

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 17/28847-11
Saksbehandler: Hilde Skagestad
Dato: 11.12.2017

HelseDirektoratets høringsinnspill til Helse- og omsorgsdepartementet forslag til revidert forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det vises til høringsnotat av 8. september 2017, der Helse- og omsorgsdepartementet ber om innspill til forslag til ny forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten).

Det fremgår av høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet at forslaget til revidert forskrift i hovedsak er en videreføring av gjeldende rett og en tydeliggjøring av innholdet i tjenesten.

Bakgrunnen for revisjon av gjeldende forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er blant annet behovet for å se forskriften i sammenheng med den relativt nye helse- og omsorgstjenesteloven, samt de nylig foreslåtte endringene i helse- og omsorgstjenesteloven.

Det er viktig at forskriften er enkel å forstå og praktisere for helsepersonell. Generelt bes departementet vurdere behovet for eventuelt ytterligere spesifisering av enkelte bestemmelser ut i fra omtalen i høringsnotatet om at departementet ikke legges opp til å utarbeide merknader til forskriften - noe som eksisterer i dag.

HelseDirektoratet vil på blant annet denne bakgrunn også anbefale at Helse- og omsorgsdepartementet ser på om det kan gjøre visse oppdelinger i enkelte av forskriftsutkastets bestemmelser. Det vises til forslag til revidert § 4 om samhandling og samarbeid og til § 8 om Barnevaksinasjonsprogrammet. Disse kan slik de nå er foreslått formulert med fordel deles opp i relevante avsnitt.

Det bør også henvises til forskrifter/lover på en lik måte – se for eksempel §§ 3 og 8.

Ad Helse- og omsorgsdepartementets forslag til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

§ 1 Formål

Det er ønskelig å tydeliggjøre de helsefremmende og forebyggende elementene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og vi foreslår derfor å påpeke at formålet med tjenesten er å gi et helsefremmende og forebyggende tilbud i formålsteksten i forslag til § 1. Dette vil dessuten samsvare bedre med ordlyden i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 1, som også benytter begrepene «helsefremmende og forebyggende tjenester».

HelseDirektoratet

Avdeling allmennhelsetjenester

Hilde Skagestad, tlf.: +4724163832

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helseDirektoratet.no

Forslag til endring

Formålet med forskriften er å gi et helsefremmende og forebyggende tilbud i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som:

- a) fremmer psykisk og fysisk helse,
- b) fremmer gode sosiale og miljømessige forhold,
- c) forebygger sykdom og skader,
- d) bidrar til å utjevne sosiale helseforskjeller og
- e) bidrar til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt.

§ 2 Virkeområde

Helsedirektoratet foreslår innført et punkt b) i virkeområdebestemmelsen for å skille mellom de ulike målgruppene og for å gi en bedre oversikt og tydeliggjøring av tjenestens målgrupper.

Det vil i større grad samsvare med den inndelingen av tjenestene som Helsedirektoratet opererer med. Eksempelvis er det laget egne nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen og for barselomsorgen, mens tilbudet i helsestasjonstjenesten for barn og ungdom 0-20 år og skolehelsetjenesten er samlet i én felles nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende tilbudet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Forslag til endring

Forskriften gjelder helse- og omsorgstjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid:

- a) innen kommunens helsestasjonstjeneste for gravide, barselkvinner og deres partnere og barn og ungdom 0-20 år
- b) innen kommunens helsestasjonstjeneste for barn og ungdom 0-20 år,
- c) i skolehelsetjenesten i grunnskoler og videregående skoler som omfattes av lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova) og lov 4. juli 2003 nr. 84 om frittstående skolar (friskolelova).

Det kan vurderes å presisere i *helse- og omsorgstjeneste* i grunnskoler og videregående skoler under foreslått punkt b) slik som bestemmelsen er formulert i c) i dag. Dette bidrar til å knytte formuleringen opp til tjenesten.

Kapittel II Kommunens ansvar for helsestasjons- og skolehelsetjeneste mv.

§ 3 Kommunens ansvar for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

A) Tverrfaglig tilbud og tilgjengelighet i tjenesten.

Det bør legges til grunn at barn og unges behov for tjenester kan påvirkes gjennom tidlig identifisering av behov og målrettet og strukturert tverrfaglig innsats. Barn og unge i sårbare situasjoner med behov for tjenester på flere områder må om nødvendig få sitt behov avklart gjennom tverrfaglig utredning. Det må sikres nødvendig og tilstrekkelig faglig breddekompetanse i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Det kan også være behov for kompetanse fra sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten for å sikre helhetlig tilnærming.

