

Utdypende informasjon om bakgrunnen for beregningene i verktøyet (bakgrunnsdokumentet)

Innhold

Innhold	1
Beregningsverktøy for bemanning i helsestasjonen 0- 5 år.	2
Bolk 2: Kompetanseheving, befolkningsrettet arbeid og administrative oppgaver	2
Kompetanseheving	3
Befolkningsrettet arbeid	4
Administrative oppgaver.....	5
Bolk 3: Tidsbruk på konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet	5
Tidsberegning av konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet	5
Særlig om tidsestimering av gruppekonsultasjoner	8
Bolk 4: Tidsestimering ved bruk av tolk	8
Bolk 5: BCG-vaksinering	9
Bolk 6: Barn og familier med behov for ekstrakonsultasjoner	9
Bolk 7: Barn med behov for koordinator fra helsestasjonen og evt. individuell plan	9

Beregningsverktøy for bemanning i helsestasjonen 0- 5 år.

Helsedirektoratet har utarbeidet en prototype på et detaljert verktøy for planlegging av virksomheten og beregning av et minimumsbehov for bemanning i helsestasjon 0-5 år. Formålet med verktøyet er å bidra til bedre planlegging av virksomheten, synliggjøre oppgavene omfattet av Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, og skape større bevissthet rundt hva tjenesten bruker tiden sin på.

Helsedirektoratet ønsker å teste funksjonaliteten i verktøyet, samt om det oppleves som nyttig i planleggingen av virksomheten i helsestasjonstjenesten. Vi har derfor valgt å publisere prototypen på våre nettsider, slik at de som ønsker det, kan ta verktøyet i bruk. Etter en testperiode på noen uker, ønsker vi å gjennomføre en evaluering av verktøyet.

Beregningsverktøyet tar utgangspunkt i å oppdatere tidsberegningene i [IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#), med utgangspunkt i den nye [Nasjonal faglig retningslinjen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom](#).

I arbeidet med tidsberegningene har Helsedirektoratet gjennomført innspillsmøte med åtte ledere/fagledere av tjenesten, fra små og store kommuner i ulike deler av Norge, valgt ut ved hjelp av Landsgruppen for helsesykepleiere (LaH). I tillegg har vi utvekslet e-post og hatt telefonkontakt med fem IP-koordinatorer fra ulike kommuner, gjennomført telefonmøte med barnefysioterapiforbundet og allmennlegeforeningen. Verktøyet er pretestet i tre kommuner med ulik størrelse, og på bakgrunn av innspill videreutviklet til en prototype som vi nå ønsker at flere ledere tester.

Kommunens befolkningssammensetning og geografiske forskjeller vil påvirke bemanningsbehov på den enkelte helsestasjon. I tillegg organiserer kommuner helsestasjonstilbudet ulikt. Helsedirektoratets tidsestimering er basert på hva vi mener er nødvendig for å utføre oppgavene tjenesten er pålagt gjennom lovverket, samt de anbefalte oppgavene i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, på en god og forsvarlig måte. Den enkelte helsestasjon må likevel vurdere hvordan oppgavene ivaretas best hos seg, og gjøre nødvendige endringer i våre tidsestimeringer. Verktøyet er laget for å kunne ivareta variasjonene mellom kommunene i større grad enn bemanningsnormen i Utviklingsstrategien.

Nedenfor gjøres det rede for oppbyggingen av beregningsverktøyet, og for bakgrunnen for tidsestimatene.

Bolk 2: Kompetanseheving, befolkningsrettet arbeid og administrative oppgaver

I tillegg til å følge opp barn og familier gjennom de anbefalte konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet og eventuelle ekstrakonsultasjoner, finnes det i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten en rekke anbefalinger knyttet til

kompetanseheving, befolkningsrettet arbeid og andre administrative oppgaver. Det er viktig at det settes av tid til å gjøre slike oppgaver i tjenesten.

I bolk 2 i beregningsverktøyet kan man sette inn hvor stor andel av de ansattes stillinger som brukes til disse oppgavene.

Helsedirektoratet har beregnet at følgende stillingsandeler bør settes av til kompetanseheving, befolkningsrettet arbeid og administrative oppgaver:

Helsesykepleier bør sette av 35 % av stillingen sin, fordelt slik:

- 5 % av stilling til kompetanseheving
- 15 % av stilling til befolkningsrettet arbeid
- 15 % av stilling til administrative oppgaver.

Lege bør sette av 15 % av stillingen sin, fordelt slik:

- 5 % av stilling til kompetanseheving
- 5 % av stilling til befolkningsrettet arbeid
- 5 % av stilling til administrative oppgaver.

Fysioterapeut bør sette av 15 % av stillingen sin, fordelt slik:

- 5 % av stilling til kompetanseheving
- 5 % av stilling til befolkningsrettet arbeid
- 5 % av stilling til administrative oppgaver.

Med "andeler av stillingen" menes ikke andel av et fullt årsverk. Andel av en stilling som bør brukes til befolkningsrettet arbeid, administrative oppgaver og kompetanseheving vil være fast, men hvor mye tid dette faktisk utgjør, vil variere etter hvor stor stillingsprosent hver enkelt har. Dette kan illustreres med et eksempel: Et helsesykepleierårsverk utgjør 1688 timer. Hvis en helsesykepleier jobber i 100 % stilling, bør vedkommende bruke 35 % av 1688 timer = 590,8 timer på kompetanseheving, befolkningsrettet arbeid og administrative oppgaver. Hvis en helsesykepleier jobber i 50 % stilling, bør vedkommende bruke 35 % av 844 timer = 295,4 timer på kompetanseheving, befolkningsrettet arbeid og administrative oppgaver.

I det følgende vil vi gjøre rede for hvilke typer oppgaver som omfattes av de ulike kategoriene, med lenker til de aktuelle anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kompetanseheving

Å sørge for at de ansatte har tilstrekkelig fagkompetanse, er en del av kommunens ansvar for å sørge for at tjenestene som tilbys er forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Det inngår også i styringssystemet å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og sørge for at de har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 7.

I retningslinjen er dette understreket ytterligere i anbefalingen Kompetanse, i kapittelet Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning. Selv om det er et lederansvar å sørge for oversikt over

kompetansebehov, er det også nødvendig å sette av tid til at de ansatte kan tilegne seg ny kunnskap eller opprettholde kompetanse, for eksempel gjennom kurs eller veiledning.

Relevante anbefalinger:

- [Kompetanse: Ledelsen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom](#)

Befolkningsrettet arbeid

Helsestasjonen er en del av kommunens helsefremmende og forebyggende tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 1 og § 3-3, og innehar flere typer oppgaver som ikke omhandler direkte oppfølging av barn/familier. Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten pålegger, og nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefaler, en rekke oppgaver av mer befolkningsrettet karakter.

Typen oppgaver som inngår i kategorien "befolkningsrettet arbeid" vil kunne variere fra helsestasjon til helsestasjon, men typiske oppgaver vil være systemrettet samarbeid med andre tjenester/aktører, tiltak for å sikre tilgjengelighet (for eksempel gjennom åpen helsestasjon) og tiltak for å sikre brukermedvirkning. Den enkelte helsestasjon må selv vurdere hvilke oppgaver de gjør som kan falle inn under kategorien befolkningsrettet arbeid.

I retningslinjen, finner man anbefalinger knyttet til befolkningsrettet arbeid i kapitlene Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning, Fellesdel: Samhandling og samarbeid og Helsestasjon 0-5 år.

Relevante anbefalinger:

- Anbefalinger knyttet til samhandling og samarbeid:
 - [Koordinerende enhet: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering](#)
 - [Barnevernet: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal ha et systematisk samarbeid med barnevernet](#)
 - [Folkehelsearbeid: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med ansvarlig for kommunenes folkehelsearbeid](#)
 - [Fastlege: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med barnets/ungdommens fastlege](#)
 - [Kommunelegen: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal etablere samarbeid med kommunelegen](#)
 - [Psykolog: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med psykolog og kommunens øvrige psykiske helsetjenester](#)
 - [NAV: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør samarbeide med NAV](#)
 - [Tannhelsetjenester: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med den offentlige tannhelsetjenesten](#)
 - [Barnehager: Helsestasjonen skal ha et systematisk samarbeid med barnehager i kommunen](#)
- [Lavterskeltilbud: Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom](#)
- [Brukermedvirkning: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal sikre brukermedvirkning](#)

Administrative oppgaver

I tillegg til befolkningsrettede oppgaver og oppgaver knyttet til oppfølgingen av barn og familier, har de ansatte på helsestasjonen behov for at det settes av tid til å gjøre ulike administrative oppgaver. Dette kan både inkludere tradisjonell kontortid, der man for eksempel setter av tid til å skrive barnevernsmeldinger og til å følge opp barn som har uteblitt fra konsultasjoner, og tid til interne møter (for eksempel planlegging av virksomheten, avdelingsmøter, møter om oppfølging av avvik, mv.).

Flere av anbefalingene i Fellesdel: Styring, ledelse og brukermedvirkning vil være relevante for kategorien "administrative oppgaver". Det er viktig å skille mellom hvilke oppgaver som skal ivaretas av leder og hvilke oppgaver alle de ansatte skal bidra inn i. Flere av oppgavene knyttet til oppfølging av styringssystemet er tradisjonelle lederoppgaver, men der de ansatte typisk involveres i noen grad. Den enkelte helsestasjon må vurdere hvilke oppgaver alle de ansatte bidrar inn i, og beregne hvor stor andel av stillingene som bør settes av til dette.

Det understrekes at Helsedirektoratets tidsestimeringer ikke tar inn over seg lederoppgaver, og at beregningsverktøyet er laget for å beregne bemanningsbehov for ordinære ansatte.

Merk at "kontortid" i denne sammenheng ikke innebærer forarbeid og etterarbeid knyttet til konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet. For- og etterarbeid skal beregnes inn i tidene man setter av til hver enkelt konsultasjon, se bolk 3.

Relevante anbefalinger:

- [Styringssystem: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal ha et styringssystem for internkontroll](#)
- [Ansvars - og oppgavefordeling: Ledelsen skal sikre god og tydelig ansvars- og oppgavefordeling i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom](#)
- [Kvalitet og pasientsikkerhet: Ledere i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet](#)
- [Opplysningsplikt: Helsepersonell skal melde fra til barnevernet når vilkårene for opplysningsplikt er oppfylt.](#)
- [Styringssystem opplysningsplikt: Kommunen skal ha et styringssystem som ivaretar opplysningsplikten](#)
- [Barn som ikke møter: Helsestasjonen bør ha rutiner for å følge opp foreldre og barn som ikke møter til konsultasjoner](#)

Bolk 3: Tidsbruk på konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet

Tidsberegning av konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet

I Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det anbefalt et helsestasjonsprogram bestående av 14 konsultasjoner som tilbys alle barn/familier. Det er anbefalt noe ulikt opplegg på de ulike konsultasjonene, noe som innebærer at det er behov for å sette av ulik tid til de ulike konsultasjonene.

Helsedirektoratet har, i samarbeid med ledere fra ulike kommuner i landet, gjennomgått oppgavene knyttet til de ulike konsultasjonene, og beregnet hvor mye tid man bør sette av. Det redegjøres for tidsberegningene i skjemaet under.

Konsultasjon	Tidsbruk (detaljert)	Kommentar/forklaring for beregning
Hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel	Helsesykepleier: 150 min <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 60 min For- og etterarbeid: 90 min 	Tidsberegningen er bygget opp slik: 60 min til konsultasjonen + 60 minutter til reise frem og tilbake (det er lagt inn 30 minutters reisevei hver vei) + 30 minutter til for- og etterarbeid + "buffer". Det er viktig å etablere gode relasjoner og ha tid til å ta det som kommer frem på hjemmebesøket. Mange beskriver at de ofte bruker mer enn en time på selve konsultasjonen, derfor er det lagt inn ekstra god tid til for- og etterarbeid, slik at man skal ha tid til å bruke mer tid ved behov.
4 uker (gruppe, sterk anbefaling)	Helsesykepleier: 20 min per barn <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 15 min per barn For- og etterarbeid: 5 min per barn Fysioterapeut: 15 min per barn <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 10 min per barn For- og etterarbeid: 5 min per barn 	Det beregnes at tid til gruppekonsultasjonen settes til 1 time. Dersom man har grupper på i gjennomsnitt 4 barn, vil dette utgjøre 15 minutter per barn. Det legges opp til at fysioterapeuten deltar på deler av gruppekonsultasjonen, tilsvarende 10 minutter per barn.
6 uker	Helsesykepleier: 40 min <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 30 min For- og etterarbeid: 10 min Lege: 30 min <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 20 min For- og etterarbeid: 10 min 	Kommunene løser denne konsultasjonen på ulik måte – mange deler opp konsultasjonen slik at barnet først er hos helsesykepleier, og deretter er hos lege, mens hos andre deltar lege og helsesykepleier sammen på hele konsultasjonen. Total tid brukt på selve konsultasjonen, som inkluderer besøk hos helsesykepleier og besøk hos lege, bør være 50 minutter.
3 måneder	Helsesykepleier: 60 min <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 45 min For- og etterarbeid: 15 min 	3-månederskonsultasjonen er en omfattende konsultasjon, der det ofte har skjedd stor utvikling hos barnet siden forrige konsultasjon ved 6 uker. Dette er et viktig tidspunkt å ha tid til å tematisere for eksempel samspill.
4 måneder (gruppe, sterk anbefaling)	Helsesykepleier: 20 min <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 15 min For- og etterarbeid: 5 min Fysioterapeut: 20 min <ul style="list-style-type: none"> Tidsbruk på konsultasjon: 15 min For- og etterarbeid: 5 min 	Det beregnes at tid til gruppekonsultasjonen settes til 1 time. Dersom man har grupper på i gjennomsnitt 4 barn, vil dette utgjøre 15 minutter per barn. Det legges opp til at fysioterapeuten deltar på gruppekonsultasjonen, tilsvarende 15 minutter per barn.

5 måneder (svak anbefaling om gruppe)	Helsesykepleier: 45 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 30 min • For- og etterarbeid: 15 min 	Denne konsultasjonen er estimert som en individuell konsultasjon, selv om retningslinjen har en svak anbefaling om gruppe. Dette er basert på tilbakemeldinger fra kommuner, som blant annet sier det er vanskelig å gjennomføre konsultasjonen som gruppekonsultasjon når det er lagt opp til at det skal settes vaksiner.
6 måneder	Helsesykepleier: 40 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 30 min • For- og etterarbeid: 10 min Lege: 30 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 20 min • For- og etterarbeid: 10 min 	
8 måneder (svak anbefaling om gruppe)	Helsesykepleier: 30 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 20 min • For- og etterarbeid: 10 min Fysioterapeut: 15 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 10 min • For- og etterarbeid: 5 min 	"Mellomløsning" – noen har dette som en individuell konsultasjon, noen har det som gruppe. Kan legge opp til en kort individuell konsultasjon eller en lengre gruppekonsultasjon, tilsvarende 20 min per barn.
10 måneder (svak anbefaling om gruppe)	Helsesykepleier: 30 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 20 min • For- og etterarbeid: 10 min 	"Mellomløsning" – noen har det dette som en individuell konsultasjon, noen har det som gruppe. Kan legge opp til en kort individuell konsultasjon eller en lengre gruppekonsultasjon, tilsvarende 20 min per barn.
12 måneder	Helsesykepleier: 40 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 30 min • For- og etterarbeid: 10 min Lege: 30 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 20 min • For- og etterarbeid: 10 min 	Kommunene løser denne konsultasjonen på ulik måte – mange deler opp konsultasjonen slik at barnet først er hos helsesykepleier, og deretter er hos lege, mens hos andre deltar lege og helsesykepleier sammen på hele konsultasjonen.
15 måneder	Helsesykepleier: 45 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 30 min • For- og etterarbeid: 15 min 	Ved 15 måneder begynner mange barn å vise egenvilje, og mange beskriver at det kan være utfordrende å gjennomføre deler av konsultasjonen, herunder veiing og måling og vaksinerings. Det er derfor lagt inn ekstra god tid til for- og etterarbeid, slik at man skal ha tid til å bruke mer tid ved behov.
17-18 måneder (gruppe)	Helsesykepleier: 20 min per barn <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 15 min per barn • For- og etterarbeid: 5 min per barn Fysioterapeut: 15 min per barn <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 10 min per barn • For- og etterarbeid: 5 min per barn 	Det beregnes at tid til gruppekonsultasjonen settes til 1 time. Dersom man har grupper på i gjennomsnitt 4 barn, vil dette utgjøre 15 minutter per barn. Det legges opp til at fysioterapeuten deltar på deler av gruppekonsultasjonen, tilsvarende 10 minutter per barn. Mange kommuner har uttrykt at det er vanskelig å gjennomføre gruppekonsultasjon ved 17-18 måneder.

2 år	Helsesykepleier: 60 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 45 min • For- og etterarbeid: 15 min Lege: 30 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 20 min • For- og etterarbeid: 10 min 	Dette er en krevende konsultasjon for mange. Mye skal gjennomgås, barna kan være lite samarbeidsvillige, språktest kan være utfordrende, og det er lenge til helsestasjonen ser barnet igjen på 4-årskonsultasjon.
4 år	Helsesykepleier: 75 min <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk på konsultasjon: 60 min • For- og etterarbeid: 15 min 	Dette er en omfattende konsultasjon, der man er avhengig av god tid for å få gjennomført alt, samtidig som man opprettholder samarbeidsvillighet med barnet.

Relevante anbefalinger:

- Alle anbefalingene i [kapittelet Helsestasjon 0-5 år](#).

Særlig om tidsestimering av gruppekonsultasjoner

Hesledirektoratets tidsestimat på gruppekonsultasjoner med sterk anbefaling er 20 minutter (15 minutter konsultasjonstid + 5 minutter for- og etterarbeid) per barn. Der det er svak anbefaling om gruppekonsultasjon er tiden utvidet til 30 minutter (20 minutter konsultasjon + 10 minutter for- og etterarbeid), for å illustrere at disse konsultasjonene løses på ulik måte i kommunene – noen gjennomfører konsultasjonen som gruppe, andre som individuell konsultasjon.

På 5-månederskonsultasjonen fikk vi mange tilbakemeldinger om at det var vanskelig å gjennomføre gruppekonsultasjon, blant annet på grunn av flere vaksiner. Vi har derfor valgt å estimere denne konsultasjon som individuell konsultasjon.

Relevante anbefalinger:

- [Gruppekonsultasjoner: Helsestasjonen bør gi alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner](#)

Bolk 4: Tidsestimering ved bruk av tolk

Når det er nødvendig for å sikre at barna/familiene får den informasjon de har krav på, skal det benyttes tolk i konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet, og ved eventuelle ekstrakonsultasjoner som barnet/familien har behov for. Behovet for og bruk av tolk varierer mellom kommunene.

Ved bruk av tolk dobles konsultasjonstiden og tid til for- og etterarbeid i skjemaet for beregning av bemanning, ettersom man ofte trenger vesentlig lenger tid på å gjennomføre konsultasjonen med en tolk.

Beregningsverktøyet er lagt opp til at det legges inn andel barn/familier med behov for tolk, og verktøyet regner da automatisk ut at disse trenger dobbelt så mye tid til konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet.

Bolk 5: BCG-vaksinering

BCG-vaksine skal settes i løpet av første leveår for enkelte grupper barn. Tall fra folkehelseinstituttet viser at cirka 20 prosent av barna født i Norge bør tilbys BCG-vaksine, men antall barn vil variere mellom kommunene.

Det kan være krevende å sette BCG-vaksine, og ofte må man være to som samarbeider om oppgaven. Helsestasjonene legger opp BCG-vaksineringen forskjellig – noen gjør dette på en av de allerede oppsatte konsultasjonene, mens andre setter opp en ekstrakonsultasjon kun for vaksineringen og noen steder har de spesielle tider hvor de vaccinerer flere barn på et tidspunkt. Gjennomsnittstid for å sette BCG er beregnet til 15 minutter per barn.

Relevante anbefalinger:

- [Barnevaksinasjon: Helsestasjonen skal tilby vaksinasjon i tråd med Barnevaksinasjonsprogrammet](#)

Bolk 6: Barn og familier med behov for ekstrakonsultasjoner

Helsestasjonen bør ha tilstrekkelig bemanning for å kunne tilby ekstrakonsultasjoner utover de 14 standardkonsultasjonene i helsestasjonsprogrammet til barn og familier med behov. Det kan særlig være behov for ekstrakonsultasjoner første leveår (utfordringer med vektoppgang, oppstart amming, samspill, søvn mv.) og for familier med kort liggetid på barselavdelingen. For noen kan det være behov for å gjennomføre ekstra hjemmebesøk, og dette vil også inngå som en ekstrakonsultasjon.

