

# Kartlegging av kompetanse: Forebygging, tidlig intervensjon og iverksetting av tiltak for barn i alderen 0-2 år

Dr.Psychol. Hanne C Braarud  
Psykisk helsevern for barn og unge  
Seksjon for poliklinikk  
Helse Bergen HF



## **Innhold**

Prosjekt kartlegging av kompetanse på forebygging, tidlig identifisering og iverksetting av tiltak i forhold til barn i alderen 0-2 år	3
Geografisk område for kartleggingsstudie	3
Prosjektets forankring i Helse Bergen	3
Bakgrunn for prosjektet	4
Formålet med prosjektet	5
Kartleggingsstudie 1	6
I. Beskrivelse av utvalget	7
II. Kompetanse og kompetansebehov	8
III. Samarbeid mellom helsestasjon og annen helsetjeneste	18
Diskusjon	20
Referanser	26
Sluttord	27

## **Prosjekt kartlegging av kompetanse på forebygging, tidlig identifisering og iverksetting av tiltak i forhold til barn i alderen 0-2 år**

Psykisk helsevern for barn og unge, seksjon poliklinikk, Helse Bergen HF har som et av sine satsningsområder tidlig identifisering og samarbeid med 1. linje. I forbindelse med denne satsingen ble det gjennomført et kartleggingsprosjekt for å få oversikt over eksisterende kompetanse og kunnskap på tidlig identifisering av problemer og iverksetting av tiltak, samt behov eller ønsker om kompetanseutvikling i forhold til kartleggingsmetoder og tilstandsbilder som er mest relevant for barn i alderen 0-6 år. Kartleggingen fokuserte også på hva som eksisterer av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid mellom instanser i 1. linjen og mellom 1. linjen og spesialisthelsetjenesten. Den første kartleggingen er rettet mot fagansatte på helsestasjon og spørsmålene ble utformet i forhold til arbeid med barn fra 0 til 2 år. Den andre kartleggingen retter seg mot pedagoger og ledere i barnehager, og er utformet i forhold til arbeid med barn fra 3-6 år.

### **Geografisk område for kartleggingsstudie**

Spørreskjemaet ble distribuert til helsestasjoner i Bjørgvin DPS sitt distrikt, som består av fire bydeler i Bergen kommune og 7 kommuner i Nordhordaland.

### **Prosjektets forankring i Helse Bergen**

Prosjektet utføres av Psykisk helsevern for barn og unge, seksjon poliklinikk, Helse Bergen HF. Ansvarlig for prosjektet er seksjonssjef Magne Furevik og prosjektleder Hanne Cecilie Braarud. Det ble etablert en prosjektgruppe som har deltatt i utforming av spørreskjema og i planleggingen av oppfølging av data fra undersøkelsen. Prosjektgruppen er representert ved psykologspesialistene Kjetil Lysne, Ann Gunn Tingvold, Aud H. Mørkedal, Eli K. Johnsen og Bjørn Brunborg.

## Bakgrunn for prosjektet

Prevalens for mentale problemer hos sped- og småbarn ligger på samme nivå som hos eldre barn, ca. 17-20 % (DeL Carmen Wiggins & Carter, 2004; Skovgaard, Houmann, Christiansen, Landorph, & Jørgensen, 2006). Selv om forekomsten er relativt lik hos små og større barn, så identifiseres mentale problemer hos små barn i mye mindre grad enn hos eldre barn. En forklaring på dette kan være at symptomer på mentale problemer i spedbarnsalder er mindre spesifikke, og at det som senere viser seg å være psykisk vansker først blir identifisert som somatiske eller utviklingsrelaterte problemer (Hviding, 2005). En annen årsak kan være mangelfull kunnskap og kompetanse om tidlig identifisering av psykiske problemer hos de minste barna.

Innsatsen for å øke kompetanse på både forebygging og tidlig identifisering og intervensjon blant de yngste barna påpekes i nasjonale prioriteringer. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Helsedepartementet, 2003a) beskrives arbeid med tidlig intervensjon og økt kompetanse på tidlige intervensjonstiltak i tiltak 37; ”*Det er behov for å følge opp tilbud om forebyggende psykososialt arbeid, jr. forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjonen og skolehelsetjenesten § 2-3. Det er behov for kompetanseheving om tidlig intervensjonstiltak i helsestasjonene for å fange opp signaler om omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik. Det er utviklet ulike metoder som nå skal vurderes til implementering og det skal avklares hvordan dette skal følges opp videre.*” Nødvendigheten av økt styrking og rekruttering av psykososial kompetanse i helsestasjon og skolehelsetjenesten beskrives i tiltak 35.

En økt innsats mot de minste barna fremheves også i den regionale opptrappingsplanen til Helse Vest (Helsedepartementet, 2003, 2003a, 2003b; HelseVest, 2004) hvor innsatsen i arbeid relatert til sped- og småbarn blir prioritert. Et felles kjennetegn ved de sentrale føringer som har blitt gitt de siste årene kan sammenfattes til en innsats mot å styrke kompetansen i helsetjenesten i forhold til kunnskap om psykiske vansker hos små barn. I arbeid med denne populasjonen blir særlig helsestasjonen, skolehelsetjenesten, PPT og psykiatritjenesten relevante kommunale tjenester.

Parallelt med disse føringene understrekes også betydningen av samarbeid mellom de ulike instansene og etatene. Når samarbeid er på sitt beste, så gir det først og fremst en bedre og mer helhetlig tjeneste til brukerne (Gylseth & Heian, 2004). Dette krever en innsats mot å utvikle en ny organisering av samarbeidet mellom etater i det kommunale tjenesteapparatet, men også mellom tjenester i de såkalte 1. linje instansene og spesialisthelsetjenesten. I en kartlegging som ble gjennomført av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (Rbup) Midt-Norge (Rypdal, 2004), fant man at kompetanse på barns oppvekst og helse fordeler seg i profesjonssøyler, der tjenestetilbudet fremstår som oppdelt mer enn som et helhetlig tjenestetilbud til brukerne av

tjenestene. Samarbeid og samhandling mellom tjenester mellom 1. linjeinstansene var mangelfull, og mange 1. linjeinstanser opplevde samarbeidet med BUP (Psykiske helsevern for barn og unge) som utilstrekkelig. Geografisk sett så ligner Vest-Norge på Midt-Norge, med få storbyer, noen få distriktsentra, og mange landkommuner. Man kan derfor anta at funnene ikke gjelder spesielt for Midt-Norge, men er representative for Vest-Norge, og antakelig representerer en generell status for det norske helsevesenet.

Rapporten fra Rbup Midt-Norge (Rypdal, 2004) gir et generelt inntrykk av kompetanse, kompetansebehov, samarbeidsformer og eksisterende forebyggende innsats. Det savnes likevel et systematisk bilde av kompetanse i forhold til de yngste barna, hvilke kompetansebehov i forhold til identifisering og iverksetting av tiltak som ønskes, og hvordan denne kompetansen skal tilføres. I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.....sammen om psykisk helse.....(Helsedepartementet, 2003a) vektlegges en særlig målrettet kompetanseheving innen temaene psykososial kompetanse og samarbeidskompetanse hos dem som arbeider med barn og unge.

### **Formålet med prosjektet**

Formålet med dette prosjektet er derfor å kartlegge eksisterende kompetanse og kunnskap innenfor fagfeltet psykisk helse hos sped- og småbarn hos aktuelle yrkesgruppene som jobber med denne barnepopulasjonen. Datagrunnlaget i kartleggingsprosjektet hentes fra aktuelle 1. linjetjenester i distrikt Bjørgvin DPS som består av bydelene Bergenhus, Årstad, Åsane og Arna i Bergen kommune, Meland Kommune, Austrheim Kommune, Masfjorden Kommune, Fedje Kommune, Radøy Kommune, Lindås Kommune og Osterøy Kommune. Dette geografiske området er valgt på bakgrunn av at det representerer en geografi og sammensetning som også reflekterer by- og større og mindre landkommuner i Helseregion Vest.

Identifisering av psykiske problemer/sykdom og risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø krever kunnskap om hva som er normalutvikling og hva som er patologisk utvikling innenfor gitte utviklingstrinn (Achenbach, 1997). I dette prosjektet har vi tatt utgangspunkt i kompetanse på barn mellom 0-6 år, men da dette er et aldersspenn preget av tidvis rask og omfattende utvikling, har vi sett det som nødvendig å dele alderspopulasjonen i to, med to kartlegginger. En kartleggingsstudie med utgangspunkt i de aller yngste barna (0-2 år) (kartleggingsstudie 1; se vedlegg 1) og en kartleggingsstudie mot eldre småbarn (3-6 år) (kartleggingsstudie 2). Hvert av spørreskjemaene vil bli sendt ut til de aktuelle fagmiljøer for de enkelte av aldersgrupperingene. Denne rapporten omhandler kartleggingsstudie 1.

## **Kartleggingsstudie 1**

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentrale i kommunens folkehelsearbeid (Sosial- & helsedirektoratet, 2004). Dette er kommunale tjenester som skal forebygge psykiske og fysiske problemer og plager hos de gravide, barn og ungdom, samt identifisere signaler på mangelfullt omsorgsmiljø, barns mistriivsel, utviklingsavvik og antisosial atferd (Helsedepartementet, 2003b). I forhold til å kartlegge eksisterende kompetanse og kompetansebehov på forebygging av psykiske lidelser og psykiske problemer hos sped- og småbarn så ble helsestasjonen valgt ut som den etaten hvor kartleggingen skal foregå.