Av den grunn støtter Helsedirektoratet departementets vurdering om å tydeliggjøre at helsestasjon og skolehelsetjenesten skal gi et tverrfaglig tilbud. Vi ser også behov for tydeliggjøring av kjernekompetansen i helsestasjon og skolehelsetjenesten i forskriften for å utfordre tjenesteutvikling

med særlig vekt på operasjonalisering av bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. Med så mange ansvarsoppgaver knyttet til tjenestene, vil behovet for tilknytning til fastlege, fysioterapeut, helsesøster m.m. være nødvendig for å ivareta tverrfagligheten i tjenesten. Det vises til omtale av dette nedenfor.

Tilgjengelighet er sentralt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For å kunne ivareta formålet med tjenesten og for at denne skal kunne løse sine oppgaver på en forsvarlig måte, må tjenestene være lett tilgjengelige og representere et synlig lavterskeltilbud for barn, ungdom og deres foreldre.

En forutsetning for å nå foreldre, barn og ungdom er at de er kjent med innholdet i tilbudet og at det oppleves som lett tilgjengelig. Informasjon er således viktig, også for å gjøre tjenesten synlig. De digitale tjenester til barn og unge kan med fordel utvikles.

Helsestasjon- og skolehelsetjenestens kontaktflate mot alle barn, unge og deres foreldre gjør at tjenesten har et potensial til å nå alle – uavhengig av sosial tilhørighet. Universelle tiltak og tidlig innsats i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er viktige prinsipper for å utjevne den sosiale gradienten i helse.

Det foreslås derfor å tydeliggjøre tilgjengelighetskravet i forskriftsforslaget § 3 andre ledd og innlemme dette i den foreslåtte bestemmelsen om tverrfaglighet.

B) Faglig leder:

For å tydeliggjøre betydningen av ledelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, foreslår departementet å ta inn en bestemmelse om ledelse i ny forskrift § 3 fjerde ledd som skal lyde «det skal pekes ut leder(e) for helsestasjons- og skolehelsetjenesten».

Det kan være fornuftig å tydeliggjøre systemansvaret for en rekke av tjenestens oppgaver; herunder å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Det vises her også til ny § 3-3 a, som sier at kommunene skal ha særskilt oppmerksomhet for å avdekke vold og overgrep. Systemansvar vil kunne bidra til å sikre dette arbeidet for alle barn og unge.

Helsedirektoratet anbefaler imidlertid at faglig leder for kommunens helsestasjonstjeneste for barn og ungdom 0-20 år og skolehelsetjenesten i grunn- og videregående skoler fortsatt skal være helsesøster. Dette vil være i tråd med føringene i forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3.

Spesielt viktig er det med en faglig leder hvis administrativ leder har en annen bakgrunn. – dette sikrer at det er en ansvarlig for å holde de ansatte faglig oppdatert. Arbeidet må prioriteres og vil ikke være opp til den enkelte som fra før har en travel hverdag.

Administrativ leder for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom behøver ikke å være helsesøster.

Helsedirektoratet hadde sett det som en fordel om departementet ved å innta en slik bestemmelse i forslag til revidert forskrift hadde drøftet forslaget og konsekvensene av det nærmere i høringsnotatet opp mot den fortsatt gjeldende forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste og hvordan dette tenkes håndtert. Vi viser til at det i § 3 i denne forskriften fremgår at faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster. Faglig leder for hjemmesykepleien skal være offentlig godkjent sykepleier. Denne forskriften er etter Helsedirektoratets erfaring godt kjent ute i tjenesten.

Dersom man skal ha en profesjonsnøytral bestemmelse om ledelse som den foreslåtte for denne

deltjenesten burde høringsnotatet omtalt spesifikt noe om fagansvar for jordmorkompetanse, fysioterapikompetanse m.m. og at utøvelsen av lederansvar i slike tilfeller må utøves og organiseres slik at nødvendig fagkompetanse også ivaretas der hvor denne ikke finnes hos leder. Ikke minst vurderer vi at dette er viktig med tanke på jordmortjenesten som ofte rent faktisk representerer små stillingsprosenter i kommunene.

Profesjonsnøytral ledelse kan for øvrig gjøre det ytterligere fordelaktig å innta en bestemmelse om grunnbemanningen, jf. nedenfor.

Dersom sykepleierforskriftsbestemmelsen fortsatt skal gjelde på dette punkt bør helsestasjons- og skolehelsetjenesteforskriften vurderes å ha ytterligere forslag i nytt fjerde ledd med formulering om at faglig leder for kommunens helsestasjonstjeneste for barn og ungdom 0-20 år og skolehelsetjenesten i grunnskoler og videregående skoler skal være helsesøster.

Ad forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: Det kan her nevnes at Helsedirektoratet i samarbeid med utvalgte ressurspersoner har utviklet en [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Den handler om hvordan ledere i helse- og omsorgstjenesten kan forstå og etterleve krav i forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring.