Basert på innspill fra ulike kommuner, er Helsedirektoratets estimat at cirka 20 % av fødslene vil ha behov for ekstrakonsultasjoner utover de 14 konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet. For disse 20 prosentene, er det beregnet at man bruker i gjennomsnitt 10 timer ekstra.

Det estimerte behovet for ekstrakonsultasjoner er beregnet ut fra at man følger helsestasjonsprogrammet og barselsretningslinjene med tidlig hjemmebesøk av jordmor. Det kan være behov for flere ekstrakonsultasjoner for kommuner som ikke følger programmet.

Relevante anbefalinger:

- [Oppfølgende hjemmebesøk: Helsestasjon bør vurdere hjemmebesøk som oppfølgingstiltak til familier med behov](#)
- [Helsestasjonsprogrammet: Alle barn 0–5 år bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen](#)

Bolk 7: Barn med behov for koordinator fra helsestasjonen og evt. individuell plan

Personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Kommunen har tilsvarende plikt til å utarbeide individuell plan for disse pasientene/brukerne, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1.

Kommunen skal også tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient/bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet. Det skal oppnevnes koordinator uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker å benytte seg av retten til individuell plan.

Når et barn/en familie ikke benytter seg av individuell plan, opprettes det mange steder ansvarsgrupper, med deltakere fra ulike tjenester og sektorer, som koordineres av den oppnevnte koordinatoren.

Roller som koordinator kan legges til de ansatte i helsestasjonstjenesten dersom kommunen mener de er best egnet til å inneha rollen. Koordinatorarbeid kan kreve vesentlige ressurser fra helsestasjonen, og det kan derfor være viktig å synliggjøre hvor mye tid man bruker dette.

Helsedirektoratet har fått tilbakemeldinger om at det første året med IP/ansvarsgruppe/koordinatoransvar krever noe mer ressurser enn årene der planen kun skal følges opp. Det er estimert at oppstart av individuell plan/ansvarsgruppe/annet koordinatorarbeid vil kreve cirka 35 timer. Det er estimert at oppfølging av en individuell plan/ansvarsgruppe/annet koordinatorarbeid vil kreve cirka 25 timer i gjennomsnitt i året. Det er videre estimert at barn i gjennomsnitt har behov for koordinator fra helsestasjonene i to år. Helsedirektoratets estimat er derfor at det vil kreve cirka 30 timer i gjennomsnitt å starte opp og følge opp en individuell plan/ansvarsgruppe/annet koordinatorarbeid i året.

Helsedirektoratet har i beregningsverktøyet lagt til grunn at helsesykepleier i de fleste tilfellene innehar rollen som koordinator når koordinatorrollen er lagt til helsestasjonen. I noen tilfeller kan det være naturlig at andre profesjoner på helsestasjonen fungerer som koordinator, for eksempel fysioterapeut. Dette kan man selv legge inn i beregningsverktøyet.

Behovet for ressurser til oppstart og oppfølging av individuell plan/ansvarsgruppe/annet koordinatorarbeid er estimert på bakgrunn av estimater fra Utviklingsstrategien, dialog med helsestasjonstjenesten i flere kommuner, samt dialog med koordinatorene i fem ulike fylker. Tilbakemeldingene er at det er stor variasjon i hvilken grad IP og annet koordinatoransvar følges opp av helsestasjonen eller annen instans i kommunen. Det er også stor variasjon i når barna starter med IP/ansvarsgrupper og hvor store behov barna har. Estimater legger til grunn at barna i snitt har individuell plan/ansvarsgruppe i to år i løpet av tidsperioden for helsestasjonsprogrammet (fra fødsel til skolestart).

Vi erfarte at det er vanskelig å tidfeste koordinatorarbeid på helsestasjon, fordi det er stor variasjon på antall barn, og varierende tidsbruk. Det finnes ikke en lands- eller kommuneoversikt over barn som har behov for IP eller koordinator i Norge, og ikke en oversikt over hvor mye tid det brukes på hvert enkelt barn. Tilbakemeldinger fra erfarne koordinatorene er at tidsbruk kan variere fra noen timer til 100 timer med oppfølging i året. Det knyttes derfor noe usikkerhet til tidsestimatet.