Konsultasjon og kontroller på helsestasjon har nærmere 100 % oppslutning i Norge. Dette betyr at jordmødre, helsesøstere og leger på helsestasjonen møter tilnærmet hele barnepopulasjonen og deres respektive foreldre. Andre yrkesgrupper representert på helsestasjon kan være fysioterapeuter, tannpleiere og psykologer, men representasjonen av disse yrkesgruppene varierer fra kommune til kommune. Samlet sett så har yrkesgruppene på en helsestasjon en grunnutdannelse med tildels ulik faglig innhold, og ulik lengde på utdannelse. Kartleggingen er gjennomført i form av et spørreskjema som fokuserer på eksisterende kompetanse, samt kompetansebehov til alle yrkesgruppene/fagpersonene tilknyttet helsestasjonen, da dette kan variere mellom de ulike yrkesgruppene.

Spørreskjemaet består av tre hovedtemaer. Første del omhandler bakgrunnsinformasjon om informantene og spør etter utdannelse, kjønn, år i arbeid etter fullført utdannelse og antall år på nåværende arbeidsplass. Det blir også spurt om størrelsen på kommune som informanten jobber i, og alternativene er; Bydel i Bergen kommune, kommune med under 5 000 innbyggere, kommune over 5 000 innbyggere. Til sist er det spørsmål om antall fødsler på helsestasjonen. Den andre delen tar opp relevante tema i forhold til arbeid med den aktuelle barnepopulasjon; Fokus på å tematisere samspill under konsultasjon, bruk av samspillsmoedeller, kompetanse på risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø, og risikofaktorer hos barnet. Respondentene blir også spurt om kompetansebehov innen de ulike temaene, og en egen seksjon spør om hvilke type opplæringstilbud som er ønskelig i forhold til kompetanseheving. Den tredje og siste delen fokuserer på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, samt hva slags type tiltak det samarbeides om (se vedlegg 2). Spørreskjema ble sendt ut til alt 138 personer. Dette antallet var en beregning ut fra opplysninger om antall hoder som var ansatt på de enkelte helsestasjonene i Bjørgvin distrikt. Bare 39 personer sendte besvart spørreskjema i retur.

## I. Beskrivelse av utvalget

Det ble returnert besvarte spørreskjema fra alle helsestasjonene med unntak av en helsestasjon. Uteblivelse fra denne helsestasjonen kan henge sammen med at dette er en liten helsestasjon hvor ansatte har en hel stilling fordelt på to helsestasjoner, og det ble returnert spørreskjema fra den ene helsestasjonen.

Tabell 1 viser fordeling av utdanningsbakgrunn totalt, og fordelingen av utdanningsbakgrunn blant utvalget i bydeler og i landkommuner. Det var i alt tjue-en helsesøstere (56,7 %), 10 leger (27 %), 2 psykologer (5,4 %), 1 sykepleier (2,7%), 1 vernepleier (2,7%) og 2 jordmødre (5,4 %) som deltok i undersøkelsen. To informanter har ikke oppgitt kommunestørrelse (se også tabell 1). Da antall informanter fra småkommuner utgjorde 4 fagpersoner, så har små- og store kommuner i Nordhordaland blitt slått sammen til en kategori kalt *landkommuner*.

Tabell 1. Sosio-demografiske data

Utdannelse	Totalt (%)	Bydel (%)	Landkommuner (%)
Helsesøstre	21 (55)	14 (46,6) <sup>1</sup>	6 (60) <sup>1</sup>
Leger	10 (26)	8 (26,6) <sup>2</sup>	2 (20) <sup>2</sup>
Psykologer	2 (5,26)	2 (6,7)	0 (0)
Sykepleier	1 (2,6)	0 (0)	1 (10)
Jordmor	2 (5,26)	1 (3,3)	1 (10)
Vernepleier	2 (5,26)	2 (6,70)	0 (0)

<sup>1</sup> En helsesøster har ikke angitt tilhørighet til kommune/bydel

<sup>2</sup> En lege har ikke angitt tilhørighet til kommune/bydel

Som tabell 1 viser så representerer helsesøstere hovedandelen av informantene, mens leger representerer en fjerdedel. Psykologer er bare representert fra helsestasjoner i bydeler, noe som gjenspeiler ulik organisering av fagansatte i kommuner. En sykepleier, 2 jordmødre og 2 vernepleiere er også representert i utvalget. Jordmortjenesten er primært rettet mot den gravide, hennes partner og det ufødte barnet, og informantene fra denne faggruppen har utelatt å besvare en del av spørsmålene. Dette gjelder spørsmål om hvorvidt det etterspørres etter spesifikke risikofaktorer og psykisk helse (2.3.1), om kunnskapsbehov i forhold de nevnte risikofaktorene for forebygging av barns psykiske helse, praktisk/klinisk kompetanse (2.4), kompetanse på spesifikke tema (2.5), kompetanse på bio-medisinsk risiko og omfattende forstyrrelser (2.6), kommunikasjon foreldre-helsepersonell (2.7).

Tretti-to (84,2 %) av respondentene var kvinner. Gjennomsnittlig arbeidserfaring etter endt utdanning var 13 år (medianen 13; range 1-33), og gjennomsnittlig arbeidslengde på nåværende arbeidssted var i overkant av 9 år (medianen 8; range 1-25 år).

## II. Kompetanse og kompetansebehov

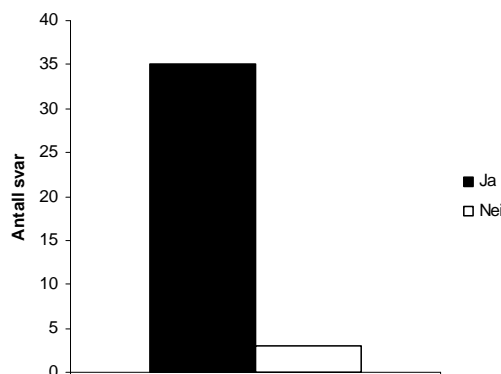
### 2.1 Om foreldre-barn samspill

Det første temaet vi var interessert i var hvordan helsestasjon fokuserer på tidlig samspill mellom foreldre og barn, bruk av samspillsprogrammer, og hvordan disse brukes i helsestasjonsarbeidet. Helsestasjonen har opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet, der samspill inngår som tema i foreldreveiledningen (Sosial- & helsedirektoratet, 2004).

#### 2.1.1 Inngår temaet foreldre- barn samspill som en rutinemessig del av konsultasjonen på helsestasjonen?

Det første spørsmålet spør etter hvorvidt foreldre- spedbarn samspill inngår som en rutinemessig del av konsultasjon på helsestasjon. Som Figur 1 viser, så rapporterer de aller fleste fagpersonene (92 %) at foreldre-barn samspill er en rutinemessig del av konsultasjonen.

Figur1. Antall som har svart ja eller nei på spørsmål om foreldre-spedbarn samspill inngår som rutinemessig del av konsultasjonen



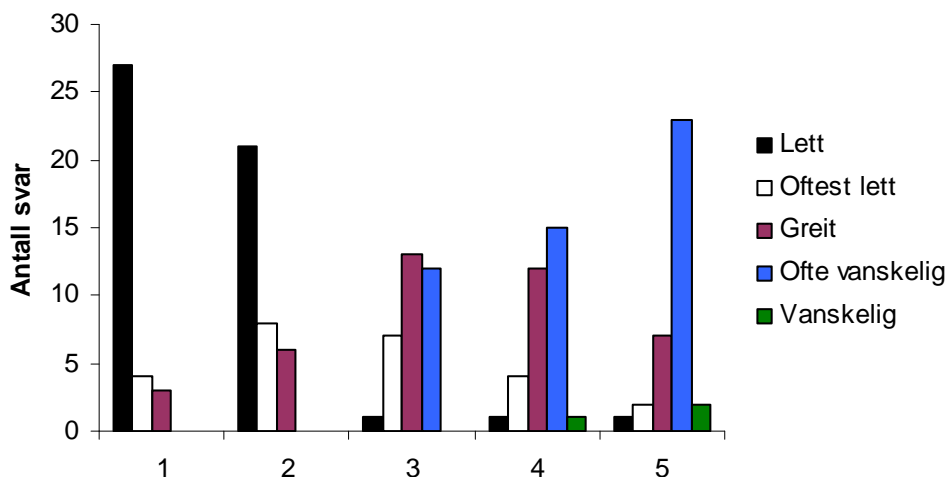
#### 2.1.2 Å tematisere bekymringsfullt samspill til foreldre

I en videre oppfølging av samspill som tema, så blir respondentene bedt om å gi en vurdering av hvor lett eller vanskelig det er å ta opp bekymringsfullt samspill med foreldrene. Dette skulle vurderes ut i fra følgende situasjoner; Foreldre ønsker å snakke om samspillet, Foreldrene rapporterer om bekymringsfullt samspill, Når respondenten er bekymret, Når problemene



foreldrene rapporterer antyder at det er bekymringsfullt samspill mellom foreldren(e) og barnet, eller Når respondenten observerer tydelig tegn på bekymringsfullt samspill (se Figur 2).