C) Kjernebemanning:

Departementet ber særskilt om innspill på om det bør presiseres i forskriften en plikt for helsestasjons- og skolehelsetjenesten til å knytte til seg spesifikk kompetanse, som for eksempel lege, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. I høringsnotatet vises det til at basiskompetansen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i mange år har vært lege/medisinsk kompetanse, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Fra 1. januar 2018 følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd at kommunen skal knytte til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster for å oppfylle sitt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Endringen innebærer en tydeliggjøring av krav til kjernekompetanse.

Det er etter Helsedirektoratets vurdering ikke tilstrekkelig å omtale kommunens kjernekompetanse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd. Den nye bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven knytter ikke krav om kjernekompetanse til enkelttjenester. Bestemmelsen vil derfor ikke være direkte bindende for hvilken kompetanse helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha, ettersom den kompetansen kommunen skal ha tilknyttet seg etter den nye bestemmelsen, har - kanskje med unntak av helsesøstre - stor tilhørighet også til andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for å styrke kunnskap om vold og overgrep for helsepersonell som arbeider med barn og unge. Det vises her til ulike tiltak i *Opptappingsplan mot Vold og overgrep 2017 – 2021*. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep, fremme sosial likhet og samarbeid om habilitering og rehabilitering av barn med spesielle behov. Disse oppgavene krever grunnleggende og flerfaglig kompetanse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskriftsfesting av krav til kjernekompetanse er et virkemiddel for å få til den ønskede styrkingen av denne tjenesten både faglig og kapasitetsmessig.

En presisering av hvilken kompetanse helsestasjon og skolehelsetjenesten må ha sikrer et fullverdig og mer likt tilbud over hele landet. I tillegg medfører det forpliktelser som kommunen ikke kan avvike, og således sørge for at lovkravet om at «kompetanse nødvendig for en faglig forsvarlig utførelse av tjenestetilbudet» oppfylles.

Gjennom kontakt med tjenesten, blant annet gjennom oppdraget om å utrede løsninger for og

virksomheter av en bindende minimumsnorm for bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (oppfølging av anmodningsvedtak 626 (2014-2015)), har Helsedirektoratet fått innspill på viktigheten av å sikre kjernekompetansen i tjenesten.

En kjernekompetanse med jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut har også historisk vært sentral i tjenesten. Helsedirektoratet vurderer at det vil styrke tjenesten ytterligere som en helsefremmende og forebyggende tjeneste med tverrfaglig tilnærming dersom kjernekompetansen forskriftsfestes.

Krav om denne kjernekompetansen vil bidra til en kvalitetssikring av tjenestene i kommunen. Vi foreslår på denne bakgrunn et nytt ledd i forslag til § 3 om at for å oppfylle ansvaret etter forskriften § 6 og § 7 skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten ha knyttet til seg jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut.

Jordmødre har kompetanse innen generell kvinnehelse, svangerskaps, fødsel, ungdomshelse og prevensjonsveiledning gjennom sin 2-årige utdanning utover sykepleiekompetanse. Jordmødre kan ta et selvstendig ansvar for oppfølging av et normalt svangerskap, fødsel og barseltid gjerne i samarbeid med lege og helsesøster på helsestasjon. Svangerskapsomsorgen (fastlege og jordmor) er primære ansvarspersoner som sammen har et ansvar for å kartlegge og selektere gravide med risiko for komplikasjoner og psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer. Jordmor har et selvstendig ansvar for oppfølging av et normalt svangerskap, fødsel og barseltid. De utøver en fortløpende vurdering om gravide har behov for ekstra konsultasjoner, involvering av annen kompetanse eller henvisning.

At tjenesten skal bemannes med helsesøster er forskriftsfestet i forskrift om lovbestemt sykepleiertjeneste i kommunens helsetjeneste § 3. Helsesøster har 1 til 2-års videreutdanning utover sykepleiekompetansen, med et helsefremmende og forebyggende perspektiv, med vekt på barn og unges normale utvikling og helse. Helsesøsterutdanningen er spesielt rettet mot arbeidet med friske barn og unge, og samtidig mot ulike helse- og sykdomstilstander. Det tidlig å oppdage skjevutvikling/sykdom og iverksette aktuelle tiltak, eventuelt henvise videre er særlig viktig i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøster har i dag ca. 80 % av konsultasjonene i tjenesten.

De fleste helsesøstre og jordmødre i tjenesten har i dag rekvireringsrett til prevensjonsmidler til alle friske kvinner over 16 år. Stadig flere har også kompetanse i å administrere langtidsvirkende prevensjon. Disse tilbudene vil være en stadig viktigere og naturlig del av tjenesten framover.

Legens medisinskfaglige kompetanse er vesentlig for en rekke av oppgavene i tjenesten, både individrettede og systemrettede oppgaver. I mange tilfeller er legers kompetanse avgjørende for å drive helsestasjons- og skolehelsetjenesten forsvarlig.

Fysioterapeuten har også en viktig kompetanse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, eksempelvis knyttet til psykomotorisk utvikling, bevegelse og kroppslige uttrykk for psykiske utfordringer.

