

**EN FORSVARLIG  
SKOLEHELSETJENESTE?**



## En forsvarlig skolehelsetjeneste?

Skolehelsetjenesten, med helsesøster i spissen, skal ikke bare gi vaksiner eller gi råd om kosthold og prevensjon. Helsesøster har også en mulighet til å være en viktig voksenperson for barn på flere måter. Hun oppleves ofte som en ufarlig voksen som barn kan snakke med når livet byr på store utfordringer. Helsesøster kan lytte, hun kan gi råd og hun kan hjelpe barn med å komme i kontakt med andre tjenester hvis hun ser at det er nødvendig. Det er mye forebyggende helsearbeid i dette.

Skolehelsetjenesten er elevenes egen lovpålagte helsetjeneste. I tillegg til lovpålagte oppgaver som vaksinerings, måling og veiing, har tjenesten en unik mulighet til å treffe barn og unge på deres arena og bidra til at de får rask hjelp når noe er vanskelig.

**B**arnekonvensjonens artikkel 24 understreker statens og kommunenes ansvar for å sikre barn og unge kvalitativt gode og tilstrekkelige helsetjenester. Den kommunale helse- og omsorgsloven (Helse- og omsorgsloven) nevner eksplisitt skolehelsetjenesten som en del av kommunens forebyggende- og helsefremmende tjenester.<sup>2</sup> Ved å fremheve dette tilbudet spesifikt i loven, gis det klar beskjed om at et slikt tilbud inngår i en forsvarlig helsetjeneste for barn og unge.

Barneombudet har i mange år vært usikker på om skolehelsetjenesten er bemannet på en forsvarlig måte. Mange barn og unge har gitt oss bekymringsfulle innspill om hvordan det står til på deres skole.

Vi er klar over at det er variasjoner mellom kommuner og mellom ulike skoler, men i grove trekk: Står det så dårlig til i skolehelsetjenesten som

det vi kan få inntrykk av? Og hvis så, hva må til for å få den opp på et nivå som gjør den til et reelt og forsvarlig tilbud til barn og unge?

I denne delen av prosjektet har det vært viktig for oss å få vite mer om en tjeneste som vi så ofte anbefaler barn og unge å ta kontakt med. Vi må kunne føle oss trygge på at denne tjenesten faktisk finnes der ute, og gir et godt tilbud.

## Metode

For å få informasjon om hvordan skolehelsetjenesten fungerer, har Barneombudet snakket med barn og unge om deres erfaringer med skolehelsetjenesten. Vi har gjennomført tilsammen 12 ekspertmøter<sup>3</sup> spredt på fylkene Troms, Oslo, Østfold og Hordaland. Ungdommene representerer både små og store kommuner. Noen av gruppene

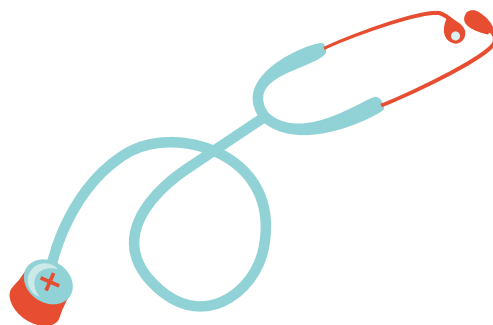


er tilfeldig sammensatt fra de skolene de går på. Andre er satt sammen fordi de har erfaringer med å bruke skolehelsetjenesten. Vi har også fått kunnskap fra barn som har deltatt i Barneombudets ekspertgrupper med barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og barn med flukt-bakgrunn.

For å danne oss et mer helhetlig bilde av barn og unges helse og dagens situasjon i skolehelsetjenesten, har vi sett på tilgjengelige data fra undersøkelser om barn og unges helsetilstand. Vi har også snakket med fag- og forskningsmiljøer, samt besøkt fylkesmannsembeter.

Videre har vi hatt møter med representanter fra Landsgruppen for helsesøstre i Norsk sykepleierforbund, Helsedirektoratet, Kommunenes Sentralforbund (KS), Norsk Institutt for by- og regionforskning (NIBR), NOVA, Fylkesmannen i Østfold

og Oslo/Akershus og Statens Helsetilsyn. I tillegg har vi drøftet problemstillinger om skolehelsetjenesten med helsesøstergruppen i Oslo, lokale helsesøstre i andre kommuner, rektorer, politisk ledelse i kommuner, kommunaldirektører og virksomhetsledere.



# En skolehelsetjeneste på elevenes arena

**S**kolehelsetjenesten er plassert på skolen, på barnas arena. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud hvor elever kan droppe innom uten timeavtale, uten lang ventetid og uten at det koster penger. Det gjør at helsesøster, og andre ansatte i denne tjenesten, har en unik mulighet til å møte og hjelpe alle barn og unge der de er, på deres premisser og uavhengig av sosial bakgrunn og tilhørighet.

I Folkehelsemeldingen heter det at skolehelsetjenesten skal være en støtte for barn og unge i en sårbar fase i livet. Rundt halvparten av elevene i ungdomsskolen og videregående skole bruker tjenesten. Dette gjør det mulig å avdekke problemer tidlig, og å nå frem til alle barn og unge uavhengig av sosial bakgrunn.<sup>4</sup> Å komme tidlig inn i en problemutviklingsfase betyr at barnet raskt kan få hjelp når noe er vanskelig, for eksempel på skolen, med venner, eller i hjemmet. En kompetent helsesøster kan støtte og veilede barnet til riktig hjelp. Dette kan forebygge at plagene får utvikle seg og bli så alvorlige at barnet blir behandlingstrengende og må henvises til psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Her er det i tillegg ofte lange ventelister på å komme i behandling.

## Elevene ønsker en tilgjengelig skolehelsetjeneste

*«Og ikke si at jeg skal oppsøke helsesøster, for hun er ikke der!»*

Et lavterskeltilbud betyr at den som trenger bistand, i denne sammenheng eleven, får hjelp uten å måtte vente for lenge. Det betyr at skolehelsetjenesten ikke skal operere med ventelister slik at den som står på døra likevel blir nødt til å vente i flere uker. Noe av poenget med et lavterskeltilbud faller da bort.

Dagens tilbud om skolehelsetjeneste er i følge elevene for dårlig, blant annet nettopp fordi helsesøster

mange steder har ventelister. På mange skoler er hun heller ikke til stede hver dag. Noen steder er hun ikke til stede i det hele tatt.

*«Kom til meg neste uke kl. to»  
- det funker ikke det, men sånn er det nesten nå.»*

Elevene mener det er uholdbart å vente lenge på time hos helsesøster. Noen må vente 2-3 uker. Andre forteller at helsesøster heller ikke er der når hun sier hun skal være der, og gir derfor opp videre kontakt. I kun ett av Barneombudets tolv ekspertmøter ga ungdom uttrykk for at helsesøster er tilgjengelig fordi hun er til stede hver dag. Ingen ungdommer i de øvrige ekspertmøtene ga uttrykk for det.

