

Veileder for landsomfattende tilsyn 2013

Helsestasjonstjenester for barn 0 til 6 år

Målgruppe: Fylkesmennene

Saksbehandler: seniorrådgiver Elizabeth Loe Tollefsen

Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen

Godkjent dato: 30. januar 2013

Innhold

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 5 |
| 1.1 | Bakgrunn for tilsynet | 5 |
| 1.2 | Hva skal tilsynet handle om? | 6 |
| 1.3 | Hvordan veilederen skal forstås og brukes | 6 |
| 1.3.1 | Mulige endringer i forskrifter mens tilsynet gjennomføres | 7 |
| 1.3.2 | Sammenheng mellom innhold i tjenesten og revisjonskriterier | 7 |
| 1.4 | Generelt om helsestasjonstjenesten i kommunene | 7 |
| 1.4.1 | Formål | 7 |
| 1.4.2 | Oppgaver | 8 |
| 1.5 | Generelle krav til kommunens styring, kontroll og korrigering | 8 |
| 1.5.1 | Kommunens planlegging av helsestasjonsvirksomheten | 8 |
| 1.5.2 | Krav til organisering | 8 |
| 1.5.3 | Helsestasjonens ledelse | 9 |
| 1.5.4 | Betydning av samarbeidsavtaler | 9 |
| 1.5.5 | Personellkrav | 9 |
| 1.5.6 | Risikovurdering | 10 |
| 1.5.7 | Journalssystemet | 11 |
| 1.5.8 | Vern mot spredning av personlige opplysninger | 11 |
| 1.5.9 | Dokumentasjon i journalen knyttet til råd- og veiledningsoppgaver | 12 |
| 1.5.10 | Krav til etablerte rutiner | 12 |
| 1.5.11 | Avviksmeldinger | 12 |
| 1.5.12 | Ledelsens gjennomgang | 13 |
| 1.5.13 | Fra planlegging til praksis | 13 |
| 2 | Rettslig grunnlag | 14 |
| 2.1 | Innledning | 14 |
| 2.1.1 | Sentrale begreper | 14 |
| 2.1.2 | Kommunens plikter | 16 |
| 2.1.2.1 | <i>Kommunens plikt til å tilby tjenester i helsestasjonen</i> | 16 |
| 2.1.2.2 | <i>Kommunens plikt til å informere om tjenesten</i> | 17 |
| 2.1.2.3 | <i>Kommunens plikt til å tilby alle barn 0 til 6 år faglig forsvarlige helsekontroller i helsestasjonen, herunder relevant råd og veiledning til barnets foreldre/foresatte</i> | 17 |
| 2.1.2.4 | <i>Kommunens plikt til å gi råd og veiledning</i> | 18 |
| 2.1.2.5 | <i>Kommunens plikt til å sikre nødvendig dokumentasjon for å sikre kontinuitet i behandlingen</i> | 18 |
| 2.1.2.6 | <i>Kommunens plikt til å sikre forsvarlig behandling av personsensitive opplysninger (opplysninger som er underlagt taushetsplikt)</i> | 18 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.1.2.7 | <i>Kommunens plikt til å sikre at helsestasjonen samhandler med andre når barnet har behov for andre tjenester i kommunen eller spesialisthelsetjenesten</i> | 19 |
| 2.1.2.8 | <i>Kommunens plikt til å sørge for tiltak som skal sikre samhandlingen og brukeres deltakelse i utforming av tjenestetilbudet</i> | 19 |
| 2.1.2.9 | <i>Kommunens plikt til å sørge for at helsepersonellet melder til barnevernet ved fare for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt</i> | 19 |
| 2.1.2.10 | <i>Kommunens plikt til å sørge for at helsestasjonstjenesten gjennom systematiske tiltak sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i helse- og omsorgstjenesteloven</i> | 19 |
| 3 | Revisjonstemaer og revisjonskriterier | 20 |
| 3.1 | Revisjonstema 1: Kommunen sikrer alle barn i aldersgruppen 0 til 6 år forsvarlig helsekontroller i samsvar med nasjonale retningslinjer | 20 |
| 3.1.1 | Innledning | 20 |
| 3.1.2 | Revisjonskriterier | 22 |
| 3.1.2.1 | <i>Helsekontrollene følger program i samsvar med nasjonale retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for faglig forsvarlig praksis</i> | 23 |
| 3.1.2.2 | <i>Det er tilstrekkelig med helsepersonell til å kunne tilby faglig forsvarlige helsekontroller</i> | 23 |
| 3.1.2.3 | <i>Helsekontrollene gjennomføres av faglig kompetent personell som følger barnets normale utvikling og kan fange opp mulig tegn på omsorgssvikt, utviklingsforstyrrelser og sykdom</i> | 24 |
| 3.1.2.4 | <i>Journalføringen sikrer kontinuitet i helseundersøkelsen</i> | 24 |
| 3.1.2.5 | <i>Personvernet til barn og foreldre ivaretas</i> | 25 |
| 3.2 | Revisjonstema 2: Kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten bidrar til at barn/familier med spesielle behov mottar et helhetlig tjenestetilbud | 25 |
| 3.2.1 | Innledning | 25 |
| 3.2.2 | Revisjonskriterier | 27 |
| 3.2.2.1 | <i>Helsestasjonstjenesten bidrar til samhandling om og koordinering av helsehjelpen mellom fastlege og helsestasjonen for barn som trenger legetjenester for behandling for sykdom eller funksjonssvikt</i> | 27 |
| 3.2.2.2 | <i>Helsestasjonen bidrar til å sikre barns behov for nødvendig fysioterapiutredning og behandling</i> | 28 |
| 3.2.2.3 | <i>Helsestasjonen bidrar til samhandling og koordinering for barn og foreldre som har behov for helse-, omsorgs- og sosiale tjenester fra flere enheter</i> | 28 |
| 3.3 | Revisjonstema 3: Kommunen sikrer at helsestasjonen tilbyr et tjenestetilbud til barn og foreldre tilpasset egen språkbakgrunn | 29 |
| 3.3.1 | Innledning | 29 |
| 3.3.2 | Revisjonskriterier | 30 |
| 3.3.2.1 | <i>Personellet på helsestasjonen kommuniserer med barnet og barnets omsorgspersoner der det er nødvendig gjennom tolk</i> | 30 |
| 3.4 | Revisjonstema 4: Kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten gir faglig forsvarlig kostholdsveiledning for å forebygge feilernæring | 31 |
| 3.4.1 | Innledning | 31 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.4.2 | Revisjonskriterier | 32 |
| 3.4.2.1 | <i>Kommunens ansatte i sitt arbeid følger de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge og de nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjonen</i> | 32 |
| 4 | Gjennomføring av tilsynet | 33 |
| 4.1 | Innledning | 33 |
| 4.2 | Organisatoriske løsninger i kommunen – og deres betydning for gjennomføring av tilsynet | 33 |
| 4.2.1 | Forvaltningsmessig organisering av helsestasjonstjenesten | 33 |
| 4.2.2 | Generelt om kommunalt samarbeid om helsestasjonen | 33 |
| 4.2.3 | Forberedende aktiviteter | 34 |
| 4.2.3.1 | <i>Valg av kommuner</i> | 34 |
| 4.2.3.2 | <i>Behov for formøte</i> | 34 |
| 4.2.3.3 | <i>Informasjon fra andre tjenester som kan belyse praksis</i> | 34 |
| 4.2.3.4 | <i>Innhenting av informasjon fra kommuner der det skal føres tilsyn</i> | 35 |
| 4.2.4 | Aktiviteter under tilsynsbesøket | 35 |
| 4.2.4.1 | <i>Intervjuobjekter, intervjuer og stikkprøver</i> | 35 |
| 5 | Tilsynsrapporter | 37 |
| 6 | Oversikt over vedlegg | 38 |
| | Vedlegg 1: Eksempler på organisering av helsestasjoner | 39 |
| | Vedlegg 2: Andre tjenestetilbud for barn med spesielle behov | 40 |
| | Vedlegg 3: Ulike interkommunale samarbeidsmodeller for helsestasjoner | 44 |
| | Vedlegg 4: Oversikt over aktuelle lovbestemmelser det henvises til i veilederen | 46 |
| | Vedlegg 5: Vedrørende ansettelse av seksjonsleder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten | 56 |
| | Vedlegg 6: Helsestasjonstjenesten - forsøk med 2- og 4-årskontroller (helseundersøkelser) lagt til barnehager - Helsedirektoratets vurderinger | 58 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for tilsynet

Statens helsetilsyn har besluttet at fylkesmennene i 2013 skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenester for barn fra 0 til 6 år. Dette tilsynet vil være rettet mot helsestasjonens tjenester for barn fra 0 år fram til og med skolestartundersøkelsen.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2011 en kartlegging av virksomheten i helsestasjoner. Formålet med kartleggingen var å skaffe oversikt over hvordan norske kommuner sikrer faglig forsvarlig helsestasjonstjeneste gjennom prioritering, gjennomføring, korrigering og evaluering av tjenestetilbudet til barn 0 til 6 år (Rapport fra Helsetilsynet 1/2012 Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten.).

Fra rapportens konklusjon:

”Statens helsetilsyn ser med bekymring på at kommuner/bydeler ikke tilbyr barn 0 til 6 år helsestasjonstjeneste i tråd med faglige normer. Det bryter også med et velfungerende og helhetlig styringssystem. Det er særlig bekymringsfullt at kommuner/bydeler som selv erkjenner svikt i tjenesten ikke har planlagt å iverksette forbedringstiltak.”

Rapporten ga grunnlag for at Statens helsetilsyn har besluttet et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten i 2013.

Landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunenes samarbeid mellom barnevern-, helse- og sosialtjenester til utsatte barn i skolepliktig alder avdekket betydelig svikt og risiko for svikt når det gjaldt samarbeid om og for barn. I mange kommuner var det ikke lagt til rette for at det ble samarbeidet slik at barn fikk tjenester til rett tid. Videre viste funnene at mange av de kommunene som hadde tilrettelagt for samarbeid, ikke fulgte med på og kontrollerte at det planlagte samarbeidet faktisk ble gjennomført til barns beste. Tilsynserfaringer viser at svikt ofte oppstår der flere tjenester og lovverk har tilgrensende eller overlappende formål og oppgaver.

Årets tilsyn omfatter også skolestartundersøkelsen. Skolestartundersøkelsen var også omfattet av tilsynet i 2008 fordi undersøkelsen er en mulig arena for å fange opp barn som trenger bistand fra andre kommunale tjenester og øvrige hjelpetjenester.

I denne veilederen konkretiseres tilsynsområdet. Vi redegjør for krav utledet fra lov og forskrift som setter rammen for tilsynet og for revisjonskriterier som beskriver aktiviteter og resultater som kommunen må oppfylle. Revisjonskriteriene er altså en beskrivelse av praksis som kommunen gjennom styring og kontroll skal sikre, og som bevisene i tilsynet skal vurderes opp mot. Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon etter gjeldende prosedyre. Gjennomføring av tilsynet der kommuner har organisert helsestasjonstjeneste i et samarbeid med andre kommuner, blir nærmere omtalt under kap. 6: ”Planlegging og gjennomføring av tilsynet”.

Veilederen er utarbeidet av en intern arbeidsgruppe bestående av: Gunnar Andersen, Lise Broen, Kari Indahl, Kristin Lowzow Bentzrød, Kristina Totlandsdal, Karoline Olsen Eggen og Elizabeth Loe Tollefsen (leder).

Arbeidsgruppen har hatt møte med representanter fra faggrupper og brukerrepresentanter for å kartlegge viktige risikoområder sett fra deres ståsted. Vi har også fått god bistand fra en

referansegruppe bestående av 4 helsesøstre og jurist fra embetene i Nordland, Sør-Trøndelag, Rogaland og Oslo og Akershus.

På bakgrunn av møter med referansegruppa og fag- og brukergrupper, har vi funnet fram til oppgaver i helsestasjonstjenesten hvor det foreligger stor risiko for svikt og som har vesentlig betydning for barns helse- og oppvekstvilkår.

Statens helsetilsyns kartlegging av virksomheten ved helsestasjoner fant et tjenesteområde hvor styringen i hovedsak var overlatt til helsestasjonspersonalet. Dette tilsier at vi i dette tilsynet også må ha fokus på om kommunen sørger for systematiske styrings- og kontrolltiltak som sikrer at risikoområdene ivaretas.

1.2 Hva skal tilsynet handle om?

I dette tilsynet skal vi undersøke kommunenes helsestasjonstjeneste til barn fra 0 til 6 år. Vi skal særlig se på

- om kommunen sikrer alle barn i aldersgruppen 0 til 6 år forsvarlige helsekontroller i samsvar med faglig forsvarlige normer beskrevet i nasjonale faglige retningslinjer og veiledere
- om kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten bidrar til at barn/familier med spesielle behov mottar et helhetlig tjenestetilbud
- om kommunen sikrer at helsestasjonen tilbyr tjenestetilbud til barn og foreldre tilpasset egen språkbakgrunn
- om kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten gir en faglig forsvarlig kostholdsveiledning for å forebygge feilernæring

1.3 Hvordan veilederen skal forstås og brukes

I denne veilederen har vi valgt en struktur som beskriver kravene til forsvarlige tjenester i helsestasjonen og kravene i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (heretter kalt internkontrollforskriften) som et integrert hele. Vi har derfor ikke et eget kapittel som beskriver internkontrollkravene. Under punktene 1.4 til 1.5.4 gir vi en generell beskrivelse av innholdet og formålet i helsestasjonstjenesten, elementene i internkontrollen konkretisert opp mot driften av helsestasjonen, og hva dette krever av planlegging og oppfølging underveis.

I kapittel 2 redegjøres det for lovkrav med aktuelle lovhenvvisninger for temaene som skal undersøkes. De konkrete bestemmelsene vi viser til har vi valgt å legge inn i vedlegg 4.

Veilederen har 6 vedlegg. De tre første vedleggene inneholder eksempler på helsestasjonsorganisering, beskrivelser av andre samarbeidsenheter og ulike former for interkommunale samarbeidsformer. Dette kan være nyttig lesning for revisjonslagenes medlemmer som har lite erfaring med dagens helsestasjonstjenester. Vedlegg 4 inneholder i fulltekst de lov- og forskriftsbestemmelsene som er vist til i veilederen. I vedlegg 5 fremlegger vi et brev fra Statens helsetilsyn i 2000 der mulige organiseringsformer av ledelse i helsestasjoner er nærmere beskrevet. I vedlegg 6 er en kopi av tolkningsbrev fra Helsedirektoratet om bruk av medhjelpere etter helsepersonelloven knyttet til et forsøk der en del av helsestasjonstjenesten var overført til barnehageansatte.

1.3.1 Mulige endringer i forskrifter mens tilsynet gjennomføres

Mange av kravene som er presisert i helsestasjonsforskriftene var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. I forbindelse med ikrafttredelse av ny helse- og omsorgstjenestelov ble det varslet om endringer i forskriftene som omfatter helsestasjonsvirksomheten og profesjonskravene, men framdriften i dette arbeidet er usikkert. Vi har derfor valgt å utlede revisjonskriteriene fra bestemmelsene i den nye helse- og omsorgstjenesteloven og forskrifter som det ikke er bebudet endringer i. Dette skal sikre at tilsynet og oppfølging av avvikene kan gjennomføres uavhengig av forskriftsendringer.

1.3.2 Sammenheng mellom innhold i tjenesten og revisjonskriterier

I kapittel 3 har vi samlet tilsynstemaene som tilsynet skal omfatte. Først under hvert tema har vi beskrevet formål og innhold i oppgavene. Det skal gi revisjonslaget en felles forståelse for revisjonskriteriene som følger slik at de kan treffe riktig med spørsmålene under intervjuene. Vi har delt kriteriene inn i fire hovedkriterier, ett for hvert tema.

Under hvert hovedkriterium har vi beskrevet flere underkriterier. Hvert underkriterium er utformet slik at det utgjør et nødvendig element i helsestasjonens praksis for at hovedkriteriet skal være oppfylt. Det betyr at der revisjonslaget finner bevis for at det er avvik fra ett eller flere underkriterier, skal de konkludere med avvik fra hovedkriteriet.

For å konkludere med avvik fra hvert av underkriteriene, må tilsynslaget undersøke om de finner bevis at kommunens praksis ikke er i samsvar med kriterienes underpunkter. Det sentrale skjønnsstema er altså også her *om kommunens manglende styring medfører for stor risiko for svikt*. Det er derfor viktig at alle i revisjonslaget har kunnskap om mål, innhold og drift av helsestasjonstjenestene og andre tjenester som er viktige i samhandlingen rundt det enkelte barn. Vedlegg 1 og 2 i veilederen er ment å gi en utdypning av revisjonstemaene.

Kravene som er beskrevet under kap. 1.4 og 1.5 kan også være utgangspunkt for revisjonslaget for å gi tilbakemelding om kommunens styringssystem på helsestasjonsområdet ut fra de temaene som er undersøkt, jf. kapittel 6 i revisjonsrapporten.