Annet personale:

For å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, bør kommunen søke å få en bred tverrfaglig kompetanse. Kommunene bør videre søke å få nødvendig kompetanse om psykisk helse og rusmiddelproblemer, inkludert kompetanse om vold- og traumeproblematikk, for eksempel ved bruk av psykolog, psykiatrisk sykepleier, sosialfaglig kompetanse m.m. Ulike yrkesgrupper vil kunne oppfylle disse kravene, og det bør være opp til kommunen å vurdere hvordan denne særskilte kompetansen best kan organiseres.

Ettersom departementet i sitt forslag legger opp til å fjerne fastlege i samarbeidsbestemmelsen er det etter vår vurdering viktig å nevne denne yrkesgruppen/kompetansen i en forskriftsbestemmelse også på denne bakgrunn.

D) Betaling

Helsestasjonstjenesten er et lavterskeltilbud som bl.a. skal bidra til å fremme sosial likhet i helse. Departementet er derfor av den oppfatning at tjenesten bør være gratis for brukerne. For ikke å skape uklarhet rundt finansiering og brukerbetaling i denne tjenesten, foreslås det derfor å videreføre bestemmelsen om at kommunen skal dekke alle utgifter til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Vedrørende forskriftsutkastet § 3 femte ledd, jf. punktet 4.4.1.5 om brukerbetaling vil Helsedirektoratet bemerke at vi støtter forslaget om at denne presiseringen videreføres for ikke å skape uklarhet rundt finansiering og brukerbetaling i denne tjenesten, og vi er enig i departementets vurdering om tjenesten bør være gratis for brukerne. Vi kan vise til at det tydeligvis er en del usikkerhet om hva helsetjenesten generelt kan ta betalt for, jf. en del henvendelser som Helsedirektoratet får om dette spørsmålet.

Vi vil imidlertid peke på at staten bidrar til finansiering av jordmorhjelp i helsestasjon gjennom folketryktdloven § 5-12, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Etter denne ordningen gis det stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp ved kontrollundersøkelser under svangerskap, veiledning i familieplanlegging og ved fødsel utenfor institusjon.

Helsedirektoratet anbefaler at denne stønadsordningen gjennomgås og revurderes i lys av lovfesting av kompetansekrav, nye faglige retningslinjer og de foreslåtte endringene i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Refusjonsordningen dekker bare en andel av de oppgavene jordmødre skal ivareta i helsestasjon. Takstene er knyttet til «svangerskapskontroll», jf. forslaget om å benytte «svangerskapsomsorg» i utkastet til ny forskrift. Begrepet «svangerskapsomsorg» skal gi et bilde av helheten i helsestasjonens tilbud til gravide og deres partnere. Dagens refusjonsordning støtter ikke opp under en helhetlig tilnærming, men kan bidra til fragmentering ved at en av kjernekompetansene gis en særskilt statlig stykkprisfinansiering for enkelte oppgaver. Dette kan påvirke prioritering og arbeidsdeling i helsestasjonen.

Refusjonsordningen bør også revurderes i lys av endringen i helse- og omsorgstjenesteloven om lovfesting av kompetansekrav som medfører at det fra 1. januar 2018 er lovfestet at kommunene skal ha jordmor som del av sin kjernekompetanse. Refusjonsordningen for jordmor i helsestasjon ble i sin tid innført som et insentiv for at kommuner skulle tilby svangerskapsomsorg ved jordmor i helsestasjon. Refusjonsordningen bør gjennomgås, og Helsedirektoratet vil for øvrig følge opp denne saken overfor departementet også i andre kanaler.

Samlet oversikt over forslag til endring i § 3:

Kommunen skal tilby:

- a) svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjon,
- b) helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal *være tilgjengelig for målgruppene og ha* et tverrfaglig tilbud.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Det skal pekes ut leder(e) for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Faglig leder for kommunens helsestasjonstjeneste for barn og ungdom 0-20 år og skolehelsetjenesten i grunnskoler og videregående skoler skal være helsesøster.

For å oppfylle ansvaret etter forskriften § 6 og § 7 skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal tjenesten ha knyttet til seg jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut.

Kommunen skal dekke alle utgifter til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Driften av helsestasjonsvirksomhet og helsefremmende og forebyggende arbeid i skoler etter denne forskrift kan skje ved interkommunalt samarbeid.

§ 4 Samhandling og samarbeid

Det fremgår av høringsnotatet at bestemmelsen i gjeldende forskrift § 2-1 tredje ledd om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene mv. foreslås videreført med noen mindre justeringer, jf. revidert forskrift § 4.