Figur2. Å tematisere bekymringsfullt samspill



1. Når det er et ønske fra foreldre
2. Foreldre rapporterer om utvikling av bekymringsfullt samspill
3. Du er bekymret og ønsker å forebygge utvikling av avvikende samspill
4. Når de problemer som foreldrene formidler antyder et det også foreligger bekymringsfullt samspill
5. Når du observerer tydelig tegn på dårlig samspill mellom foreldre og barn

Figur 2 viser at det er enklest å snakke om bekymringsfullt samspill når foreldre ønsker det, eller bringer sin bekymring inn i konsultasjonen, mens det er vanskeligere når helsestasjonsansatte får signaler om bekymringsfullt samspill indirekte via annen informasjon av foreldrene, eller ved direkte observasjon.

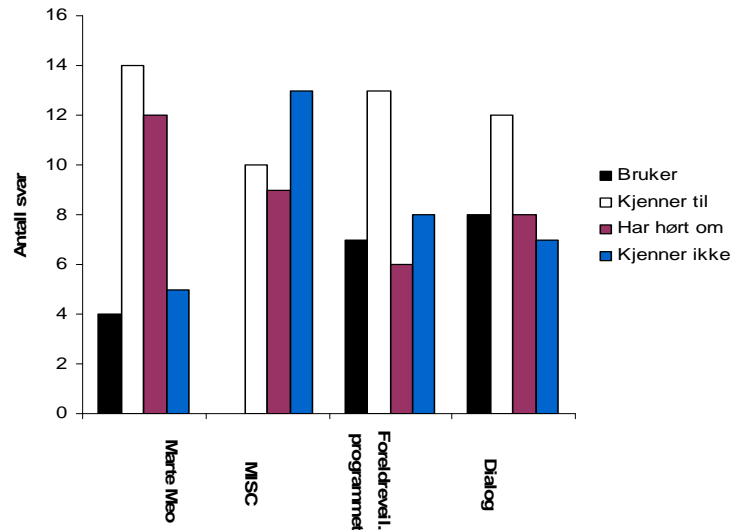
### 2.1.3 Bruk av kjente samspillmodeller

I denne spørsmålskategorien nevnes flere samspillssmodeller, og respondentene blir bedt om å gi tilbakemelding om hvor vidt de har kjennskap til og bruker følgende samspillmodeller; *Marte Meo* (Aarts, 2000), *MISC* (Klein & Hundeide, 1989), *Foreldreveiledningsprogrammet* (Barne & familiedepartementet), og *Dialog*. Til slutt er det et åpent spørsmål hvor respondentene selv kan fylle inn hvilke andre modeller de benytter på helsestasjonen (se Figur 3). I bearbeidingen av svarene så ble svarkategoriene *bruker* og *bruker mye* blitt slått sammen til en svarkategori *bruker*.

Figur 3 viser at MISC er den eneste modellen som ingen rapporterer at de bruker i helsestasjonsarbeidet. Marte Meo, Foreldreveiledningsprogrammet og Dialog brukes eller brukes mye av en del av respondentene, men det er flere fagpersoner som rapporterer at de *kjenner til* enn som rapporterer at de *bruker* de nevnte samspillsmetodene. Fire respondenter har svart på det åpne

spørsmålet om andre samspillmodeller som evt. benyttes, og Webster Stratton og ICDP ble nevnt her.

Figur 3. Bruk av kjente samspillmodeller

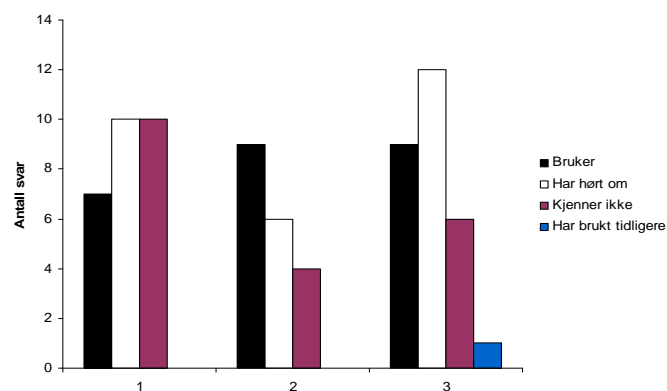


## 2.2 Om kjennskap til kartleggingsmetoder og screeningverktøy av barns utvikling

I dette avsnittet ble det spurt etter kartleggingsverktøy som brukes i vurdering av små barns utvikling generelt, samt innenfor spesifikke områder. De spesifikke områdene gjaldt *standardiserte utviklingstabeller* og *språkobservasjon*. Respondentene ble også bedt om å skrive opp navnet på de verktøy eller metoder de bruker, eller har brukt tidligere.

Som Figur 4 viser, så er det standardiserte utviklingstabeller som får høyest svarfrekvens i forhold til svarkategorien *bruker*, mens for de andre metodene så svarer de fleste at de *har hørt om metodene*, eller at *de ikke kjenner disse*.

Figur 4. Om kjennskap til kartleggingsmetoder og screeningverktøy om barns utvikling



1. Foreldreutfyllt spørreskjema
2. Standardiserte utviklingstabeller
3. Språkobservasjon

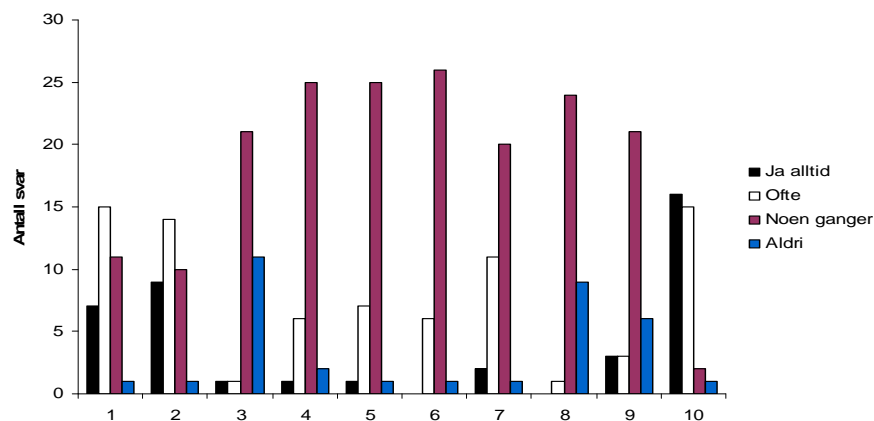
Når respondentene nevner hvilke *foreldreutfylt spørreskjema* de benytter eller har benyttet tidligere nevnes Dialog, Foreldreveiledningsprogrammet, Frode Heian for helsestasjon. For *standardisere utviklingstabeller* nevnes Dialog, Håndbok for helsestasjon/percentilskjema, Hagg's hverdagspediatri, og Denver. For *språkobservasjon* nevner mange SATS på 2 åringer, samt Håndbok for helsestasjon.

### 2.3 Om risikofaktorer og forebygging av psykiske problemer

Risikofaktorer for aldersgruppen 0-2 år omfatter faktorer som er iboende i barnet, men vel så viktig er barnets nærmeste omsorgsmiljø. For eksempel så er barn av psykisk syke foreldre i risiko for selv å utvikle psykiske problemer (Seifer & Dickstein, 2000). Eventuelle effekter av foreldres psykiske problemer på småbarn er lite appliserbare til diagnoser og diagnostiske kriterier som benyttes av DSM-IV (APA, 2000) og ICD 10 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I stedet anbefales det å se på interim-effekter som kan være prediktorer for senere dysfunksjoner. Interim-effekter i denne sammenheng inkluderer foreldre-barn samspill, tilknytningsstatus mellom forelderen og barnet, utviklingskvotient, språkutvikling, temperament, utviklingsmilepæler og regulering (Seifer & Dickstein, 2000).

I dette avsnittet av kartleggingen var vi ute etter å få vite hvilke av de vanligste risikofaktorene i barnets omsorgsmiljø som blir kartlagt av helsepersonell på helsestasjon (se Figur 5). Videre ønsket vi å undersøke om grunnutdanningene hadde gitt dem nødvendig kompetanse til å kunne tematisere dette med foreldrene (se Figur 6), og til slutt ønsket vi å kartlegge om de ønsket mer kompetanse på temaene (se Figur 7).