*«Jeg snakker med mor om kvelden, men å snakke med helsesøster om mobbing er bedre.»*

Barn og unge som var med i Barneombudets ekspertgrupper med barn utsatt for vold og overgrep<sup>5</sup>, fortalte også at de opplever at det er for få helsesøstre, og at de er for lite på skolen.

*«Jeg har ikke fått sjansen til å snakke med helsesøster, for hun er på skolen bare annenhver uke og mest for å sette sprøyter.»*

*«Det er for få helsesøstre, og de er for lite på skolen. De er på skolens område, og kan derfor være greie å snakke med om det meste.»*

Elever på de ulike klassetrinnene gir uttrykk for at helsesøster er flink til å behandle alle likt. Hun kan også hjelpe de elevene som ikke har det bra hjemme, de som blir mobbet og de som bare trenger noen å snakke med.

Elevene ønsker at helsesøster skal være på skolen hver dag. Imidlertid er ikke dette alltid tilstrekkelig. Hvis det er en stor skole, kan det være behov for flere ansatte som følger opp de barna som trenger hjelp fra skolehelsetjenesten.

I tillegg må skolehelsetjenesten ligge på et litt «nøytralt» sted på skolen. Et nøytralt sted er viktig for at kontoret skal være lett å oppsøke og at ikke alle andre ser at du går til helsesøster, mener elevene.

## Råd fra elever om skolehelsetjenesten:

- Det må være nok ansatte i skolehelsetjenesten
- Helsesøster må være på skolen hver dag

## Elevene ønsker mer informasjon om tjenesten

En undersøkelse som ble gjennomført av Sykepleien<sup>6</sup> viser at helsesøstre ikke rekker å gjennomføre de lovpålagte oppgavene, og slett ikke har tid til å holde på med oppsøkende arbeid og informasjonsarbeid.

De fleste elevene vi snakket med visste hvem helsesøster var og hvor de kunne finne henne. Men, det var også en del som ikke visste når hun var til stede på skolen.

Mange elever savner at de ansatte i skolehelsetjenesten er mer aktive i elevmiljøet i friminutt og pauser, og i klassene. De mente at helsesøster bør gi mer informasjon om hva hun og andre i skolehelsetjenesten kan brukes til, og hvordan de kan hjelpe elever videre til annen hjelp. Barneombudet har



flere ganger fått innspill fra elever om at det er fint når helsesøster deltar på arrangementer på skolen og er synlig også utenfor kontorene til skolehelsetjenesten.

Elevene etterlyste også bedre kommunikasjon mellom skolehelsetjenesten, andre hjelpetjenester på skolene og lærerne. Tjenesten blir dårligere av generelt mangelfull kommunikasjon, mente elevene, og vil bli enda bedre hvis samarbeidet med andre blir forbedret.

Også Barneombudets ekspertgruppe med barn utsatt for vold og overgrep var opptatt av hva helsesøster bør informere om. De sa det var viktig at helsesøster informerer om taushetsplikten, men at hun også av og til må gå videre med informasjon. Flere i ekspertgruppen hadde en dårlig opplevelse i møte med helsesøster. Hun hadde blant annet ikke informert dem om hvem hun tok kontakt med, og heller ikke involvert dem i hvordan det skulle foregå.

## Råd til skolehelsetjenesten fra barn utsatt for vold og overgrep:

- Helsesøster må være ute i klasserommene og ellers være mer synlig blant elevene.
- Helsesøster må fortelle om hva hun kan hjelpe til med og hva barn kan snakke med helsesøster om. Fortell barna at det er ok å gå dit.
- Helsesøster må informere om taushetsplikten, men også at de noen ganger må gå videre med informasjonen.
- Helsesøster må følge opp fra første klasse og fremover.
- Helsesøster må fortelle på en «barnevennlig» måte, og ikke bruk vanskelige ord.

## Barneombudet anbefaler:

- Skolehelsetjenesten må oppsøke barn og unge aktivt og informere om tjenestetilbudet, meldeplikt og taushetsplikt.
- Skolehelsetjenesten må ha gode rutiner for samarbeid med elever og ansatte i skolen og kommunehelsetjenesten.

## Elevene savner mer kompetanse

**S**kolehelsetjenesten har en unik mulighet til å komme i kontakt med barn og unge, gi dem råd og hjelpe med det de måtte slite med. Både barn og ungdom har mange ulike utfordringer, enten det er i møte med venner, på skolen eller hjemme. Mange elever har også ulike helseutfordringer, både psykiske og/eller fysiske.

Nettopp på grunn av disse utfordringene er det kanskje heller ikke overraskende at elevene som Barneombudet snakket med savnet mer kompetanse hos ansatte i skolehelsetjenesten. Særlig var de opptatt av at helsesøster må ha mer kompetanse om psykiske helseplager.

Barn utsatt for vold og overgrep og barn med flukt-bakgrunn hadde også erfaringer og tanker om hvilken kompetanse helsesøster bør ha.

## Vold og overgrep

Barn og unge utsatt for vold eller seksuelle overgrep mente at helsesøster trenger mer kunnskap om seksuelle overgrep, incest og vold. Hun må også ha kunnskap om ulike andre instanser, og kunne bruke dem. Mange av de barna vi har snakket med har vært innom helsesøster i forbindelse med at volden eller overgrepet kom for dagen. Det er vanlig at barna først forteller om det til en venn, som så forteller videre til en voksen, ofte helsesøster. Det er derfor svært bekymringsfullt at mange av barna har dårlige erfaringer fra møtet med helsesøster. Noen få beskriver helsesøster som forståelsesfull, en som tok tak i saken på en god måte, en som kunne mye om seksuelle overgrep. Men flertallet av barna vi snakket med sa at helsesøster hadde lite kunnskap om vold og seksuelle overgrep, og at hun ikke klarte å møte dem på en ok måte.



---

*«Hun virket ikke interessert.  
Hun kunne ikke noe om overgrep  
og spurte ikke.»*

---

*«Det var som å snakke med en vegg.»*

---

Når helsesøster verken er interessert eller klarer å engasjere seg, er det lett å se at barna ikke følte seg ivaretatt.

## Barn med fluktbakgrunn

I ekspertmøter med barn og unge med fluktbakgrunn kom det frem at barna har ulike erfaringer med helsesøster. Noen opplevde helsesøster som «snill», og sa at de fremdeles har kontakt med henne. Andre opplevde at hun spurte altfor mye om ting som ikke var viktige for dem:

---

*«Det var ganske mange som ikke likte  
å få hjelp fordi de spurte om alt mulig.»*

---

Andre igjen opplevde at det å kontakte helsesøster ikke hjalp dem så mye:

---

*«Jeg snakket med helsesøster,  
men det hjalp ikke så mye,  
hun bare satt der og smilte.»*

---





Erfaringer fra delprosjektet om barn med flukt-bakgrunn viser at det er nødvendig å gi helsesøstre bedre kompetanse om flyktningbarn. Det er viktig både å kjenne til potensielle effekter av traumatiske opplevelser i hjemlandet og til de potensielle helseplagene av ventetiden i asylmottak.