Helsedirektoratet finner det imidlertid uheldig at man forslår å fjerne dagens formulering om samarbeid med fastlegene i opplistingen ettersom vi er kjent med at tjenesten for ofte sliter med å få med fastlegene på samarbeid med tjenesten i tilstrekkelig grad. Fastlegeordningen er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men 95 % av fastlegen er selvstendig næringsdrivende – de tas ofte ikke med i betraktning eller inkluderes i tilstrekkelig grad. Ved en slik konkretisering vil helsemyndighetene bidra til viktig påminnelse og tydeliggjøring av dette samarbeidet, noe som ikke minst kan være en fordel når det ikke legges opp til å ha merknader i bestemmelsen lenger.

Primærhelsemeldingen peker også på at behovet for tjenester er endret ved at flere har sykdommer og psykiske plager. Stadig flere har samtidig behov for tjenester fra et vidt spekter av fagområder.

Helsedirektoratet vurderer det ikke som hensiktsmessig å avgrense samarbeidsplikten til å kun gjelde kommunale tjenester, fylkeskommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Enkelte av velferdssektorene har også statlige tjenester, herunder den statlige delen av barnevernet og den statlige delen av NAV. Også disse kan være svært relevante samarbeidspartnere for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og bør ikke ekskluderes fra samarbeidsplikten.

Personell i helsestasjonstjenesten kan, gjennom sin kontakt med barnehage, skole, foreldre og barn få kjennskap til forhold ved virksomheten som kan ha negativ innvirkning på barn og ungdoms helse og trivsel, og som er i strid med bestemmelser i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Slike forhold vil det være viktig å formidle videre, til den ansvarlige for barnehagen. Dette ansvaret kan være ulikt plassert i kommunene, men skal fremgå og dokumenteres i kommunens organisering av arbeidet for barn og unge.

Forslag til endring

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for, og legge til rette for, nødvendig samarbeid med pasienter og brukere, relevante kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, inkludert private tjenesteytere med avtale med kommunen; *herunder blant annet fastlege, med tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og statlige tjenester.*

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør formidle kjennskap til eventuelle mangelfulle forhold ved det fysiske og psykososiale miljøet i barnehage og skole til ansvarlige for virksomheten.

§ 5 Helsepersonellens taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt

Helsepersonellens taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt følger allerede av helsepersonelloven, men departementet ønsker en henvisning til disse bestemmelsene i forskriften. Det vises til at arbeidet med å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep har aktualisert behovet for å tydeliggjøre helsepersonellens opplysningsplikt etter helsepersonelloven kapittel 6. Det argumenteres blant annet med at helse- og omsorgstjenestenes særlige posisjon tilsier at tjenestene i større grad enn i dag bør fange opp pasienter og brukere som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Det vises til at den store oppslutningen i befolkningen som helsestasjons- og skolehelsetjenesten har gir helsepersonell en enestående mulighet til å kunne se og vurdere om et barn trenger hjelp fra barneverntjenesten og det er viktig at helsepersonell er bevisste på det ansvaret de har for opplysninger til blant annet barnevernet.

Helsedirektoratet er enig i at helsestasjons- og skolehelsetjenesten oppslutning i befolkningen gir helsepersonell en god mulighet til å se og fange opp barn som trenger hjelp fra barnevernet. Helsedirektoratet er også enig i at det tilsier at tjenestene i større grad enn i dag bør fange opp barn og unge som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep.

I ny Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, er blant annet opplysningsplikten til barnevernet omtalt utførlig og med flere eksempler.

Departementet viser i høringsnotatet til at dersom tjenestene skal bli i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, må ansvaret for å legge til rette for dette inngå i virksomhetens planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomheten. Dette er vektlagt i nevnte retningslinje hvor det blant annet fremgår at kommunens styringssystem skal sikre at helsepersonell etterlever opplysningsplikten og varsler barnevernet når det er grunn til det.

Det kan også nevnes at for å gjøre det lettere å praktisere og forstå regelverket har Helsedirektoratet laget en egen side med informasjon om taushetsplikt og unntak fra denne¹. Det er også laget en taushetspliktplakat «Når kan du tie og når skal du tale? – Om taushetsplikten og viktige unntak»² rettet mot helsepersonell. Videre er det utarbeidet flere rundskriv. Direktoratet arbeider med å oppdatere rundskriv til helsepersonelloven og vil i den forbindelse foreta noen presiseringer for å tydeliggjøre meldeplikten til barnevernet.

Det er også planlagt å lage en tverrsektoriell veileder som skal bidra til en felles forståelse av regelverket om taushetsplikt og informasjonsutveksling i forvaltningen og i tjenesteapparatet.

Kapittel III Tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

§ 6 Innholdet i helsestasjonstjenesten

I forslag til ny § 6 om innholdet i helsestasjonstjenesten beskrives innholdet i tilbudet til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og ungdom 0-20 år. I praksis innebærer dette den delen av tjenestens tilbud som ikke omfattes av skolehelsetjenesten, det vil si at helsestasjonstjenesten inkluderer tilbud til unge som kommunen kan velge å organisere som helsestasjon for ungdom. Departementet understreker at helsestasjonstjenesten er en helhetlig tjeneste som kommunen, innen

¹ <https://helsedirektoratet.no/taushetsplikt>

² <https://helsedirektoratet.no/Documents/TaushetsPlakaten.pdf>

rammen av lov og forskrift, kan velge hvordan den vil organisere.