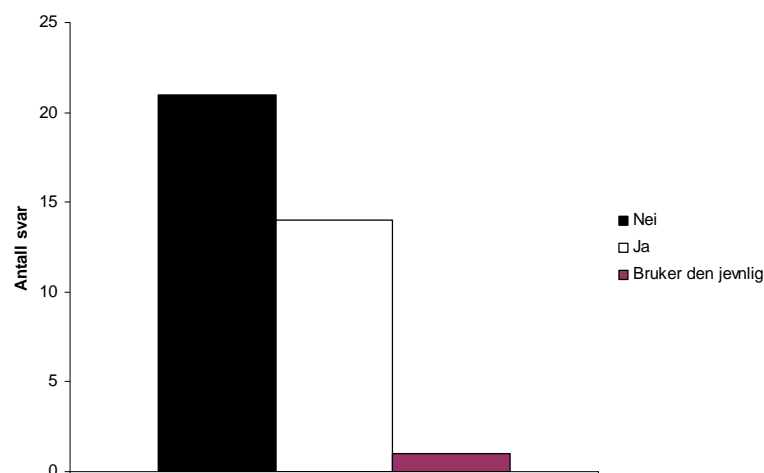
Figur 5. I den vanlige konsultasjonsvirksomheten på helsestasjon, spør du etter informasjon om:



- |                                 |                      |                      |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Mors psykiske helse generelt | 5. Rusprobl. Hos mor | 9. Om omsorgsevne    |
| 2. Postpartum depresjon         | 6. Rusprobl. hos far | 10. Sosialt nettverk |
| 3. Anorexia/Bulimi              | 7. Samlivsproblemer  |                      |
| 4. Fars psykiske helse          | 8. Vold i hjemmet    |                      |

Figur 5 viser at noen risikofaktorer kartlegges i stor grad, mens faktorer som *fars psykiske helse, spiseproblemer, vold i hjemmet, foreldres omsorgsevne* har høyest svarfrekvens på svaralternativene *noen ganger* eller *aldri*. *Rusproblemer hos mor og far, fars psykiske helse, og samlivsproblemer* er faktorer hvor det i liten grad rapporteres at dette etterspørres *alltid* eller *ofte*. Det er derimot flere som rapporterer at de fokuserer *ofte* eller *alltid* på tema som *mors psykiske helse, postpartum depresjon* og *sosialt nettverk*.

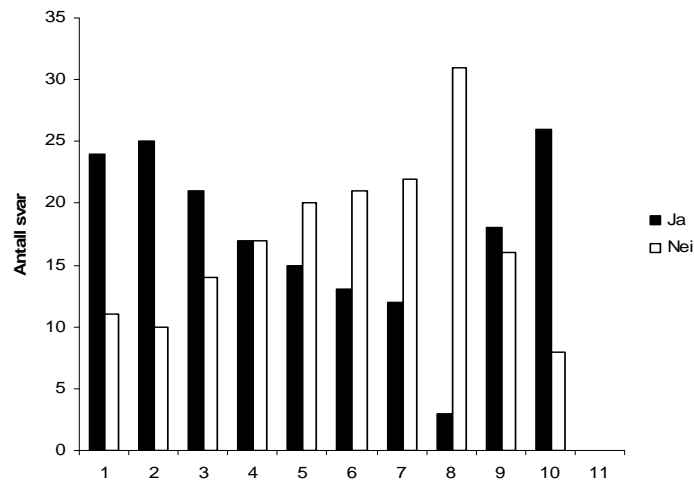
Figur 6. Kjenner du til Edinburgh Postnatal Depression Scale?



Selv om relativt mange respondenter svarer at de innhenter informasjon om postpartum depresjon, så er det bare to som bruker screeningverktøyet Edingburgh Postnatal Deprssion Scale for å kartlegge dette. Og de fleste svarer at de ikke har hørt om screeningverktøyet.

Når respondentene blir bedt om å vurdere hvorvidt grunnutdannelsen deres har gitt dem tilstrekkelig kompetanse til å ta opp de nevnte risikofaktorene, så samsvarer respondentenes svar med hva de også etterspør av informasjon på konsultasjon (se Figur 7). I forhold til temaene *mors psykiske helse, postpartum depresjon, anorexia/bulimi* og *sosialt nettverk*, så er det flere som rapporterer at grunnutdannelsen har gitt dem tilstrekkelig kunnskap om temaene, mens innen tema som *fars psykiske helse, rusproblemer hos far, samlivsproblemer* og *vold i hjemmet* så rapporterer respondentene i størst grad at grunnutdannelsen ikke har gitt dem tilstrekkelig kunnskap.

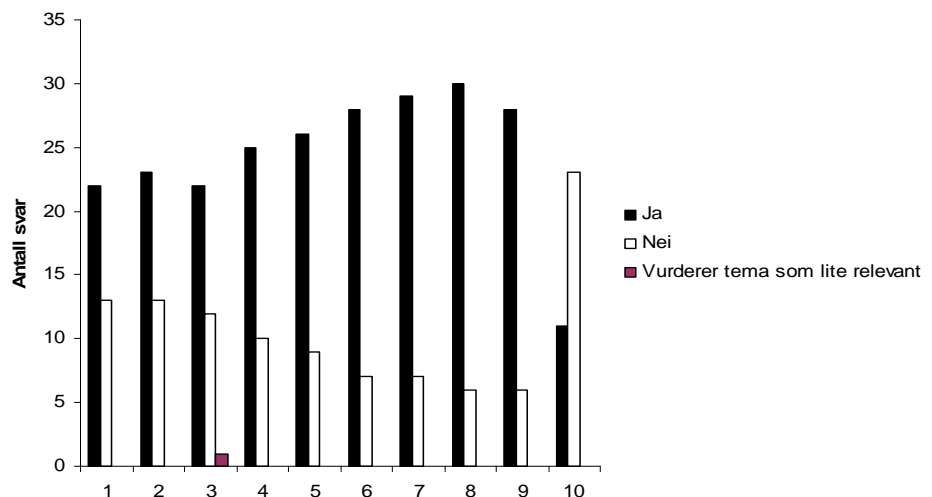
Figur 7. Synes du utdannelsen din har gitt deg tilstrekkelig kunnskap til å ta opp de nevnte risikofaktorene i konsultasjon?



- |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Mors psykiske helse generelt | 6. Rusprobl. hos far |
| 2. Postpartum depresjon         | 7. Samlivsproblemer  |
| 3. Anorexia/Bulimi              | 8. Vold i hjemmet    |
| 4. Fars psykiske helse          | 9. Om omsorgsevne    |
| 5. Rusprobl. hos mor            | 10. Sosialt nettverk |

Når respondentene blir spurt om de trenger mer kunnskap om de samme risikofaktorene så får svar-kategoriene *ja* høyest frekvens i forhold til alle tema, unntatt i forhold til *familiens sosiale nettverk* (se Figur 8).

Figur 8. Trenger du mer kunnskap om de nevnte risikofaktorene i forhold til forebygging av barns psykiske helse?

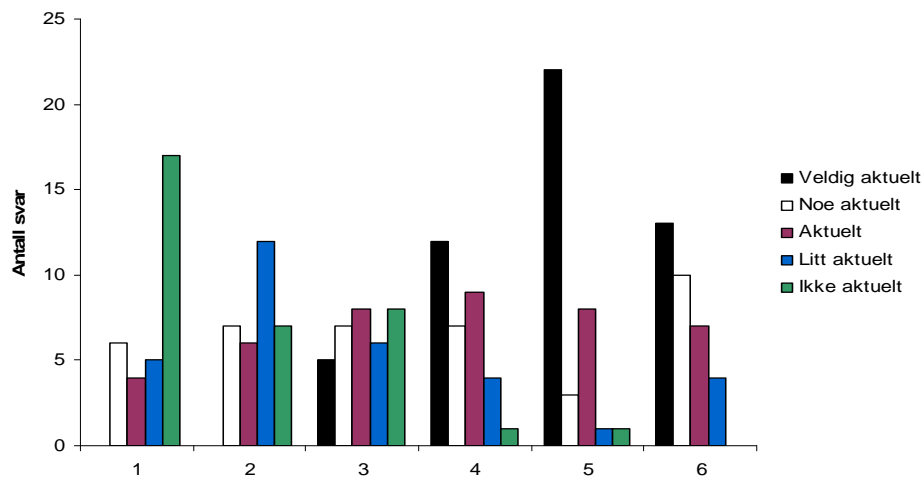


- |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Mors psykiske helse generelt | 6. Rusprobl. hos far |
| 2. Postpartum depresjon         | 7. Samlivsproblemer  |
| 3. Anorexia/Bulimi              | 8. Vold i hjemmet    |
| 4. Fars psykiske helse          | 9. Om omsorgsevne    |
| 5. Rusprobl. hos mor            | 10. Sosialt nettverk |

### 2.3.4 Det viktigste tilbudet for å få ønsket kompetanse på risikofaktorer i forhold til barns psykiske helse?

Figur 9 viser hvor aktuelt ulike kompetansehevingstiltak vil være for respondentene i forhold til å få ønsket kompetanse på risikofaktorer.

Figur 9. Hva ville vært det viktigste tilbudet for at du skulle få ønsket kompetanse på risikofaktorer i forhold til barns psykiske helse?