1.4 Generelt om helsestasjonstjenesten i kommunene

1.4.1 Formål

Helsestasjonen spiller en sentral rolle i kommunens planmessige helsefremmende og forebyggende arbeid for å sikre barn en sunn og trygg utvikling i oppveksten. Helsestasjonen er ansvarlig for å gi et tilbud til en aldersbestemt populasjon i et avgrenset geografisk område og tilbudet skal gis alle barn 0–6 år og deres foreldre, uavhengig av hvilke tjenester de for øvrig er knyttet til. Helsestasjonen ser i prinsipp alle barn fra fødselen av, og følger dem med standardiserte undersøkelsesmetoder på faste tidspunkter. I tillegg til oppfølging av barnets fysiske utvikling, skal oppmerksomheten rettes mot barnets psykososiale utvikling.

Helsestasjonen når også grupper som ikke fanges opp av øvrige offentlige tjenester. Det gir mulighet for å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriksel og utviklingsavvik, og å intervensere tidlig med tiltak eller henvising. Helsestasjonen har også en viktig oppgave med å styrke foreldrene i foreldrerollen.

1.4.2 Oppgaver

Helsestasjonens helsefremmende og forebyggende arbeid omfatter helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner, målrettet oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov og oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte. Gjennom helsesamtaler skal det kartlegges hvilke behov, problemer og ressurser som helsestasjonsbrukeren har, og for å bistå foreldrene med hjelp til å foreta valg. Det er utarbeidet et helsestasjonsprogram, systematisert etter alder, og beskrevet i Helsedirektoratets "Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1154". Lenke direkte til helsestasjonsprogrammet, se pkt 2.1.2.3. Programmet har status som nasjonal retningslinje, se vedlegg 6.

Særlig oppmerksomhet mot utsatte barn og barn med funksjonssvikt:

Barn som kan tenkes å ha avvik fra normalutvikling må undersøkes hyppigere enn de 14 gangene som følger av programmet. Funn som gir grunnlag for oppfølging utover de programfestede konsultasjonene skal dokumenteres i barnets journal (helsekortet).

1.5 Generelle krav til kommunens styring, kontroll og korrigering

Når vi skal føre tilsyn med om krav til helsestasjonsvirksomheten etterleves i praksis, må vi også undersøke om kommunen sørger for at de systematiske tiltakene som er beskrevet i internkontrollforskriften §§ 4 og 5 er iverksatt. Gjennom disse tiltakene skal kommunen sikre at undersøkelser, råd og veiledningsoppgaver som er tillagt helsestasjonen, oppfyller krav utledet av lov og forskrift.

1.5.1 Kommunens planlegging av helsestasjonsvirksomheten

Internkontrollforskriften § 3 forutsetter at kommunen gjennom systematiske tiltak planlegger *og* organiserer virksomheten slik at den oppfyller lovkravene til virksomheten. Helsestasjonstjenesten skal planlegges og dets tilbud innrettes for å møte behovet til den konkrete populasjonen som gruppe. Gjennom personlig kontakt med alle småbarnsfamilier er det gode muligheter til å kartlegge familier og barn med risikotilstander slik at det kan iverksettes forebygging i forhold til avdekket risiko. Helsestasjonstjenesten skal sikre at aktuell barnepopulasjon får tilbud om gjeldende vaksinasjonsrutiner, at oppsøkende virksomhet utføres i tilstrekkelig omfang, at screeningundersøkelser av sanseapparatet blir utført, spesielt syn og hørsel, måling av høyde og vekt, at psykomotorisk utvikling blir fulgt opp, at psykososiale problemer blir fanget opp og fulgt opp adekvat og at det er opprettet nødvendig samarbeid for å koordinere hjelpetiltakene.

1.5.2 Krav til organisering

Lovkravet om at kommunene skal ha helsestasjonstjeneste som en del av sitt helsefremmende og forebyggende arbeid, innebærer at kommunen organiserer tjenesten i en eller flere enheter med en faglig ansvarlig leder, med lett identifiserbar struktur med personell med definerte oppgaver, med avklart administrativ ledelse, etablerte prosedyrer og nødvendig kompetanse. Innenfor disse rammene kan kommunen velge å knytte helsestasjonstjenesten til andre tjenester i form av felles lokalisering og/eller felles overordnet administrativ ledelse, se vedlegg 5 (brev av 25. april 2000 til Manglerud bydel om kommunens valgfrihet når det gjelder ledelse av helsestasjonstjenesten). Selv om forskriften det vises til i brevet er endret, kan det samme synspunktet opprettholdes under den nye helse- og omsorgstjenesteloven og forskriften om sykepleietjenesten i kommunen.

Eksempler på kommunal organisering, se vedlegg 1.

1.5.3 Helsestasjonens ledelse

Det følger av forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3 at helsestasjonen skal ha en faglig leder med helsesøsterutdanning.

I forbindelse med høringsnotat til samhandlingsreformen, ”Forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter” uttalte departementet følgende: ”De overordnede valgene departementet og Stortinget har foretatt med ny helse- og omsorgstjenestelov, tilsier at forskrift gitt med hjemmel i dagens kommunehelselov som inneholder spesifikke kompetansekrav i utgangspunktet ikke videreføres”.

Forskriften ble likevel videreført uten endringer i desember 2011. Dette er bekreftet i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Statens helsetilsyn datert 31. januar 2012. Fram til forskriften er opphevet er den gyldig, og det medfører at faglig leder av helsestasjonen skal ha utdanning som helsesøster. Hvis forskriften oppheves i løpet av tilsynet, gjelder likevel kravet til faglig forsvarlighet, og kommuner som velger en annen profesjon, må kunne godtgjøre at leder har den faglige innsikt og forståelse av helsestasjonens oppgaver og krav til tjenestenes innhold som oppfyller lovkravene, se nærmere om kompetansekravet under punkt 1.5.5.

1.5.4 Betydning av samarbeidsavtaler

Den nye helse- og omsorgstjenesteloven har bestemmelser om at kommunen skal inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket eller med helseforetak om samarbeid om utskrivingsrutiner og ansvar etter fødsel, og i samhandling om barn som har behov for oppfølging fra helsestasjonen og fra spesialisthelsetjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 til 6-6. Framdriften i arbeidet med samarbeidsavtaler kan være ulik og er avhengig av både kommunens og spesialisthelsetjenestens innsats. Om det foreligger samarbeidsavtaler er derfor ikke vurderingstema i dette tilsynet. Tilsynslaget må likevel undersøke om slike avtaler er inngått på områder som omfatter helsestasjonstjenesten. Avtalene kan omfatte samarbeid mellom helsestasjonen og spesialisthelsetjenesten eller mellom helsestasjonen og andre aktører innen kommunale eller fylkeskommunale tjenester. Der det foreligger samarbeidsavtaler, må innholdet avspeiles i helsestasjonens virksomhet i form av rutiner som helsestasjonen skal oppfylle som sin del av avtalen. Disse rutinene må være kjent og anvendt i praksis.

1.5.5 Personellkrav

I dette tilsynet skal vi undersøke om barns rett til helsekontroller blir ivaretatt og om de gjennomføres forsvarlig og til rett tid i barnets utvikling.

- **Omfanget av personell**

Det er ikke normkrav knyttet til antall ansatte i helsestasjonen. Hvor mye personell som kreves må vurderes ut fra kunnskap om hvor mange barn kommunen har plikt til å tilby helsekontroller, sett ut fra alder og de krav som nasjonale retningslinjer setter til frekvens av undersøkelser og øvrig innhold.

- **Rett faglig kompetanse**

Tilsvarende må kommunen gjennom planarbeidet vurdere og fastsette hvilken type kompetanse de trenger for å foreta helseundersøkelsene, om kompetansen skal sikres ved fast ansatte på helsestasjonen eller gjennom samarbeid mellom helsestasjon og andre helsetjenester i kommunen eller i privat virksomhet. Der man har valgt å inngå avtaler med fastleger som skal gjøre tjeneste på helsestasjonen, må også avtalene bygge på en kalkulasjon av antall barn og deres behov for avsatt legetid.

For at oppgavene skal utføres faglig forsvarlig, kreves helsepersonell med generell kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid/ folkehelse og forvaltning, og spesiell kompetanse om spe- og småbarns fysiske, emosjonelle og psykiske helse og psykososiale forhold. Helsepersonell som skal gjennomføre helseundersøkelser må ha kompetanse til å oppdage utviklingsavvik samt å vurdere barnets oppvekstforhold.

Det følger av forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste at kommunen må ansette helsesøstre for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonen.

Helsestasjoner er ulikt bemannet og organisert. Det varierer hvilke vurderinger og oppgaver de selv kan ta hånd om. Noen har f.eks. psykolog og fysioterapeut regelmessig til stede, andre har deltids lege og helsesøster og ellers knappe ressurser. Kommunen kan dekke tjenestebehovet ved å inngå avtaler med helsepersonell som ikke er lokalisert i helsestasjonen. Da er det særlig viktig at helsestasjonen har klare og tydelige samarbeidsrutiner som dekker barnets behov for oppfølging og kontinuitet.

Av hensyn til den spesielle kompetansen som kreves for å gi tjenester for barn og foreldre med minoritetsbakgrunn, må kommunen i sin planlegging skaffe seg oversikt over disse familienes språkbakgrunn som krever særlig kompetanse hos ansatte i helsestasjonen samt sørge for tilgang til tolketjeneste på aktuelle språk.

○ **Bruk av medhjelper**

Der andre blir tildelt oppgaver som medhjelper for helsepersonell, må tildelingen være personlig. Den som overlater oppgaven til en medhjelper må forvisse seg om at den som skal utføre oppgaven har reelle kvalifikasjoner og at nødvendig opplæring blir gitt. Medhjelper må ha mulighet for å søke råd og veiledning, og helsepersonellet må føre løpende kontroll med at oppgaven utføres forsvarlig. Oppgaver som krever helsefaglige vurderinger må følgelig ivaretas innenfor rammen av helsestasjonen og bare overlates til medhjelpere som er omfattet av helsestasjonens ledelse og kontroll (se kopi av brev fra Helsedirektoratet 2.3.2009 som vedlegg til veilederen). Medhjelpers oppgaver kan følgelig ikke overføres til andre enheter utenfor helsestasjonen, som f.eks. barnehager.

1.5.6 Risikovurdering

Kommunens ledelse skal i samsvar med internkontrollforskriftens krav til risikovurderinger vurdere kritiske trinn i helsestasjonens virksomhet, både i forhold til driften og den enkelte familie. Vurderingene skal være basert på kunnskap om hvilke utfordringer helsestasjonens virksomhet

møter, og om særlige bistandsbehov for noen av barna, f. eks overvektige barn, premature barn, barn som trenger et helhetlig tjenestetilbud og barn i minoritetsfamilier. Nødvendige tiltak skal være iverksatt for i størst mulig grad å redusere faren for svikt. Kommunelegen som medisinskfaglig rådgiver blir en viktig aktør i dette arbeidet.

Tiltak kan være skriftlige prosedyrer, opplæring, omrokering av personell, tilrettelegging av lokaler og kontrolltiltak som for eksempel interne revisjoner og oppfølging av arbeidet med disse barna. Det må sikres at de riktige prioriteringene gjøres. Videre må det sikres at rett helsefaglig kompetanse benyttes.

1.5.7 Journalsystemet

Journalsystemet kan være papirbasert eller elektronisk, ha ulik utforming, men må uansett være innrettet slik at det oppfyller krav utledet av lov og forskrift. (Av systemer vi kjenner til er WinMed, Helse, HsPro, Visma Unique og Infodoc Plenario).

Systematisk journalføring er avgjørende for å sikre kontinuitet i helsestasjonens arbeid, og nødvendig dokumentasjon er viktig for å kunne gi forsvarlig og rett helsehjelp. Journalen skal føres fortløpende og det skal fremgå hvem som har gjort nedtegninger. Hvert barn skal ha en journal som er felles for alle som yter tjenester i helsestasjonen og inneholde personalia for barnet og nærmeste pårørende. I mange helsestasjoner brukes ennå begrepet "helsekortet" om barnets journal. Ut fra barnets journal skal det være mulig å bedømme om det er innhentet opplysninger, om det er gjennomført helseundersøkelser, om det er gitt informasjon og veiledning og hovedinnholdet i denne, og om det er foreslått og gjennomført andre tiltak. Har barnet individuell plan skal dette stå i journalen.

Journalsystemet må være utformet slik at helsepersonellet som trenger opplysningene for å yte helsehjelp har dem tilgjengelig når de trenger det. Personvern hensyn tilsier at journalsystemet er utformet slik at journalen er vernet mot innsyn fra utenforstående, også annet personell som er avhengig av samtykke fra foreldrene for å få innsyn i identifiserbare journalopplysninger. Helseopplysninger om andre familiemedlemmer skal bare innføres og oppbevares i journalen hvis de er relevante for den faglige oppfølgingen av barnets utvikling og helsetilstand. Av hensyn til barnets fremtidige innsynsrett må det vurderes nøye hvordan opplysninger journalføres.

1.5.8 Vern mot spredning av personlige opplysninger

Personvern er en viktig verdi som har stor plass i lovverket. At kommunen sørger for at personvernet ivaretas på helsestasjonen er en viktig forutsetning for at foreldre som oppsøker helsestasjonen for undersøkelser av barna, opplyser om personlige forhold som kan være nødvendig for at helsestasjonen skal yte gode og forsvarlige tjenester.

Kommunen må sørge for at helsestasjonens tjenester er utformet slik at opplysninger om personlige forhold om barn og foreldre, herunder helseopplysninger, ikke gjøres kjent for andre enn dem med tjenestelige behov (se over om journalsystemet). Det betyr at helsestasjonen må være utformet slik at helseundersøkelser og samtaler med foreldre og barn om personlige forhold foregår i skjermet del av lokalet. Er deler av tjenestene utformet som gruppetilbud, må foreldrene samtykke til at det kommer fram personlige opplysninger i gruppa. De som ikke ønsker å delta i en gruppe må tilbys en individuell helseundersøkelse og nødvendig veiledning.

1.5.9 Dokumentasjon i journalen knyttet til råd- og veiledningsoppgaver

Krav til omfanget av dokumentasjonen av gitte råd og veiledning kan by på utfordringer. Rådgivning skal være tuftet på faglige nasjonale retningslinjer. Den skal være rettet mot aldersspesifikke grupper av befolkningen, men samtidig være tilpasset det enkelte barn eller familie på bakgrunn av den samlede informasjon og ut fra behov og risiko. I praksis vil veiledningen bli gitt etter program og sjekkliste for de ulike alderstrinn. Denne veiledningen skal dokumenteres i den fortløpende journal, oftest markert med tegn om at veiledning er gitt og eventuelt kommentert på kontinuasjonsark. Hvis veiledningen om et gitt tema er generell og allmenngyldig, vil det kunne vises til referanser og kilder for innholdet, eksempelvis faglige veiledere og annen beslutningsstøtte. Hvis råd og veiledning i stor grad er tilpasset og bearbeidet for det enkelte barn eller familie, må det stilles større krav til spesifisering av innholdet. Det gjelder særlig hvis det antas å få store konsekvenser for barnets helse hvis rådgivningen ikke følges. Det forutsettes at den gitte opplysning og rådgivning blir forstått, selv om dette ikke dokumenteres i journal. Hvis foreldre ikke synes å oppfatte, eller ikke vil ta til seg råd som helsestasjonstjenesten anser som nødvendige, må dette dokumenteres.

Kommunen må ta stilling til hvilke faglige kilder som blir benyttet i rådgivningen, slik at denne i utgangspunktet blir lik for alle og i tråd med faglige standarder. Disse kildene må være kjent og brukt av alle ansatte. Dersom innholdet er kjent og bruken av kildene er implementert av alle, kan det stilles mindre strenge krav til å spesifisere innholdet i rådgivningen i den enkelte journal. Detaljnivået av dokumentasjonen må hele tiden ses i lys av om opplysningene er ”relevante og nødvendige” i forhold til faglig forsvarlig virksomhet. Dersom råd gis som fraviker vedtatte faglige kilder, må det stilles større krav til detaljnivået av dokumentasjonen.

1.5.10 Krav til etablerte rutiner

Kommunen skal i sitt planarbeid utarbeide og sørge for at rutiner er innarbeidet internt i helsestasjonen, mellom helsestasjoner og andre aktører i kommunen, og sikre at det tverrfaglige arbeid som skal sørge for gode tjenester for barn og foreldre i helsestasjonen utføres i praksis. Det skal gjennom planleggingen være sørget for møtestrukturer og tilbakemeldingsrutiner som må være kjent og innarbeidet hos alle involverte. Videre må det være klart hvilke opplysninger som kan utveksles internt på helsestasjonen og i forhold til eksterne samarbeidspartnere, i og utenfor helsetjenesten og hvordan ev. pårørendes samtykke skal innhentes og dokumenteres. Nasjonale retningslinjer som inneholder program for helseundersøkelser og veiledning til foreldre samt gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet, må implementeres i helsestasjonens egne rutiner, og være integrert i praksis.

1.5.11 Avviksmeldinger

Meldinger om mangel på oppfyllelse av myndighetskrav har en særlig plass i internkontrollforskriften, jf. § 4 f (begrepet ”avvik” brukes ofte om slike meldinger). Ledelsen må ha utarbeidet rutiner for tilbakemelding fra de ansatte når det foreligger svikt i etablerte rutiner som er innarbeidet for å ivareta de rettslige kravene til helsestasjonsvirksomheten, eller om forhold som oppstår slik at risikoen for svikt blir stor. Dette kan for eksempel gjelde hvis sentrale aktører i tjenestene er sykemeldt over lenge tid eller samarbeidet med andre ikke fungerer som forutsatt. Det må være utarbeidet rutiner for hvordan og til hvem slike meldinger skal gis, for eksempel (på skjemaer, rapporteringsbøker, møter) hvem som skal følge med å rette opp svikten. Disse rutinene må være kjent blant de ansatte og innarbeidet i praksis.