Tilbudet i helsestasjonstjenesten omfatter de samme målgruppene som i dag. Departementet har valgt å tydeliggjøre oppfølging i barseltiden ved konkret å nevne både nyfødte og barselkvinner (og deres partnere) i oppramsingen av målgruppen for tjenestetilbudet. De fleste temaområdene er en videreføring av gjeldende rett med eventuelle språklige justeringer.

Sentrale temaer i opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet bør etter Helsedirektoratets vurdering i dag inneholde blant annet temaene foreldreforberedelse, barseltid, barnestell, amming, samspill, kosthold, bevegelses-utvikling, språkutvikling, sosial kompetanse, tilknytning til familie, venner/sosialt nettverk, fysisk og psykisk utvikling, nettvett og søvnvaner, fysisk aktivitet, tobakk, rusmidler, innelima, skade- og ulykkes-forebygging, samliv, seksualitet og prevensjon, samt smittevern; herunder vaksiner, forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner.

Forslag til endring

Tilbudet til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere, og barn og ungdom 0-20 år i helsestasjonstjenesten skal inneholde:

- a) svangerskaps- og barselomsorg og annen helseundersøkelse, rådgivning, oppfølging og henvisning ved behov,
- b) opplysningsvirksomhet individuelt eller i grupper, herunder bidra til å forebygge ikke-smittsomme sykdommer og samlivsveilednings- og foreldreforberedende arbeid,
- c) helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid,
- d) *Regelmessige undersøkelser og samtaler* for å avdekke risiko for fysiske og psykiske vansker/problemer, skjevutvikling, herunder ha særlig oppmerksomhet på å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt, og sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp,
- e) tilbud om hjemmebesøk til mor etter fødsel og hjemmebesøk til nyfødte,
- f) oppsøkende virksomhet til barn og familier med behov for ekstra oppfølging,
- g) prevensjonsveiledning, samt rekvirering av prevensjonsmiddel,
- h) *Delta* i samarbeid om habilitering og rehabilitering av barn med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede,
- j) styrking av unges autonomi og ferdigheter i å mestre sin hverdag og forhold knyttet til deres fysiske, psykiske og seksuelle helse og
- k) råd og veiledning i forhold til fysisk, psykisk og seksuell helse tilpasset ungdoms behov.

Begrunnelse:

d) Begrepet «Kartlegging» forbindes ofte med screening som stiller krav til at testmetoden er godt dokumentert, kostnadseffektiv, at helsegevinstene er større enn de negative effektene mv. Mange kartleggingsverktøy oppfyller ikke disse kravene. Ordet kartlegging anbefales derfor erstattet med *Regelmessige undersøkelser og samtaler*. Dette er også i tråd med språkbruk som benyttes i nasjonal faglig retningslinje og det som i dag utføres i tjenesten. Det er i den forbindelse opp til kommunene å velge hvilke kartleggingsverktøy de vil bruke.

Et alternativ kunne vært å benytte ordet «konsultasjon» i stedet for «kartlegging». Helsedirektoratet vurderer at det vil kunne være noe i strid med ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1, som benytter ordet «kontroll» i stedet for «konsultasjon». Vi mener at ordet «konsultasjon» i større grad gir rom for dialog og veiledning i tråd med brukerens behov og ønsker enn det «kontroll» gjør. Vi vil derfor for øvrig påpeke at departementet bør vurdere å endre språkbruken i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1, slik at denne i større grad samsvarer med begrepsbruken i tjenesten i dag.

e) tilbud om hjemmebesøk til mor etter fødsel og hjemmebesøk til nyfødte

Tidlig utskriving fra sykehus innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før amming er kommet godt i gang og mange opplever barseltiden som en sårbar fase samt er usikre på den nye situasjonen. Tidlig hjemreise forutsetter et godt organisert barselstilbud i kommunene. Gjentatte reiser til poliklinikk ved sykehus for testing, prøver, undersøkelser og vurderinger kan føre til stress for familien.

Tidlig innsats i familien er viktig for å kunne bidra til et godt, trygt samspill, korrigere uønsket samspill, fremme amming og avverge, forebygge vold (herunder filleristing), overgrep og omsorgssvikt.

I *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselsomsorgen*, utgitt av Helsedirektoratet i 2014, anbefales det hjemmebesøk³ av jordmor for kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet/lokalt som i føde-/barselavdeling, innen første–andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltid tilbys det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreisen.

Det anbefales generelt hjemmebesøk av helsesøster til alle nyfødte. Hjemmebesøket bør gjennomføres 7–10 dag etter fødselen.

Helsesøster har lang tradisjon for hjemmebesøk til nyfødte. Dette er i tråd med gjeldende forskrift.