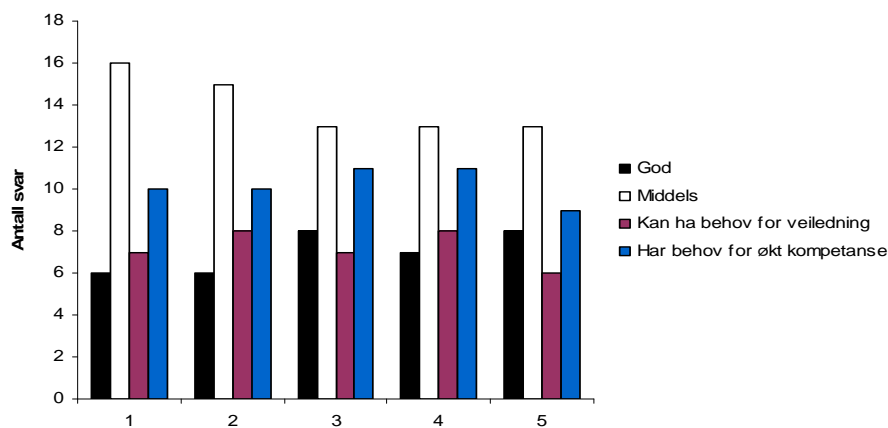
1. Gjennom master i sped/ og småbarnspsykologi
2. Gjennom videreutdanning i psykisk helsearbeid
3. Gjennom videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge
4. Tid til fordypning i faglitteratur i arbeidstiden
5. Gjennom kursing i tema
6. Konsultasjon og rådgivning på praktisk arbeid

Det som utmerker seg som særlig aktuelle tilbud er *kursing innenfor spesifikke tema, konsultasjon og rådgivning på praktisk arbeid, og tid til fordypning i faglitteratur.*

## 2.4 Praktisk klinisk kompetanse

Psykososiale problemer har ingen entydig definisjon, men blir brukt om sosiale eller miljømessige faktorer, av mer eller mindre kompleks art, som kan påvirke barnets utvikling. I denne delen av spørreskjema spørres det etter i hvilken grad man anser å ha kompetanse på *identifisering av sårbarhetsfaktorer ved barnet og foreldre, beskyttelsesfaktorer, stressfaktorer i omsorgsmiljøet og relasjonelle problemer* (se Figur 10). I neste spørsmål nevnes tre ulike tiltak og respondenten blir bedt om å vurdere sin kompetanse på å gjennomføre hver av disse (se Figur 11). Respondentene kunne svare med flere kryss, i forhold til å vurdere inneværende kompetanse, og/eller eventuelle kompetanse behov.

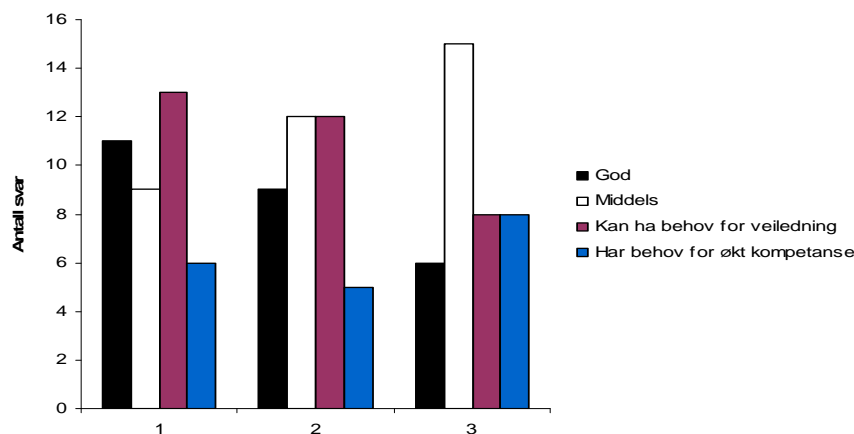
Figur 10. Kompetanse på psykososiale problemer



1. Sårbarhetsfaktorer hos barnet
2. Beskyttelsesfaktorer hos barnet
3. Sårbarhetsfaktorer hos foreldre
4. Stressfaktorer i omsorgsmiljøet
5. Relasjonen foreldre-barn

Som Figur 10 viser, så har svarkategorien *middels kompetanse* høyest frekvens av svaralternativene. Resultatene viser imidlertid også et behov for særlig økt kompetanse men også veiledning. En del har svart at de har *god* eller *middels kompetanse*, men også har behov for økt kompetanse eller ønsker veiledning. En nærmere inspeksjon av dataene viser også at noen ikke har tatt stilling til nåværende kompetanse, men kun har svart at de har behov for økt kompetanse og veiledning på tema.

Figur 11. I hvilken grad anser du å ha kompetanse på gjennomføring av følgende tiltak



1. Styrke foreldre-barn tilknytningen
2. Støttesamtale med forelderen/foreldre
3. Bidra med å øke familiens barnrelevante nettverk

Figur 11 viser en større variasjon mht kompetanse på de tre type tiltakene. Mens relativt mange rapporterer god kompetanse på å *styrke foreldre-barn relasjon*, så er det en høyere andel som

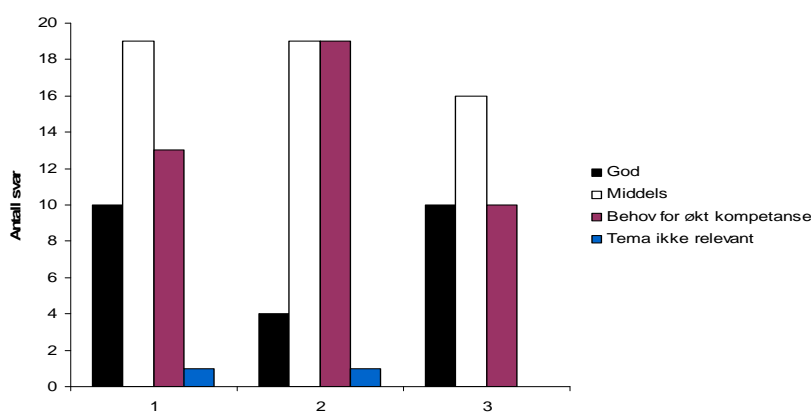
rapporterer middels kompetanse i forhold til tiltakene *støttesamtale med foreldrene* og for å *øke familiens barnerelevante nettverk*.

Også her kunne respondentene svar med flere kryss, og noen har svart at de har god eller middels kompetanse, men også har behov for økt kompetanse eller ønsker veiledning. Noen har ikke tatt stilling til nåværende kompetanse, men svart at de har behov for økt kompetanse og veiledning på tema.

## 2.5. Om spesifikk kompetanse

I denne delen av spørreskjema ble det stilt spørsmål om respondentenes kunnskap vedrørende spesifikke problemer hos barnegruppen 0-2 år. Også her kunne man svare med flere kryss og respondentene ble bedt om sette kryss som best beskriver sitt kunnskapsnivå og/eller kunnskapsbehov innenfor hvert emne i tabellen (se Figur 12).

Figur 12. Kompetanse på spesifikke tema



1. Reguleringsvansker
2. Vansker med kontaktfunksjon
3. Motoriske vansker

Resultatene viser en viss variasjon i kompetanse mellom de ulike temaene. Det rapporteres lav frekvens av *god kompetanse* i forhold til alle tre temaene, og en stor andel av respondentene rapporterer også behov for kompetanse innen dette området. Det er likevel en stor andel som svarer at de har *middels kompetanse* på temaet *vansker med kontaktfunksjon*. Middels kompetanse rapporteres i større grad enn god kompetanse i forhold til temaene *reguleringsvansker* og *motoriske vansker*. En respondent svarer at temaet ikke er relevant, og en nærmere inspeksjon av dataene viser at dette er en yrkesgruppe hvor relevansen av temaene er lav. Av de som rapporterer at de har

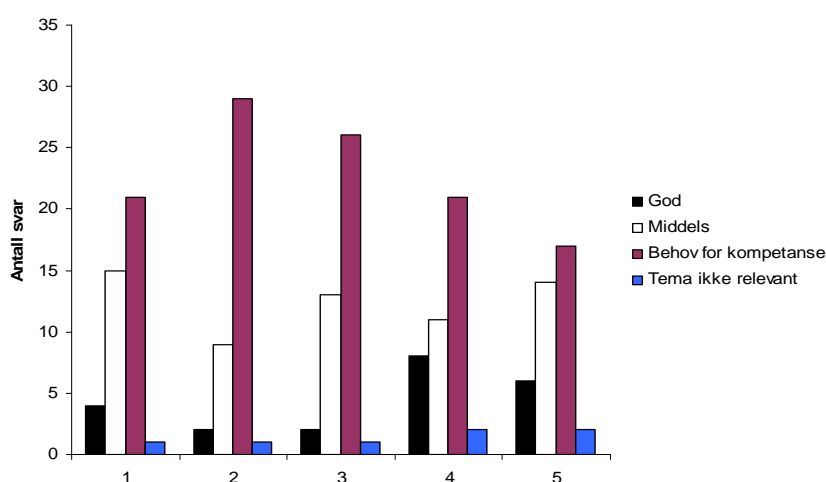


behov for økt kompetanse, så svarer en del dette som eneste svaralternativ, mens andre har krysset av for en vurdering av nåværende kompetanse og at de også har kompetansebehov.

## 2.6. Om kompetanse på bio-medisinsk risiko og omfattende forstyrrelser som inntreffer i småbarnsalderen

Under denne delen ble det stilt spørsmål om respondentenes sin kunnskap om problemer av mer kompleks natur. Også her ble respondentene bedt om å krysse av i den kolonnen som best beskriver deres kunnskapsnivå og/eller kunnskapsbehov innenfor hvert emne i tabellen (se Figur 13).

Figur 13. Kompetanse på bio-medisinsk risiko og omfattende forstyrrelser som inntreffer i småbarnsalderen



1. Prematuritet
2. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
3. Tilknytningsforstyrrelse
4. Spesifikke motoriske forstyrrelser
5. Forsinkelse/forstyrrelse av språkutviklingen

Her viser resultatene en annen tendens enn hva som rapporteres i forhold til annen problematikk. Faktisk har *behov for økt kompetanse* høyest frekvens av svaralternativene i forhold til *prematuritet, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, spesifikke motoriske forstyrrelser* og i noe lavere frekvens for *forsinkelse/forstyrrelse av språkutviklingen*. Innen alle temaene har respondentene hatt mulighet for å krysse av for denne svarkategorien alene eller sammen med en vurdering av nåværende kompetanse. *God kompetanse* rapporteres i liten grad mens noen flere rapporterer *middels kompetanse*. Svaralternativet *tema ikke relevant* er besvart av yrkesgruppe hvor relevansen for tema er lav.

### III. Samarbeid mellom helsestasjonen og annen helsetjeneste

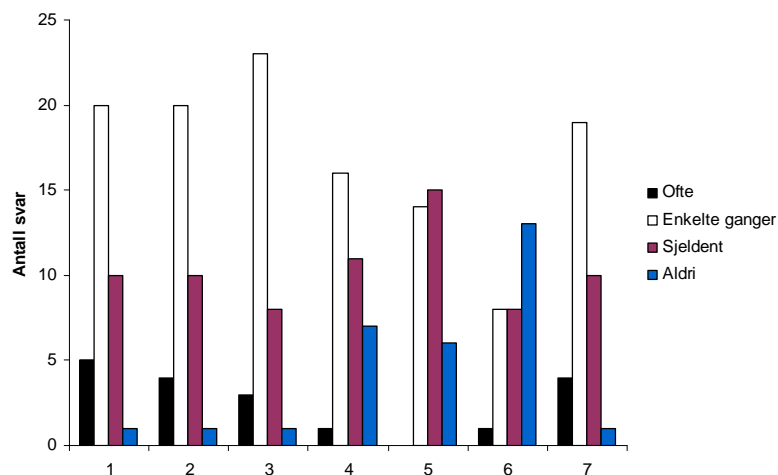
Som mal for ansvarsfordeling mellom 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten så foreslår Alseth og Andreassen (2004) at 1. linjetjenesten skal drive med forebyggende arbeid, og ha ansvar for diagnostisering og behandling av pasienter med lettere psykiske vansker eller hvis lidelsen er i en tidlig fase. 2. linjetjenesten skal behandle pasienter med mer alvorlige og fremadskridne lidelser. Velfungerende kommunikasjon og samspill mellom 1. linjen og 2. linjen vil gi brukerne et helhetlig helsetilbud (Gylseth & Heian, 2004), og en godt fungerende 1. linje vil også forhindre kapasitetsproblemer på 2. linjen, lindre smerte for den enkelte bruker, samt ha en samfunnsøkonomisk gevinst (Alseth & Andreassen, 2004).

I spørreskjemaet blir respondentene bedt om å rapportere hvilke fagpersoner de samarbeider med innad på helsestasjonen, hvilke andre instanser de samarbeider med i 1. linjen, samt hvilke etater/institusjoner de samarbeider med i spesialisthelsetjenesten. I denne rapporten har vi fokusert på samarbeidet med andre instanser i 1. linjen og i spesialisthelsetjenesten.

#### 3.3 Samarbeidspartnere i 1. linjen

Syv etater og instanser er tatt med i forhold til samarbeid med andre instanser og etater i 1. linjen. Respondentene ble bedt om å ta et tilbakeblikk på det siste året for gi en vurdering i forhold til hvor ofte de hadde vært i et samarbeid om barn (0-2 år) og omsorgsgiver(e) med de enkelte etatene. Det er også en åpen svarkategori hvor respondentene kan nevne eventuelle andre instanser som de samarbeider med.

Figur 14. Frekvens av samarbeid med andre 1. linjeetater

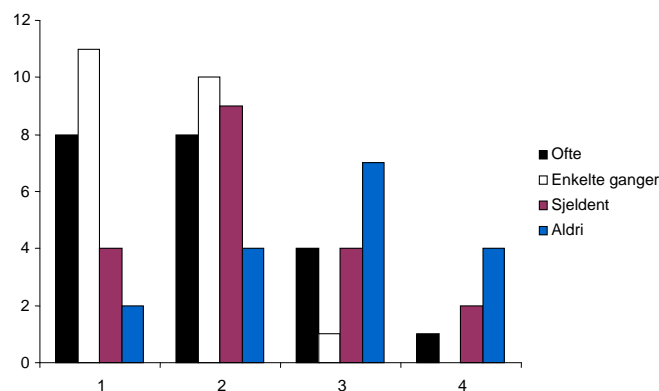


- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Fastlege                   | 5. Sosialkontor                   |
| 2. PPT                        | 6. Kommunal habiliteringstjeneste |
| 3. Barnevern                  | 7. Barnehage                      |
| 4. Kommunal psykiatritjeneste |                                   |

Det er få som rapporterer at de samarbeider *ofte* med de andre 1. linjeetatene. Samarbeid med *barnevernet enkelte ganger* er svarkategorien med høyest frekvens, mens *fastlege, PPT og barnehage* er rapportert i noe lavere frekvens i forhold til samarbeid. Hvis man i stedet ser på andel som har svart *aldri*, så har denne svarkategorien høyest frekvens i forhold til samarbeid med *kommunal habiliteringstjeneste*.

Som oppfølgingsspørsmål blir respondentene spurt om det er utarbeidet samarbeidsrutiner for oppgavefordeling og målsettinger mellom disse ulike etatene i respondentens kommune. Her svarte 21 *ja med noen*, 10 svarte *nei*, 4 svarte med et spørsmålstegn, mens 4 lot være å svare på spørsmålet. De som har et formalisert samarbeid med andre etater blir så bedt om svare på hyppigheten av samarbeid i forhold til ulike type tiltak (se Figur 15).

Figur 15. Hva samarbeides det om?



1. Helsefremmende og forebyggende tiltak generelt
2. Individrettede tiltak
3. Tiltak rettet mot grupper med felles særtrekk
4. Tiltak rettet mot lokalmiljø

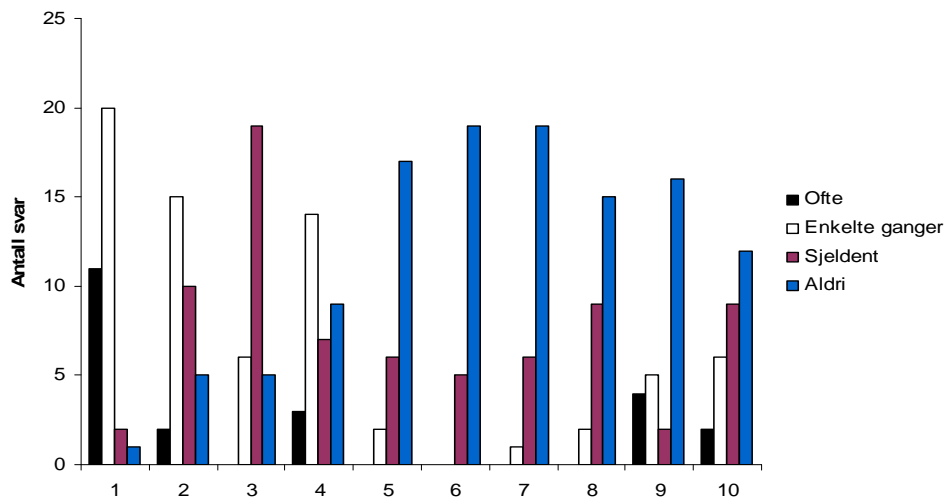
*Helsefremmende og forebyggende tiltak, samt individrettede tiltak* samarbeides det hyppigst om, mens i mindre grad med *tiltak mot grupper med felles særtrekk* eller *tiltak rettet mot lokalmiljø*. For eksempel så har svarkategorien *aldri* hyppigst frekvens i forhold til *tiltak rettet mot grupper med felles særtrekk*.

### 3.4 Samarbeidspartnere i 2. linjetjenesten

Som siste avsnitt i undersøkelsen ble det spurt om helsestasjonen og hyppigheten av samarbeid med 9 etater og institusjoner i spesialisthelsetjenesten. I dette spørreskjemaet er ikke barnepsykiatrisk

avdeling (BUPA) en enhet, men delt opp som konsultasjon, familieposten og autismeteamet (se Figur 16).

Figur 16. Frekvens av samarbeid med etater/institusjoner i spesialisthelsetjenesten.



- |                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Barneklubben               | 7. Autismeteamet (BUPA)               |
| 2. Vestlund                   | 8. Privat praktiserende spesialisttj. |
| 3. Annen somatisk sykeh. avd. | 9. Voksen psykiatrisk poliklinikk     |
| 4. BUP                        | 10. Andre                             |
| 5. Konsultasjon (BUPA)        |                                       |
| 6. Familieposten (BUPA)       |                                       |

Samarbeid *enkelte ganger* rapporteres hyppigst med *barneklubben*, *barnehabilitering* (Vestlund) og *BUP*, mens svarkategorien *aldri* rapporteres hyppigst i forhold til enheter på *BUPA/Haukeland Sykehus*, *privatpraktiserende spesialisttjeneste*, *voksenpsykiatri* og *andre*. 17 av respondentene svarer videre at de har utformet et formalisert samarbeid med enkelte av etatene, mens 15 har svart nei på spørsmålet, 1 har satt spørsmålsteget, og 6 har latt være å svare på spørsmålet. Resultatene viste videre at veldig få svarte på oppfølgingsspørsmålet om type tiltak det samarbeides om, og resultatene fra det siste spørsmålet gikk dermed ut.

