

Innspill til høring om endring av forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Til punkt 1- 3 i Høringsnotatet

Angående formål «Forskriften skal også bidra til at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan gi nødvendig behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander.»

- Hva betyr/hva defineres som «lettere psykiske og somatiske tilstander»?
- Hva defineres som «nødvendig behandling og oppfølging», evt av hvem?

Begrepene er for mange per i dag for vage. De gir rom for individuell tolkning og definisjonene varierer dermed hos de enkelte fagpersonene og fagmiljøene, både i og utenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten (helsestasjonen).

Erfaringer i dag er at samarbeidsaktører som for eksempel BUP/VPP, PPt og fastleger kan henvise/definere oppgaver til helsestasjonen for behandling, tiltak, oppfølging. Det kan være ut i fra egne definisjoner og forventninger, samt at de selv opplever å ikke ha kapasitet. Her i nord, opplever vi at gravide og unge med moderate til mer alvorlige psykiske tilstander avvises av spesialisthelsetjenesten. De har gradvis strammet inn til å ta inn de som har alvorlige psykiske tilstander, behandlingsforløpet er blitt kortere og de er raske til å påpeke kommunes ansvar. Kompetansen i kommunenes psykiske helsetjenestetilbud har ikke vokst i takt med innstrammingene i spesialisthelsetjenesten. Psykologtilbudet i kommunene per i dag mangler eller er ofte ikke tilstrekkelig. Det er slik ofte en gråsoner mellom helsesykepleiers/jordmors *helsefremmende og sykdomsforebyggende kompetanse* og spesialisthelsetjenestens kompetanse. De som avvises i spesialisthelsetjenesten, eller settes på 3- 6 måneders venteliste, ender ofte opp med oppfølging/brannslukking hos jordmor eller helsesykepleier. Dette ansees ikke for å være innenfor nødvendig helsehjelp, forsvarlighetskravet og nasjonal strategi med *rett hjelp til rett tid*. I tillegg stjeler det tid fra universelt forebyggende arbeid. Dette skjer altså i dag uten at det står i forskriften at helsestasjons- og skolehelsetjenesten *kan* gi nødvendig behandling og oppfølging.

Formuleringen om at kommunen *ikke har en plikt, men kan gi*, vil kunne bidra til forskjeller fra kommune til kommune i forhold til helsestasjonenes ansvar og tilbud. Lokale kommunale ressursituasjoner vil høyst sannsynlig påvirke hva hver enkelt kommune beslutter for helsestasjonens tjenestetilbud.

- Det er behov for en nasjonal presisering av *nødvendig behandling og oppfølging og lettere psykiske og somatiske tilstander*, i samarbeid med praksisfeltet i helsestasjoner, ved en eventuell endring i forskriften
- Det bør tydeliggjøres hvem som har ansvaret for å definere/diagnostisere tilstanden som lettere psykiske og somatiske tilstander, jf. Forsvarlighetskravet.
- Dersom behandling for lettere somatiske og psykiske tilstander skal legges til helsestasjon- og skolehelsetjenesten forutsetter dette at tjenesten inneholder fagpersoner/kompetanse og tilstrekkelige ressurser.
 - I. Behov for spesifisert kompetanse hos helsesykepleiere.

II. Behov for tverrfaglige kompetanse i helsestasjon og skolehelsetjenesten.
Eksempler på faggrupper som kunne vært i helsestasjon- og skolehelsetjenesten:

- Fysioterapeuter – eksempel; Timeliste på helsestasjonen hvor helsesykepleier kan sette inn barn der det ønskes vurdering evt. Behandling. Grupper med fokus på mors fysiske form etter svangerskap og fødsel.
- Psykiske sykepleiere
- Psykolog
- Ernæringsfysiolog
- Familieterapeuter

Foreslåtte *kan-* oppgaver vil bidra til ytterligere forventning fra samarbeidsaktører om at helsestasjonen skal gi et tilbud om behandling og oppfølging. Det må gjøres tydelig hvem som har ansvar for de ulike oppgavene i helsestasjon og skolehelsetjenesten for og blant annet avklare forventninger fra samarbeidsparter, kolleger, og familier.

Vi tillater oss å minne om at helsestasjonen per i dag er eneste instans som har i sitt mandat å utføre universelt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Til punkt 4 Departementets vurderinger og forslag

Angående

- Primærhelsetjenestemeldingen, at dagens tjenester er fragmenterte og nye tjenestetilbud bør bygge på eksisterende tjenester/organisatoriske enheter
- Alle yrkesgrupper i helsestasjons og skolehelsetjenesten har kompetanse til å gi behandling det naturlige etterspørres etter der
- Kartlegginger og undersøkelser
- Tidlig intervensjon/behandling, mestringstiltak og oppfølging ved ulike behov
- Koordinering av tjenesters samarbeid og samhandling barn, unge og familier og en viktigere og tydeligere rolle enn i dag
- Endringsforslaget vil ikke pålegge kommunene nye oppgaver og plikter
-

Nasjonal satsning på styrking av helsestasjonen har bidratt til bedre og mer forsvarlige tjenestetilbud i mange kommuner. Likevel har mange kommuner ikke et tilstrekkelig lavterskeltilbud per i dag. Årsaker er blant annet kommunale prioriteringer i kommunale budsjett, deltidsstillinger og vansker med å rekruttere helsesykepleiere og jordmødre, særlig i distriktene. Utdanningskapasiteten har ikke økt i takt med styrkingen, parallelt med generasjonsskiftet hos jordmødre og helsesykepleiere.

Helsestasjonen kan være en *eksisterende tjeneste* å bygge nye tjenestetilbud på, på grunn av vår posisjon i samfunnet hvor vi når de fleste gravide, barn og unge med deres familier, MEN- Spesialkompetansen hos jordmødre og helsesykepleiere er tidligere nevnt på *helsefremmende og forebyggende arbeid*, ikke på *behandling og oppfølging av psykiske og somatiske tilstander*. De har ikke alltid kompetanse på det som samarbeidsaktørene BUP/VPP, PPT og andre etterspør av tiltak, behandling og oppfølging.

- Å bygge på helsestasjonens tjenestetilbud være hensiktsmessig, men det lar seg ikke gjøre innenfor dagens rammer og kjernekompetanse. Det bør derfor utredes, eller legges til rette for modeller for eventuelle nye tjenestetilbud i helsestasjonen med formål om brukervennlige helhetlige tjenestetilbud, ref punkt 1 over her.

Koordinering av tjenestetilbud i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økt de siste årene, både i *samarbeid om habilitering og rehabilitering* med, ansvarsgrupper, Individuelle planer og annet tverrfaglig samarbeid. Dette bidrar til noe redusert fragmentering og mer effektiv ressursbruk. En endring i forskriften med en viktigere og tydeligere rolle enn i dag vil kunne bidra ytterligere til reduksjon i fragmentering, men den vil også øke forventninger til helsestasjonen og krav fra samarbeidsaktører om å ivareta koordineringsansvaret. Koordinering og møtevirkosomhet tar tid! Altså mindre tid til universell helsefremming og forebygging.

Til punkt 5 Økonomiske og administrative konsekvenser

- Forslaget vurderes ikke å medføre økte kostnader, er ikke ment å medføre konsekvenser for den forebyggende og helsefremmende innsatsen som kommunen nå plikter å gi.

Kommunen pålegges ingen ny plikt og står fritt til å organisere sine tjenester som de finner mest hensiktsmessige for å tilby nødvendige og forsvarlige tjenester.

Vi som er ute i praksisfeltet stiller spørsmål til denne vurderingen og oversikten forslagstillerne har over at

- mange kommuner allerede er presset ift ressurser, samt kompetanse og rekruttering
- ressurser og fagpersonell ofte ikke strekker til
flere kommuner har redusert/ vurderer å redusere antall stillinger etter innstramminger i statlige overføringer for 2020
- Forslaget vil kunne bidra til store variasjoner i tjenestetilbudet til landets gravide, barn og unge med foresatte

Andre spørsmål/kommentarer:

- Er det slik at det forventes at helsestasjonen skal drive med medisiner, følge opp i forhold til insulin og måling av blodsukker, blodtrykksmåling mm? Per i dag kan vi si nei til slike oppdrag, hvordan vil det bli hvis foreslåtte endring vedtas?
- Hvis tjenestene skal drive med *behandling*, -skal det da gjøres noe vedtak i fht dette?
- Hvem skal beslutte /vedta hvor grensene går i mellom helsestasjonens og behandleres kompetanse?
- Hva med samordning av tjenester mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten? Per i dag er det forbedringspotensial både i forhold til samhandling/samarbeid og meldingsutveksling med epkriser og annen dokumentasjon. Journalsystemene kommuniserer i for i liten grad med hverandre, det er ofte mer systemperspektiv og silotenking enn bruker/pasientperspektiv. Det ligger slik i liten grad til rette for at helsestasjonen kan *behandle, koordinere, følge opp*.

Oppsummert

- Vi mener forslaget til endring i forskriften vil medføre økt fokus på behandling, med den konsekvens at helsestasjonens forebyggende og helsefremmende funksjoner vil svekkes og universell forebygging og helsefremming bygges ned.

- En modell med utgangspunkt i helsestasjonen kan bidra til mer . undersøkes/ utredes nærmere før forskriften evt endres med *Forskriften skal også bidra til at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan gi nødvendig behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander.*

Med vennlig hilsen

Landsgruppen av helsesykepleiere NSF Finnmark, samt jordmødre ved Kirkenes og Hammerfest helsestasjon

-