Det fødes ca. 60 000 barn hvert år og andelen som har fått hjemmebesøk har økt jevnt. Hjemmebesøk av helsesøster er den første konsultasjon av i alt 14 standardisert konsultasjoner. Kostra-tall viser at 88 % av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen i 2016.

Besøk i hjemmet i et miljø der familien føler seg trygg, gir særlig god anledning til tidlig identifikasjon og avdekking av behov for støtte og hjelp utover det familien og det sosiale nettverket kan bidra med. Foreldrene kan ta opp konkrete problemer og få veiledning tilpasset den aktuelle situasjonen på hjemmebesøket.

Det vises også til anmodningsvedtak nr. 601 (2016–2017), 25. april 2017., omtalt i statsbudsjettet for helse- og omsorgsdepartementet, 2018:

«Stortinget ber regjeringen iverksette tiltak som bidrar til at plikten til å tilby hjemmebesøk etter fødsel følges opp»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp gjennom regjeringens store satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten i perioden 2014–2017. 2017. I 2017 ble det totalt bevilget litt over 1 mrd. kroner til tjenesten, hvorav 734,4 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter. Midlene gir kommunene mulighet til å styrke tjenesten med den kompetansen det er behov for, f.eks. jordmor- og helsesøsterkompetanse.

Helsedirektoratet ber departementet vurdere om en ytterligere oppfølging av anmodningsvedtaket bør være å forskriftsfeste tjenestens plikt til å tilby hjemmebesøk etter fødsel til mor og barn.

f) oppsøkende virksomhet

Mange kan ha behov for litt ekstra oppfølging i en sårbar fase, uten at det medfører at de har «spesielle behov». Tjenesten har lav terskel for oppfølging, f. eks. i forbindelse med ammeveiledning, søvnproblemer, mor eller far som har problemer med å møte på helsestasjon mv. Det vil derfor være mer i tråd med tjenestens oppgaver i dag å benytte formuleringen «behov for ekstra oppfølging» i

³ Dokumentasjon: Forskrift om helsestasjon. Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Sterk anbefaling.

stedet for «spesielle behov». Det er vår vurdering at begrepet «behov for ekstra oppfølging» i større grad bidrar til mestring blant barn, ungdom og deres foreldre, enn begrepet «spesielle behov».

g) prevensjonsveiledning

Det er meget bra at prevensjonsveiledning, samt rekvirering av prevensjonsmiddel, er foreslått satt opp som et eget punkt i forskriften.

Helsesøstre og jordmødre fikk i 2016 utvidet sin rekvireringsrett for prevensjonsmidler til å gjelde alle kvinner over 16 år. Antallet helsesøstre og jordmødre som har kompetanse til å administrere langtidsvirkende prevensjon er sterkt økende på landsbasis. Det er derfor viktig å synliggjøre at de to nøkkelgruppene i helsestasjon- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle når det gjelder å gi kvinner lett tilgjengelig prevensjon. Det gjelder særlig for kvinner i barselomsorgen og for unge kvinner som benytter skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Testing, smitteoppsporing, behandling av enkelte seksuelt overførbare infeksjoner-særlig klamydia- har i mange år vært en sentral del av virksomheten i helsestasjon for ungdom. Lett tilgjengelige testmuligheter gis også i regi av skolehelsetjenesten. Dette er særlig omtalt og anbefalt i de nasjonale faglige retningslinjene for tjenesten. Vi anbefaler at det vurderes å omtale tilbud om prevensjon og tilbud om testing og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner samlet i punkt g)

h) Det er tidkrevende å ha ansvar for utarbeidelse av individuell plan. Mange helsesøstre sitter som koordinator på dette området og de er sentrale i denne sammenheng. En forpliktelse til samarbeid om utarbeidelse av individuell plan vil kunne føre til at de blir ansvarlig for oppfølging av den enkelte. Det er mange oppgaver som er tillagt tjenesten og oppfølging av mange barn og ungdom med individuell plan er tidkrevende og vil kunne komme i veien for andre helsefremmende og forebyggende oppgaver. Helsedirektoratet foreslår derfor at bestemmelsen utformes slik at tjenesten skal «delta» i samarbeid om habilitering og rehabilitering.

Litt utdypende om hjemmebesøk i barseltiden

Kvinneklinikken på Haukeland universitetssykehus legger opp til at friske barselkvinnene skal reise hjem etter 6-24 timer. Helsedirektoratet er kjent med at dette er en trend i dagens planlegging av barseltilbudet i helseforetakene. Også andre steder planlegges det for svært tidlig hjemreise fra Barsel.

På Akershus universitetssykehus får fødende i forkant av fødselen spørsmål om de vil reise hjem 6 timer etter fødselen. Dette er en ordning som er vanlig i flere land; Sverige, Danmark, Nederland, England, og som stadig blir vanligere i Norge.