1.5.12 Ledelsens gjennomgang

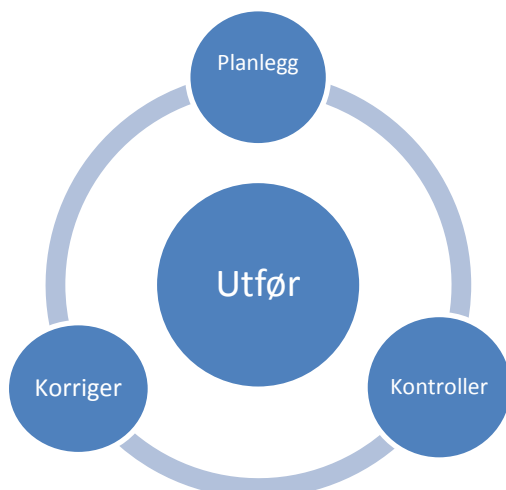
Kommunens øverste ledelse har ansvar for å påse at helsestasjonen har rammebetingelser som muliggjør at den i utøvelsen av sine oppgaver kan etterleve krav i helselovgivningen. Det må være utviklet tiltak som sikrer at leder for helsestasjonen følger opp og har oversikt over den faktiske driftssituasjonen og at barna får helseundersøkelser etter programmet og at rutiner etterleveres. Det kan gjøres ved å gjennomføre stikkprøver, evalueringer, interne møter med de ansatte og av løpende gjennomgang av avviksmeldinger (se punkt 1.4.1.2), og av tilbakemeldinger fra brukere. Det må også være systematiske rapporteringsrutiner som sikrer at kommunens øverste ledelse blir kjent med avvik av betydning for helsestasjonens oppgaver og med problemer som ikke løses internt i helsestasjonen. Det må også være kjent hvem i kommunens øverste ledelse som har ansvar for og iverksetter nødvendige endringer der det foreligger lov/forskriftsbrudd knyttet til tjenestene.

1.5.13 Fra planlegging til praksis

Tilsynet skal ta stilling til om lov og forskriftskrav er oppfylt i helsestasjonens praksis. Dette både når det gjelder å yte tjenester samt sikre at styring og kontroll skjer på en systematisk måte, slik at svikt og risiko for svikt blir identifisert og korrigert. En helsestasjon som ikke ivaretar internkontrollforskriftens krav til tiltak for å avdekke og rette opp svikt i tjenesten, styrer med for stor risiko og avviker fra helse- og omsorgstjenestelovens krav til forsvarlig drift. Risikovurdering av fare for svikt er et ledelsesansvar, og kompenserende tiltak ved fare for svikt må være kjent av alle ansatte.

Det forventes at kommunen gjennom sin planlegging sikrer at foreldre får nødvendig informasjon om tjenestene, og at det på bakgrunn av behovsanalyser er tilstrekkelig antall ansatte med rett kompetanse for å ivareta helsestasjonens oppgave. Det skal også være utarbeidet en plan for opplæring av de ansatte som følges i praksis. Oppgaver, ansvar og myndighet må være fordelt og kjent av alle. Det må være samarbeidsrutiner med andre tjenesteytere og avsatt ressurser til nødvendig samhandling. Det er krav til felles journalsystem med rutiner for å sikre forsvarlig journalføring og personvern, samt krav om ansvarsplassering for vedlikehold og kontroll av systemet. Det stilles også krav til innhenting av brukererfaringer.

Modellen på neste side viser internkontrolltiltakenes dynamiske karakter som tar utgangspunkt i utførelsen av oppgavene, og som bidrar til løpende korrigeringer hvis endring i rammene eller intern praksis fører til svikt i tjenestene. I modellen står utførelsen i midten og det er denne tilsynslaget møter i tilsynet med virksomheten. Kravene til planlegging, kontroll og korrigering som skjer løpende er utformet som en sirkel gir et bilde av at dette er en løpende prosess som styringssystemet skal ivareta.



2 Rettslig grunnlag

2.1 Innledning

De lov- og forskriftsbestemmelsene som det henvises til i denne veilederen er samlet i fulltekst i kapittel 5.

2.1.1 Sentrale begreper

Begrepet *helsekontroller* er hentet fra pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 og betegner retten til *helseundersøkelser* som barn har fra helsestasjonen. Vi vil i denne veilederen bruke begrepet ”helseundersøkelser” der vi ikke refererer direkte til lovteksten. Ved utdypning av hva som ligger i denne retten har vi lagt til grunn programmet for helseundersøkelser og helsestasjonens oppgaver beskrevet i veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt i andre nasjonale retningslinjer om helsestasjonens oppgaver. Det følger av §§ 4-2 og 12-5 i helse- og omsorgstjenesteloven at anbefalingene i de nasjonale retningslinjene er målet på om helsestasjonstjenesten styrer mot god og forsvarlig praksis.

Helseundersøkelse: En undersøkelse av enkeltindivider for vurdering av risiko og helsetilstand basert på opplysninger om livsstilsforhold, risikofaktorer, klinisk undersøkelse og prøver.

Helseundersøkelser kan være:

- en *generell undersøkelse* basert på en fullstendig anamnese av livsstilsforhold og risikofaktorer og klinisk undersøkelse
- en *delvis helseundersøkelse* av spesifikk(e) sykdom(mer), for eksempel hørselstest
- en *målrettet helseundersøkelse*, hvor formålet er individuell tilpasning ut fra risiko og behov.

Rutine: ”Rutine” i denne veilederen er å forstå som ”fastsatte fremgangsmåter med flere elementer som gjøres jevnlig”. Dette er en vid forståelse av begrepet og omfatter både prosedyrer og rutiner, og er uavhengig av om de er nedtegnet skriftlig eller ikke.

Helsepersonell: I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 er alle ansatte om yter tjenester i helsestasjonen omfattet av reglene i helsepersonelloven og de krav som følger av denne. En sontring som har betydning for bl.a. journalføringsplikten følger av helsepersonelloven § 39: Journalplikten gjelder for ansatte på helsestasjonen som har selvstendige oppgaver som utføres i henhold til kompetanse og eget ansvar. De som utfører oppgaver under instruksjon fra et annet helsepersonell har ikke journalplikt. Personell som yter omsorgstjenester har heller ikke journalplikt. Hvis en helsestasjon ansetter personell som skal dekke behovet for praktisk bistand til familier i krise, blir personellet ikke omfattet av journalplikten selv om den som yter bistanden også er autorisert helsepersonell. Det følger av forskrift om helsepersonellovens anvendelse på personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 2.

Barn: Hvem som omfattes av ”barn” i denne veilederen, må tolkes vidt. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 har alle barn som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen rett til ”helsekontroll”. Denne retten gjelder uavhengig av om barna har gyldig oppholdstillatelse i landet, jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket § 4 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2.

Foreldre: Dette begrepet dekker i denne veilederen de som har foreldreansvar for barnet, mor og far, mor eller far, eller andre som har den daglige omsorgen for barnet og som møter på helsestasjonen sammen med barnet. Der det settes særlig krav til at omsorgspersonen også skal ha foreldreansvaret, nevnes det særskilt.

Forsvarlighet: Kravet til forsvarlighet retter seg både mot kommunens drift og helsepersonell. Det er nedfelt i § 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven og kan utledes fra internkontrollforskriften § 1. Ved systemrevisjoner er det kommunens systematiske tiltak for å sikre forsvarlige tjenester som skal undersøkes. Forsvarlighet er en rettslig standard som krever at den som skal anvende bestemmelsen må foreta en vurdering basert på normer som må hentes fra andre kilder enn lov- og forskriftstekst. Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer (verdier). I flere lov og forskrifter er forsvarlighetsbegrepet operasjonalisert i form av aktiviteter og tiltak, som for eksempel § 4 i internkontrollforskriften, journalforskriftens krav til dokumentasjon og journalføring, krav om taushetsplikt som skal ivareta personvernet og kravet om at kommunen skal ha en koordinerende enhet for å sikre kravet om samarbeid på tvers av tjenester.

Det er avgjørende for skjønnsvurderingen av forsvarlighet å vite hvilke forhold som skal vektlegges i tjenesten, og hvilke krav som settes til resultatet, dvs. tjenesten som ytes.

Hva som ligger i forsvarlighetskravet endrer seg over tid. Når tilsynet skal vurdere om helsestasjonsvirksomheten drives faglig forsvarlig, må det tas utgangspunkt i kunnskap om god helsefaglig praksis, samfunnets utvikling og kommunens øvrige organisering, som f.eks. hva som kan forventes av andre i tjenestekjeden og hva som kjennetegner familier som er helsestasjonens målgrupper i forhold til omsorg, ernæring, påkledning etc. Hvilke verdioppfatninger som målbæres i lovkravene (f.eks. foreldrenes rett til kunnskap for å gjøre de gode valgene i omsorg for barna og krav til innhenting av samtykke til spredning av personlige opplysninger) må også ivaretas i helsestasjonens praksis om kravet til forsvarlig drift skal oppfylles.

For virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester må det styres mot den gode praksis og mål som følger av nasjonale retningslinjer. Hvis helsepersonellet arbeider innenfor organisatoriske

rammer som hindrer dem til å utføre tjenesten i tråd med mål og helsefaglig normer, er virksomhetens styring og ledelse relevant å undersøke. Av kravet følger at kommunen også har en plikt til å sørge for at det ansettes kompetent personale og at personell tildeles oppgaver de har kompetanse til å ivareta, herunder sikre at de tilføres ny kunnskap og ferdigheter der dette er nødvendig.

Forsvarlig prioritering: I noen tilfelle er grupper eller tjenester som skal prioriteres basert på lovgivers verdioppfatninger, for eksempel om hvilke grupper av befolkningen som skal prioriteres i helsetjenesten. Dette gjelder helsekontroller for barn, som i pasient- og brukerrettighetsloven er definert som nødvendig helsehjelp. Kravet til forsvarlighet medfører at kommuner må sikre at de gjennom sin planlegging og drift av helsestasjonsvirksomheten har sørget for tilstrekkelige ressurser til å oppfylle barns rett til helsekontroller.

2.1.2 Kommunens plikter

Sentrale bestemmelser som regulerer kommunens plikter og oppgaver knyttet til helsestasjonens virksomhet er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter;

- forskrifter om internkontroll
- journalforskriften
- kommunens helsefremmede og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (heretter helsestasjonsforskriften)
- forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- forskrift om virksomhetsovergrepene pasientjournal i formalisert arbeidsfellesskap

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 6-1 og 2-1a, følger det at kommunen må sørge for barns rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroller, og en tilsvarende plikt for foreldre til å medvirke til at barnet deltar i disse kontrollene.

2.1.2.1 Kommunens plikt til å tilby tjenester i helsestasjonen

Se Prop. 91L (2010-2011) punkt 15.5.2, der det står:

Helsestasjonstjeneste er del av kommunens lovpålagte oppgaver. jf. helse og omsorgsloven § 3-2 nr. 1 b. Bestemmelsen viderefører kommunens plikter jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav b) og c). og i forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmede og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten der det er gitt nærmere bestemmelser om tjenesten og tjenestens innhold. Av forskriften fremgår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tilbud til barn og unge 0-20 år og til gravide om svangerskapskontroll ved helsestasjonen, jf. forskriftens § 2-1. Plikten innebærer at kommunen ikke kan flytte deler av tilbudet fra helsestasjonstjenesten over til for eksempel fastlegene. At kommunene har en plikt til å sørge for helsestasjons- og skolehelsetjeneste er imidlertid ikke til hinder for at den enkelte pasient/bruker kan velge å motta tilsvarende tilbud annet sted, som for eksempel at fastlegene tilbyr gravide svangerskapskontroll og vaksinasjon av barn. Det er samtidig viktig fra kommunens side å opprettholde tjenestene som et befolkningsrettet lavterskeltilbud og unngå at det bare blir et individrettet tilbud.

Helsestasjonen er ansvarlig for å gi et tilbud til en populasjon i et bestemt geografisk område, det vil si til alle barn og foreldre i kommunen uavhengig av hvilke tjenester de for øvrig er knyttet til. Dette befolkningsrettede ansvaret muliggjør langsiktig behovsvurdering, og til planlegging av tilbud av tjenester for å møte behovet i den konkrete populasjonen.

2.1.2.2 Kommunens plikt til å informere om tjenesten

Plikten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a fjerde ledd, som fastslår at kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester de helse- og behandlingsmessige opplysninger de trenger for å få innsikt i sin helsetilstand. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 at kommunen gjennom opplysning skal bidra i arbeidet med å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. For at barns rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroller skal ivaretas, må det foreligge tilgjengelig informasjon til foreldre/foresatte om helsestasjonens tilbud, barnets rett til helsekontroller, om geografisk plassering og åpningstider.

2.1.2.3 Kommunens plikt til å tilby alle barn 0 til 6 år faglig forsvarlige helsekontroller i helsestasjonen, herunder relevant råd og veiledning til barnets foreldre/foresatte

Kommunens plikt til å tilby barn helsekontroller følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1, jf. § 2-1a. I utforming av innholdet i helsekontrollen må kommunen implementere krav i veiledere og nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet, jf. helse- og omsorgstjenestelovens krav til faglig forvarlig praksis, jf. § 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven. Av § 4-2 følger det en plikt for kommunen til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Av § 12-5 følger det at Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer og veiledere understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten og at de skal anvendes som grunnlag for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. I 2009 presiserte Helsedirektoratet at program for helseundersøkelser i veileder til helsestasjonsforskriften er å anse som nasjonal retningslinje, se brev i vedlegg 6.

Dersom kommunen velger å styre mot mål som i vesentlig grad avviker fra programmet, må dette begrunnes etter en konkret vurdering. Relevant for å konkludere med endringer er ny og relevant forskning på området for helseforebygging av barn i 0 til 6 år. Statens helsetilsyn er p.t. ikke kjent med forskning om barns utvikling som tilsier at programmet og andre faglige retningslinjer det vises til i denne veilederen ikke lenger utgjør operasjonaliseringskravet til god faglig praksis

For helsestasjonstjenesten er det utarbeidet følgende program og retningslinjer:

- Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450, [Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten \(IS-1154\)](#)
- Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet):
 - [Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn \(IS-1419\)](#)
 - [Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn \(IS-1235\)](#)
 - [Nasjonale faglig retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten \(IS-1736\)](#)
 - [Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge \(IS-1734\)](#)
 - [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene \(IS-1924\)](#)

- [Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge \(Folkehelseinstituttet\)](#)

2.1.2.4 Kommunens plikt til å gi råd og veiledning

De viktigste bestemmelsene som er grunnlag for kravene er helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd og 3-3 første ledd og forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-3. Videre kan det utledes fra pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 3-5 at barnets nærmeste pårørende skal ha nødvendig informasjon tilpasset deres kultur og språkbakgrunn for å sikre at den forebyggende tjenesten også omfatter deres barn og for at de kan ta ansvar for å følge opp barnets rett til helseundersøkelser. Med mange minoritetsfamilier bosatt i hele landet, er dette et krav som omfatter mange helsestasjoner.

2.1.2.5 Kommunens plikt til å sikre nødvendig dokumentasjon for å sikre kontinuitet i behandlingen

Kravet om faglig forvarlig helsetjeneste følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 som utdyper kvalitetskravene til kommunens tjenester. I § 4-1 første ledd bokstav d fastslås at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Et viktig element for å sikre gode fagbaserte tjenester er tilgang til rett og relevant informasjon om pasienten via journalen. Det følger av helsepersonelloven § 39 hvilke helsepersonell som har plikt til å føre journal. Journalforskriften utdyper kravene til journalføring. Kommunen, som organiserer helsestasjonstjenesten, må ha dokumentadministrative systemer som sikrer at dokumentasjons- og taushetsplikt blir ivaretatt. Disse kravene kan utledes av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 som fastslår at kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Helsestasjonen inngår som en del av kommunens virksomhet, og bestemmelsen omfatter også helsestasjonens journal- og informasjonssystemer.

Kommuner som inngår samarbeid med andre kommuner om felles helsestasjonsdrift, skal ha et samordnet journalsystem som gir tilgang for alle ansatte med tjenestelige behov. Det følger av forskrift om virksomhetsovergrepene pasientjournal i formalisert arbeidsfelleskap.

2.1.2.6 Kommunens plikt til å sikre forsvarlig behandling av personsensitive opplysninger (opplysninger som er underlagt taushetsplikt)

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 at barn og pårørende til barnet har rett til vern mot spredning av opplysninger. I bestemmelsen står det:

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.

Taushetspliktbestemmelsen for helsestasjonen reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1. Videre må kommunen som virksomhet legge til rette for at helsepersonellens taushetspliktsregler i helsepersonelloven ivaretas. Det følger av helsepersonelloven § 16. Taushetspliktens innhold og plikter defineres nærmere i helsepersonelloven § 21- 26 og krav til elektronisk journal § 46.

Personvern er en verdi i seg selv. I helsestasjonen er det vesentlig at foreldre trygt kan informere om personlige og sensitive opplysninger av betydning for barnets utvikling og helse.