## DISKUSJON

Oppsummert viser resultatene fra prosjekt; Kartlegging av kompetanse: Forebygging og tidlig intervensjon og iverksetting av tiltak for barn i alderen 0-2 år variasjon mht oppgitt kompetanse og kompetansebehov innen de ulike temaene. Dette er ikke overraskende tatt i betraktning at spørreskjemaet berører mange tema.

Resultatene er basert på svar fra alle respondentene. På grunn av lav svarprosent, og en skjevfordeling av antall respondenter fra bydeler i Bergen kommune og landkommuner, er det heller ikke gjort en vurdering av forskjeller mellom by og land slik det var planlagt i forkant av kartleggingen. Det er vanskelig å vite hva som er årsaken til en så lav svarprosent. En grunn kan være at spørreskjema er såpass omfattende at mange i målgruppen ikke fant tid til å fylle ut spørreskjema i en ellers travel hverdag. Man kan også spørre seg om respondentene i kartleggingen representerer den delen av de ansatte på helsestasjonen som er interessert sped- og småbarns psykiske helse, og at deltakelse dermed blir mer meningsfull enn hvis de ikke var spesielt interessert i tema. Hvis dette stemmer så vil ikke resultatene fra kartleggingen gi et representativt bilde av kompetanse og kompetansebehov på helsestasjon. En siste forklaring kan ha sin årsak i at antall spørreskjema som ble sendt ut til helsestasjonene var basert på *antall hoder* ansatt på den enkelte helsestasjon, og ikke antall hele stillinger. Mange av dem som mottok spørreskjema var i små stillingsbrøker, og det kan hende at disse derfor ikke følte at de var målgruppen for kartleggingen. Den lave svarprosenten gjør det likevel vanskelig å generalisere resultatene til å representere et bilde av kompetanse og kompetansebehov på helsestasjon i forhold til forebyggende arbeid blant sped- og småbarn.

Videre vil diskusjonen fokusere på hva som rapporteres av kompetanse og kompetansebehov. Oppsummert viser resultatene at fagansatte anser seg selv til å ha middels til god kompetanse innen flere av temaene som det spørres i kartleggingen. Dette gjelder spesielt kompetanse på psykososiale problemer, tiltak rettet mot foreldrene og barna, og spesifikke problemer som reguleringsvansker og motoriske vansker. Selv om dette er positive signaler i forhold til helsestasjonsarbeidet, så melder også mange av respondentene om behov for veiledning eller ønsker mer kompetanse i forhold til de samme temaene. En slik dobbelkommunikasjon kan forstås som at respondentene er bevisst sin middels kompetanse, men er også bevisst sine huller i kompetansen. En alternativ forståelse er at respondentene synes tematikken er av en slik betydning eller omfang, hvor man alltid vil ha behov for ”faglig påfyll”.

Fokus på tidlig samspill er understreket i veilederen for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Positivt og synkronisert samspill har ikke bare betydning for å regulere barnets biologiske funksjoner, men er også viktig i forhold til barnets mentale utvikling (Field, 1984; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996). Kartleggingen har søkt å få kjennskap til i hvilken grad samspill blir tematisert med foreldre, om det er kontekster som gjør det vanskeligere å tematisere samspill med foreldrene, og i hvilken grad respondentene kjenner til eller bruker samspillsmodeller. Så og å si alle respondentene (92 %) svarte at foreldre- barn samspill inngår som en del av

konsultasjonen på helsestasjon. Et naturlig oppfølgingsspørsmål ville være om hvor mange måneder barnet er når dette blir tematisert. Dette spørsmålsleddet mangler, og det kan derfor være variasjon fra fagperson til fagperson i forhold til når de tar opp samspill med foreldrene. En annen begrensning med denne delen av kartleggingen er at man ikke får informasjon om hvordan og i hvilken sammenheng samspill bringes opp i konsultasjonen. I stedet spørres det om hvor enkelt eller vanskelig det er å snakke om samspill man selv, eller foreldre, er bekymret for. Svarene viser en tydelig tendens til at det er enkelt å snakke om dette når det er foreldre som tar opp tema på konsultasjon, mens det oppleves som vanskeligere å tematisere bekymringsfullt samspill når fagpersonen observerer dårlig samspill eller informasjonen fra foreldrene gir mistanke om at foreldre- barn samspillet er bekymringsfullt.

Ut fra kunnskap man har om betydning av et velfungerende samspill for barnets utvikling, så anbefales det å vurdere foreldre-spedbarn relasjonen i stedet for å fokusere eksklusivt på barnet når små barn har problemer (se blant annet Thomas og Merriles, 2004). I denne kartleggingen spørres det om bruk og kjennskap til de fire samspillmodellene Marte Meo (Aarts, 2000), MISC (Klein & Hundeide, 1989), Foreldreveiledningsprogrammet (Barne & familiedepartementet), og Dialog. Resultatene viste at i underkant av halvparten kjente til Marte Meo, Foreldreveiledningsprogrammet og Dialog, og noen færre til MISC. Det er i det hele tatt få som benytter noen spesifikk samspillmodell i arbeid med foreldre og spedbarn, og av de som bruker en samspillmodell så bruker disse Dialog (8 personer). Ser man dette resultatet i sammenheng med at de aller fleste rapporterer at de tematiserer foreldre-barn samspill, så betyr dette at respondentene i begrenset grad følger en manual eller samspillprogram, og man kan spekulere om hva som ligger i å tematisere samspill rutinemessig på konsultasjon. Her er mulighetene åpne for at ”å tematisere samspill” handler om å spørre om samspillet fungerer, eller om man presenterer mer inngående informasjon om betydning av tidlig samspill til omsorgsgiver, eller konstruerer situasjoner slik at man kan observere samspillet.

Det er flere resultater fra kartleggingen som tyder på at noen tema er vanskelig å ta opp med foreldre. I avsnittet om risikofaktorer og forebygging av psykiske problemer så oppgir respondentene varierende kompetanse og kompetansebehov. Det synes som om respondentene forholder seg relativt aktivt til tema som mors psykiske helse, postpartum depresjon og sosialt nettverk, på konsultasjon. I forhold tema som rusproblematikk, samlivsproblemer og vold i hjemmet så viser resultater at dette tematiseres lite. Melkeraaen (1998) hevder for eksempel at rusrelaterte problemer ikke har noen sterk stilling i helsestasjonsarbeidet, og hun skisserer flere barrierer som gjør at dette er tema som utelates på konsultasjon. Mangel på kunnskap om problematikken og hvordan man griper den an, kan være en årsak eller barriere. En annen barriere

kan ligge i helsearbeiders egne erfaringer med rusproblematikk. Her nevnes ubearbeidete barndomsopplevelser, nære familiemedlemmer med samme type problematikk, og eget rusmiddelbruk. Dette påvirker våre holdninger, vår troverdighet og trygghet i forhold til brukerne. En siste viktig barriere som Melkeraaen (1998) nevner er at rusproblematikk fremdeles er et tabubelagt tema som dermed kan føre til at man velger bort å tematisere problemene. Vold i hjemmet kan antakelig også inkluderes som et tema som får lite fokus på grunn av de samme årsakene som Melkeraaen (1998) nevner om rus. Selv om det er i hjemmet det meste av volden foregår, så hevder blant annet Herrebrøden (2006) at familievold ennå er preget av usynlighet, tabu og skam.

Tiltross for at respondentene rapporterer at grunnutdannelsen deres har gitt dem tilstrekkelig kunnskap om å til å ta opp de fleste av risikofaktorene med foreldrene som er nevnt i kartleggingen, så rapporterer respondentene samtidig at de har behov for økt kompetanse i forhold til alle de nevnte risikofaktorene, unntatt sosialt nettverk.

Siden kartleggingsundersøkelsene har hatt som mål å undersøke nåværende kompetanse og kompetansebehov hos fagansatte på helsestasjonen, så ble det også spurt om hvilke undervisningstilbud som ville være mest aktuelle i forhold til å få økt kompetanse på risikofaktorer i forhold til barns psykiske helse. Flest svarer at det vil være svært aktuelt med kursing innen spesifikke tema, eller å få konsultasjon og rådgivning på praktisk arbeid, og litt færre sier det vil være svært aktuelt å få tid til fordypning i faglitteratur i arbeidstiden. Selv om den siste formen å tilegne seg kunnskap på, ligger utenfor hva utdanningsinstitusjonene kan tilby, så kan man tolke resultatet som et signal om at ansatte på helsestasjonen ikke får den tiden de har behov for i forhold til faglig fordypning i løpet av en arbeidsdag. Av kompetansehevingstilbudene som rapporteres som minst aktuelle nevnes mastergrad med sped- og småbarnspsykologi som fordypning, videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Resultatene gir et relativt entydig bilde, hvor kompetansehevingstiltak på spesifikke tema og av kort varighet er mer attraktive enn å begynne på et kortere eller lengre utdanningsløp som det videreutdanninger og mastergrad representerer. Det er vanskelig å vite årsaken for en såpass klar tendens mot å velge bort utdanningstilbudene som er nevnt i kartleggingen. En grunn kan være at for eksempel videreutdanning i psykisk helsearbeid og videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge i liten grad vier spedbarnspsykologi noe spesielt fokus i forhold til andre tema. Da resultatene er basert på et lite utvalg av respondenter, så er det uansett problematisk å generalisere funnene til å representere en generell tendens blant ansatte på helsestasjonen.

En del av respondenten i vår undersøkelse rapporterer at de bruker SATS. Medio 2005 ble fagpersoner i alle landets kommuner tilbudt kompetansehevingsprogrammet SPRÅKPAKKEN,

som var et etterutdanningstilbud slik at lokale fagfolk skal bli bedre rustet til å følge den normale språkutviklingen, samt forebygge, identifisere og avhjelpe språkvansker og vansker med lesetilegnelse hos barn og unge. SATS er en del av denne språkpakken (Statped, 2006). Resultater fra spørreleddet om kjennskap til verktøy for språkbobservasjon tyder på at den nasjonale satsingen på språkutvikling og språkvansker er blitt forankret i helsestasjonsarbeidet.

Det neste temaet i kartleggingen ble kalt "Praktisk klinisk kompetanse", og tar for seg kompetanse på psykososiale problemer og tiltak i forhold til dette, kompetanse på spesifikke problemer hos 0-2 åringer, og om kompetanse på bio- medisinsk risiko og omfattende forstyrrelser som inntreffer i spedbarnsalder. Her var det mulig for respondentene å sette flere kryss. Resultatene viser at mange av respondentene rapporterer middels kompetanse på flere av temaene, og at de har behov for mer kompetanse, enten i form av veiledning eller annet kompetansehevingstiltak. Det er faktisk bare på tiltakssiden at god kompetanse rapporteres høyere enn middels, og det er i forhold til tiltak for å styrke foreldre- barn tilknytning. Det er først ved spørsmål om kompetanse på bio - medisinsk risiko og omfattende forstyrrelser at behov for kompetanse er rapportert hyppigst. Innen dette temaet er det svært få som rapporterer god kompetanse og svært mange som rapporterer behov for mer kompetanse innen temaene prematuritet, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, spesifikk motorisk forstyrrelse. Det er noen flere med middels kompetanse på forsinkelse/forstyrrelse av språkutvikling.

Den siste delen av kartleggingen handlet om samarbeid mellom helsestasjon og andre etater i 1. linjen, samt helsestasjonens samarbeid med såkalte 2. linje etater i forhold til arbeid med sped- og småbarn. Når respondentene ble bedt om svare på hyppigheten av samarbeid med andre naturlige samarbeidspartnere i 1. linjen, så er det ingen etater eller instanser som deltakerne rapporterer at de ofte samarbeider med. Samtidig rapporterer nær to tredeler av respondentene at det er utarbeidet samarbeidsrutiner med noen av de nevnte etatene. Når et formalisert samarbeid ikke fører til et tett og hyppig samarbeid, så kan resultatene bety at det samarbeides i mindre grad om sped- og småbarn og deres familier. Det er også nærliggende å tro at samarbeid generelt foregår hyppigst rundt barn som sliter med alvorlige og omfattende problemer, og da i forhold til eldre barn. Dette blir imidlertid delvis avvist på spørsmål om hva det samarbeides om. Faktisk så er det flere som svarer at de samarbeider *ofte* og *enkelte ganger* om helsefremmende og forebyggende tiltak enn om individ rettede tiltak selv om dette også er tiltak som det samarbeides mer om enn tiltak rettet mot grupper med felles særtrekk og tiltak rettet mot lokalmiljø.

Hyppigheten av samarbeid med enheter og avdelinger innen 2. linjetjenesten viser større variasjon. Helsestasjonens samarbeid med barneklirikken blir beskrevet hyppigst til å forekomme enkelte ganger, og ofte med litt lavere frekvens. Samarbeidet med barnehabilitering (her Vestlund)



og BUP blir beskrevet hyppigst å være enkelte ganger, men det er også nærmere ti respondenter som svarer at de aldri samarbeider med BUP. Resultatene viser videre at helsestasjonen beskriver at samarbeidet med enhetene i BUPA forekommer sjeldent eller aldri. Her er det faktisk ingen som benytter svarkategorien ofte, slik noen få har gjort i forhold til samarbeid med voksenpsykiatrien og andre tjenester. Det kan dermed se ut som at samarbeid mellom helsestasjon og BUPA nærmest er fraværende. Resultatet kan tolkes i retning av at pasientgruppen på BUPA er eldre enn sped- og småbarn. Kartleggingen gir ikke noe svar på hva som er årsaken til det varierte samarbeidet mellom helsestasjonen og kommunale tjenester, og helsestasjonen og 2. linjetjenester. Det kan hende at dette best ville kunne bli belyst gjennom intervju av deltakerne.

Oppsummert viser kartleggingen at det er et generelt behov for mer kompetanse på ulike tema i forhold til sped og småbarns psykiske helse blant ansatte på helsestasjoner i Bergen og Nordhordaland. Resultatene er imidlertid ikke entydig negative i forhold til eksisterende kunnskap på helsestasjoner som er av betydning for sped- og småbarns helse. Innen en rekke av temaene som berøres i kartleggingen så rapporteres det at man anser å ha en middels kompetanse. Resultatene fra flere av temaene i kartleggingen peker også mot et behov for å bli tryggere på å ha samtale med foreldre om tema som rus, vold, samlivsproblemer, samt for helsepersonell å ta opp bekymringer om foreldre- barn relasjonen.

Hvis man oppsummert skal komme med en anbefaling om kompetansehevende tiltak for fagansatte på helsestasjon ut fra denne kartleggingen, vil et kurstilbud innen følgende tema forslås: Bruk av samspillsprogrammer på helsestasjon; kurs om reguleringsvansker, psykososiale problemer; bio-medisinske risiko og omfattende forstyrrelser som prematuritet, tilknytningsforstyrrelse, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og spesifikke motoriske forstyrrelser; opplæring i bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale, og å etablere god praksis for samarbeid om mødre med postpartum depresjon og hennes barn. Kursing men også veiledning anbefales i forhold til å ta opp bekymringer eller å ta opp vanskelige tema som rus, vold, psykisk helse og vansker og problemer mellom foreldre og spedbarn. Veiledning kan etableres som et samarbeid mellom Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og de helsestasjoner som sokner til denne BUPen.

## REFERANSER

- Achenbach, T. M. (1997). What is normal? What is abnormal? Developmental perspective on behavioral and emotional problems. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 93-114). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alseth, Ø., & Andreassen, B. (2004). *Kraftsenterundersøkelsen. Psykisk helsearbeid for barn og unge*: Norsk psykologforening.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR* (4th , text revision. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barne, & familiedepartementet, o. Retrieved 24.sept, 2006, from <http://www.dep.no/bld/norsk/tema/foreldreogbarn/foreldreveiledning/004021-120016/dok-bn.html>
- DelCarmen Wiggins, R., & Carter, A. (Eds.). (2004). *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York: Oxford University Press.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, 2, 249-256.
- Gylseth, G., & Heian, F. (2004). *SIU Samarbeid i Utvikling*. Molde: Helse Nordmøre og Romsdal, Avdeling for barn og unge.
- Helsedepartementet. (2003a). *Regjerings strategiplan for barn og unges psykiske helse.....sammen om psykisk helse.....* (No. I-1088). Oslo.
- Helsedepartementet. (2003b). *St.meld.nr.16. Resept for et sunnere Norge*.
- HelseVest. (2004). *Regional opptrappingsplan for psykisk helse Helse Vest*: Helse Vest.
- Hviding, K. (2005). *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år* (No. Nr.13-2005). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Klein, P., P., & Hundeide, K. (1989). *Training manual for the MISC program (More intelligent sensitive child) : a method for sensitizing caregivers*. Bergen: Institute of international health (ICDP), University of Bergen.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. J. (1996). The impact of postnatal depression on early mother-infant interactions and later infant development. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Rypdal, P. (2004). *Kommunens kompetanse og kompetansebehov innen området barn og unges psykiske helse*. Trondheim: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Midt-Norge.
- Seifer, R., & Dickstein, S. (2000). Parental Mental Illness and Infant Development. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant mental health* (pp. 145-160). New York: The Guilford Press.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., & Jørgensen, T. (2006). The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age- the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Sosial-, & helsedirektoratet, o. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*. Oslo: Avdeling for primærhelsetjenester.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *ICD-10 : den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring* (10. revisjon, norsk utg., 4. [rev.] oppl. ed.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statped. (2006, 13.10.06). *SATS*
- Aarts, M. (2000). *Marte Meo Grundbog*. Netherland: Aarts Production.

## **Sluttord**

Takk til helsestasjoner i bydelene Bergenhus, Årstad, Åsane og Arna i Bergen kommune, Meland Kommune, Austrheim Kommune, Masfjorden Kommune, Fedje Kommune, Radøy Kommune, Lindås Kommune og Osterøy Kommune, for deres deltakelse i kartleggingen.