Helseforetakene legger opp til at kommunen er parat til å overta omsorgen for barselkvinnen allerede etter 6-8 timer etter fødsel. Helsedirektoratets retningslinjer omtaler at barselkvinnene skal ha oppfølging lokalt. En av de sterkeste anbefalinger i de nasjonale faglige retningslinjene for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid for familien» – er at sykehusoppholdets varighet skal tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov. I retningslinjene står det presisert at tidlig hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner.

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene er gitt et større ansvar for å yte helsehjelp til innbyggerne og det er overført betydelige midler for å sette kommunene i stand til å ta dette ansvaret. Fra 2014 til 2017 er det i følge regjeringen lagt til rette for å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten med til sammen 836 millioner kroner.

Den Norske Jordmorforening fant i undersøkelse våren 2016 at 70 % av kommunejordmødrene mente at de økte ressurser til helsestasjonene ikke hadde ført til flere jordmorstillinger og fremdeles har nær halvparten av jordmødre i Norge 40 % stillinger.

Vår bekymring er hvorvidt hjemmebesøk i barselstiden av jordmor er tilstrekkelig godt nok ivaretatt. Vi viser til at

- Virkemidler regjeringen har tatt i bruk for å styrke jordmortjenesten ikke har gitt ønsket effekt
- Halvparten av landets kommuner mangler en kommunal jordmortjeneste. I dag må 60.000 gravide dele på færre enn 300 jordmorårsverk i landets kommuner.
- Spørsmål om tidlig hjemreise fra barsel kan anses som forsvarlig, når kommunen ikke har etablert et tilstrekkelig tilbud om tidlig hjemmebesøk av jordmor.
- Det er politisk ønske om at kommunen skal overta mer av barselomsorgen, men at dette ikke er tydeliggjort tilstrekkelig i forbindelse med midler til kommunene.

§ 7 Innholdet i helsetjeneste i skoler

Forslag til endring:

Tilbudet til barn og unge i skolehelsetjenesten skal inneholde:

Forslag til ny bokstav a) *Samarbeid med skolen på system- og individnivå*

- a) helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid,
- b) helseopplysning, helseundersøkelser av enkeltelever, veiledning og rådgivning med oppfølging og henvisning ved behov,
- c) opplysning, bistand og undervisning i gruppe, klasse og på foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det,
- d) *Undersøkelser og samtaler* for å avdekke risiko for fysiske og psykiske vansker/problemer, skjevutvikling, herunder ha særlig oppmerksomhet på å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt, og sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp,
- e) oppsøkende virksomhet ved behov,
- f) samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø,
- g) *Delta i samarbeid om habilitering og rehabilitering av barn og ungdom med spesielle behov*, herunder kronisk syke og funksjonshemmede,
- i) styrking av barn og unges autonomi og ferdigheter i å mestre sin hverdag og forhold knyttet til fysisk, psykisk og seksuell helse.
- j) *mulighet for å henvende seg uten timeavtale*

Forslag til nytt punkt:

Et samarbeid med skolen på system og individnivå vil kunne bidra til å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø. For å oppfylle plikten til samarbeid med skolen og de øvrige pliktene skolehelsetjenesten har. Tjenestene besitter bred fagkompetanse som kan bidra til å ivareta hensynet til målgruppens behov både i planleggings- og driftsfasen.

Forslaget vil i tillegg speile forslag til endring i opplærings- og friskoleloven.

d) og g)

Se begrunnelse om tilsvarende punkter under § 6.

j) mulighet for å henvende seg uten timeavtale

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være lett tilgjengelig for målgruppen. Dette innebærer at de skal kunne henvende seg uten timeavtale. Dette stiller i sin tur krav til tilgjengelighet. Barn og ungdom må kunne vite hva tjenesten kan tilby samt når, hvor og hvordan de kan komme i kontakt med tjenesten. Etter Helsedirektoratets vurdering, er det ikke en tilgjengelig tjeneste dersom denne bare er tilgjengelig noen få timer i uken.

§ 8 Barnevaksinasjonsprogrammet

Bestemmelsens første setning kan eventuelt utformes i form av opplisting og den fulle bestemmelsen kan eventuelt splittes i to ledd.

§ 9 Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning

I høringsnotat omtales «foreldre og foresatte». Helsedirektoratet anbefaler generelt at uttrykket «foreldre eller andre som har foreldreansvaret» benyttes, da dette er i tråd med det som benyttes i helselovgivningen.

Når det gjelder legemiddelhåndtering kan det nevnes at Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har utgitt [Rundskriv I-5/2008 Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning](#). Hensikten med rundskrivet er å gi en gjennomgang av dagens regelverk og gi noen anbefalinger om rutiner for håndtering av legemidler i barnehager, skoler og skolefritidsordninger.

Vennlig hilsen

Svein Lie e.f.
direktør

Per Magne Mikaelen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk