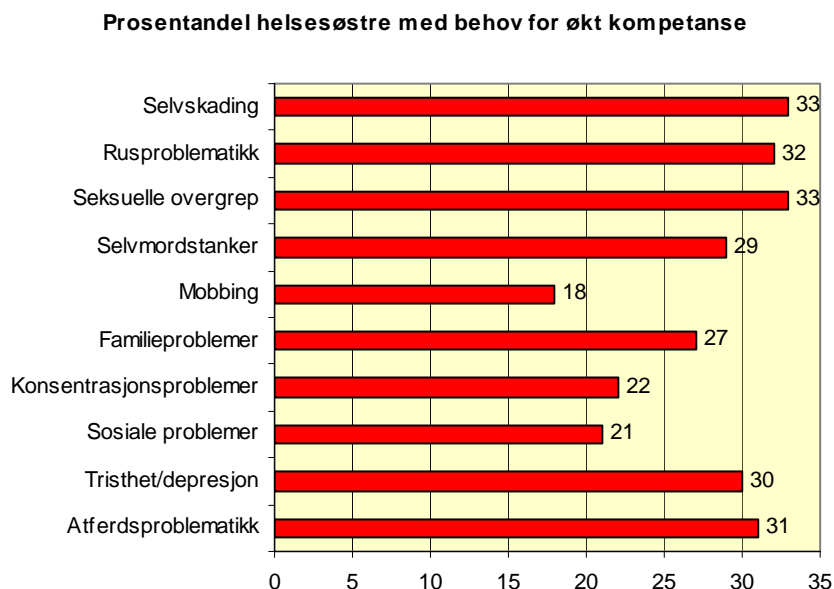
Tabell 2.23 viser helsesøsters vurdering av behovet for å øke egen kompetanse innen ulike problemområder som opptrer hos barn og unge.

Tabell 2.23 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike problemområder.

Type problematikk	I hvor stor grad har helsesøster behov for økt kompetanse							
	I stor grad		I noen grad		I liten grad		Ikke i hele tatt	
	Ant.	%	Ant.	%	Ant.	%	Ant.	%
Atferdsproblematikk	286	31	518	57	99	11	7	1
Tristhet/depresjon	285	30	508	54	135	14	8	1
Sosiale problemer	188	21	504	57	189	21	10	1
Konsentrasjonsproblemer	198	22	503	56	183	20	12	1
Familieproblemer	242	27	494	55	152	17	12	1
Mobbing	154	18	513	58	192	22	21	2
Selv mordstanker	259	29	442	50	167	19	16	2
Seksuelle overgrep	294	33	468	53	119	13	9	1
Rusproblematikk	281	32	433	49	146	17	17	2
Selvskading	291	33	434	49	148	17	21	2

Som supplement til tabellen viser figur 2.20 prosentandel helsesøstere som har svart at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen de ulike tiltaksformene/temaområdene.

Figur 2.20 Helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike problemområder.



Det fremgår av figuren at om lag 20-35 prosent av helsesøstrene opplever at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike problemområder relatert til psykisk helse. Om lag en av tre helsesøstre tilbakemelder at de trenger økt kompetanse innen områdene selvskading, seksuelle overgrep og rusproblematikk og atferdsproblemer.

2.9.4 Varierer opplevd behov for økt kompetanse med erfaring og demografi?

Vi skal i det følgende undersøke i hvilken grad behovet for økt kompetanse varierer med helsesøsters erfaring, målt som antall år som helsesøster, og i forhold til størrelse på helsesøsters arbeidsstedskommune.

I tabellen under har vi sammenstilt andel helsesøstre med behov for økt kompetanse mellom grupper av helsesøstre med ulikt erfaringsgrunnlag.

Tabell 2.24 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike metoder etter helsesøsters erfaring.

Metoder	Andel helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse				
	Antall år som helsesøster				
	<5 år n=241	5-10 år n=274	11-15 år n=204	16-20 år n=129	>20 år n=161
Tidlig samspill	14	13	11	11	14
Nettverksarbeid	15	14	15	12	14
Empowerment	13	18	21	22	16
Konsultasjonsteknikk barn	31	29	25	33	23
Konsultasjonsteknikk ungdom	39	32	27	33	24
Foreldreveiledning	34	28	19	21	22
Gruppekonsultasjon	31	22	18	23	17

Som vist i tabellen er det forskjeller i opplevd behov for økt kompetanse mellom helsesøstre som har jobbet færre enn 10 år, og de som har jobbet mer enn 20 år, når det gjelder anvendelse av konsultasjonsteknikker for barn og ungdom, samt foreldreveiledning. I gruppen helsesøstre som har jobbet mellom 16-20 år er imidlertid andelen med behov for økt kompetanse innen konsultasjonsteknikk omtrent like høy som i gruppen med mindre erfaring. Det er ellers forholdsvis små forskjeller kompetansebehov mellom helsesøstre med ulikt erfaringsgrunnlag.

I tabell 2.25 ser vi i hvilken grad behovet for økt kompetanse innen de ovennevnte metodene varierer med størrelse på helsesøsters arbeidsstedskommune.

Tabell 2.25 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike metoder etter kommunestørrelse.

Metoder	Andel helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse			
	Antall innbyggere i arbeidsstedskommunen			
	<10 000 n=324	10-20 000 n=156	21-50 000 n=237	>50 000 n=237
Tidlig samspill	14	12	14	12
Nettverksarbeid	14	18	18	11
Empowerment	17	16	23	15
Konsultasjonsteknikk barn	26	29	30	26
Konsultasjonsteknikk ungdom	31	34	28	31
Foreldreveiledning	28	26	25	21
Gruppekonsultasjon	22	26	27	19

Det fremgår av tabellen over at det er ubetydelige forskjeller i andel helsesøstre med behov for økt kompetanse når en sammenligner små og større kommuner. Forskjellen mellom helsesøstre fra kommune med ulikt befolkningsgrunnlag er størst når det gjelder behovet for økt kompetanse innen familieveiledning, med større behov i de minste, - sammenlignet med de største kommunene.

Tabell 2.26 viser i hvilken grad behovet for økt kompetanse innen ulike metodiske tilnærminger spesielt rettet mot de med psykiske problemer/ i risikosituasjon, varierer med helsesøsters erfaring.

Tabell 2.26 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike tiltak etter helsesøsters erfaring.

Tiltak	Andel helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse				
	Antall år som helsesøster				
	<5 år n=241	5-10 år n=274	11-15 år n=204	16-20 år n=129	>20 år n=161
Tidlig identifikasjon	48	39	38	33	32
Utredning psykiske problemer barn	44	35	32	23	32
Utredning psykiske problemer ungdom	48	34	29	25	30
Familieterapi	35	36	35	28	29
Konsultasjonsteknikk psyk. syke foreldre	52	46	46	39	42
Hvem kontakte	9	7	4	9	11
Bruk av individuell plan	32	24	27	24	17

Når det gjelder tiltak rettet spesielt mot de med psykiske problemer, eller de som befinner seg i en risikosituasjon, er behovet for økt kompetanse betydelig høyere hos helsesøstre som har færre enn fem års praksis, sammenlignet med de som har praktisert lengre. Nær halvparten av de som har praktisert i mindre enn fem år opplever i stor grad å ha behov for økt kompetanse innen tidlig identifikasjon og utredning av psykiske problemer, samt konsultasjonsteknikk overfor psykisk syke foreldre. Helsesøstre som har jobbet mer enn 15

år opplever i mindre grad behov for økt kompetanse innen de fleste av tiltakene, sammenlignet med de som har jobbet mindre enn 15 år.

Tabell 2.27 viser i hvilken grad behovet for økt kompetanse innen de ulike tiltakene varierer med kommunestørrelse.

Tabell 2.27 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike tiltak etter kommunestørrelse.

Tiltak	Andel helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse			
	Antall innbyggere i arbeidsstedskommunen			
	<10 000 n=324	10-20 000 n=156	21-50 000 n=237	>50 000 n=237
Tidlig identifikasjon	36	38	39	44
Utredning psykiske problemer barn	32	38	37	33
Utredning psykiske problemer ungdom	35	37	30	37
Familieterapi	36	31	40	28
Konsultasjonsteknikk psyk. syke foreldre	48	45	48	44
Hvem kontakte	6	8	7	10
Bruk av individuell plan	25	24	28	25

Det fremgår av tabellen over at behovet for økt kompetanse er omtrent like høyt i alle kommunekategoriene.

I tabell 2.28 ser vi hvordan behovet for økt kompetanse innen ulike problemområder varierer med helsesøsters erfaring.

Tabell 2.28 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike problemområder etter helsesøsters erfaring.

Problemområder	Andel helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse				
	Antall år som helsesøster				
	<5 år n=241	5-10 år n=274	11-15 år n=204	16-20 år n=129	>20 år n=161
Atferdsproblematikk	40	30	33	22	23
Tristhet/depresjon	37	31	29	30	22
Sosiale problemer	27	22	19	16	17
Konsentrasjonsproblemer	28	22	23	20	13
Familieproblemer	29	30	25	26	20
Mobbing	24	16	18	13	12
Selvordstanker	41	28	27	24	21
Seksuelle overgrep	44	32	35	17	25
Rusproblematikk	42	30	32	24	28
Selvskading	44	30	32	23	28

Andel helsesøstre som har behov for økt kompetanse innen de ulike problemområdene er betydelig høyere blant de som har jobbet mindre enn fem år som helsesøster, sammenlignet med de som har praktisert lenge.

Tabell 2.29 viser variasjonen i behov for økt kompetanse mellom grupper av helsesøstre fra kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag.

Tabell 2.29 Helsesøsters behov for økt kompetanse innen ulike problemområder etter kommunestørrelse.

Tiltak	Andel helsesøstre som i stor grad har behov for økt kompetanse			
	Antall innbyggere i arbeidsstedskommunen			
	<10 000 n=324	10-20 000 n=156	21-50 000 n=237	>50 000 n=237
Atferdsproblematikk	30	26	40	27
Tristhet/depresjon	30	23	31	32
Sosiale problemer	21	15	22	21
Konsentrasjonsproblemer	20	19	22	26
Familieproblemer	30	21	25	28
Mobbing	19	11	14	21
Selvordstanker	30	27	27	30
Seksuelle overgrep	36	33	31	32
Rusproblematikk	32	28	28	34
Selvskading	37	34	26	29

Tabellen viser at det ikke er systematiske, eller betydelige forskjeller mellom helsesøstre fra kommune med ulikt befolkningsgrunnlag når det gjelder opplevd behov for økt kompetanse innen ulike problemområder.

3 Resultater fra intervjuundersøkelsen

Samfunnsmessige endringer gir nye helseproblemer. I dag er psykiske problemer en av de mest vanlige helseproblemene hos barn og unge. Helsesøstertjenesten har et viktig ansvar i forhold til å tidlig identifisere de barn og unge som trenger tiltak i forhold til psykisk heleproblemstikk. Helsesøstre er også viktige aktører i det tverrfaglige samarbeidet om oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemer. I regi av Opptrappingsplanen for psykisk helse tilføres helsestasjons- og skolehelsetjenesten midler for å styrke det forebyggende psykiske helsearbeidet i kommunetjenesten. Det er samtidig skapt en forventning om at tjenesten også skal kunne tilby hjelpe og støttetiltak overfor de som allerede har utviklet psykiske problemer. Hovedhensikt med intervjuundersøkelsen er å få frem synspunkter fra helsesøstre på hva som er deres rolle i arbeidet med barn og unge med psykiske problemer, samt å få vite hvordan de vurderer egen real og formalkompetanse i forhold til arbeid med denne målgruppen. Temaene i fokusgruppeintervjuet var følgende:

- helsesøsters ansvar og rolle i arbeid med barn og unge med psykiske problemer rammebetingelser ved helsesøstervirksomheten
- veiledningsbehov
- helsesøsterutdanningen og utdanningsbehovet
- tidlig identifikasjon og henvisningskompetanse
- samarbeidskompetanse.

3.1 Helsesøsters ansvar og rolle

Problemer relatert til psykisk helse er et av de mest vanlige helseproblemene hos dagens barn og unge. Helsesøstertjenesten treffer nær 100 prosent av alle barn og familier, og representerer et lavterskeltilbud der en kan henvende seg uten timeavtale. Helsesøster vil derfor møte mange barn og unge med psykiske problemer. I intervjuet var vi opptatt av å få frem helsesøstres synspunkter på hvilken rolle og hvilket ansvar de har i arbeid med barn og unge i denne målgruppen.

Helsesøstre som deltar i intervjuundersøkelsen innser at de har en sentral posisjon og et viktig ansvar i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer, og presiserer at arbeid med relatert til psykisk helseproblematikk utgjør en betydelig del av deres aktivitet.

"Jeg synes at det er den største delen av jobben faktisk. Jeg føler at ting som vaksinasjoner, hørsel og sånne ting kommer som en liten bolk som du gjør fordi du skal gjøre det. Mens det å følge opp barn psykososialt, og barn av psykisk syke, krever mest tid".

Gruppen er opptatt av at samfunnsmessige forhold, og at sosiale problemer, manglende nettverk og ustabile oppvekstforhold representerer betydelige risikofaktorer for barn og unges helse. Helsesøstre er av den oppfatning at deres tjeneste, helsesøsters rolle og ansvar må tilpasses behovene i befolkningen.

"Jeg jobber mer som psykisk helsearbeider enn som helsesøster, hvis du skal tenke sånn tradisjonell rollefordeling. Samtidig er det jo psykiske problemer som er ungdomsproblemene i dag. Det er jo det som er det største helseproblemet blant ungdom.

Dermed er det jo på en måte bare et svar på behovet når vi jobber så mye med det. Vi jobber målrettet ut ifra hvilke behov de har".

Helsesøster representerer et lavterskeltilbud. Barn og unge kan komme når de vil. Mange kommer med problemer relatert til psykisk helse, men som de gjerne kamouflerer i utgangspunktet. Gjennom samtaler med helsesøster kan det komme frem store og alvorlige problemer.

Selvskading, spiseproblemer og tristhet er vanlige problemer blant barn og unge som oppsøker helsesøster. Helsesøstre som jobber i Oslo rapporterer at de hyppig er i kontakt med barn som har opplevd flukt og migrasjon, og som sliter med skolegang og lavt selvbilde. Dette er gjerne barn som har foreldre som er deprimerede. De treffer ofte barn som sliter på grunn av ustabile hjem og samlivsproblematikk. Mange av disse har behov for å snakke med noen om hvordan de har det.

Helsesøstre presiserer at det ikke bare er skolebarn og ungdommer som presenterer problemstillinger relatert til psykisk helse. Helsesøstre har også et stort fokus på psykososiale problemstillinger blant småbarnsforeldre og småbarn. Det trekkes frem et eksempel fra en bydel i Oslo, der det er en stor andel familier som henvises til barnefamilieveiledere på småbarnsstadiet. Mange foreldre sliter, og en opplever i denne sammenheng et stort behov for kompetanse innen psykisk helse generelt, og spesielt i forhold til foreldresamspill.

Blant informantene fremmes det samtidig et syn på at helsesøstere i større grad skal plassere ansvar, i stedet for å selv ta ansvar for barn og unge som har utviklet psykiske problemer. En av informantene presiserer at helsesøster skal drive forebyggende tiltak, og at det er helt nødvendig at det tilføres flere ressurser til helsesøstertjenesten dersom deres funksjon skal omfatte mer enn dette.

Noen av informantene er tydelige på at helsesøster først og fremst har en rolle i forhold til tidlig identifisering og viderehenvisning av de som trenger behandling.

"Jeg tenker at vårt ansvar først og fremst er på en måte å ta signalene, og fange opp det som er der, og kartlegge det de trenger videre. Og det står jo beskrevet i veilederboka at vi har jo ikke behandlingsansvar".

Det poengteres at det ofte er en utfordring å definere grenseoppgangen mellom forebygging og behandling. Helsesøster påtar seg ofte ansvar for oppfølging av barn og unge som har psykiske problemer der alvorlighetsgrad tilsier at barnet burde hatt spesialiserte behandlingstilbud. Av og til stilles det spørsmålstegn ved hva som skal være helsesøsters rolle og ansvar i forhold til denne gruppen. Helsesøstre gir også uttrykk for at de ofte tildeles et vel stort ansvar i forhold til kartlegging og utredning av barn som viser tegn på psykiske problemer.

"... Vi trenger veiledning for å lære oss den grensen. Vi må være kompetente nok til å skjønne når vi må si stopp og henvise videre".

I denne sammenheng trekker de også frem problemer i forhold til at BUP har lang ventetid. For noen barn og unge kan det dreie seg om et behov for en vurdering av alvorlighetsgrad ved de psykiske problemene, og om kommunetjenesten kan gi et adekvat tilbud. Det gis dermed uttrykk for at barn henvises til BUP fordi det ikke finnes kompetanse i kommunene til å vurdere omfanget av barnets problemer.

Helsesøster understreker også den viktige rollen de har for mange barn og unge i tiden etter utredningen og henvisningen, - når barnet venter på å få et tilbud ved BUP.

"Jeg synes også det at det er veldig lang ventetid for å komme med på noen behandling, det kan være opp til et halvt år. Og i den tiden, når ungen og familien og systemet har erkjent at det er et problem, så er det ganske tøft å sitte sammen med dem i "venterommet". Å følge opp og støtte, sånn at det ikke skal gå enda mer galt. Jeg er også

veldig redd for at noen skal slutte å like de barna. At de skal tape enda mer før de kommer inn til et hjelpeapparat som virkelig kan hjelpe dem. Jeg synes jeg sitter med utrolig mye brannslukking og trøsting i det "venterommet" fra skjemaet er levert inn til BUP".

Fordi helsesøstertjenesten er lett tilgjengelig blir tjenesten også et sted som barn og ungdommer og familien naturlig holder kontakt med i tiden mens de venter på et behandlingstilbud. For å tilby adekvat og tilstrekkelig hjelp i denne fasen er det viktig med kompetanse om psykiske problemer. I tillegg vil de å ha relasjonskompetanse og å kunne bruke konsultasjonsteknikker både overfor barn, ungdom og foreldre være vesentlig.

3.2 Rammebetingelser

Samtaler og oppfølging av barn og unge med psykiske problemer krever mye tid. Det er derfor en relevant problemstilling hvorvidt helsesøstertjenesten har gode nok rammebetingelser for å kunne tilby denne brukergruppen gode tjenester. Informantene fremhever at de opplever å komme til kort i forhold til å gi et adekvat tilbud, som omfatter samarbeid med hjemmet og evt. andre hjelpe og behandlingstilbud.

"Du kommer ikke unna tidsfaktoren, og når du sitter med 14 stykker på listen på helsestasjon gjennom en dag så kan det hende du ser ting du faktisk ikke har sjanse til å gå nærmere inn på selv om du vet at du burde gjort det. Og alle har følt den vonde følelsen, det er jeg helt sikker på. Så man kommer ikke utenom dette her med ressurser".

En av informantene trekker frem at mangel på ressurser og kapasitet bidrar til en ikke kan utføre både primær- og sekundærforebyggende arbeid, - men blir tvunget til å prioritere. Det å jobbe primærforebyggende – for eksempel gjennom tiltak for tidlig identifikasjon, vil dermed kunne gå på bekostning av oppfølging av de som allerede har utviklet problemer. Flere opplever at det er et dilemma å representere et viktig lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske problemer, og samtidig ikke ha tid nok til å gi et godt oppfølgingstilbud.

"Jeg føler på det at jeg skulle hatt enda mer tid til å jobbe med det. Jeg føler ikke at jeg får gjort god nok jobb. Særlig i forhold til samarbeid med hjemmene. En ting er å ta samtalen med ungdommene og barna, men jeg synes jeg har for liten tid til å jobbe ordentlig med det".

Helsesøster er gjerne er den aktør i kommunen som sitter med ansvaret for koordinering av ansvarsgrupper og for utforming av individuelle planer. I følge informantene bruker helsesøster stadig mer av tiden sin i forhold til dette.

"..jeg tror vi har mye av koordineringsarbeidet allerede. Og stort sett så er det vi som er koordinator for ansvarsgrupper, vi får inn de individuelle planene, det er vi som samarbeider med PP- tjenesten og sosiallærer og alle som er rundt"

Flere av informantene mener at det i løpet av de siste årene har blitt et betydelig økt fokus på tverrfaglig samarbeid, og at dette har bidratt til at flere aktører har sett hvilken nytte og bidrag helsesøster kan ha i arbeidet med barn og unge med psykososiale problemer. Dette bidrar også til at helsesøster møter et bredt spekter av ulike problemstillinger relatert til psykisk helse. Helsesøstrene er enige i at Opptappingsplanen for psykisk helse har bidratt til at helsesøster har fått en mer sentral posisjon i forhold til arbeid med målgruppen. Informantene presiserer imidlertid at det har utviklet seg nye hjelpebehov i befolkningen, som gjør at helsesøster har en annen funksjon i dag, sammenlignet med for eksempel 20 år tilbake.

3.3 Veiledningsbehov

Resultater fra kartleggingsundersøkelsen viser at det er et stort udekket behov for veiledning blant helsesøstrene. I intervjuet fokuserte vi på hvordan veiledning fungerer når det gjelder barn og unge med psykiske problemer. Vi var spesielt interesserte i å høre mer om hvordan BUP håndterer den veiledningsplikten de har overfor kommune når det gjelder barn og unge i målgruppen.

Helsesøstrene forteller at de ofte treffer barn og unge med tyngre problematikk. Slike saker drøftes gjerne anonymt med BUP i første fase. I tilfeller der BUP ikke ser at dette er representere problemer som krever et spesialisert behandlingstilbud kan helsesøster risikere å bli sittende alene med saken – og ansvaret.

Helsesøstrene presiserer i denne sammenheng at de har et stort behov for veiledning fra BUP, ikke minst som en kvalitetssikring av det arbeidet de gjør.

“Vi har jo kompetanse, men vi trenger absolutt veiledning og rådgivning og en tett link videre, det er min erfaring”.

Informantene mener at et tettere samarbeid mellom helsesøster og BUP ville kunne bidra til at flere fikk hjelp til rett tid. Mangel på samarbeid med BUP kan føre til at helsesøster blir sittende med saker som skulle vært henvist videre.

Fra intervjuet kommer det frem at det er betydelige variasjoner i hvor tilgjengelig BUP er i forhold til veiledning og samarbeid, og at helsesøstere kan risikere å bli sittende alene med vanskelige problemstillinger.

“Jeg er jo så heldig at jeg kommer fra en kommune hvor vi har BUP. Jeg kan åpne døra, og har fått innpass der. Men så er jeg fra et fylke hvor det ikke er BUP på hvert et nes. Hvor kanskje BUP er hver 4. eller hver 6. uke, og da vet at det veldig ofte er helsesøstrene som blir sittende med det mangfoldet av problematikk. Veldig ofte er det de som må bære den børa”.

Behovet for veiledning gjelder ikke bare de alvorlige sakene, men også i forhold til diffuss problematikk som mange barn og unge presenterer når de henvender seg. Helsesøstre opplever ofte å ha behov for veiledning i forhold til å gjøre konkrete vurderinger av aktuelle hjelpetilbud for barnet og familien.

“...det er jo i de situasjonene hvor du sitter og lur på hva du skal gjøre at den veiledningen er veldig god å ha. Og også dette her med lavterskelen, enten du har en psykolog eller en barneveileder, i hvert fall at du har en kompetent person som du kan drøfte saken med fort. Det er jo veldig vesentlig der. En kan jo bruke helsestasjonslegen eller skolelegen, men skolelegen er jo der veldig sjeldent da. Men det er viktig å ha noen samarbeidspartnere så du vet at du har en du kan diskutere problematikken med. Det er kjempe vesentlig.

En av informantene har opplevd en situasjon der skolehelsetjenesten omfattet psykolog og barnefamilieveileder, samlet i en og samme avdeling, og beskriver dette som en drømmesituasjon i forhold til tverrfaglig samarbeid og veiledning.

“.. Det fungerte jo veldig lavterskel. Hadde vi et skolebarn som vi stusset på så kunne vi ringe til psykologen, og psykologen kom med en gang. Det var en drømmesituasjon, og vi hadde det sånn i to eller tre år. Så ble det bestemt at de to stillingene skulle gå inn i familiehuset, og nå er de lavterskel, men de er ikke så lave. For nå har de kommet opp på et litt annet nivå. Du må inn til familiehuset for å hanke de inn, men vi kan fremdeles bruke de”.

I denne situasjonen hadde brukerne god nytte av at helsesøster jobbet i et tverrfaglig miljø. Helsesøster gir tydelig uttrykk for at nærhet, både fysisk og organisatorisk, til tilgrensende tjenester og fagpersoner med kompetansen innen psykisk helse kan være a stor betydning for tilgjengeligheten til de rette tjenestene for barn og unge med psykiske problemer.

3.4 Helsesøsterutdanningen

Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen viser at en stor andel av helsesøstrene har tatt eller er i gang med videreutdanning og etterutdanning relatert til psykisk helse. I tillegg ser vi at mange opplever å ha behov for en videre eller etterutdanning kan gi en stødigere faglig plattform i forhold til å håndtere barn, unge og foreldre med psykiske vansker. I intervjuundersøkelsen var vi ute etter å få mer informasjon om hvilket grunnlag helsesøsterutdanningen gir i forhold til å skulle gi denne målgruppen et adekvat tilbud.

Informantene beskriver egen erfaring med helsesøsterutdanningen i forhold til å dekke problemstillinger relatert til psykisk helse. En av helsesøstrene i gruppen forteller at hun erfarte at helsesøsterutdanningen hun gjennomførte for 11 år siden ikke ga nok kompetanse i forhold til å møte utfordringer i praksis. Dette gjaldt spesielt i forhold til psykiske problemer hos ungdom. Hun hadde derfor tatt videreutdanning i psykiatri. Samtlige av informantene er utdannet for mer enn 10 år siden, og har begrenset kjennskap til om utdanningen i dag legger mer vekt på psykisk helseproblematikk, sammenlignet med da de selv ble utdannet.

Alle er imidlertid enige i at den helsesøsterutdanningen de har tatt har gitt for lite kunnskap om psykiske problemer i forhold til den rolle helsesøster forventes å inneha i kommunetjenesten i dag. På spørsmål om samsvaret mellom utdanningen og funksjonen som helsesøster vektlegger helsesøstrene viktigheten av pedagogisk kunnskap og den gode kommunikasjonen, samt erfaringer knyttet til dette.

"Ja, det var dette med kommunikasjon. Man lærer selvfølgelig enkelte grep og enkelte teknikker fra da til da. Men den typen kunnskap mener jeg først og fremst handler om erfaring. Og at da blir den viktigste lærdommen å ta del i andre sine erfaringer når det gjelder kommunikasjon. Vi hadde veldig lite av det også. At vi fikk se hvordan andre jobbet.

"Jeg har jo også videreutdanning i pedagogisk veiledning, og jeg sier at det var jo der jeg fant nøkkelen til både sykepleier og helsesøster. Det å kunne komme i posisjon. Det var der jeg fant tilnæringsmåter, og hvordan skal jeg gripe denne problemstillingen og hvordan skal jeg møte disse menneskene".

Helsesøstrene i gruppen har en felles oppfatning av at kommunikasjonsferdigheter er av vesentlig betydning for å kunne skape gode relasjoner, både overfor brukere, foreldre og barn, samt overfor samarbeidende instanser og aktører.

"Jeg synes jeg har fått noen grunnleggende teorier i helsesøster og sykepleieutdanningen, både transaksjonsanalyse og psykologi og forskjellige sånne ting. Men jeg setter de kursene jeg har hatt i bla "løsningsorienterte samtaler" og den gode veiledningen jeg har hatt, høyere. Jeg har vært heldig og hatt veiledning i nesten hele karrieren min, og det setter jeg høyest i forhold til kommunikasjon og de verktøyene jeg har i dag".

I denne sammenheng trekkes det også frem at det er individuelle forskjeller mellom helsesøstere, og også ulike preferanser for hva en ønsker å jobbe med. Kanskje ikke alle egner seg for å jobbe med for eksempel ungdommer. Det er derfor viktig å sette rett person på rett plass. Et annet tema som opptar informantene er utvikling av egen personlig rolle og helsesøsterarbeidet i praksis. Det trekkes i denne sammenheng frem at helsesøster jobber mye i grupper, og at Veilederen også har satt fokus på at man skal jobbe på denne måten. Samtidig opplever helsesøstrene å ha mangelfull opplæring i gruppeledelse.

"Jeg støtter oppunder dette her med grupper, for det er nesten et paradoks at vi i vårt arbeid og virkefelt skal drive mye i grupper, både blant ungdom og foreldre, - og at dette samtidig er veldig fraværende i utdannelsen.

I diskusjonen omkring helsesøsters kompetanse gir flere av helsesøstrene uttrykk for et behov for en videre- eller etterutdanning innen psykisk helse. En av informantene mener imidlertid at det er viktig at helsesøstere fortsetter å være generalister, - og at en ikke må glemme alle de andre oppgavene som helsesøster har i relasjon til barns helse. De øvrige

støtter opp om dette synspunktet, - men fremholder likevel nytten av for eksempel en tverrfaglig utdanning i psykisk helsearbeid:

„..men jeg tenker at det beste med den utdannelsen jeg tok, den tverrfaglige utdannelsen i psykisk helsearbeid, det er jo nettopp det at den var tverrfaglig. For du lærer deg å samarbeide med andre faggrupper, og du lærer ganske mye om hva de tenker om de sakene, og det har stor verdi i seg selv.... Du lærer mye om kulturen innenfor de forskjellige yrkene, og det er jo veldig viktig i forhold til samarbeid“.

Informantene fremholder i tillegg at det er stor variasjon mellom helsesøstre i forhold til hvor mye kompetanse de har innen psykisk helse, og legger til at det i dag foregår mye "synsing" blant helsesøstre når det gjelder vurdering av psykisk helsetilstand hos barn og unge. De hevder at variasjonen i kompetansenivå blant annet skyldes at tilbudet om etterutdanning varierer med kommuneøkonomien.

“Vi som bor i Oslo hvor man ikke trenger så mye økonomi for å kunne gå på kurs, vi får med oss mange kurs. De som har det slik som dere beskrev, med at reiseutgiftene kostet mer enn kursene, dere vil ikke få det samme tilbudet. tjenesten blir veldig variabel i forhold til hvor du bor, og hva helsesøstrene får i forhold til kursing“.

“Det er mange kurs som går i Oslo som jeg kunne tenkt meg, men som vi ikke har mulighet til å dra på“.

Informantene ser for seg ulike løsninger på hvordan kompetanseheving blant helsesøstere kan gjennomføres. Ett forslag er som et supplement til helsesøsterutdanningen. Det blir i denne sammenheng nevnt at en mastergradsstudie for helsesøsterutdanning er under planlegging. Dersom helsesøsterutdanningen ble en tyngre studie ville den også kunne romme mer utdanning innen tema relatert til psykisk helse. Dette vi også kunne bidra til at helsesøstere får den samme basiskompetansen innen psykisk helse, og at det dermed at tilbudet fra helsesøstertjenesten blir mer rettferdig fordelt, - uavhengig av kommuneøkonomi.

Informantene legger imidlertid vekt på at en til tross for en eventuell utvidelse av helsesøsterutdanningen, likevel vil ha behov for jevnlige oppdateringer av kompetanse, i form av kurs og etterutdanningstilbud.

“På en eller annen måte så trenger vi påfyll, litt sånn systematisk etter at vi er utdannet, for problemstillingene endrer seg. Jeg synes at det er litt tilfeldig i dag, hvem som får hva, og hva vi får. Slik synes jeg ikke det skal være i vår tjeneste“.

3.5 Tidlig identifikasjon og henvisningskompetanse

Fordi helsesøster er i en posisjon der hun treffer nær 100 prosent av barn og deres familier, er det av stor betydning for det forebyggende psykiske helsearbeidet at hun har kompetanse i å oppdage tidlig hvilke barn og familier som er i en risikosituasjon for å utvikle psykiske problemer, samt vet hvem man skal kontakte dersom man ser tegn eller symptom på avvik.

Informantene legger også vekt på betydningen av å ha kompetanse innen tidlig identifikasjon, samt henvisningskompetanse.

“Det handler jo også om å tidlig avdekke, og ble mer kompetente til å tidlig avdekke, og så sette inn den rette hjelpen i rett tid. Og da må man jo ha en kompetanse for å kunne gjøre det, hvis ikke så vil man sitte og famle og personen som helsesøster vil bli pulverisert fordi en ikke har en egen kompetanse til det“.

“..vi er en slik samlesekk som tar alt, og som ikke er helt sikre på hvor vi skal sette grensene. Det vet jeg ofte er tema på veiledning, at de går inn i en multiproblematisk familie også vet du ikke helt hvor du skal sette grensen hen. Og hvem skal du trekke inn for å hjelpe familien?“

Alle helsesøstrene i gruppen har erfart usikkerhet i forhold til vurdering av psykisk problem, samt opplevd dilemma i forhold til om de skal tørre å handle når de ser tidlige tegn på avvik. Hos mange barn og unge kan tilstander være diffuse, og helsesøster kan oppleve at det er vanskelig å formidle det de ser til foreldre, samt til andre aktører og instanser. Flere metodestandarder og screeninginstrument i helsestasjonsvirksomheten, for å fange opp barn med psykiske vansker etterlyses.

“Vi kan ganske mye, men det å ha et verktøy så vi kan omsette det i praksis er viktig. Det er det jeg følte da jeg var nyutdannet, at det er var det jeg trengte. Jeg trengte et konkret verktøy for å kunne gjøre en bedre jobb”.

“Jeg tenker at jeg ville hatt mer av de praktiske verktøyene, både i forhold til helsesøsterutdanningen, og den videreutdanningen jeg har tatt i psykisk helse. Man kan bli veldig god på å lære om forskjellige psykiske lidelser, og om det ene og det andre, men det å ha et verktøy i hverdagen. Det er det jeg mangler noen ganger”.

Informantene presiserer at det allerede eksisterer en god del verktøy. Noen forteller blant annet at de har gjennomført prosjekter, og på bakgrunn av funn i dette arbeidet har utviklet en metode eller mal som de jobber etter i praksis. Samtidig blir det understreket at det finnes en rekke metoder som man ikke har god nok kjennskap til. Bedre tilgjengelighet til oversikter over metoder og beskrivelser av disse etterlyses. Som et eksempel viser en av helsesøstrene til at de ved hennes helsestasjon har utarbeidet en metode i forhold til hvordan man kan jobbe med kvinneomskjæring, som man gjerne skulle ha formidlet til flere. En av helsesøstrene foreslår at det etableres en idébank, som gjør det mulig å dra nytte av ferdigutviklede verktøy.

3.6 Samarbeidskompetanse

Gjennom intervjuet blir det bekreftet at helsesøstere har en sentral rolle i tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Å inneha denne posisjonen krever at de må samhandle med mange aktører.

Informantene opplever at de har adekvat og tilstrekkelig kompetanse i tverrfaglig samarbeid, og at de har tilstrekkelige ferdigheter i opplysnings- veilednings og rådgivningsvirksomhet. Samarbeidet ligger så nært opp til helsesøsters tradisjonelle måte å jobbe på, og en vil derfor utvikle samarbeidskompetanse gjennom erfaring. En av informantene er imidlertid opptatt av å formidle at hun, til tross for opplevelse av å ha god kompetanse i tverrfaglig samarbeid, har hatt stor nytte av utdanningskurset “Barn av psykisk syke” der de lærte mer om tverrfaglig samarbeid.

Til tross for at helsesøstrene vurderer sin egen samarbeidskompetanse som god, erkjenner de at det er samarbeidsproblemer mellom de ulike aktører som er involvert i tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Problemene kan være relatert til at man ikke kjenner hverandres fagfelt. En informant mener også at det handler om respekt for hverandres fagområder.

Informantene fremhever faggruppemøter, der de ulike instansene gir informasjon om kompetanse og tjenester, som et vellykket tiltak for å for øke kjennskapen til de tilgrensende tjenestene, og for bedre tverrfaglig samarbeid.

4 Oppsummering og vurdering

Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til å synliggjøre helsesøsters rolle i det forebyggende psykiske helsearbeidet. Flere rapporter og utredninger som er gjennomført som ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen viser at helsesøsters ansvar og funksjon kan strekke seg langt ut over det man definerer som forebyggende aktivitet (Andersson, Røhme & Hatling, 2005; Andersson, 2006). Helsesøster er blant annet gjerne den som koordinerer det psykiske helsearbeidet i kommunen, og som står bak det utredningsarbeidet som gjøres i kommunen i forhold til henvisning av barn og unge til psykisk helsevern (Andersson, 2006).

I en slik rolle er det nødvendig med kompetanse innen flere områder; Helsesøster må ha evne til å identifisere tidlige tegn på psykiske problemer og skille lettere fra mer alvorlig problematikk. Helsesøster må vite hvilke andre tjenester og aktører som kan bidra i forhold til barns ulike problemer, hvordan hun kan komme i kontakt med disse, og hvordan hun etablerer et godt tverrfaglig samarbeid om tiltak. I dette prosjektet har vi benyttet både kvantitativ og kvalitativ metodisk tilnærming for å kartlegge helsesøstres kompetanse generelt, - og spesielt innen psykisk helse. Disse tilnærmingene er komplementære, og har gitt bred kunnskap om problemstillingene som belyses gjennom dette prosjektet.

Mål for den kvantitative dataanalysen har vært å gi en oversikt over helsesøstres kompetansenivå og kompetansebehov basert på et representativt utvalg. Spørreskjema ble utarbeidet og utsendt i samarbeid med LaH. Vi valgte en fremgangsmåte basert på elektronisk utsending av brev og skjema, og brukte ledende helsesøster og kommunens generelle postmottak for distribusjon av spørreskjemaene. Fremgangsmåten har et par usikkerhetsmomenter, som også gjør det vanskelig å beregne eksakt svarprosent. For det første vet vi ikke om vår henvendelse har nådd frem til alle aktuelle helsesøstere i kommunetjenesten. Når hele 98 prosent av helsesøstrene rapporterer at de har tilgang til internett på jobben er det imidlertid sannsynlig at de også har e-postadresse, og at spørreskjema og brev har kommet frem. Et annet forhold er at vi ikke det eksakte tallet for hvor mange helsesøstere som praktiserer i kommunetjenesten på undersøkelsestidspunktet (september 2006). I beregning av svarprosent har vi tatt utgangspunkt i statistikk fra 2004 (Kommunedatabasen, NSD) som viser at det er i alt 1834 årsverk av helsesøstere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Svarprosenten i undersøkelsen er beregnet til 60 %. Svarprosenten er sammenlignbar med den man har oppnådd i andre undersøkelser blant helsesøstere (for eksempel Galvin & Helseth 2005); Andersson, Røhme, og Hatling, 2005). Analyser viser at utvalget er representativt i forhold til fylkesfordeling og fordeling etter kommunestørrelse. Det er ingen grunn til å tro at utvalget er skjevt i forhold til andre forhold, selv om dette ikke kan utelukkes.

I tillegg til spørreskjemadata gjennomførte vi et fokusgruppeintervju. Rekruttering av informanter ble gjort i samarbeid med LaH og kriteriene var ambisiøse i forhold til at alle helseregionene skulle være representert, ulike kommunestørrelser, variasjon i erfaringsgrunnlag og utdanning hos respondentene. Dette ble vanskelig å få til på den tiden som var til rådighet, og vi endte opp med en gruppe på syv helsesøstere. Tre er fra Oslo, en jobber i en mellomstor kommune på Vestlandet og tre representerte små og mellomstore kommuner i helseregion Nord. I intervjuet ble det lagt spesiell vekt på å innhente helsesøstres synspunkter og vurderinger av rolle og kompetanse i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer. Fokusgruppeintervjuet bidro til en mer helhetlig forståelse av helsesøstres opplevelse og vurdering av formal - og realkompetanse i forhold til psykisk helse hos barn og unge.

Utvalget i spørreskjemaundersøkelsen, bestående av godt over halvparten av alle helsesøstre i helsestasjons og skolehelsetjenesten, viser at 20 prosent av helsesøstrene er yngre enn 40 år. Relatert til dette viser kartleggingen at det for 45 prosent av utvalget er mindre enn 10 år siden de fullførte utdanningen. Dette betyr at det er en del helsesøstre som har arbeidet relativt få år som helsesøster. Det er noe lavere gjennomsnittsalder og antall år siden de ble utdannet i de nordligste fylkene, uten at vi har gått inn på forklaringsmodeller for denne sammenhengen.

Helsesøstrene arbeider innenfor flere ulike områder og det er vanlig at samme helsesøster arbeider innenfor mange forskjellige områder. Femten prosent av helsesøstrene arbeider innenfor ett område, mens en av fire arbeider innenfor to ulike områder. Den vanligste kombinasjonen er naturlig nok helsestasjon for barn og skolehelsetjeneste knyttet til grunnskole, der hhv 55 og 57 prosent av helsesøstrene har sitt arbeidsområde. For de som arbeider innenfor tre ulike arbeidsområder, er den vanligste kombinasjonen i tillegg til skolehelsetjeneste i grunnskolen og helsestasjon for barn, helsestasjon for ungdom. Det er færrest helsesøstre som er knyttet til flyktninghelsetjenesten og skolehelsetjenesten i videregående skole, og omtrent hver åttende helsesøster har arbeid innenfor disse områdene. Dette betyr at det er liten grad av hele stillinger innenfor de ulike arbeidsområdene til helsesøstrene. Mellom 70 og 80 prosent av helsesøstrene jobber i mindre enn 50 prosent stillinger ved hhv helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Flest små stillingsprosenter finnes innenfor smittevern og reisevaksinasjon, der 68 prosent av helsesøstrene innehar stillinger som er mindre enn 20 prosent av en hel stilling. I helsestasjon for ungdom innehar 60 prosent av helsesøstrene slike små stillinger.

Gitt de mange ulike arbeidsområdene helsesøstrene arbeider innenfor, er det behov for bred og til dels svært ulik utdanning og kunnskap. Vi har sett på kompetanse i forhold til videreutdanning, etterutdanning og diverse kompetanseheving gjennom kursing. Undersøkelsen vår viser at 45 prosent av helsesøstrene har gjennomført, eller er i gang med, videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen. De fleste av disse er videreutdannet innen administrasjon og ledelse og nesten en av tre har videreutdanning på dette området. 27 prosent av helsesøstrene har videreutdanning innen veiledning og konsultasjonsteknikk. Omtrent en av åtte har videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Mellom tre og f prosent av helsesøstrene har videreutdanning som jordmor, pediatrik sykepleier, innen familierapi, ammeveiledning, migrasjonshelse og sexologi. Hele 92 prosent av de som har videreutdanning innen ammeveiledning mener at videreutdanningen anvendes i stor grad i praksis. Videreutdanning i veiledning og konsultasjonsteknikk, samt psykososialt arbeid for barn og unge er andre videreutdanninger som har høy relevans i praksis.

I alt 61 prosent av helsesøstre som ikke har tatt - eller er i gang med en videreutdanning mener at de har behov for dette. De typer videreutdanning helsesøstre i størst grad opplever å ha behov for er innen psykososialt arbeid med barn og unge, og innen familieveiledning/foreldresamarbeid. Her ligger klart det største behovet, men det er også behov for videreutdanning innen for eksempel veiledning/konsultasjonsteknikk, familierapi og rusproblematikk. Over halvparten av helsesøstrene har, - eller er i gang med en etterutdanning. Prevensjonsforeskrivning er den utdanningen flest helsesøstre har tatt eller holder på med, mens omtrent halvparten er skolert innen bruk av språkkartleggingsverktøy. En av fire helsesøstre har utdanningen Barn av psykisk syke. Blant de som ikke har tatt etterutdanning er det i alt 45 prosent som rapporterer at de har behov for etterutdanning i praksis. De to klart mest etterspurte utdanningene i denne gruppen er Barn i risiko for utvikling av atferdsvansker og Barn av psykisk syke.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er fylkesvise forskjeller i ande helsesøstre med videre- og etterutdanning. Vi finner også at større kommuner har en høyere andel helsesøstre med videreutdanning enn mindre kommuner. Resultatet som viser geografiske forskjeller i helsesøstres utdanningsnivå underbygges i intervjuet med helsesøstre. Informantene i undersøkelsen mener at geografisk variasjon i kompetansenivå er et resultat av variasjon i kommuneøkonomi.

Fra tidligere undersøkelser vet vi at det er mange barn og unge som har behov for sammensatte tjenester. 42 prosent av helsesøstrene rapporterer at de i stor grad har et godt fungerende samarbeid med andre kommunale instanser overfor denne gruppen og 52 prosent svarer at samarbeidet i "noen grad" fungerer godt. Årsakene oppgis til i hovedsak å være ulik kultur og mangel på vedtak og rutiner for samarbeid. Det er etter hvert godt dokumentert at dette er hovedårsakene til manglende eller dårlig samarbeid (se for eksempel Norvoll, m fl., 2006). I gruppen barn og unge med behov for sammensatte tjenester finnes også de med psykiske problemer. Gjennom fokusgruppeintervjuet ble det sagt at arbeidet med denne gruppen utgjør en stor og økende del av helsesøsters virksomhet

Erfaringer fra prosjektet "Ungdom og utviklingsfremmende samtaler" dokumenterer at helsestasjonen og ungdomshelsestasjonen er gunstige steder å etablere kontakt med barn og unge som har psykiske vansker (Olaisen & Hvesser, 2006). I tillegg foreligger flere nyere undersøkelser som viser at helsesøstre har en sentral rolle og et viktig ansvar i arbeid med denne målgruppen (Andersson, 2006; Sitter & Andersson, 2005; Glavin & Helseth, 2005).

En tidligere spørreskjemaundersøkelse som er gjennomført blant helsesøstre ved helsestasjons - og skolehelsetjenesten (Glavin & Helseth, 2005) avdekker et behov hos helsesøstre for en kompetanseheving innen tema relatert til psykisk helse. Resultater fra foreliggende undersøkelse er i samsvar med slike funn. Fra intervjuundersøkelsen kommer det frem at det er et stort behov for økt kompetanse innen psykisk helse blant helsesøstre, og at det i dag foregår mye "synsing" når det gjelder vurdering av barns helsetilstand. Resultater fra kartleggingsundersøkelsen viser at helsesøstre er betydelig mer tilfreds med den kompetansen de har innen primærforebyggende/helsefremmende arbeid, sammenlignet med tema relatert til psykisk helse. En av fem helsesøstre mener de ikke har nok kompetanse i forhold til å yte hjelp for barn med psykiske problemer. I alt 34 prosent av helsesøstrene rapporterer at de i liten grad er tilfreds med det kompetansegrunnlaget de har i forhold til å håndtere barn av psykisk syke foreldre. Tilfredshet med egen kompetanse innen for disse tema øker imidlertid noe med helsesøsters erfaring og alder.

Kompetanse innen konsultasjonsteknikker, både overfor barn, ungdom og foreldre med psykiske problemer er etterspurt av en høy andel helsesøstre. Videre finner vi at 40 prosent ønsker økt kompetanse innen tidlig identifikasjon av barn med psykiske problemer. Om lag 20-35 prosent av helsesøstrene rapportere et behov for økt kompetanse innen ulike problemområder relatert til barn og unges psykiske helse. Selvskading, rusproblematikk, seksuelle overgrep og atferdsproblematikk er de problemområdene der helsesøster i størst grad opplever å ha mangelfull kompetanse.

Referanser

Andersson, H.W., & Ose, S.O. (2006). Unmet mental health service needs among Norwegian children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. Under publisering

Andersson, H.W., Røhme, K., & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge- Opptreppingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2. SINTEF Helse, Rapport A055002,

Andersson, H.W., Ådnanes, M., & Hatling, T. (2004). Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. SINTEF Rapport. STF78 A045012.

Andersson, H.W. (2006). Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Helse, Rapport A199.

Denning, J.D., & Verschelden, C. (1993). Using the focus group in assessing training needs: empowering child welfare workers. *Child Welfare*, 72, 569-579.

Glavin, K., & Helseth, S. (2005). Fag i utvikling: Kunnskap I tråd med samfunnets behov. *Sykepleien*, 5.

Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, FOR 2003-04-03 nr 450.

Høgskolen Diakonova (2006). Forslag til etterutdanning i psykisk helsearbeid for helsesøstre ansatt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Delrapport 1.

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Kristoffersen, L. (2006). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Abstrakt forlag AS: Oslo.

Kreuger, R. (1988). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage.

Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnanes, M., & Ose, S.O., (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF Rapport A246.

Olaisen, K., & Hvesser, A. (2006). Foreløpig oppsummering fra prosjektet "Ungdom og utviklingsfremmende samtaler", (personlig kommunikasjon).

Rygge, E. Å. (1995). Helsestasjonen liv laga? Gode metoder for samarbeid mellom lege og helsesøster. *Utposten*, 4.

Sosial- og helsedirektoratet (2003)a. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.

Sosial- og helsedirektoratet (2003)b. Opptreppingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger. Rapport IS-1127.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Nyhetsbrevet Psykisk*, nr. 6.

St.prp. nr 1, 2006-2007. Regjeringen Stoltenbergs forslag til statsbudsjett for 2007.

St. prp. nr. 63 (1997- 98). Om Opptreppingsplanen for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

St. meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