## Psykiske helseplager

Elevene mente at helsesøstre generelt har behov for mer kunnskap om ungdom og psykisk helse. De kunne fortelle at mange unge sliter med psykiske helseplager, og at flere dropper ut av videregående på grunn av dette. Flere snakket om at ungdom har stressende liv og stressende hverdager.

*«Kjempeproblem med stresset i hverdagen. Ungdommer er generelt veldig stressa.»*

Forskning viser også at vi i dag har en ungdomsgenerasjon som er seriøs og opptatt av skolen, men som kanskje er mer stresset enn tidligere. Det er tendenser til økte bekymringer, søvnløshet og håpløshet med tanke på fremtiden blant et relativt stort antall unge.<sup>7</sup> Skolehelsetjenesten vil således være et viktig ledd for å forebygge at barn og ungdom med vansker i hverdagen utvikler større problemer.

Ansatte i skolehelsetjenesten rapporterer selv om at mange barn og unge sliter med psykiske helseplager.<sup>8</sup> Det er i dag beregnet at 70.000 barn og unge i alderen 3-18 år har så store problemer at det kvalifiserer til en psykisk lidelse.<sup>9</sup> Vi vet også at omtrent halvparten av alle psykiske lidelser inntreffer før barn fyller 14 år.<sup>10</sup> I tillegg viser beregninger at mellom 15-20 prosent av barn mellom tre og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.<sup>11</sup>

Det er nærliggende å tenke seg at helsesøster før eller siden vil komme i kontakt med de fleste av disse barna. Det er derfor forståelig at barn og unge er de første til å tenke at hun bør ha mer kompetanse på psykisk helse. Noen mener også at det kunne vært en psykolog i skolehelsetjenesten.

*«Det er ikke alt vi vil snakke med helsesøster om. Vi trenger en psykolog også.»*

Barneombudet har tidligere spilt inn til helsemyndighetene at det bør være en psykisk helse-tjeneste knyttet opp til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Sist vi gjorde dette, var i et innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med folkehelsemeldingen.<sup>12</sup> Alle skolehelsetjenester bør selv ha ansatt, eller ha tilgang til, en psykolog, eventuelt en klinisk pedagog. Barneombudet mener at en psykolog kan være direkte ansatt i skolehelsetjenesten eller kommunen, eller være tilknyttet spesialisthelsetjenesten med tjenestetid i skolen.

*«De som virkelig trenger psykisk helsehjelp, bør ha tilgang til dette hver dag. For mange elever går rundt og er usikre på sin egen situasjon.»*

## Skolehelsetjenesten må hjelpe elever videre

Det er vårt inntrykk at skolehelsetjenesten blir sittende med svært mange oppgaver, også oppgaver de ikke nødvendigvis er kvalifisert til. En viktig del av det forebyggende arbeidet til skolehelsetjenesten blir derfor å identifisere hvem som trenger spesialisert helsehjelp og henvisne til riktig instans. Som nevnt treffer helsesøstre barn og unge med psykiske vansker, og noen av disse vil trenge spesialisthjelp. Barneombudet er redd for at dagens henvisningsregler kan medvirke til at barn får senere hjelp enn nødvendig. Et av forslagene i NOU 2009:22 «Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge» var bl.a. at helsesøstre bør få henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette er kanskje noe myndighetene bør vurdere igjen.

I tillegg må helsesøstre også ha god kunnskap om når meldeplikten til barnevernet trer inn. Helsesøstre må ikke bli sittende med kjennskap til at barn lever i en uakseptabel omsorgssituasjon, eller har blitt utsatt for vold eller overgrep. Da må barnevern og eventuelt også politi kontaktes. Det er ikke akseptabelt at de sitter for lenge med oppgaver som de verken har mandat eller kompetanse til å håndtere.<sup>13</sup>

Det er også avgjørende at den enkelte kommune blir klar over kompetansebehovet i skolehelsetjenesten. Uten å vite om manglene blir det enda vanskeligere å prioritere dette i kommunens helsefremmende arbeid.

Elevene i videregående etterlyste også at det blir arrangert flere kurs for elevene om ulike temaer. Eksempler på temaer de nevnte er tvangsekteskap og seksualitet. Ekspertgruppen med barn som hadde vært utsatt for vold og overgrep mente at helsesøster kan mye om det generelle.

I tillegg hadde de følgende råd som utfyller punktet om at helsesøster må vite hvem som kan hjelpe barnet:

*«Helsesøster må vite om ulike instanser og bruke dem. Lover du å gjøre noe (for eksempel henvisne til BUP), så må du gjøre det med en gang. Jeg går og venter.»*

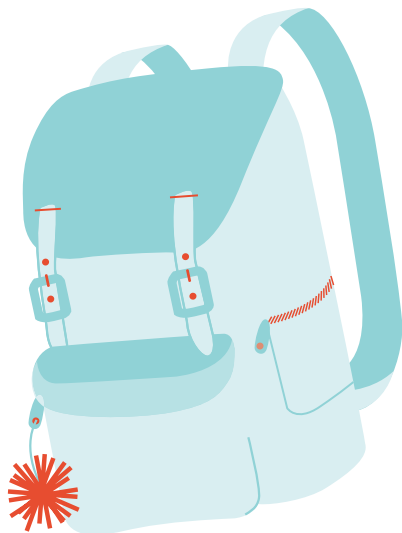
### Barnas råd om hvordan kompetansen kan bedres

Elever vi snakket med gav følgende råd om hva en skolehelsetjeneste bør kunne:

- De som jobber i skolehelsetjenesten må ha kunnskap om psykologi, om unges psykiske helse, vold og overgrep.
- De må vite hvem som kan hjelpe barnet/ungdommen.
- Helsesøster må være flink til å snakke med barn og ungdom.
- Skolehelsetjenesten må ha flere yrkesgrupper og samarbeide med andre.

## Barneombudet anbefaler:

- Kommunene må kartlegge kompetansebehovet i skolehelsetjenesten hver gang de legger planer for forebyggende helsearbeid.
- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid generelt, psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge med fluktbakgrunn og barn utsatt for vold og overgrep.



## Et gap mellom årsverk og anbefalt norm

Som nevnt innledningsvis har kommunen i følge barnekonvensjonen et ansvar for å sikre barn og unge kvalitativt gode og tilstrekkelige helsetjenester. FNs barnekomité anbefaler i sin generelle kommentar nummer 15, at det bør prioriteres universell tilgang for barn til primære helsetjenester gitt så nært som mulig der barn og deres familier bor, dvs. i lokalmiljøet.

Komiteen mener at helsetjenestetilbudet innenfor skoler gir en viktig mulighet for helsefremmende arbeid, og øker tilgjengeligheten til helsetjenester for skolebarn.<sup>14</sup> Dette er også et fundamentalt prinsipp for å kunne ivareta det primærforebyggende arbeidet, og bidra til å fremme god helse blant barn og unge.<sup>15</sup>

Den anbefalte (minste) normen for helsesøster-tjenester er 800 elever per stilling i videregående skole, 500 elever per stilling i ungdomsskolen og 300 elever per stilling i barneskolen. Minstestørrelsen er det minimum av helsesøstre som må ansettes for at tjenesten skal klare å utføre de lovpålagte oppgavene.

Helsedirektoratet har konkludert med at det i dag er

- ett helsesøsterårsverk pr 1.000 elever
- 0,3 årsverk pr. 1.000 elever for andre faggrupper

I tillegg viste tilsyn med 59 kommuner i 2000 at 10 kommuner ikke kunne tilby skolehelsetjenester i det hele tatt.<sup>16</sup>

I Norge mangler det derfor ca. 1500 stillinger i skolehelsetjenesten (helsesøster, fysioterapeut og lege) for at den anbefalte normen skal virkelig gjøres.<sup>17</sup> Helsedirektoratet har beregnet at det vil koste mellom 560 og 800 millioner å komme opp på det nivået som er anbefalt i skolehelsetjenesten. Forrige regjering bevilget 180 millioner kroner for å styrke både helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2014.<sup>18</sup> Dette er et viktig skritt i riktig retning. Det betyr at helsemyndighetene tar på alvor at tjenesten er sterkt underbemannet og ser de utfordringene den står overfor. Imidlertid er 180 millioner på langt nær nok for å komme opp på den anbefalte normen.

Kartlegginger av skolehelsetjenesten for ungdom i Østfold viser at de fleste kommuner i fylket har en bemanning betydelig under anbefalt norm for helsesøstre.<sup>19</sup> Det samme gjelder for leger og fysioterapeuter. Av 18 kommuner er det bare 10 som har en tilgjengelig skolehelsetjeneste hver uke. I disse kommunene går en stor andel av tiden til helsesøster med til å hjelpe elever med psykiske plager, og det forebyggende arbeidet må derfor nedprioriteres.<sup>20</sup>

Tidsskriftet Sykepleien har gjennomført en undersøkelse som bekrefter det dystre bildet. Norge har altfor få helsesøstre til å hjelpe barn som trenger det.<sup>21</sup> Helsesøstre selv fortviler over mangel på tid. 7 av 10 helsesøstre sier at de unnlater å stille spørsmål til brukere, fordi de ikke har tid til å følge opp svaret.

Disse tallene er urovekkende. Vi synes det er berettiget å spørre om det å ha en anbefalt minstenorm er tilstrekkelig? Vi mener det må et adskillig større krafttak til for å bedre denne tjenesten. For å sikre tjenesten bør minstenormen bli rettslig bindende. I tillegg bør tjenesten suppleres med årsverk fra flere faggrupper.

## Kommunene prioriterer ikke skolehelsetjenesten

Erfaringene fra barn og unge i dette prosjektet vitner om et skolehelsetilbud som er et godt stykke unna barnas behov. Tilsyn med skolehelsetjenesten bekrefter barnas utsagn om en skolehelsetjeneste med liten kapasitet. Allerede i 2000 oppsummerte det nasjonale tilsynet med skolehelsetjenesten at den har en svært vanskelig ressursituasjon.<sup>22</sup>

Når barn og unge selv rapporterer om en lite tilgjengelig tjeneste og det mangler så mange årsverk, er det grunn til alvorlig bekymring. Barneombudet er svært bekymret for kommunenes manglende prioritering av ressurser til skolehelsetjenesten. Mange barn og unge kunne fått hjelp tidligere dersom skolehelsetjenesten hadde vært mer robust.

Skolehelsetjenesten er viktig slik at barn og unge kan få veiledning og hjelp med «hverdagsproblemer», men også større problemer, og bli hjulpet videre til andre instanser når det er nødvendig. En lite tilgjengelig tjeneste er til hinder for forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Dette er ikke i tråd med barnekonvensjonens artikkel 24 f, der det står at det skal treffes egnede tiltak for å utvikle forebyggende helseomsorg. Når kommunene ikke satser på forebyggende arbeid, vil det på sikt kunne føre til større utfordringer for barnet. Forskning viser også at de kommunene som har prioritert forebyggende helsetjenester, som helsestasjon og skolehelsetjenesten, har langt færre tunge alvorlige barnevernstiltak som for eksempel institusjonsplasseringer.<sup>23</sup>

Barneombudet ønsket at de 180 millionene som er bevilget til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2014 skulle bli øremerket. Slik ble det ikke. Vi er derfor bekymret for om kommunene



kommer til å bruke disse 180 millionene til en faktisk styrking av tjenestene. Bekymringen blir ikke mindre etter Riksrevisjonens kritikk av Helse- direktoratets manglende styring med tilskuddene som gis til kommunen.<sup>24</sup>

Vi mener at en robust skolehelsetjeneste, hvor barn blir møtt og får nødvendig hjelp, er både helse- fremmende og forebyggende. I dag er vi langt fra å kunne tilby barn det de har behov for.

### Barneombudet anbefaler:

- Myndighetene må fastsette en rettslig bindende minimumsnorm for hvor mange helsesøstre som skal være ansatt i barne-, ungdoms- og videregående skole.
- Skolehelsetjenesten må gis øremerkede ressurser.
- Skolehelsetjenesten må suppleres med flere faggrupper.

## Tilsynet må styrkes

**S**kolehelsetjenestetilbudet som kommunene tilbyr eller gir til barn og unge, skal være forsvarlig. Dette betyr både at kommunene må ha en forsvarlig oppbygging og organisering av tjenestene, og at det enkelte barn får forsvarlig hjelp. Forsvarlighetskravet medfører at kommunene må sørge for at helsesøstre blir i stand til å utføre et forsvarlig arbeid, noe som blant annet betyr at de må ha nok ressurser til å kunne utføre de oppgavene de er pålagt.

Som vi har sett, har mange kommuner for få ansatte i skolehelsetjenesten. Flere ligger også under den anbefalte normen. Som beskrevet i kapittelet om den juridiske rammen rundt barns beste, handler en forsvarlig tjeneste om en forventning om et nivå som ligger over en minstestandard. Tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. En skolehelsetjeneste som ikke er tilstrekkelig bemannet, vil være klart i faresonen for ikke å gi barna en kvalitativ god hjelp i tide. Dersom en tjeneste ligger langt under anbefalt norm, eller i verste fall er ikke-eksisterende, mener Barneombudet at tjenesten er uforsvarlig.

Det er kommunenes plikt å sørge for at de har en forsvarlig skolehelsetjeneste. Det er vanskelig å definere hva som vil være en forsvarlig skolehelsetjeneste på et generelt grunnlag. Barneombudet skjønner at det må gjøres individuelle helhetsvurderinger. Imidlertid mener vi at en sentral faktor i en forsvarlighetsvurdering er hvorvidt det er tilstrekkelig antall ansatte til å utføre oppgavene. I dag er det kun veiledende normer for hvor mange ansatte det skal være i skolehelsetjenesten. I mange kommuner blir disse anbefalingene ikke fulgt. Dette viser at det må iverksettes sterkere virkemidler for å sikre at barn får et tilbud som er forsvarlig. Vårt forslag om et normtall vil være et slikt virkemiddel. Videre er det også andre elementer som er viktige, slik som gode nok internkontrollsystemer, og at beslutningstakerne i kommunen får nødvendig informasjon for å sørge for en forsvarlig tjeneste.

## Skolehelsetjenesten må rapportere

Kommunene skal legge til rette for at helsesøstre skal bli i stand til å utøve en forsvarlig tjeneste.

Da er det nødvendig at de som arbeider i skolehelsetjenesten blir bevisst at de bør rapportere om hvordan tjenesten fungerer, hvilke behov barna har og hvordan tjenesten bør se ut fremover for å imøtekomme behovene.

Gjennom våre samtaler med helsesøstre har vi fått bekreftet at ansatte i skolehelsetjenesten sjelden sier i fra hvilke barn og unge de møter, om risikofaktorer i nærmiljøet og hvordan skolehelsetjenesten kan bidra i kommunenes forebyggende arbeid. De informerer sjelden om når de ikke klarer å gi barna den hjelpen de trenger i tide. Derfor er sannsynligheten stor for at ledere og beslutningstakere i kommunene ikke får den informasjon som er nødvendig for å gjøre grepene som skal til for å sikre at skolehelsetjenesten blir forsvarlig.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sier det samme. Deres erfaring er at skolehelsetjenesten mangler overordnet ledelse og styring, og at erfaringer fra de som arbeider i tjenesten knapt etterspørres av kommuneledelse og politisk nivå.<sup>25</sup> Det er urovekkende at helsesøstres kunnskap ikke blir trukket fram når kommunen skal planlegge det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot barn og unge.

Helsesøstrene sitter med en unik kunnskap om hvordan barn og unge har det i kommunen. Gjennom å være et lavterskeltilbud treffer helsesøster i utgangspunktet alle barn i kommunen. Derfor kan skolehelsetjenesten også fungere som en «temperaturmåler» for barn og unges helse-tilstand. Dette kan igjen danne grunnlag for planlegging og beslutninger lokalt og sentralt. Når tilbudet mangler, slik det gjør mange steder i landet i dag, går vi glipp av viktig kunnskap om barn og unges situasjon.



## Fylkesmennenes rolle

Fylkesmennene har en viktig rolle i å avdekke og følge opp kommuner som ikke har et forsvarlig tilbud. I dette prosjektet har vi fått inntrykk av at Fylkesmennene har ulik praksis når det gjelder «områdeovervåkning» og oppfølging av pålegg etter tilsyn. I et fylke vi besøkte, fulgte Fylkesmannen med i lokalpresse og i kommunenes planer og vedtak som kunne utløse et hendelsesbasert tilsyn. Dersom de selv ble bekymret, henvendte de seg til kommunene skriftlig og ba dem gjøre rede for hvordan de ville sikre at tjenesten var forsvarlig etter blant annet nedskjæringer. Den samme Fylkesmannen fulgte også opp kommuner systematisk etter tilsyn, i de tilfellene det var avdekket avvik.

Barneombudet mener det er viktig å følge kommuner systematisk opp når det blir avdekket avvik i skolehelsetjenesten. Dersom dette ikke gjøres, åpner det for at kommunene kan velge å legge seg på et nivå som tenderer mot, eller er uforsvarlig.

I dag er det utfordrende for Fylkesmennene å gjøre en forsvarlighetsvurdering, blant annet fordi tjenesten som skal vurderes ikke er normert, verken kvalitativt eller kvantitativt. Det som foreligger er kun anbefalinger, og dermed ikke rettslig bindende.

Et fastsatt normtall vil gjøre forsvarlighetsvurderingene enklere. Da er det definert en minimumsbemanning for hva som er en forsvarlig skolehelsetjeneste.

Det er også viktig at brukerne av tjenestene, det vil si barn og unge og deres foreldre på vegne av sine barn, gir beskjed dersom en tjeneste ikke er der, eller er for lite tilgjengelig. Fylkesmannen kan på bakgrunn av slike henvendelser vurdere om det er grunnlag for å gjennomføre et tilsyn. Vi har fått innspill om at Fylkesmennene ikke mottar henvendelser fra barn, unge og deres foreldre om bekymringer for manglende prioriteringer i skolehelsetjenesten.

Det kan være flere grunner til at barn og unge og deres foreldre ikke melder i fra når tjenesten er uforsvarlig. Vi har fått innspill som tyder på at det blant annet handler om at de ikke er kjent med sin mulighet til å henvende seg til Fylkesmannen dersom tilbudet på deres skole er for dårlig. Barneombudet mener at Fylkesmennene for eksempel kan iverksette tiltak som kan gjøre brukere av skolehelsetjenesten mer bevisst sine rettigheter, og hva de kan gjøre når de mener disse ikke blir oppfylt.

### Barneombudet anbefaler:

- Helsesøstre må rapportere oppover i systemet når det er svikt i tjenesten.
- Helsesøstre må involvere seg aktivt i det kommunale planarbeidet.
- Fylkesmennene må følge tettere opp kommuner som ikke gir et forsvarlig skolehelsetjenestetilbud.
- Etter tilsyn må Fylkesmennene få mandat til å gjennomføre strengere reaksjoner overfor kommuner som ikke tilbyr barn og unge en forsvarlig skolehelsetjeneste.



## En tjeneste på barn og unges premisser

**A**rtikkel 12 i FNs barnekonvensjon slår fast barn og unges rett til å delta og si sin mening i beslutninger som angår dem. FNs barnekomité anbefaler i sin generelle kommentar nummer 12 at man skal gi barn anledning til å bidra med sine synspunkter og erfaringer ved planlegging og oppretting av tjenestetilbud som gjelder barns helse og utvikling.<sup>26</sup>

Vår erfaring er imidlertid at barn og unge ikke har direkte innflytelse på kommunale prosesser som handler om å utforme gode kommunale helsetilbud. Barneombudet er heller ikke kjent med at brukerundersøkelser eller høring av barn inngår som en del av tilsynet med kommunene, eller som en del av kommunenes internkontroll.

Barn og unge er brukere av skolehelsetjenesten. De vil derfor ha viktig kunnskap om egne behov og hvordan disse kan dekket av skolehelsetjenesten. Barn og unge vi har snakket med, har hatt viktige synspunkter på både tilgjengelighet/kapasitet, kompetanse, informasjon og hvordan et godt skolehelsetilbud bør være. Dersom brukernes meninger kommer frem, vil det kunne bedre kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling og samordning av tjenestetilbudet til barn og unge i kommunene.

Forsvarlighetskravet som er beskrevet ovenfor, innebærer også en forventning om at skolehelsetjenesten skal møte et presentert behov, et variert behov og et framtidig behov. For at kommunene skal kunne planlegge hvordan det nåværende og framtidige skolehelsetjenestetilbudet skal se ut, er det uten tvil nødvendig å innhente erfaringer fra barn og unge selv. De sitter på en unik kunnskap om hvilke behov de selv har, og hvordan skolehelsetjenesten bør utformes.

Barneombudet mener det er svært viktig at barn og unge høres, og får delt sine erfaringer om skolehelsetjenesten når kommunene skal planlegge hvordan de skal utforme de kommunale helse-tjenestene for barn og unge. Kunnskap fra de som arbeider i skolehelsetjenesten og forskning om barn og unges helse vil også være viktige bidrag for å forstå hvorfor det er viktig å satse på forebyggende arbeid og skolehelsetjenesten.

### Barneombudet anbefaler:

- Helse- og omsorgsdepartementet og Fylkesmennene må sørge for at barn og unge blir hørt ved tilsyn.
- Kommunene må ta barn og unge aktivt med i planleggingen av tilbudet i skolehelsetjenesten.
- Barn må høres ved internkontroller i kommunene.



# Barneombudets anbefalinger om en forsvarlig skolehelsetjeneste

## Barneombudets råd til skolehelsetjenesten:

- Skolehelsetjenesten må oppsøke barn og unge aktivt og informere om tjenestetilbudet, meldeplikt og taushetsplikt.
- Helsesøstre må involvere seg aktivt i det kommunale planarbeidet.
- Helsesøstre må rapportere oppover i systemet når det er svikt i tjenesten.
- Skolehelsetjenesten må ha gode rutiner for samarbeid med elever og ansatte i skolen og kommunehelsetjenesten.

## Barneombudets anbefalinger til kommunene:

- Kommunene må kartlegge kompetansebehovet i skolehelsetjenesten hver gang de legger planer for forebyggende helsearbeid.
- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid generelt, psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge med fluktbakgrunn og barn utsatt for vold og overgrep.

- Kommunene må ta barn og unge aktivt med i planleggingen av tilbudet i skolehelsetjenesten.
- Barn må høres ved internkontroller i kommunene.

## Barneombudets anbefalinger til statlige myndigheter:

- Myndighetene må fastsette en rettslig bindende minimumsnorm for hvor mange helsesøstre som skal være ansatt i barne-, ungdoms- og videregående skole.
- Skolehelsetjenesten må gis øremerkede ressurser.
- Skolehelsetjenesten må suppleres med flere faggrupper.
- Fylkesmennene må følge tettere opp kommuner som ikke gir et forsvarlig skolehelsetjenestetilbud.
- Etter tilsyn må Fylkesmennene få mandat til å gjennomføre strengere reaksjoner overfor kommuner som ikke tilbyr barn og unge en forsvarlig skolehelsetjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Fylkesmennene må sørge for at barn og unge blir hørt ved tilsyn.

# Linker og fotnoter

1. Regionssettene for barn og unges psykiske helse (RBUP og RKBU) og Regionssettene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
2. Helse- og omsorgsloven § 3-1 første ledd
3. Et ekspertmøte er et engangsmøte med en gruppe barn eller unge som gir Barneombudet informasjon i forbindelse med et møte, et foredrag, eller et emne som Barneombudet ønsker å se nærmere på. Se også: <http://www.barneombudet.no/eksperter/fakta-eksp/>
4. Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar
5. I forbindelse med delprosjektet i denne rapporten om barn utsatt for vold og overgrep, har vi hatt en ekspertgruppe. Det er disse erfaringene vi referer til her.
6. <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/1125453/Helsesostre-slaar-alarm:-Helseministeren-og-KS-maa-paa-banen>
7. Hegna, K., Ødegård G, & Strandbu, Å. (2013). Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2013:50
8. Sykepleien 2/2013
9. IS-1798: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010
10. Heggland, Gärtner og Mykletun, Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv. rapport 2013:2, Oslo, Folkehelseinstituttet
11. Folkehelseinstituttet, 19.11.13 <http://bit.ly/1cEQEhC>
12. Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar
13. Berggrav, Silje Tåler noen barn mer juling? En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier, Redd Barna, rapport januar 2013
14. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of Health (art.24)
15. Statens Helsetilsyn, IK-2621: Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år i helsestasjons og skolehelsetjenesten, s. 10
16. IS-1798: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helse- direktoratet 2010, side 7; fra fylkeslegenes tilsyn med skolehelsetjenesten i 2000. 10 av 59 kommuner kunne ikke tilby skolehelsetjeneste.
17. IS-1798: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010
18. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2013/styrker-helsestasjons--og-skolehelsetjen.html?id=725240>
19. Pressemelding: Helsetilsynet i Østfold 2010. Rapport: Kartlegging av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom i Østfold. Fylkesrevisjonen for Akershus og Østfold. Rapport 11/2012. Fylkesrevisjonens kartlegging av skolehelsetjenesten i de videregående skolene i Østfold
20. Fylkesrevisjonen for Akershus og Østfold. Rapport 11/2012. Fylkesrevisjonens kartlegging av skolehelsetjenesten i de videregående skolene i Østfold
21. Se undersøkelse: <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/1125453/Helsesostre-slaar-alarm:-Helseministeren-og-KS-maa-paa-banen>
22. Statens helsetilsyn, juni 2001: Oppsummeringsrapport fra Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten
23. NIBR-rapport 2011: 25 Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet
24. Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet (Dokument 3:3 (2013-2014)
25. Jorunn Lervik, 20.10.2011. Lysbilder fra Karl Evang seminaret 2011
26. Fns barnekomité generell kommentar nr. 12, punkt 104.
27. Se litteraturgjennomgang i Lidén m.fl: Medfølgende barn i asylmottak i NOU 2011: 10 I velferdsstatens ventetom
28. Mykletun A., A. K. Knudsen og K. S. Mathisen (2009): Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009: 8. Oslo: Folkehelseinstituttet
29. FNs barnekomité generell kommentar nr 15 (CRC/C/GC/15) para. 28 og 29
30. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a
31. NOU 2011: 10 I velferdsstatens ventetom
32. UDIs årsrapport for 2012: <http://www.udi.no/arsrapport2012/>
33. UDI statistikk 31.10.2013
34. Lidén m.fl: Medfølgende barn i asylmottak i NOU 2011: 10 I velferdsstatens ventetom
35. En del forskning er oppsummert i et temanummer av Paidos (Tidsskrift for norsk Barnelegeforening) fra 2012; Paidos 2012; 30(2): 53-100. Der vises det blant annet til forskning fra Danmark, utført av Edith Montgomery (2011). Montgomerys studie i Danmark tyder på at mottaksforhold og usikkerhet de første årene i eksil kan ha store konsekvenser for den fremtidige psykiske helsen til allerede sårbare asylsøkere. I NOU 2011: 10 – I velferdsstatens ventetom er det vedlagt en studie utført av Hilde Lidén, Marie Louise Seeborg og Ada Engebriktsen. Studien gir i seg selv interessant informasjon om livssituasjonen til medfølgende barn i asylmottak. Studien inneholder også en omfattende litteraturgjennomgang av faglitteratur fra de skandinaviske landene gjennom de siste ti årene. Det er gjort mye forskning på barn i asylmottak, men likevel kommer det fram svært lite om en eventuell direkte sammenheng mellom det å bo lenge i asylmottak og psykisk helse.
36. Nielsen, S. S. M. Norredam, K. L. Christiansen, C. Obel, J. Hilde og A. Krasnik (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. BMC Public Health 2008, 8:293
37. Brekke, J.-P.: While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden. Oslo, Institutt for Samfunnsforskning, 2004
38. Vi innhentet skriftlig informasjon fra de regionale ressurssettene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), regionssettene for barn og unges psykiske helse (RBUP) og de regionale kunnskapssettene for barn og unge (RKBU).
39. Brev fra RVTS Øst til Barneombudet datert 28.6.2013 og brev fra RVTS Nord til Barneombudet datert 26.6.2013
40. Barneombudets generelle uttalelse om rett til barnehage uavhengig av oppholdsstatus: <http://barneombudet.no/for-voksne/generelle-uttalelser/1-2013/>
41. Lidén et al. 2011 Medfølgende barn i asylmottak-livssituasjon, mestrings, tiltak. Oslo, Institutt for samfunnsforskning
42. Se for eksempel [http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/rapporter/Rapport\\_minoriteter.pdf](http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/rapporter/Rapport_minoriteter.pdf) og «Man snakker ikke om sånt», en kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser Yasmin Therese Walås Høgskolen i Hedmark 2013
43. Flere anbefalinger fra barna er med i skolehelsetjenestekapitlet i denne rapporten.
44. Brev fra RVTS Øst til Barneombudet datert 28.6.2013, og brev fra RVTS nord til Barneombudet datert 26.6.2013
45. Brev fra RVTS Sør til Barneombudet datert 28.6.2013
46. Thomas, Wayne P. and Virginia P. Collier (1997). A National Study of School Effectiveness for Language Minority Students' Long-Term Academic Achievement. Berkeley: CREDE
47. Psykisk helse for barn i asylmottak. Anbefalinger fra en interdepartemental arbeidsgruppe. Kommunal- og regionaldepartementet, 2005
48. Se fotnote 1.
49. Brev fra RVTS Øst til Barneombudet datert 28.6.2013
50. Berggrav, Silje Tåler noen barn mer juling? En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier, Redd Barna, rapport januar 2013
51. Les mer om ICDP på [www.icdp.no](http://www.icdp.no).

52. <http://www.bufetat.no/foreldrerettleging/kommunar/> - oversikten viser kommuner som kan tilby ICDP. Flere av de små kommunene Barneombudet besøkte står på listen, men fortalte at de for tiden ikke tilbyr ICDP fordi de mangler instruktører med riktig språkbakgrunn.
53. Likeverdige helsetjeneste? – Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Rapport, Den Norske Legeforening, 2008
54. Interne retningslinjer UNE – helsemessige forhold. <http://www.une.no/om-oss/Interne-retningslinjer/IR-AV-110112-OM-HELSEMESSIGE-FORHOLD/>
55. I sine interne retningslinjer viser UNE til helsepersonelloven: Dermed må man anta at det som kan tillegges vekt er erklæringer fra de yrkesgruppene som har autorisasjon eller lisens, ihht helsepersonellovens §§ 48 og 49.
56. FOR-2008-12-18 nr 1486: Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.
57. Den norske legeforenings «Etiske regler for leger». <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikketiske-regler-for-leger/>
58. Fortelling, funn, fortolkning, formidling – en praktisk veileder for legers attestarbeid i spennet mellom innsikt, innlevelse, rammer og ressurser (2008). [http://legeforeningen.no/PageFiles/19807/en%20praktisk%20veileder%20for%20legers%20attestarbeid%20\(pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/19807/en%20praktisk%20veileder%20for%20legers%20attestarbeid%20(pdf).pdf)
59. Etter ikrafttredelsen av forskrift om krav til helsepersonells attester (2009) og ny utlendingslov (2010).
60. FOR-2008-12-18 nr 1486: Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. § 4 j)
61. Interne retningslinjer UNE – helsemessige forhold. <http://www.une.no/om-oss/Interne-retningslinjer/IR-AV-110112-OM-HELSEMESSIGE-FORHOLD/>
62. FNs barnekomité, avsnitt 39 generell kommentar nr. 14
63. FNs barnekomité, avsnitt 123 generell kommentar nr. 12
64. FNs barnekomité, avsnitt 124 generell kommentar nr. 12
65. Interne retningslinjer UNE – helsemessige forhold. <http://www.une.no/om-oss/Interne-retningslinjer/IR-AV-110112-OM-HELSEMESSIGE-FORHOLD/>
66. I 2011 hadde totalt 145726 barn i alderen 0-19 år ett eller flere døgnopphold ved somatiske sykehus <http://www.ssb.no/a/kortnavn/pasient/tab-2012-04-20-01.html>. Imidlertid inkluderer dette 45754 friske nyfødte, i følge opplysninger fra avd for helsestatistikk i SSB, gitt i e-post av 18.10.2013. Tallet på friske nyfødte er trukket fra i teksten. Når barn fyller 18 år er de myndige og ikke lenger å regne som barn. I statistikkene til SSB er imidlertid aldersspennet 0-19 slik at det reelle antallet barn med døgnopphold vil være noe lavere enn det som er oppgitt her.
67. Her kan du lese mer om sykehuseksperterne: <http://barneombudet.no/for-voksne/vare-publikasjoner/sykehuseksperterne/>
68. Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 6
69. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2
70. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 12
71. Barn født før 37 uker fullført svangerskap.
72. I følge informasjon fra professor Ola Didrik Saugstad, Oslo universitetssykehus, gitt i e-post 17.10.2013.
73. Generell kommentar nr. 7 (2005) Gjennomføring av barnets rettigheter i tidlig barndom.
74. Conde-Agudelo, Diaz-Russello & Belizana (2003) Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev, 2(2).
75. KMC er definert som «Early, prolonged, and continues skin-to skin contact between av mother and her newborn low birth-weight infant (< 2500g, viz preterm or low birth weight infant) both in hospital and after early discharge, with (ideally) exclusive breastfeeding and proper follow-up» (Cattaneo, Davanzo, Uxa & Tamburini, 1998, Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. Acta Paediatrica, 87(4), 440-445.
76. Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jøreskog & Nyqvist (2011) Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. Journal of Advanced Nursing.
77. NIDCAP (Newborn Individualized Development Care and Assessment Program) er en familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell til premature og syke nyfødte barn (<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/nidcap>)
78. For en nærmere omtale om nødvendig og forsvarlig helsehjelp, se kapittelet om «Den juridiske rammen rundt barns helse.»
79. Tandberg, Bente Silnes, Rådgiver for forskning og utvikling ved nyfødteksjonen Vestre Viken HF, desember 2012
80. Helsepersonelloven § 16
81. H.P. Sandtrø (2009) Huden til det premature barnet, i: Tandberg og Steinnes Nyfødtsykepleie
82. Brev av 19.12.2013 fra Fylkesmannen i Oslo og Akerhus «Vurdering i tilsynssak - Nyfødteintensiv Rikshospitalet»
83. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
84. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 4
85. «Skole der du er. En utredning om videregående skoletilbud for pasienter på helseinstitusjon», Rapport fra Unge Funksjonshemmede 2013
86. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.
87. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
88. Unge Funksjonshemmede «Unge Helse 2020 Veien til et helsetilbud tilpasset unge brukere»
89. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
90. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
91. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
92. Presentasjon ved prosjektleder Kjersti Wilhelmssen Ahus 15. feb 2013
93. FNs barnekomité Generell kommentar nr. 15 «to adopt child-sensitive health approaches throughout different periods of childhood such as ... (c) adolescentfriendly health services which require health practioners and facilities to be welcoming and sensitive to adolescents, to respect confidentiality and to deliver services that are acceptable to adolescents» (para 52).
94. Lenke til WHO's nettside om ungdomshelse: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)
95. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
96. FNs barnekomité Generell kommentar nr. 15
97. Se rapportens kapittel: «Møter med barn som metode.»
98. Hensikten med Karin-prosjektet er å tilby et helhetlig tilbud til voldsutsatte. Les mer i Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging av bekjempelse av vold i nære relasjoner og Karin-prosjektets nettsider <http://www.projektkarin.se/>
99. Mossige, S & Stefansen, K (2007): Vold og seksuelle overgrep mot barn og unge – En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA rapport nr 20/2007
100. Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging av bekjempelse av vold i nære relasjoner s. 51
101. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet «Barndommen kommer ikke i reprise, Strategi for å bekjempe vold og seksuelle seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)



102. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet «Barndommen kommer ikke i reprise, Strategi for å bekjempe vold og seksuelle seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017) og Unicef, State of the World's Children 2013 Children with Disabilities
103. Felitti, J. Vincent m.fl. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study i: American Journal of Preventive Medicine 1998; 14 (4)
104. Meld. St. nr 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (BLD)
105. Store medisinske leksikon <http://sml.sn.no/sosialpediatri>
106. Eide, Ann Kristin m.fl. Det beste må ikke bli det godes fiende! Om evaluering av overgrepsmottakene, Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 11/12
107. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet «Barndommen kommer ikke i reprise, Strategi for å bekjempe vold og seksuelle seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)»
108. Mer informasjon, se nettsidene til Statens Barnehus: <http://www.statensbarnehus.no/>
109. Helsepersonell opptrer da som sakkyndig, og kan uten hinder av taushetsplikten gi opplysninger som er mottatt under utførelse av oppdraget og som har betydning for dette, helsepersonelloven § 27.
110. Bakketeig, Berg, Myklebust og Stefansen, Barnehus evalueringen 2012, delrapport 1, NOVA/Politi høgskolen
111. Bakketeig, Berg, Myklebust og Stefansen, Barnehus evalueringen 2012, delrapport 1, NOVA/Politi høgskolen
112. Kun seks barn svarte at de hadde vært til undersøkelse den aktuelle dagen, noe som var for lite til å kunne brukes i evalueringen. Voksenmaterialet gir imidlertid et lite innblikk i hvordan barna opplevde undersøkelsen, og det er dette som er gjengitt her.
113. Stefansen, Gundersen og Bakketeig Barnehus evalueringen 2012, Delrapport 2 NOVA Rapport 9/2012, s. 100
114. Stefansen, Gundersen og Bakketeig Barnehus evalueringen 2012, Delrapport 2 NOVA Rapport 9/2012, s. 8
115. Sosialpediatere har særlig kompetanse til å undersøke og følge opp barn utsatt for vold og seksuelle overgrep.
116. Se rapportens kapittel «Den juridiske rammen rundt barns helse.»
117. Myhre, Mia, Lindboe og Dyb – Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis, NKVTS 2010
118. Lenke til håndboken til NKVTS [http://www.nkvts.no/aktuelt/Sider/Hvordan\\_avdekke\\_vold\\_mot\\_barn.aspx](http://www.nkvts.no/aktuelt/Sider/Hvordan_avdekke_vold_mot_barn.aspx)
119. Lenke til prosedyren ved Oslo universitetssykehus <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/mishandling.pdf>
120. Meld. St. nr 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (BLD)
121. Berggrav, Silje «Tåler noen barn mer juling?» En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier, Redd Barna – rapport 2013
122. Piene (2002) oversatt og referert til på hjemmesidene til NKVTS: [http://www.nkvts.no/tema/Sider/BehandlingavBarnutsattforVoldellerseksuelleseksuelle\\_overgrep.aspx](http://www.nkvts.no/tema/Sider/BehandlingavBarnutsattforVoldellerseksuelleseksuelle_overgrep.aspx)
123. FNs barnekomité Generell kommentar nr 15, para 15
124. Meld. st. nr 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (BLD) s. 81
125. FNs barnekomité Generell kommentar nr 13, para 52
126. FNs konvensjon om sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter artikkel 12 gjelder også for barn. Praksis fra FNs komité om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter vil være av interesse når man skal fastlegge innholdet av barnekonvensjonens bestemmelser.
127. Halvorsen og Aasen (2012) Barns rett til helsetjenester s. 187, i Høstmælingen, Kjørholt, Sandberg (red) Barnekonvensjonen, Universitetsforlaget
128. FNs barnekomité generell kommentar nr 15 para 23
129. En generell kommentar er uttalelser fra Barnekomiteen om hvordan komiteen mener konvensjonen skal tolkes på ett bestemt tema. Kommentarene er ikke rettslige bindende, men er verdifulle retningslinjer for hvordan konvensjonen kan forstås.
130. Smith (2012) FNs konvensjon om barns rettigheter i Høstmælingen, Kjørholt, Sandberg (red) Barnekonvensjonen, Universitetsforlaget
131. Halvorsen og Aasen (2012) Barns rett til helsetjenester s.187, i: Høstmælingen, Kjørholt, Sandberg (red) Barnekonvensjonen, Universitetsforlaget.
132. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 14.
133. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 19.
134. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 17.
135. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 99.
136. Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1.
137. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.
138. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-16.
139. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.
140. Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3c.
141. Prop 91 L (2010-2011).
142. Prop 91 L (2010-2011).
143. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1
144. Helsepersonelloven § 4.
145. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.
146. Helsepersonelloven § 16.
147. Kjønstad (2007), Helseret, s. 226-227.
148. Forskrift av 16.12. 2011 nr. 1255.
149. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1.
150. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-3.
151. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2.