2.1.2.7 Kommunens plikt til å sikre at helsestasjonen samhandler med andre når barnet har behov for andre tjenester i kommunen eller spesialisthelsetjenesten

Denne plikten kan utledes fra helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 som fastslår at det i kommunens ”sørge for”-ansvar inngår å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Plikten følger også av helsestasjonsforskriften § 2-3 strekpunkt 10.

2.1.2.8 Kommunens plikt til å sørge for tiltak som skal sikre samhandlingen og brukeres deltakelse i utforming av tjenestetilbudet

Denne plikten er konkretisert i helse- og omsorgstjenestelovens krav om at kommunen skal tilby koordinator og individuell plan, se §§ 7-1 og 7-2, og utdypes i forskrift som også bestemmer at kommunen må ha en koordinerende enhet med ansvar for disse tiltakene. Koordinerende enhet kan derfor også sees på som et lovbestemt tiltak etter internkontrollforskriften § 3 som skal sikre samhandling i kommunens tjenestetilbud i samarbeid med de som mottar tjenestene. Bestemmelsen konkretiseres også i forskrift om helsefremmende og forebyggende i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (heretter kalt helsestasjonsforskriften) § 2-1 tredje ledd.

2.1.2.9 Kommunens plikt til å sørge for at helsepersonellet melder til barnevernet ved fare for mishandling eller alvorlig omsorgsvikt

Kommunens plikt kan utledes av helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1, helsepersonelloven § 33 jf. § 16 og barnevernloven §§ 3-1 første ledd og 6-4 annet ledd, som gir helsepersonell og kommunen en plikt til å sørge for at helsepersonell melder til barnevernet der de finner at det er fare for at barnet utsettes for alvorlig omsorgsvikt eller mishandling.

2.1.2.10 Kommunens plikt til å sørge for at helsestasjonstjenesten gjennom systematiske tiltak sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i helse- og omsorgstjenesteloven

Plikten følger av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 tredje ledd, § 3-1 i helsestasjonsforskriften og § 3-2 første ledd i internkontrollforskriften. I § 4 i internkontrollforskriften presiseres nærmere ulike typer tiltak som skal være på plass for å ivareta lov- og forskriftskrav. For å sikre at tjenesten opprettholder lovkrav om faglig forsvarlighet er det viktig at det styres mot normen for god faglig praksis og at svikt kompenseres med tiltak som ligger innenfor kravet til forsvarlig tjeneste fram til god praksis er gjenopprettet. Det krever at valg av tiltak også kvalitetssikres av medisinsk faglig personale. Jf. § 5-5 andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven, kommunelegen er medisinsk faglig rådgiver for kommunen. I internkontrollforskriften § 5 presiseres forhold som har betydning for hva i internkontrollen som skal dokumenteres. Aktuelt er kommunens plikt til å vurdere hvilke forhold ved helsestasjonsdriften som tilsier at rutiner nedfelles skriftlig.

3 Revisjonstemaer og revisjonskriterier

3.1 Revisjonstema 1: Kommunen sikrer alle barn i aldersgruppen 0 til 6 år forsvarlige helsekontroller i samsvar med nasjonale retningslinjer

3.1.1 Innledning

Kjernen i helsekontrollene er helseundersøkelsene. Arbeidsformen for den direkte kontakten mellom helsestasjonens helsefaglige personale og barn og foreldre er en kombinasjon av konsultasjoner individuelt og i gruppe. I rutinemessige gruppekonsultasjoner vektlegges helseopplysning, råd og veiledning. Målet er at foreldre og barn i samme situasjon treffes, utveksler erfaringer, får innsikt, forståelse og hjelp når det gjelder å mestre omsorg og foreldrerollen eller utfordringer de står overfor. Den sosiale kontakten mellom foreldre på helsestasjonen kan danne grunnlag for bedre sosiale nettverk i deres nærmiljø.

De fleste konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet utføres som individuelle konsultasjoner.

Virksomheten skal legges opp slik at alle barn i aldersgruppen 0–6 år og deres foreldre tilbys undersøkelse, konsultasjoner og veiledning i samsvar med retningslinjer og oppdatert faglitteratur som til enhver tid tilstiles helsestasjonstjenesten fra Helsedirektoratet. Helsestasjonen skal sikre barnets rett til helseundersøkelse og skal dokumentere kontaktforholdene med alle barnefamilier med barn i aldersgruppen 0–6 år bosatt i det geografiske området som dekkes av helsestasjonen.

Helseundersøkelsene før 6 måneders alder, inklusive helseundersøkelsen ved hjemmebesøket i barselperioden, gir grunnleggende informasjon om det er behov for målrettet oppfølging utover helsestasjonens basistilbud i henhold til veilederen. Det er også viktig å formidle relevante forhold som kan ha betydning for oppfølging av barnet i barnehagen.

Et viktig formål ved gjennomføring av skolestartundersøkelsen er å avdekke om det er spesielle forhold ved barnets psykiske og fysiske helse og kognitive utvikling som krever spesiell oppmerksomhet og oppfølging av skolehelsetjenesten. Nødvendig behov for kontinuitet for videre oppfølging av skolehelsetjenesten skal sikres gjennom tydelige opplysninger om forholdet i barnets journal.

Helseundersøkelse hos helsesøster og lege skal fange opp fysiske, psykiske og mentale utviklingsavvik, samt gi et bilde av barnets oppvekstforhold, samspill i familien og foreldres evne til å ivareta barnets interesser m.m. Barn som ikke følger normal utvikling må undersøkes hyppigere enn det som er anbefalt program. Dette skal skje i samråd mellom foreldre, helsesøster og / eller lege (jf. Helsedirektoratets veileder til helsestasjonsforskriften).

Om helseundersøkelsen

Somatiske og psykiske helseundersøkelser foretas for å vurdere risiko for sykdom og/eller utviklingsavvik ut fra opplysninger om allmenntilstand, livsstil, risikofaktorer, kliniske undersøkelser og prøver (merknader til forskriften § 2-3 annet ledd). Slike undersøkelser kan ivaretas av flere helsepersonellgrupper, men kun leger (tannleger) kan ta beslutninger i medisinske (odontologiske) spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (hpl. § 4 tredje ledd). Bakgrunnen for dette er kompetansekravet. Forsvarlighetskravet i samme paragraf

tilsier at alt helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. De skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens (barnets) behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Screening kan inngå som en del av en delvis helseundersøkelse med tanke på spesifikk(e) sykdom(mer). Screening er en rutinemessig og standardisert undersøkelse av en hel befolkningsgruppe ved hjelp av på forhånd utvalgte undersøkelsesmetoder. Screening i helsestasjonstjenesten har som formål tidlig diagnostisering og mulighet for tidlig intervensjon. Eksempel på screeningundersøkelser vil være syns- eller hørselsundersøkelse.

Helsesøstre har kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid og er trent til å observere barn i forhold til normal utvikling. Helsesøstre har kontakt med de aller fleste barnefamilier og har en unik mulighet til å ”screene” avvik fra den normale utvikling mht. mulig utviklingsforstyrrelse. Helsesøstre foretar screeningundersøkelser som syns- og hørselsundersøkelser i utvalgte aldersgrupper. Der hvor andre enn helsesøstre foretar lengde og vektmålinger, må det sikres nødvendig opplæring.

Fysioterapeuter kan bistå med funksjonsundersøkelser av muskel- og skjelettapparatet. Psykolog kan bistå med kartlegging av den psykososiale utviklingen. Legen må i alle slike tilfelle ta sine diagnostiske beslutninger på bakgrunn av opplysninger fra alt samarbeidende personell.

Deler av den helsemessige undersøkelsen er av en slik art at den må foretas av lege: undersøkelser av organutvikling og tegn til helserisiko som syn og hørsel i spebarnsperioden, hjerte, lunger, kjønnsorganer, motorikk, kontaktevne, allergi osv. Spesifikke medisinske undersøkelser er aldersavhengig. Helsedirektoratet har i veilederen IS-1154 anbefalt et undersøkelsesprogram for barn fra 0–5 år. Avhengig av alder vil den være rettet mot mulige funn relatert til risiko for sykdom og utviklingsavvik.

Viktige kliniske undersøkelser som må inngå i legens vurderinger foretas som regel av andre, slik som lengde, vekt og hodeomkrets, samt syn og hørsel etter spedbarnsperioden.

Nært knyttet til selve undersøkelsen er anamnesen (sykehistorien). Foreldres og ev. andres opplysninger om barnet er svært nyttig for å spore sykdom og risiko. Dersom foreldres opplysninger gir en pekepinn om unormal utvikling eller sykdom, skal det foretas en mer målrettet klinisk undersøkelse av lege. Basert på kliniske funn og viktige opplysninger, skal barnet henvises til videre undersøkelser. Vanlige henvisningsårsaker til spesialisthelsetjenesten er astma/allergi, synsforandringer og skjeling, bilyd på hjertet, mistanke om epileptiske kramper, hofte- eller fotdeformiteter.

Mer om begrunnelsen for de 14 undersøkelsene som følger av helsekontrollprogrammet

Barn utvikler seg og modnes i ulikt tempo, og noen ganger tilsynelatende mer i trinn enn langs en glidebane.

Likevel er det milepæler i utviklingen som vi etter mange år med registrering vet nokså nøyaktig når et barn skal nå. Trinnene barnet skal nå er en forutsetning for at barnet skal kunne utvikle flere ferdigheter mentalt, emosjonelt, fin- og grovmotorisk.

Vi vet at 6 uker gamle babyer oftest kan løfte hodet fra underlaget i mageleie. Det holder på blikkontakt og ler mot ansikter. Dersom barnet ikke har disse ferdighetene, kan man se det litt an, og eventuelt sette opp en ny kontroll innen rimelig tid. Om utviklingen stadig henger etter må barnet vurderes med hensyn på om det foreligger sykdom, manglende stimulering, omsorgssvikt eller annet.

Hvorfor vil ikke barnet ha blikkontakt? Har det funksjonelle synsproblemer, synssvikt, eller har det erfart at blikkontakt med andre ikke er et gode? Hva koster det barnet ikke å få hjelp for synsproblemer, evt. omsorgssituasjonen på dette stadiet?

Vi vet at 1–2 % fødes med hofteladdsdysplasi (kulen i lårbenet og hofteskåla er for løst bundet sammen av leddkapselen eller skåla er for grunn). Barn blir i regelen undersøkt for dette før utskrivning fra fødeenhet. Men ikke alle oppdages. Følgelig skal undersøkelsen gjentas i uke 6 og ved 3 og 6 måneders alder. Det unge barnet kan enkelt behandles med pute mellom beina noen måneder. Det store barnet på 6–10 måneder må ligge i strekk på sykehus, gipses og ev. opereres. Utfordringene er store for sykehus, barn og foreldre. Hva mister barnet og hva koster det samfunnet om dette ikke oppdages tidligst mulig?

Helsepersonell ønsker ofte å kontrollere egne funn minst en gang før de konkluderer (det er som kjent vanskelig å måle avstander i et punkt). Dersom avstanden til neste kontroll der man får avkreftet eller bekreftet en mistanke er for lang, vil barnet kunne slite unødvendig lenge med feilutvikling, eller det må leve for lenge under ugunstige oppvekstforhold.

Å planmessig hoppe over kontroller og slå dem sammen slik at kjente milepæler kommer på andre tidspunkt enn når vi vet barnet skal ha oppnådd en ferdighet, er å styre med risiko for uforsvarlige tjenester.

Man kan tenke seg at man søker opp utviklingstrinn som er registrerbare og sikre for andre alderstrinn enn de vi bruker i dag, men dette vil kreve forskning som vil ta tid, som må gjøres systematisk og som i dag ikke foreligger.

Reduserer vi tilbudet, sender vi ansvaret for å se og håndtere avvikende utvikling, mistrivsel, dårlig omsorg over på foreldrene og andre instanser, som kanskje ikke har kompetanse til å gjøre de faglige vurderingene helsepersonell er trent på å gjøre.

3.1.2 Revisjonskriterier

Hovedkriterium: Kommunen sikrer alle barn i aldersgruppen 0 til 6 år forsvarlige helsekontroller – jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 nr. 1 b, 4-1, 4-2 jf. 12-5 og internkontrollforskriften §§ 3 til 5 og pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1.

Underkriterier:

Gjennom etablerte rutiner og tiltak som gjennomføres i praksis sørger kommunen for at:

3.1.2.1 Helsekontrollene følger program i samsvar med nasjonale retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for faglig forsvarlig praksis

Det betyr:

- at kommunens har som mål at barn tilbys 14 helsekontroller fra fødsel til skolestart i samsvar med anbefalt nasjonalt program
- at foreldre med nyfødt barn tilbys et hjemmebesøk senest 14 dager etter hjemkomsten fra sykehuset (ev. etter hjemmefødsel)
- at barn tilbys helsekontroller i henhold til programmet
- at helsestasjonens personell henvender seg på nytt til foreldre som ikke responderer på helsestasjonens innkalling til helseundersøkelser for barnet
- at ansvarlig leder i helsestasjonen etterspør og undersøker om disse rutinene følges og målet om 14 kontroller ivaretas
- at klager på tjenesten drøftes med de ansatte og fører til nødvendige korrigeringer
- at ansvarlig leder sørger for at helsestasjonens praksis endrer seg i samsvar med endringer i relevante nasjonale retningslinjer
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør om og hvordan og leder følger opp sitt ansvar for å ivareta helsestasjonens tjenester overfor barn og familier
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak der de finner svikt som fører til mangelfulle helsekontroller, herunder etter en risikovurdering setter i verk kompensierende tiltak for å sikre uforsvarlig virksomhet fram til god faglig praksis er gjenopprettet
- at tiltakene er kvalitetssikret av medisinsk faglig rådgiver

3.1.2.2 Det er tilstrekkelig med helsepersonell til å kunne tilby faglig forsvarlige helsekontroller

Det betyr:

- at det er utarbeidet en bemanningsplan for helsestasjonen som bygger på en analyse av behovet for antall personell i kommunen for å sikre alle barn i alder 0 til 6 år helseundersøkelser og styre mot antall og innhold i helseundersøkelser i samsvar med nasjonalt program for helseundersøkelser
- at ansvarlig ledelse har foretatt en risikovurdering av hvilke avvik fra bemanningen (ved sykdom, ferie, permisjoner, opphør av arbeidsforhold, økning av barnefamilier o.a.) som tilsier at de må styrke personalet. Det samme gjelder ved lokale forhold som kan føre til en økning av antall barn med rett til helseundersøkelse
- at det er klart hvem har myndighet og ansvar for å styrke bemanningen
- at personellet på helsestasjonen kjenner til hvem som skal ha melding om behov for å øke bemanningen og melder behov for økt personell når behovet oppstår
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør om rutiner og bemanning på helsestasjonen ivaretar målet om 14 kontroller i samsvar med program for helsekontrollene
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak der de finner svikt i kapasiteten som fører til mangelfulle helsekontroller, herunder etter en risikovurdering setter i verk kompensierende tiltak for å sikre forsvarlig virksomhet fram til god faglig praksis er gjenopprettet
- at tiltakene er kvalitetssikret av medisinsk faglig rådgiver
- at kommunens ledelse treffer tiltak slik at helsestasjonen har kapasitet som kan ivareta barns rett til 14 helsekontroller i samsvar med faglig forsvarlig praksis (programmet)

3.1.2.3 Helsekontrollene gjennomføres av faglig kompetent personell som følger barnets normale utvikling og kan fange opp mulig tegn på omsorgsvikt, utviklingsforstyrrelser og sykdom

Det betyr

- at det foreligger en oppdatert bemanningsplan for helsestasjonen som bygger på en analyse av behovet for fagpersonell i helsestasjonen for at helseundersøkelsene foretas i samsvar med nasjonale krav
- at det er klart for personellet hvem som har ansvar for å følge med og oppdatere bemanningsplanen ved behov
- at kommunens ledelse etterspør tilbakemeldinger fra helsestasjonens leder når det oppdages avvik i helsefaglige krav til helseundersøkelsene gjennom tilbakemeldinger fra brukere, spesialisthelsetjenesten, andre samarbeidspartnere i kommunen eller tilsynsmyndighetene
- at ansvarlig leder i helsestasjonen har myndighet og ansvar for å sørge for at opplæring iverksettes og/eller tilstrekkelig kompetanse tilføres, når det avdekkes faglig svikt hos helsepersonellet i helsestasjonstjenesten
- at ansvarlig leder sørger for at helsestasjonens praksis endrer seg i samsvar med endringer i relevante nasjonale retningslinjer
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør om rutiner og fagpersonell på helsestasjonens ivaretar målet om 14 kontroller i samsvar med program for helsekontrollene
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak der de finner svikt som fører til mangelfulle helsekontroller, herunder etter en risikovurdering setter i verk kompensierende tiltak for å sikre forsvarlig virksomhet fram til god faglig praksis er gjenopprettet
- at tiltakene kvalitetssikres av medisinsk faglig rådgiver

3.1.2.4 Journalføringen sikrer kontinuitet i helseundersøkelsen

Det betyr:

- at det foreligger et felles journalsystem der det rutinemessig føres:
 - navnet til barnets fastlege/ alternativt annen fast behandlende lege
 - helseundersøkelser som er gjennomført
 - funn som gir grunnlag for oppfølging med særskilte helseundersøkelser
 - helseopplysninger som er gitt i forbindelse med helseundersøkelsen
 - veiledning og hovedinnholdet i denne
 - henvisninger og andre tiltak som er foreslått og gjennomført
 - råd som fraviker anbefalte faglige kilder
- at ansvarlig leder i helsestasjonen foretar nødvendige korrigeringer av personellens journalføringsrutiner der det gjennom praksis fremkommer avvik fra rutinene
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør rutiner og innretning av journalsystemet for å sikre at praksis ivaretar kontinuitet i tjenesten
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak der de finner svikt i journalføringen som kan føre til mangelfulle helsekontroller, herunder etter en risikovurdering setter i verk kompensierende tiltak for å sikre forsvarlig virksomhet fram til god praksis er gjenopprettet

3.1.2.5 Personvernet til barn og foreldre ivaretas

Det betyr:

- at journalsystemet er innrettet slik at tilgangen til personlige opplysninger er styrt ut fra tjenestelige behov
- at barnet har egen journal
- at opplysninger om foreldre/andre pårørendes personlige forhold føres i barnets journal der det er nødvendig og relevant for barnets oppfølging og helsetilstand
- at det opprettes egne journaler for mor og far som mottar helsetjenester fra helsestasjonen
- at kommunikasjon mellom helsestasjonens personale og barn og foreldre om personlige forhold gjennomføres i et skjermet lokale
- at foreldre/barn tilbys individuelle konsultasjoner hvis deler av helseundersøkelsene er utformet som et gruppetilbud
- at ansvarlig leder i helsestasjonen foretar nødvendige korrigeringer hvis det er svikt i rutiner som fører til at personvernet ikke ivaretas
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør rutinene, og innretning av helsestasjonstjenesten for sikre at foreldre kan være trygge på at personvernet ivaretas
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak for å sikre at rutiner og innretning av helsestasjonstjenesten ivaretar personvernet
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak der de finner svikt i personvernet som kan føre til mangelfulle helsekontroller, herunder etter en risikovurdering setter i verk kompensierende tiltak for å sikre forsvarlig virksomhet fram til god praksis er gjenopprettet.

3.2 Revisjonstema 2: Kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten bidrar til at barn/familier med spesielle behov mottar et helhetlig tjenestetilbud

3.2.1 Innledning

Helsestasjonen møter over 90 % av alle nyfødte barn og foreldre, herunder barn med spesielle behov og foreldre med behov for særlige støttetiltak som avlastning, praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet.

I følge Helsedepartementets strategiplan for habilitering av barn (2004) blir det hvert år født mellom 2000 og 2500 barn med tilstander som innebærer en form for funksjonsnedsettelse. I tillegg til dette vil flere bli skadet eller få en alvorlig kronisk sykdom i løpet av barneårene. Flere statistiske utviklingsparametre peker i retning av at antall barn og unge med funksjonsnedsettelser som har behov for habiliteringsbistand fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene øker.¹ Hvert år blir 7,5 prosent av barna født for tidlig, dvs. før 37. uke. På landsbasis utgjør det ca. 4400 barn.

Tilbakemelding fra interessegrupper som skal ivareta foreldre og barn med sykdom og funksjonsvikt tyder på at helsestasjonen ikke alltid bidrar til oppfølging og samarbeid mellom tjenester de har behov for. Disse barnas behov medfører en særlig krevende omsorgssituasjon, og foreldrene opplever ofte å være koordinator i det kommunale tjenestetilbudet.

¹ Handlingsplan for habilitering av barn og unge, IS-1692, Helsedirektoratet

Nye bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunens plikt til å organisere tjenestene slik at disse familiene mottar samordnende og koordinerte tjenester uten selv å måtte ta den ekstra arbeidsbyrden denne koordineringen medfører.

Dette innebærer at helsestasjonen må ha *særlig* oppmerksomhet rettet mot barn med spesielle behov, samt sårbare og utsatte grupper. Helsestasjonen kommer i kontakt med barn med kroniske sykdommer, barn med nedsatt syn og /eller hørsel eller andre funksjonsnedsettelse, premature barn og barn med andre former for risiko, eksempelvis barn som virker mistilpasset, legger lite på seg eller andre mer diffuse forhold. Noen barn kan være i risiko for utviklingsvansker, enten på grunn av belastninger hos foreldrene og/eller biomedisinske eller nevrobiologiske forhold ved barnet.

Kommunene skal derfor sørge for at helsestasjonstjenesten utvikler gode rutiner for samhandling med øvrige kommunale tjenester om barn med spesielle behov, herunder kronisk syke og barn med funksjonsnedsettelse, og for at det faglige arbeidet som utføres for å medvirke til at barn får riktig hjelp til rett tid fortløpende blir kvalitetssikret. Det er utarbeidet eget oppfølgingsprogram for premature barn som er beskrevet i ”Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn – IS-1419.”

Helsestasjonens egne muligheter til utredning er begrenset. Ofte må helsestasjonen på mistanke henvise til barnets fastlege for utredning og vurdering av videre tiltak. Kommunen må som ledd i sin internkontroll ha avklart hvilke oppgaver som skal tilligge helsestasjonen og hvilke som skal formidles til fastlegene. Uansett bør ikke helsestasjonen ha primæransvaret for oppfølgingen av påvist sykdom, da dette vil være fastlegens hovedansvar. Kommunen må ta stilling til hvordan samarbeidet med fastlegene skal foregå i praksis. Skriftlige samarbeidsavtaler med fastlegene eller prosedyrer med omforent forståelse mellom partene vil kunne være avklarende i forkant når konkrete problemstillinger oppstår.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan. Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å igangsette planarbeidet. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen. Personell (helsesøster, lege, fysioterapeut, ergoterapeut) tilknyttet helsestasjonstjenesten skal på lik linje med andre tjenesteytere kunne inneha rollen som koordinator.

Dersom helsepersonell på helsestasjonen har kunnskap om eller bekymring for forhold i et barns omsorgssituasjon og som vurderes å være av en slik art at hjelpetiltak fra barneverntjenesten kan være hensiktsmessig, skal barneverntjenesten kontaktes. Hvorvidt det foreligger en begrunnet bekymring, vil bero på en konkret og skjønnsmessig vurdering av ulike forhold i barnets omsorgssituasjon. Helsepersonellet kan drøfte bekymringen med andre på helsestasjonen som yter tjenester til barnet. Henvendelse til barneverntjenesten for anonym drøfting er også en tilnærming for avklaring av et barns omsorgssituasjon.

Foreldre skal som hovedregel informeres om all kontakt mellom helsestasjon og barneverntjeneste. Der det ikke foreligger slike forhold at personellet har en selvstendig plikt til å melde bekymring til barnevernet, må foreldrene samtykke til at barnevernet kontaktes.

Helsepersonell som yter helsehjelp har en selvstendig plikt til å melde fra til barneverntjenesten når det fremkommer opplysninger som gir grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet eller det

foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eksempelvis emosjonell trakassering og neglisjering. Kravet innebærer at det må foreligge en begrunnet bekymring for at barnet utsettes for overgrep og overlast, og at barnet kan ta vesentlig skade av å bli værende i eksisterende situasjon.

Følgende tema kan en lese mer om i vedlegg 2:

- Samarbeid om habilitering
- Individuell plan
- Koordinator og koordinerende enhet
- Habiliteringstjenesten (HABU)
- Samarbeid med barneverntjenesten
- Meldeplikt til barnevernet

3.2.2 Revisjonskriterier

Hovedkriterium: Kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten bidrar til at barn/familier med spesielle behov mottar et helhetlig tjenestetilbud – jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-3, 4-1 og internkontrollforskriften §§ 3 til 5.

Underkriterier:

Gjennom etablerte rutiner og tiltak som gjennomføres i praksis sørger kommunen for at:

3.2.2.1 Helsestasjonstjenesten bidrar til samhandling om og koordinering av helsehjelpen mellom fastlege og helsestasjonen for barn som trenger legetjenester for behandling for sykdom eller funksjonssvikt

Det betyr:

- at der kommunen har utarbeidet samarbeidsavtaler mellom helsestasjonen og fastlegene for å iverksette medisinske utredninger, kontroller og annen oppfølging, må helsestasjonen ha implementert rutiner i samsvar med kravene i avtalen
- at roller, oppgaver og ansvarsfordeling mellom legetjenestene i helsestasjon og barnets fastlege er klar og kjent for personell i helsestasjonen
- at det ved mistanke om utviklingsforstyrrelse, sykdom eller alvorlig risiko for sykdom, er klart hvilke av personellet i helsestasjon som har ansvar for å henvise til barnets fastlege (alternativt annen behandlende lege)
- at helsestasjonen sender skriftlig henvisning til fastlegen der det er påvist sykdom eller risiko for sykdom under helseundersøkelsen
- at helsestasjonen orienterer fastlegen skriftlig når barnet henvises direkte til spesialisthelsetjenesten
- at foreldrene opplyses om henvisningen i forkant
- at opplysninger om barnet føres i en samlet journal i helsestasjonen, herunder helsestasjonslegens journalføring
- at det er tydelig og klart hvem i kommunens ledelse som har ansvar for å etterspørre og kontrollere om disse rutineene følges i praksis, ev. korrigere og implementere korrigerende rutiner

- at ansvarlig leder i helsestasjonen foretar nødvendige korrigeringer av helsestasjonens samarbeidsrutiner som nødvendig for å sikre samarbeidet mellom fastleger og helsestasjonen
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør rutiner, kunnskap og kapasitet i helsestasjonstjenesten for å sørge for at helsestasjonen bidrar til samordning og koordinering av helsehjelpen
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak for å sikre samordning og koordinering av helsehjelpen mellom fastlege og helsestasjon
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak der de finner svikt i samarbeidet som kan føre til uforsvarlig helsehjelp, herunder etter en risikovurdering setter i verk kompenserende tiltak for å sikre forsvarlig virksomhet fram til god praksis er gjenopprettet
- at tiltakene kvalitetssikres av medisinsk faglig rådgiver

3.2.2.2 Helsestasjonen bidrar til å sikre barns behov for nødvendig fysioterapiutredning og behandling

Det betyr:

- at barnets foreldre informeres om avvik i barnets motoriske utvikling som registreres under helseundersøkelsen
- at helsestasjonen, i samråd med foreldrene, tar kontakt med fysioterapeut for nærmere utredning og behandling
- at det er klart for ansatte i helsestasjonen hvilke fysioterapeut(er) kommunen ev. har avtaler med for å yte helsehjelp til barna
- at ansvarlig leder i helsestasjonen følger med på om barnet tilbys fysioterapitjeneste og rapporterer til kommunens ledelse hvis barnet ikke innkalles til undersøkelse av fysioterapeuten innen forsvarlig tid
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør rutiner, kunnskap og kapasitet i helsestasjonstjenesten for å sørge for at helsestasjonen bidrar til at barn får fysioterapitjeneste når de har behov for det
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak for å sikre barn som henvises til fysioterapi nødvendig helsehjelp, herunder etter en risikovurdering setter i verk kompenserende tiltak for å sikre forsvarlig helsehjelp fram til god praksis er gjenopprettet
- at tiltakene kvalitetssikres av medisinsk faglig rådgiver

3.2.2.3 Helsestasjonen bidrar til samhandling og koordinering for barn og foreldre som har behov for helse-, omsorgs- og sosiale tjenester fra flere enheter

Det betyr:

- at helsestasjonens personell har oversikt over kommunens tjenester til barn og familier
- at helsestasjonens personell i samarbeid med foreldre henviser til rett enhet ved behov for praktisk bistand, avlastning, støttekontakt, helsetjenester i hjemmet, tiltak fra barnevernet, fylkeskommunale tannhelsetjeneste, PP-tjenesten og/eller til spesialisthelsetjenesten
- at helsestasjonens personell har kunnskap om kommunens koordinerende enhet, og den koordinerende enhetens ansvar for å oppnevne koordinator og rutiner for samhandlingen med denne enheten
- at helsestasjonens personell bidrar i arbeidet med individuell plan

- at helsestasjonens personell ved behov deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter og ansvarsgrupper
- at helsestasjonens personell er kjent med oppfølgingsprogram for premature barn som er beskrevet i ”Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn – IS -1419”, og følger samhandlingsrutinene i samsvar med disse
- at helsestasjonens personell melder til barneverntjenesten dersom barn utsettes for vold, mishandling, alvorlig omsorgssvikt eller finner annen grunn til alvorlig bekymring
- at helsestasjonens personell kjenner til kommunens tiltak for å nyttiggjøre seg erfaringer fra ansatte og samarbeidende tjenesteytere, og bruker erfaringene i utvikling av egen tjeneste
- at ansvarlig leder i helsestasjonen etterspør og vurderer om helsestasjonen følger rutiner som skal ivareta et koordinert og helhetlig tjenestetilbud til familien
- at ansvarlig leder i helsestasjonen har jevnlig kontakt med ledere for aktuelle samarbeidspartnere der samarbeidsrutinene gjennomgås, evalueres, korrigeres og implementeres i den daglige drift
- at ansvarlig leder i helsestasjonen rapporterer til kommunens øverste ledelse om vedvarende svikt i samarbeidet mellom kommunens enheter og manglende koordinering av tilbudet
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør rutiner, kunnskap og kapasitet i helsestasjonstjenesten for å sørge for at helsestasjonens bidra til et koordinert og samordnet tilbud til barn med behov for flere tjenester fra andre enheter
- at kommunens ledelse iverksetter tiltak for å rette opp svikten i samhandlingen, herunder også sikrer at koordinerende enhet med ansvar for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og iverksetting av arbeidet med individuell plan er kjent og tydelig for alle

3.3 Revisjonstema 3: Kommunen sikrer at helsestasjonen tilbyr et tjenestetilbud til barn og foreldre tilpasset egen språkbakgrunn

3.3.1 Innledning

Det kan utledes fra pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 3-5 at de som har omsorg for barnet, vanligvis foreldre, som mottar helsehjelp for barnet fra helsestasjonen i form av råd og veiledning skal få tjenester tilpasset egen kultur- og språkbakgrunn. Ut fra opplysninger fra representanter for ressurscenter for kvinner med minoritetsbakgrunn, ”MiRA-senteret”, har de aller fleste minoritetskvinner kontakt med helsestasjonen. Avgjørende for helsestasjonens formål om forebygging og tidlig intervensjon for disse familiene, er at personalet på helsestasjonen kjenner relevante forhold ved familiens kulturelle bakgrunn og kan kommunisere på språk de forstår.

For at kommunen skal kunne oppfylle lovkravene om at helsetjenestene skal være tilpasset mottakernes språk og kultur, må kommunen ha oversikt over familier med minoritetsbakgrunn. Det samme gjelder for barn og deres foreldre i asylmottak som også har rett til helsestasjonstjeneste. Kommunen må sørge for at ansatte har god innsikt i at det er kulturelle ulikheter i synet på foreldrerollen, oppdragelsespraksis, forventninger og verdivurderinger av gutter og jenter, omskjæring, ernæring, påkledning og levevaner. Dette er viktig både for å gi relevant veiledning om hva som aksepteres innenfor norsk lov, og bidra med konkret og individuell rådgivning. Det er også viktig for å opprette et tillitsfullt forhold mellom ansatte og foreldre, slik at råd blir fulgt.

En avgjørende faktor i det forebyggende arbeid er at helsestasjonens ansatte og familien/barnet kan kommunisere språklig. Kommuner som har minoritetsinnbyggere med behov for tolk i sin kontakt

med helsestasjonstjenesten, må derfor ha organisert en tolketjeneste i tilknytning til helsestasjonstjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 fastslår at opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt.

Av taushetspliktreglene kan utledes at andre i familien eller venner ikke skal være tilstede i tjenestesituasjoner hvis ikke mottakeren av helsetjenesten samtykker. På helsestasjonen gjelder dette også for foreldre i råd og veiledningssituasjoner. Det samme må gjelde hvis de skal være tilstede som tolk.

Det kan være en belastning for barn å bli involvert i forhold i familien som de ut fra alder ikke er modne til å forstå. Hensynet til barnet tilsier derfor også at kommunen ikke kan forutsette at barn tolker på vegne av mor eller far.

I organiseringen av tolketjenesten på helsestasjonen kreves det at det skal brukes profesjonelle tolker som er informert om og har undertegnet erklæring om taushetsplikt. Ved små miljøer kan det likevel være belastende å trekke inn tolker som er kjent med familien, slik at viktige forhold av betydning for barnets helse- og omsorgssituasjon ikke kommer i samtalen med helsepersonellet. Det må derfor også være et reelt alternativ å kunne bruke telefontolk der de det gjelder kan være anonyme. Dette alternativet må derfor være en del av kommunens tolketilbud, og være kjent blant de ansatte og for dem som er avhengig av tolk.

3.3.2 Revisjonskriterier

Hovedkriterium: Kommunen sikrer at helsestasjonen tilbyr tjenestetilbud til barn og foreldre tilpasset deres språkbakgrunn – jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 nr. 1 b, 4-1 a, b og d og pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 3-5 og internkontrollforskriften §§ 3-5.

Underkriterier:

Gjennom etablerte rutiner og tiltak som gjennomføres i praksis sørger kommunen for at:

3.3.2.1 Personellet på helsestasjonen kommuniserer med barnet og barnets omsorgspersoner der det er nødvendig gjennom tolk

Det betyr

- at personellet på helsestasjonen har kunnskap om kommunens tolketjeneste og rutiner for bruk av tolk
- at tolketjenester er tilgjengelig når helsestasjonen møter barn og foreldre der norsk ikke kan brukes i kommunikasjonen
- at telefontolk brukes der dette er nødvendig for å ivareta foreldre og barnets personvern
- at bruk av tolk nedtegnes i journalen sammen med helsepersonellets vurdering av om opplysninger blir forstått
- at det er klart for personellet og familier som erfarer svikt i kommunikasjonen til hvem og hvordan svikten meldes

- at ansvarlig leder i helsestasjonen setter i verk tiltak for å bidra til at virksomheten lærer av svikten og forebygger at ny svikt oppstår
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør rutiner, kompetanse og kapasitet i helsestasjonstjenesten for å sørge for at forsvarlig tolketjeneste tilbys minoritetsfamilier med barn i aldersgruppen og korrigerer svikt

3.4 Revisjonstema 4: Kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten gir faglig forsvarlig kostholdsveiledning for å forebygge feilernæring

3.4.1 Innledning

Revisjonstemaet tar utgangspunkt i Nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge samt de nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Retningslinjene er uttrykk for god og forsvarlig praksis for kostholdsveiledningen og skal legges til grunn for kommunens styring av helsestasjonen.

I dette tilsynet skal vi undersøke om kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten arbeider systematisk for å forebygge feilernæring og bygger opp under sunt kosthold og gode levevaner. Ved å etablere gode levevaner tidlig i livet reduseres risiko for sykdommer siden. Helsestasjonstjenesten står ikke alene med det forebyggende arbeidet. De fleste forebyggende tiltak ligger utenfor helsetjenestens ansvarsområde. Helsetjenesten er imidlertid en viktig premissleverandør og rådgiver for andre sektorer som planlegger og iverksetter tiltak som har innflytelse på barn og unges helse og utvikling. Gjennom sin kunnskap om befolkningsgruppers helsetilstand og kunnskap om ulike faktorerens påvirkning på helse, kan helsepersonell påvirke andre samfunnsaktører til å ta helseperspektivet inn i sin planlegging og sin virksomhet. For barn i risikogrupper er tidlig intervensjon gjennom individuelle oppfølgingstiltak for hele familien det som har vist seg å gi best resultater.

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en internasjonal vekststandard for barn i alderen 0–5 år. Vekstreferansene er basert blant annet på norske spedbarns vekst. Den beskriver utvikling av vekt og lengde/høyde hos et representativt utvalg av barn uten påvist sykdom. Vekststandardene har også tatt hensyn til at andre faktorer enn sykdom kan påvirke veksten. Morsmelkernærte barns vekst danner normen. Vekststandardene viser hvordan friske barn under fem år vokser når grunnleggende vilkår for fysiologisk vekst er oppfylt. Barn med forskjellig etnisk bakgrunn har et svært likt vekstmønster når de lever under like betingelser. Vekststandardene er et godt redskap for å forebygge over- og underernæring. Norske retningslinjer følger anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon. Ref: The WHO Child Growth Standards. 2006 Apr. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>.

3.4.2 Revisjonskriterier

Hovedkriterium: Kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten gir faglig forsvarlig kostholdsveiledning for å forebygge feilernæring – jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 nr. 1 b, 4-2, jf. 12-5 og internkontrollforskriften §§ 3 til 5.

Underkriterier:

Gjennom etablerte rutiner og tiltak som gjennomføres i praksis sørger kommunen for at:

3.4.2.1 Kommunens ansatte i sitt arbeide følger de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge og de nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjonen

Det betyr:

- at helsepersonellet under helseundersøkelsen og i kontakten med foreldrene vurderer ernæringsforholdet hos barnet, herunder risiko for utvikling av overvekt hos barnet
- at helsestasjonen følger opp barn med særlige ernæringsmessige behov
- at veiledning gitt om ernæring dokumenteres i barnets journal
- at tilpasset veiledning dokumenteres utfyllende
- at svikt i journalrutinene meldes til ansvarlig leder i helsestasjonen
- at personellet kjenner retningslinjene i de nasjonale faglige veilederne
- at helsestasjonen innarbeider i praksis oppgaver som følger av nye nasjonale krav
- at ansvarlig leder i helsestasjonen etterspør og undersøker om rutinene følges, herunder etterspør klager på helsestasjonens oppgaver på dette området
- at ansvarlig leder i helsestasjonen undersøker årsak til ev. svikt og setter i verk tiltak for å forebygge svikt innenfor rammen av egen myndighet
- at ansvarlig leder i helsestasjonen har jevnlig kontakt med aktuelle samarbeidspartnere der samarbeidsrutinene gjennomgås, evalueres, korrigeres og implementeres i den daglige drift
- at ansvarlig leder i helsestasjonen rapporterer til kommunens øverste ledelse om dette vedvarer, som svikt i samarbeidet mellom kommunens enheter
- at ansvarlig leder sørger for at helsestasjonens praksis endrer seg i samsvar med endringer i relevante nasjonale retningslinjer
- at kommunens ledelse jevnlig etterspør rutiner, kompetanse og kapasitet i helsestasjonstjenesten for å sørge for forsvarlig kostholdsveiledning tilbys alle familier med barn i aldersgruppen og korrigerer svikt

4 Gjennomføring av tilsynet

4.1 Innledning

Dette tilsynet skal gjennomføres i henhold til Helsetilsynets *Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon*. Tilsynet skal gjennomføres av et tilsynslag som har kunnskap om kommunale helsetjenester, samhandling mellom tjenester, og de juridiske rammene for disse tjenestene. Revisjonslaget må derfor ha en jurist og en helsefaglig medarbeider som et minimum. Det er ønskelig at laget har med en person som har særlig god kjennskap til helsestasjonsvirksomheten og det forebyggende arbeidet som er lagt til virksomheten (helsesøster).

Tilsynslaget skal også ha revisjonskompetanse og lederen skal fortrinnsvis ha gjennomgått revisjonslederkurs og ha erfaring som revisjonsleder. Revisjonsleder skal ha innflytelse på sammensetningen av revisjonslaget for å sikre at laget kan arbeide sammen som et team.

Revisjonsleder har ansvaret for forberedelsen og gjennomføringen av tilsynet og skal på vegne av Fylkesmannen å fordele ansvar og følge opp samarbeidet og den enkelte deltaker i tilsynslaget. Revisjonsleder har ansvar inntil endelig rapport foreligger. I hvilken grad, eller om, revisjonsleder skal følge oppeventuelle avvik etter tilsynet besluttes lokalt, men det anbefales at revisjonsleder deltar i dette arbeidet.

1.1 Organisatoriske løsninger i kommunen – og deres betydning for gjennomføring av tilsynet

Kommunens valg av organisering vil være av betydning for gjennomføring av tilsynet. Vi vil derfor under dette kapitlet beskrive ulike organisatoriske løsninger som kommunen kan velge hvis de velger å organisere helsestasjonen sammen med andre kommuner, og konsekvenser de ulike organiseringsformene vil få for gjennomføringen av tilsynet.

4.1.1 Forvaltningsmessig organisering av helsestasjonstjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven åpner for at kommunen kan ivareta sitt sørge for-ansvar for helsestasjonstjenesten ved selv å yte tjenesten eller gjennom avtale overlate driften til andre, jf. § 3-1 siste ledd. Dette betyr at kommune eller interkommunal helsestasjon kan kjøpe helsetjenestene som inngår i en helsestasjon av en privat utøver, f.eks. leger eller fysioterapeuter med privat praksis. I helsestasjonsforskriften § 2-1 fjerde ledd er dette presisert, og det følger klart at kommunen kan organisere driften av helsestasjonsvirksomhet ved interkommunalt samarbeid.

4.1.2 Generelt om kommunalt samarbeid om helsestasjonen

Kommunens valg av samarbeidsform får betydning for adressat av tilsynsrapporter og oppfølging av avvik. Da vil det være kommunelovens generelle bestemmelser om organisasjonsformer for kommunalt samarbeid som er relevant for tilsynsmyndigheten å kjenne til for å kunne identifisere samarbeidsformen. I forarbeidene (Ot.prp. nr. 95 (2005–2006)) til de nye lovbestemmelsene om vertkommunesamarbeidet opplyses det om at det brukes ulike begreper om kommunale samarbeidsmodeller om velferdstjenester, f.eks. ”vertskommunesamarbeid”. Det vil derfor være

innhold i samarbeidsavtalene som avgjør hvilke lovbestemte samarbeidsmodeller som tilsynslagene må legge til grunn ved gjennomføring av tilsynet.

Merk: Det ligger utenfor tilsynets myndighet å ta stilling til om kommunen har fulgt kommunelovens bestemmelser om valg av organiseringsmodell!

Om ulike samarbeidsmodeller: Se vedlegg 3.

4.1.3 Forberedende aktiviteter

4.1.3.1 Valg av kommuner

Fylkesmannen velger selv i hvilke kommuner tilsynet skal gjennomføres. Ut fra tilsystema nr. 4 bør det velges kommuner som har helsestasjoner som yter tjenester til familier fra fremmede kulturer og med annen språkbakgrunn. Fylkesmannen bør heller ikke velge kommuner der kommunen selv gjennomfører en internrevisjon av helsestasjonsvirksomheten eller er i fase der de arbeider med å lukke avvik fra denne revisjonen. Det kan også være interessant å undersøke kommunens rapportering på KOSTRA knyttet til helsestasjonsvirksomheten som helseundersøkelser, leges deltakelse og hjemmebesøk til nyfødte. KOSTRA kan gi opplysninger som gir grunnlag for å følge opp kommunen med tilsyn, men feilrapporteringer kan forekomme og må derfor verifiseres i møte med virksomheten.

4.1.3.2 Behov for formøte

I de tilfeller det gjennomføres tilsyn med helsestasjonsvirksomheten med samarbeidskommuner, bør Fylkesmannens vurdere formøte med de aktuelle kommunene for at de skal bli orientert om hvordan tilsynet skal gjennomføres og hvilke bestemmelser som gjelder for tilsyn der kommunene har valgt vertskommunen og der de har valgt en samarbeidsform etter § 27 i kommuneloven.

4.1.3.3 Informasjon fra andre tjenester som kan belyse praksis

Vi anmoder tilsynslagene å vurdere om det skal innhentes informasjon fra andre tjenester som tannhelse-, barnevern- og fysio- og ergoterapitjenester samt koordinerende enhet som ledd i forberedelsen av tilsynet. Selv om disse tjenestene ikke er en del av vårt tilsyn, vil de kunne ha viktig informasjon om hvordan det er tilrettelagt for samarbeid med helsestasjonen i den enkelte kommune. Er det asylmottak eller organiserte grupper for innvandrere, kan de opplyse om tilretteleggingen av tjenestene for deres brukere. Interesseorganisasjoner med for eksempel lokallag for foreldre med barn med funksjonsnedsettelser kan også være viktige informasjonskilder. Deres informasjon kan bidra til gjøre oss i stand til å gjøre dypdykk i kommunen praksis for å se hvor svikten ligger. Det er viktig å merke seg at denne typen informasjon ikke skal brukes som bevis i selve tilsynet.

De som blir bedt om å gi tilsynet slik forhåndsinformasjon bør få brev med skriftlig redegjørelse for formålet med informasjonsinnhenting og presisering av vår rolle og hvordan vi vil bruke informasjonen. Informasjonen kan innhentes skriftlig, i møter eller over telefon. Praktiske forhold i det enkelte fylket vil avgjøre hvordan det best kan gjennomføres.

4.1.3.4 Innhenting av informasjon fra kommuner der det skal føres tilsyn

Tilsynslagene må på bakgrunn av sin kjennskap til kommunene og til hvilke dokumenter som allerede finnes i embetet, beslutte hvilke dokumenter det skal anmodes om å få tilsendt. Det kan også være sentrale dokumenter som ligger på kommunens nettsider. Før nettdokumenter kan legges til grunn i tilsynet er det viktig for tilsynslaget å sikre seg at de er oppdaterte.

Eksempler på sentrale dokumenter kan være:

- organisasjonsbeskrivelser, arbeidsbeskrivelser og oversikt over ledere og ansatte i de ulike delene av kommunene/bydelene, eventuelle skriftlige samarbeidsavtaler eller prosedyrer som beskriver samarbeid mellom etatene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen relevant for helsestasjonstjenesten
- styrende dokumenter og annen informasjon som kan gi oversikt og informasjon om tjenestene og tiltak for helsestasjonstjenesten, herunder planer for helsestasjonsvirksomheten, og samfunnsdelen av kommuneplanen hjemlet i plan- og bygningsloven
- opplysninger om verktøy (maler, skjema), eventuelle skriftlige prosedyrer og tiltak som benyttes for å koordinere utredning, planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene til barn, inkludert forberedelser av overganger
- opplysninger om tiltak som sikrer medvirkning fra brukere av helsestasjonens tjenester for barn fra 0 til 6 år
- opplysninger om virksomhetenes systematiske gjennomgang av drift og resultater innen temaene for tilsynet, herunder resultater fra eventuelle internrevisjoner på området
- avviksmeldinger det siste året
- kompetanseplaner – oversikt over kompetansetiltak for personellet tilknyttet helsestasjonsvirksomheten
- opplæringsplaner for nytilsatte
- serviceerklæringer
- oversikt over hvordan kommunen har organisert sitt arbeid med koordinerende enhet

4.1.4 Aktiviteter under tilsynsbesøket

Under selve tilsynsbesøket skal tilsynslaget gjennomgå barnas journaler, inkludert referater fra eventuelle samarbeidsmøter, ansvarsgrupper etc. Det skal også gjennomgås referater fra møter der det er drøftet saker som er anonymisert fordi det ikke har vært mulig å innhente samtykke. Vi anbefaler at man ikke ber om å få tilsendt denne typen informasjon i posten, men at den gjennomgås under selve tilsynsbesøket.

Når vi skal vurdere om samarbeid burde vært etablert i saker der det ikke er det, vil våre kilder være informasjon gjennom intervju, det skriftlige styringssystemet og pasientjournaler der det kommer fram at det skulle være tatt initiativ fra helsestasjonen til et tverrfaglig samarbeid eller informasjon om hjelpebehov til andre.

4.1.4.1 Intervjuobjekter, intervjuer og stikkprøver

Intervjuene må brukes til å få fram informasjon som tilsynslaget mangler, sjekke ut om tilsendt dokumenter er kjent blant de ansatte som burde kjenne til dem og om skriftlige prosedyrer og rutiner er kjent og implementert i arbeidet blant alle som omfattes av rutinene. Der det ikke foreligger skriftlige ruiner er det viktig å undersøke med ansatte og leder om rutinene er innarbeidet i praksis og videreføres til nyansatte i opplæringsystemet.

Intervjuene må også brukes til å undersøke om vedtatte planer og rutiner etterspørres og følges opp av ledelsen, om ansatte vet hvor de skal følge opp svikt og om meldingene fører til endring.

Revisjonskriteriene er styrende for hva tilsynet skal dreie seg om og hva revisjonslaget skal undersøke for å kunne konkludere om det er manglende etterlevelse av myndighetskravene. Opplysninger fra intervjuene må sammenholdes med resultater fra dokumentgjennomgangen som ble gjort i forkant av tilsynet.

Under enkelte intervjuer kan det komme fram opplysninger det er behov for å utdype etterpå ved for eksempel å se i dokumenter, resultatregistreringer eller møterefater. I denne sammenhengen kan det også være aktuelt å ta korte samtaler med noen aktuelle personer som ikke står på intervjuлиста og programmet for gjennomføring av tilsynet må ha rom for slike uforutsigbare tiltak.

Det er viktig at det er satt av tid nok til slike verifikasjoner for å få nødvendig bekreftelse eller avkreftelse. Det er også viktig å sette av litt tid mellom intervjuene, slik at det er mulig å gjøre noen oppsummeringer underveis.

Under tilsynet må det ses på pasientjournaler. Det vurderes som en god løsning å gå gjennom journalene tidligst mulig i dette tilsynet da det vil gi et grunnlag for å spisse intervjuene. Laget skal be om følgende journaler:

1. de siste 20 journaler for barn som har fylt 6 måneder
2. journaler for premature barn opprettet i 2011 og 2012 – inntil 5
3. de siste 20 journaler for barn som er i en alder at de ut i fra kommunens program skal ha gjennomført skolestartundersøkelsen
4. journaler opprettet etter 2007 der det er forhold ved barnet som tilsier at det er behov for flere tjenester (inntil 10 journaler), inkludert eventuelle individuelle planer for disse.
5. journaler som er opprettet i 2011 og 2012 for barn fra familier med fremmede kulturer (inntil 10)

Journaler innhentet under 1 og 2 kan også gi nyttig kunnskap om ev. svikt under tilsynsystema 3 og 4.

Når det gjelder om kravene til samhandling er oppfylt, må revisjonslaget ta med i vurderingen at kravet til kommunen om å organisere kommunen med en koordinerende enhet først kom med helse- og omsorgstjenesteloven som ble iverksatt 1. januar 2012.

Videre vil det også under tilsynsbesøket være aktuelt å se på for eksempel avviksbehandling, rapporter fra tidligere relevante interne revisjoner, sjekklister og dokumentasjon av opplæring. Informasjonen fra disse dokumentene kan bidra til å gi svar på om revisjonskriteriene oppfylles eller ikke.

Utvelgelse av intervjupersoner vil avhenge av kommunens organisering og av tilsynsmyndighetens kunnskap om hvor det kan være fare for at det er svikt i samarbeidet. Det vil være viktig å intervju personer fra minst to nivå i de aktuelle tjenestene og der det brukes medhjelpere er det viktig å intervju medhjelperen for å finne ut om delegasjonen er slik helsepersonelloven forutsetter.

Aktuelle personer vil kunne være:

- rådmannen/kommunaldirektør
- leder for helsestasjonsvirksomheten (der ledelsen er delt mellom faglig og administrativ leder må begge intervjues)
- kommuneoverlegen (særlig om han/hun har rolle og oppgaver i risikovurderinger)
- helsestasjonslege
- minst 2 helsesøstre der det er flere ansatte i helsestasjonsvirksomheten
- annet helsepersonell tilknyttet helsestasjonen (fysioterapeut, psykolog)
- medhjelper

Tilsynet skal være gjennomført innen 1. november 2013. 25 % av de tilsyn med helse- og omsorgstjenesten som følger av embetsoppdraget bør falle inn under landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten. Tilsynsbesøket i virksomheten er beregnet til maks 2 dager.

5 Tilsynsrapporter

Tilsynsrapporter skal følge vedtatt mal for systemrevisjoner og tydelig formidle og underbygge avdekket svikt eller fare for svikt knyttet til den forebyggende og helsefremmende virksomhet som helsestasjonen skal yte overfor alle barn i aldersgruppen 0 til 6 år. Det skal fremkomme fra rapporten den svikt i kommunens styring og kontroll som er avdekket under tilsynet, og som tilsier at helsestasjonsvirksomheten drives med for høy risiko for svikt i tilbudet.

Dersom avvikene kan underbygge gjennomgående manglende oppfyllelse av kravene i internkontrollforskriften, kan det gjøres en samlet vurdering av styringssystemet i rapportens kapittel 6. Da er det også naturlig å si noe om dette i sammendraget. Dette kan også bidra til at styring og kontrolltiltakene rettet mot helsestasjonsvirksomheten får større oppmerksomhet og tydeliggjøre ledelsen ansvar.

Det er viktig at tilsynsrapportens kapittel 4 gir god informasjon om hva som er undersøkt i tilsynet og ikke bare tilsynstemaenes overskrifter. Når det gjelder kapittel 2, er det ønskelig at helsestasjonens organisering og oppgaver beskrives kort.

Tilsynsrapporten sendes til rådmannen i kommunen. Kopi av endelige tilsynsrapporter sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no.

Der helsestasjonen er organisert i vertskommuner, sendes rapporten til rådmannen i vertskommunen med kopi av rapporten til rådmennene i de kommuner som er med i vertskommunesamarbeidet.

Dersom helsestasjonen er organisert som et samarbeid mellom flere kommuner etter § 27 i kommuneloven, sendes rapporten til rådmennene i alle samarbeidskommunene.

Fylkesmannen har ansvar for å avslutte tilsynet. Oppfølging og avslutning av tilsyn skal følge retningslinjene utarbeidet av Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av tilsynsrapportene som foreligger i 2013 utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport.

6 Oversikt over vedlegg

1. Eksempler på organisering av helsestasjoner
2. Andre tjenestetilbud for barn med spesielle behov
3. Ulike kommunale samarbeidsmodeller for helsestasjoner
4. Oversikt over aktuelle lovbestemmelser det henvises til i veilederen
5. Brev fra Statens helsetilsyn til Manglerud bydel datert 25. april 2000
6. Brev fra Helsedirektoratet til Norsk Sykepleierforbund datert 2. mars 2009

Vedlegg 1: Eksempler på organisering av helsestasjoner

Familiens hus

I flere kommuner er helsestasjonstjenesten organisert som en del av Familiens hus. Familiens hus er en kommunal samhandlingsmodell, hvor helse- og sosialtjenester rettet mot barn og familier samordnes, samlokaliseres og forankres lokalt. Familiens hus legger til rette for at brukerne skal møte et lett tilgjengelig og helhetlig tilbud. De tjenestene som ofte inngår er helsestasjon, inkludert svangerskapsomsorg, forebyggende barneverntjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste og åpen barnehage. Fagpersonell fra ulike tjenester jobber i tverrfaglige og fleksible team som legger til rette for helhetlige tiltakskjeder basert på brukernes behov.

Det finnes også andre familiesentermodeller som er utviklet og etablert i norske kommuner. Det vises til Universitetet i Tromsø sine nettsider, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord), for mer informasjon om modellen Familiens hus og andre familiesentermodeller.

Ressurshelsestasjoner for barn og unge med spesielle behov

Ressurshelsestasjoner er oftest en betegnelse på et tverrfaglig tilbud til barn og unge fra 0–16 år og deres foreldre, som ønsker mer oppfølging enn den ordinære helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan tilby. Personellet har ofte helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig bakgrunn. Ressurshelsestasjonene er imidlertid ulikt organisert på landsbasis. I kommuner som har Familiens hus eller familiesenter, er ressurshelsestasjonene ofte tilknyttet disse.

Fellestrekk for denne type ressurshelsestasjoner er at de er tverrfaglig sammensatt, er et lavterskeltilbud for barn og foreldre og *oftest har tilbud om tjenester i tillegg til det anbefalte helsestasjonsprogrammet*. Eksempler på dette er foreldreveilednings- og mestringkurs knyttet til forskjellige tema, konsultasjonstilbud til foreldre, barn og fagfolk, eksempelvis knyttet til spisevansker, med videre.

En annen form for ressurshelsestasjon er de som har til formål å tilby en tettere oppfølging av for tidlig fødte barn. Disse benevnes som *”Ressurshelsestasjon for premature barn.”* I en av landets største kommuner er det etablert 4 ressurshelsestasjoner for premature barn. Tilbudet gis til barn født til og med 34. svangerskapsuke, og er omfattende, målrettet og individuelt tilpasset premature barn og deres familier. Personellet (helsesøster og lege) har erfaring og oppdatert kunnskap om premature barn. Foreldrene får tilbud om tjenesten allerede på nyfødtafdelingen og målsettingen er å etablere kontakt mellom barn, foreldre og helsesøster mens barnet er innlagt på sykehuset. Utskrivingsamtale på nyfødtafdelingen foregår sammen med helsesøster. Hjemmebesøk av helsesøster med individuell oppfølging skjer kort tid etter utskrivningen. Programmet er skissert i *”Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn, IS-1419”*.

Andre kommuner kan være i oppstartsfasen med å etablere liknende. Noen kommuner har organisert virksomheten på andre måter for å møte premature barn og deres foreldre og de spesielle behovene de kan ha. Eksempler er at helsestasjoner som har *ressurshelsesøstre* med kompetanse om premature barn, og tverrfaglige team som samarbeider om barna.

Vedlegg 2: Andre tjenestetilbud for barn med spesielle behov

Habilitering

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.” (Rehabiliteringsforskriften, § 3)

Helsestasjonene skal sørge for å samarbeide om habilitering av barn og unge med spesielle behov, herunder kronisk syke og barn med funksjonsnedsettelse.

Habilitering er bistand/hjelpetiltak til personer med tidlig ervervede eller medfødte funksjonsnedsettelse, gjerne i en tverrfaglig innsats. Helsestasjonsvirksomheten har habiliterings- og koordineringsoppgaver knyttet til kroniske sykdommer. Brukere med behov for habiliteringstjenester, vil i denne veilederen være barn fra 0–6 år med medfødt eller tidlig ervervet skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse, og deres familier. Felles for alle som mottar habiliteringstilbud er at de trenger planlagte, sammensatte og samordnede tjenester.

Fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger er sentrale i det kommunale habiliteringstilbudet. Det gjelder både på utrednings- og tiltaks-/behandlingssiden.

Kommunene har valgt forskjellige måter å organisere hjelpeapparatet som skal yte habiliteringsbistand til barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familier. Større kommuner kan tilby deler av barnehabilitering fra egne enheter for barn med utviklings- og funksjonshemninger, særlig når det gjelder koordinatorfunksjoner.

Mange familier opplever hjelpeapparatet som fragmentert og dårlig koordinert. Et godt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er en forutsetning for at brukerne skal få det tjenestetilbudet de trenger.

Tjenesteyteren skal sørge for at den enkelte bruker medvirker ved målsettingen og gjennomføringen av eget habiliteringstilbud – i dette tilfellet at foreldre/foresatte medvirker. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan dersom de selv ønsker det. Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å igangsette planarbeidet. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at arbeidet med individuelle plan forankres i kommunen. Individuell plan er et viktig verktøy for å gi en helhetsoversikt og samordne tiltak i habiliteringsprosessen, og til å kunne avhjelpe familiene med å holde oversikt over alle tjenesteområdene som er involvert i prosessen rundt deres barn. Bruk av individuell plan vil også være en indikator på samhandlingskvalitet i habiliteringsfeltet.

Dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra flere tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjenester og helseforetak samarbeide. Det skal til enhver tid være en tjenesteyter med

hovedansvar (koordinator) for oppfølgingen av tjenestemottakeren. En sentral oppgave for koordinator er å koordinere arbeidet med individuell plan. Brukeren, her foreldre/foresatte, har rett til å delta i prosessen med å lage planen. Det er familiens plan.

Personell (helsesøster, lege, fysioterapeut, ergoterapeut) tilknyttet helsestasjonstjenesten skal på lik linje med andre tjenesteytere kunne inneha rollen som koordinator for den individuelle planen.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8 er rettet mot pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Det følger av bestemmelsen at de kan be kommunen om å treffe vedtak om tiltak som skal settes i verk for å lette omsorgsbyrden og hva tiltaket skal gå ut på. Det kan for eksempel være avlastning og/eller praktisk bistand i hjemmet. For familier som har slike vedtak, må tiltakene inn i den individuelle planen for å gi et samlet bilde av tjenester som barn og foreldre mottar og sikre koordineringen.

For mer utførlig informasjon om individuell plan vises det til Helsedirektoratets nettsider om habilitering og rehabilitering, og [til "Individuell plan – veileder til forskriften, IS-1253"](#).

En utdypning av koordinators oppgave er beskrevet i Helsedirektoratets brosjyre: "[Koordinatorrollen – for deg som er eller skal bli koordinator for individuell plan, IS-1790](#)".

Både kommuner og spesialisthelsetjeneste er pålagt gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering å ha en *koordinerende enhet* for habilitering og rehabilitering på systemnivå. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Se brosjyre fra Helsedirektoratet: "[Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, IS-1530](#)".

Helsedirektoratets "Prosjekt Familieveiviser – for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier (2008-2010)" har hatt som mål å utvikle modeller for mer helhetlige og koordinerte tjenestetilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Alle delprosjektene har fokusert på utprøving og implementering av tiltak omkring hovedansvarlig tjenesteyter, brukermedvirkning, individuell plan og samhandling som skal gi brukeren koordinerte tjenester. Resultatene fra prosjektet skal viderefremmes til landets kommuner og helseforetak for å bidra til å styrke tilbudet. Erfaringer fra prosjektet viser at det ikke er gode nok rutiner mellom helsestasjon og koordinerende enhet.

Habiliteringstjenesten (HABU)

Barn med funksjonsnedsettelse og/eller kronisk sykdom kan ha behov for spesialisthelsetjenester. Habiliteringstjenestene for barn og unge har ansvar for å gi tverrfaglige spesialisthelsetjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom i aldersgruppen 0 til 18 år. Tjenestespekteret omfatter diagnostikk og funksjonsutredninger, opptrening av funksjon og ferdighetstrening, intensiv spesialisert trening og opplæring til barna, ungdommene og familiene samt råd og veiledning til kommunene generelt og rundt enkeltbrukere. Habiliteringstjenestene for barn og unge vil være helseforetakenes viktigste tjenesteenhet for å sikre høy kvalitet i habiliteringstilbudet til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Habiliteringstjenesten er lokalisert i alle fylker ved til sammen 18 helseforetak. Tjenesten har tverrfaglig bemanning, og de tre største profesjonsgruppene er spesialpedagoger, fysioterapeuter og psykologer.

Habiliteringstjenesten vil være en aktuell samarbeidspartner for helsestasjonstjenesten. For å sikre en helhetlig behandling og oppfølging er det derfor viktig at det etableres samarbeidsrutiner med habiliteringstjenesten. Vi er kjent med at det eksisterer få samarbeidsavtaler på landsbasis mellom habiliteringstjenesten og kommunene samt at samarbeidet varierer i stor grad. Manglende kompetanse, eksempelvis om autisme og spisevegring og manglende henvisningsrutiner rapporteres som risikofaktorer.

Samarbeid med barneverntjenesten

Kommunen har et helhetlig ansvar for helsestasjonstilbudet, og er ansvarlig for at det utarbeides informasjon, samarbeidsrutiner og møtearenaer for kommunens tjenester til barn og familier. I dette ligger også at det er kommunens oppgave å gjøre forholdet mellom helsestasjon og barneverntjenesten kjent, slik at det fremstår som forpliktende for ansatte på helsestasjonene. Et godt samarbeid mellom helsestasjon og barneverntjenesten forutsetter at arbeidet er forankret i den politiske og administrative ledelsen i kommunen. Selv om loven ikke angir hvordan samarbeidet skal skje, må det likevel forutsettes at kommunen etablerer tverrfaglige rutiner for samarbeid, og at disse følges.

Mange kommuner har kommunale kompetanseteam eller tverrfaglige team hvor formålet er å samarbeide generelt om en bestemt problematikk knyttet til barns omsorgssituasjon. Teamene tar også imot henvendelser fra helsestasjoner, barnehager og foreldre som har behov for å drøfte bekymringer for et barn.

Helsestasjonen og barneverntjenesten samarbeider både på generelt grunnlag og i oppfølging av enkeltbarn. Kontakten mellom de to instansene vil også inkludere foreldresamarbeid. Målet er at problemer og bekymringer for et barn skal løses på lavest mulig nivå, og i størst mulig grad i samarbeid med barn og foresatte. En del problemer lar seg imidlertid ikke løse på denne måten. Noen barn og familier trenger mer hjelp og oppfølging. Et aktivt og positivt samarbeid mellom helsestasjonen, barneverntjenesten og foreldre/foresatte vil øke muligheten for å finne gode løsninger på vanskelige situasjoner.

Dersom helsepersonell på helsestasjonen har kunnskap om eller bekymring for forhold i et barns omsorgssituasjon og som vurderes å være av en slik art at hjelpetiltak fra barnverntjenesten kan være hensiktsmessig, skal barneverntjenesten kontaktes.

Hvorvidt det foreligger en begrunnet bekymring, vil bero på en konkret og skjønnsmessig vurdering av ulike forhold i barnets omsorgssituasjon. Helsepersonellet kan drøfte bekymringen med andre på helsestasjonen som yter tjenester til barnet. Henvendelse til barneverntjenesten for anonym drøfting er også en tilnærming for avklaring av et barns omsorgssituasjon.

Foreldre skal som hovedregel informeres om all kontakt mellom helsestasjon og barneverntjeneste. Der det ikke foreligger slik forhold at personellet har en selvstendig plikt til å melde bekymring til barnevernet, må foreldrene samtykke til at barnevernet kontaktes.

Meldeplikt til barnevernet

At helsepersonell mener at barnet ikke lever under optimale forhold, er ikke nok til å utløse meldeplikten. Det er ikke tilstrekkelig at foreldrene for eksempel har psykiske problemer eller rusproblemer, eller at de viser mangler i omsorgsutøvelsen og i samspillet med barnet. Det er problemenes innvirkning på barnet som er avgjørende. Helsepersonell må derfor observere og

vurdere hvordan de foresatte mestrer foreldrerollen, og vurdere kvaliteten på samspillet mellom barn og foresatte ved helseundersøkelsen.

Fram til barn er to år gamle, er karakteristika ved foreldrene og karakteristika ved samspillet foreldre og barn de to sikreste prediktorer for barnets utvikling. Forstyrrelser i samspillet foreldre og barn er den faktoren som tydeligst forklarer at barn utvikler atferdsvansker. Forskning viser at det er spesielt to kjennetegn ved barn som regnes som høyrisikofaktorer for å utsettes for omsorgssvikt og mishandling; alder og funksjonsnedsettelse. Det er barn i førskolealder som er mest utsatt av samtlige aldersgrupper. Noen forskere har aldersfastsatt at det er fra 3 måneders alder til tre år eller opp til fire-fem år at barn er mest utsatt for omsorgssvikt og mishandling.²

Ved mistanke om at barn utsettes for vold og seksuelle overgrep, må det vurderes om det er til barnets beste at foreldrene informeres. I praksis må utgangspunktet være at den /eller de som mishandler barnet ikke informeres om helsestasjonens bekymringsmelding eller kontakt med barneverntjenesten for å sikre barnet. I akutte situasjoner kan det også være nødvendig for helsepersonellet å varsle politiet slik at barneverntjenesten kan iverksette tiltak for å beskytte barnet raskt nok mot videre mishandling og overgrep.

² Øyvind Kvello: Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling, 2010

Vedlegg 3: Ulike interkommunale samarbeidsmodeller for helsestasjoner

Kommuneloven forutsetter at kommunestyret kan bestemme at kommunens ansvar for lovpålagte oppgaver kan flyttes ut av kommunen til et samarbeid mellom flere kommuner. Modellene for det interkommunale samarbeidet er regulert i kommuneloven kap. 5 og lov om interkommunale selskaper. I dette tilsynet kan tilsynslaget møte følgende organisatoriske modeller:

Samarbeid gjennom vertskommunemodellen

Denne samarbeidsmodellen er i kommuneloven §§ 28a til 28 k. I kommuner med helsestasjoner organisert etter vertskommunemodellen er det særlig § 28 k om statlig tilsyn som vil være relevant ved gjennomføringen av dette tilsynet. Av denne bestemmelsen følger:

Pliktsubjekt ved tilsynet:

Der en samarbeidskommune har overlatt utførelsen av lovpålagte oppgaver til en vertskommune, skal statlige tilsynsetater rette pålegg eller andre sanksjoner til vertskommunen. Vertskommunen er ansvarlig for at pålegg eller andre sanksjoner etterkommes.

Der en oppgave er delegert til vertskommunen, har statlige tilsynsetater rett til innsyn i vertskommunens saksdokumenter, og kan kreve at vertskommunens organer, folkevalgte og ansatte uten hinder av taushetsplikt gir de opplysninger og meldinger som er nødvendige for at tilsynsorganet kan utføre tilsyn. Tilsynet kan også kreve adgang til alle vertskommunens institusjoner, lokaler og anlegg som er nødvendige for at tilsynet kan utføre tilsyn.

Merk: Der vertskommunemodellen er lagt til grunn for samarbeidet, skal tilsynslaget sende kopi av tilsynsrapporten og andre dokumenter som er nødvendig for lukking av avvik til alle samarbeidskommunene.

Samarbeid via felles styre og administrasjon – § 27-modellen

Helsestasjonsdriften kan også være organisert med felles styre etter modell av § 27 i kommuneloven. Bestemmelsen inneholder minstekrav til hva som må reguleres i vedtekter mellom deltakerkommunene og vedtas av alle kommunene. Det skal opprettes et eget styre som er det øverste organet for samarbeid for de felles oppgavene. Det er kun beslutningsmyndighet om organisering og drift som kan delegeres til dette styret. Det er opp til deltakerkommunene å bestemme om samarbeidet skal ha en egen administrasjon.

Pliktsubjekt ved tilsynet:

Hver kommune som deltar i dette samarbeidet har fortsatt ansvar for at tjenestene fyller de krav som er satt i lovverket overfor sine innbyggere. For tilsynslaget betyr dette at hvis kommunen har valgt en organiseringsform i samsvar med kommunelovens § 27, skal tilsynsrapporter og oppfølging av avvik sendes til kommunestyret ved rådmannen i alle kommuner som er med i samarbeidet. Hver av kommunens må sørge for at avvikene lukkes og godtgjøre dette i tilbakemeldingene til Fylkesmannen.

Samarbeid via representantskap og styre – den interkommunale selskapsmodellen

Denne organiseringen er lite egnet for tjenester som helsestasjonen og bestemmelsene i loven lite relevant for tilsynet. Det er i dag ikke kjent for Statens helsetilsyn at kommuner har valgt denne organisasjonsformen for helsestasjonsvirksomheten.

Kommunene som deltar i dette samarbeidet har fortsatt ansvar for at tjenestene fyller de krav som er satt i lovverket overfor sine innbyggere.

Pliktsubjekt ved tilsynet:

For tilsynslaget betyr dette at tilsyn med helsestasjoner der kommunen har valgt organiseringsformen ”interkommunalt selskap” i samsvar med lov om interkommunale selskaper, skal tilsynsrapporter og oppfølging av avvik sendes til kommunestyret ved rådmannen i alle kommuner som er med i det interkommunale selskapet. Hver av kommunene må sørge for at avvikene lukkes, og godtgjøre dette i tilbakemeldingene.

Vedlegg 4: Oversikt over aktuelle lovbestemmelser det henvises til i veilederen

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

§ 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 4-1. Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse - og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.

§ 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 5-5. Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning

Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Kommunelegen plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

§ 5-10. Journal- og informasjonssystemer

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

§ 7-1. Individuell plan

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.

§ 7-2. Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

§ 7-3. Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

§ 12-5. Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som *understøtter de mål* [vår utheving] som er satt for helse- og omsorgstjenesten.

Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste

§ 1. Oppgaver

Kommunens lovbestemte sykepleietjeneste omfatter oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid med spesiell vekt på opplysende og rådgivende virksomhet samt kurativ behandling og pleie, opp trening og rene pleiefunksjoner.

Tilsatte i sykepleietjenesten må arbeide i nær kontakt med det øvrige helsepersonell i kommunen. Det må videre være nært samarbeid med kommunal sosialtjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og helseinstitusjoner.

§ 2. Organisasjon

Sykepleietjenesten, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, er en del av kommunens lovbestemte helsetjeneste, både faglig og administrativt. Det forutsettes at andre lovbestemte sykepleiedeltjenester kan innpasses i virksomheten.

§ 3. *Faglige krav/ansvar*

Kommunen tilsetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, herunder blant annet

- Helsesøstre for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Sykepleiere og hjelpepleiere for å utføre andre funksjoner i kommunens sykepleietjeneste.

For å kunne tilsettes i helsesøsterstilling må vedkommende ha bestått eksamen fra godkjent helsesøsterutdanning.

Offentlig godkjent sykepleier kan konstitueres i helsesøsterstilling.

Faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster.

Faglig leder for hjemmesykepleien skal være offentlig godkjent sykepleier.

Etter vedtatt plan kan sykepleiere, hjelpepleiere og andre som er tilsatt i kommunens sykepleietjeneste tillegges andre pleiefunksjoner innen helse- og sosialtjenesten i kommunen.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

§ 2-1. *Kommunens ansvar*

Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0 – 20 år og tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Kommunen skal dekke alle utgifter til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1, litra b og c og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Driften av helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler kan skje ved interkommunalt samarbeid.

§ 2-3. *Tilbud til gravide og til barn og ungdom 0 – 20 år*

Helsestasjonens tilbud til gravide skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0 – 20 år skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- forebyggende psykososialt arbeid
- opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper
- hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet
- samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever
- bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det
- samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede

- informasjon om og tilbud om Barnevaksinasjonsprogrammet, jf. forskrift 2. oktober 2009 nr. 1229 om nasjonalt vaksinasjonsprogram.

§ 3-1. Internkontroll

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal etablere internkontrollsystem i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

§ 3. Internkontroll

I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

§ 4. Innholdet i internkontrollen

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

§ 5. Dokumentasjon

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Pasient- og brukerrettighetsloven

§ 1-2. Virkeområde

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

§ 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

§ 3-4. Informasjon når pasienten er mindreårig

Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres.

§ 3-5. Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.

§ 3-6. Rett til vern mot spredning av opplysninger

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

§ 4-4. Samtykke på vegne av barn

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

§ 6-1. Barns rett til helsekontroll

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

§ 2. Fulle rettigheter til helsehjelp

Rett til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 gjelder fullt ut bare for personer som har lovlig opphold i riket og som enten

- a) har fast opphold i riket, det vil si opphold som er ment å vare eller har vart minst 12 måneder, unntatt opphold som omfattes av folketrygdloven § 2-17, eller
- b) er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, eller
- c) har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter).

§ 4. Barns rett til helse- og omsorgstjenester

Personer under 18 år som ikke oppfyller vilkårene etter § 2 har, i tillegg til øyeblikkelig hjelp som nevnt i § 3, rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter § 2-1b andre ledd første og andre punktum, med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes. I tillegg gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 til § 2-5.

Helsepersonelloven

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

§ 33. Opplysninger til barneverntjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.

§ 38a. Melding om behov for individuell plan og koordinator

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

§ 39. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

§ 40. Krav til journalens innhold m.m.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Forskrift om virksomhetsovergrepene pasientjournal i formalisert arbeidsfellesskap

Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 9. november 2012 med hjemmel i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) § 6b. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet

§ 1. Forskriftens virkeområde

Forskriften regulerer virksomhetsovergrepene pasientjournal i formalisert arbeidsfellesskap i helse- og omsorgstjenesten.

§ 2. Definisjoner

I denne forskriften menes med:

1. *formalisert arbeidsfellesskap*: samarbeid mellom to eller flere virksomheter som tydelig fremstår som en enhet. En kommune som inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd for å yte helhetlige helse- og omsorgstjenester anses som formalisert arbeidsfellesskap.
2. *virksomhetsovergrepene pasientjournal*: behandlingsrettet helseregister i formalisert arbeidsfellesskap hvor helsepersonell, og personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, nedtegner eller registrerer opplysninger om pasient og bruker, jf. helsepersonelloven § 39 og § 40.

§ 3. *Avtale om virksomhetsovergrepene pasientjournal i formalisert arbeidsfellesskap*

Avtale om bruk av virksomhetsovergrepene pasientjournal kan inngås i formalisert arbeidsfellesskap dersom det vil fremme ytelse av effektive og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere. Avtalen skal være skriftlig og inneholde:

1. Oversikt over virksomhetenes navn og adresse.
2. Oversikt over hvilke oppgaver og tjenester arbeidsfellesskapet skal samarbeide om, ansvarsforhold og oppsigelse av avtalen.
3. Navn og adresse på den databehandlingsansvarlige og dennes representant.
4. Navn og adresse på eventuelle databehandlere etter helseregisterloven § 18.
5. Opplysninger om hvor pasientjournalene skal overføres ved opphør av arbeidsfellesskapet.

§ 4. *Databehandlingsansvar*

En eller alle virksomhetene i et formalisert arbeidsfellesskap kan være databehandlingsansvarlig for arbeidsfellesskapets pasientjournal. Dersom alle virksomhetene er databehandlingsansvarlige, skal det utpekes en representant som utad representerer alle behandlingsansvarlige.

Når en kommune og en eller flere offentlige eller private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av kommunen tar i bruk virksomhetsovergrepene pasientjournal for å oppfylle journalføringsplikten, er kommunen databehandlingsansvarlig.

Dersom bare en av virksomhetene er databehandlingsansvarlig er de andre virksomhetene i arbeidsfellesskapet underlagt den databehandlingsansvarliges instruksjonsmyndighet ved behandling av opplysningene i registeret.

§ 5. *Tilgang og tilgangskontroll*

Tilgang til helseopplysninger i arbeidsfellesskapets pasientjournal kan bare gis til den som har tjenstlig behov og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikttilgangskontroll, i samsvar med bestemmelsene om informasjonssikkerhet i og i medhold av personopplysningsloven og helseregisterloven.

§ 6. *Opphør av formalisert arbeidsfellesskap*

Et formalisert arbeidsfellesskap opphører når en eller flere av deltagerne trekker seg fra samarbeidet.

§ 7. *Erstatningsansvar*

Alle databehandlingsansvarlige i et formalisert arbeidsfellesskap hefter sammen for erstatningsansvar som følger av helseregisterloven § 35.

§ 8. *Ikrafttredelse*

Forskriften trer i kraft straks.

Barnevernloven

§ 3-1. *Barneverntjenestens forebyggende virksomhet*

Kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer.

Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette.

§ 6-4. Innhenting av opplysninger

Opplysninger skal så langt som mulig innhentes i samarbeid med den saken gjelder eller slik at vedkommende har kjennskap til innhenting.

Offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. §§ 4-10, 4-11 og 4-12, når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. § 4-24, eller når det er grunn til å tro at det er fare for utnyttelse av et barn til menneskehandel, jf. § 4-29.



STATENS HELSETILSYN

KONTOR: CALMEYERS GATE 1 - TELEFONER 22 24 88 88 22 24 90 90 - TELEFAKS 22 24 95 90
POSTADRESSE: POSTBOKS 8128 DEP, 0032 OSLO

Bydel Manglerud
Pb 157 Manglerud

0612 Oslo

DERES REF.
19/9900969-

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)
2000/494 1 LEN/-

DATO
25 . april 2000

VEDRØRENDE ANSETTELSE AV SEKSJONSLEDER FOR HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

Det vises til brev av 31.1.00 hvor, det blir bedt om en utdyping av spørsmål om faglig ledelse og konstituering i forbindelse med ansettelse av seksjonsleder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I rundskriv I-18/97 fra Sosial- og helsedepartementet framgår følgende:

...i særlovjennomgangen var siktemålet å foreta endringer av lov og forskriftsregler som legger unødvendige bindninger på kommunal og fylkeskommunal ressursbruk og tjenesteproduksjon, og som det heller ikke er nødvendig å opprettholde av hensyn til nasjonal styring...

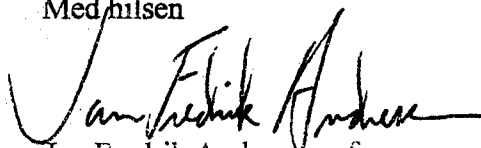
På bakgrunn av dette ble bl a forskriftene for helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler endret når det gjelder kravet om at helsesøster skal være administrativ og helsesøsterfaglig leder for tjenestene. Formålet med å skille mellom administrativ og faglig ledelse, er å legge til rette for hensiktsmessige organisatoriske løsninger som er tilpasset kommunens behov samtidig som en faglig forsvarlig tjenesteyting sikres. I § 3 i tilsynsloven pålegges den som yter helsetjeneste å etablere internkontrollsystemer for virksomheten, og å sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift. Denne bestemmelsen pålegger eier og ledelse et generelt ansvar for at de organisatoriske forhold er slik at myndighetskrav kan oppfylles.

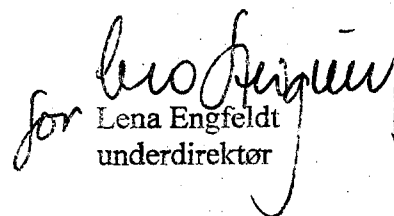
Vi har følgende kommentarer til deres spørsmål om faglig ledelse av helsesøstertjenesten i bydelen. I forhold til § 3 andre ledd i forskrift om helsestasjonsvirksomhet, og § 7 i forskrift om helsestjenester i skoler, er de enkelte faggrupper tillagt det faglige ansvaret for sine respektive tjenester. Det medisinsk-faglige ansvaret skal ivaretas av lege. For å kunne praktisere dette innenfor den kommunale strukturen må faglig ansvar forstås relativt snevert. Det vil si at de oppgaver som bydelen omtaler som del av "det totale faglige ansvaret" må sees som en del av det administrative ledelsesansvaret etter forskriftene. Faggrupper som utgjøres av kun en person i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har faglig ansvar for sine respektive tjenester. For faggrupper med flere ansatte utpekes en i gruppen til å ivareta det faglige ansvaret.

Til spørsmålet om konstituering av sykepleier i helsesøsterstilling har vi følgende bemerkninger: Det er ikke noe vilkår i forskriftene som tilsier at alle muligheter for å ansette helsesøstre skal være uttømt før sykepleiere konstitueres i helsesøsterstilling. Konstituering må forstås dit hen at hvis kommunen har vansker med å rekruttere helsesøster i en helsesøsterstilling, gis det adgang til å konstituere en sykepleier midlertidig for å kunne ivareta helsesøsteroppgaver. Når bydelen har behov for å bruke seksjonsleder som helsesøster i 20%, har de etter regelverket anledning til det. Det er viktig å være klar over at konstituering er midlertidig og derfor må stillingen sannsynligvis formelt deles i to. Det er ikke gitt bestemmelser om varigheten av konstituering.

Statens helsetilsyn mener at de løsninger som Manglerud bydel har valgt er lovlige med forbehold om at bydelen oppnevner en helsesøster som faglig ansvarlig for helsesøstertjenesten. Videre må bydelen konstituere seksjonsleder i helsesøsterstilling i 20% på midlertidig basis. Vi tar forbehold om at vi ikke kan gå inn i detaljer i de respektive stillingsinstrukser.

Med hilsen


Jan Fredrik Andresen e.f.
avdelingsdirektør


Lena Engfeldt
underdirektør

Kopi: Fylkeslegene
Guri Østhassel, NSF

Saksbehandler: Lena Engfeldt, tlf.: 22 24 90 44

Norsk Sykepleierforbund,
Landsgruppen av helsesøstre
v/leder Astrid Grydeland Ersvik
Postboks 272
5501 KRISTIANSUND

Deres ref.:
Saksbehandler: HIS
Vår ref.: 08/403
Dato: 02.03.2009

Helsestasjonstjenesten - forsøk med 2- og 4-årskontroller (helseundersøkelser) lagt til barnehager - Helsedirektoratets vurderinger

Det vises til brev av 25.11.05 fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), Landsgruppen av helsesøstre. Helsedirektoratet beklager meget sent svar i saken.

I brevet til Sosial- og helsedirektoratet tar Landsgruppen av helsesøstre opp det forhold at Hamar kommune i et forsøksprosjekt har lagt 2-årskontrollene, og har planer om å legge 4-årskontrollene, til barnehagen. Det legges opp til at førskolelærere foretar de lovpålagte helseundersøkelsene av disse gruppene barn i henhold til en utarbeidet sjekklister. Begrunnelsen fra kommunen er at helsesøster på denne måten kan få frigjort tid til å jobbe mer med barns psykiske helse.

Landsgruppen av helsesøstre vurderer det slik at ordningen strider mot kommunehelsetjenesteloven, forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt veileder "Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (IS-1154). Landsgruppen mener dessuten at det skisserte opplegget ikke er i henhold til faglige retningslinjer for syn, språk og hørsel. De skriver at de ikke kan se at førskolelærere innehar den nødvendige helsefaglige kompetanse til å gjennomføre helsekontroll av 2- og 4-åringer.

Fylkesmannen har ingen formelle innvendinger i saken så lenge et internkontrollsystem sikrer at prosjektet blir gjennomført som oppgitt fra kommunen, og at alle de forhold som er påpekt i juridisk notat av 15.09.06 fra kommunen legges til grunn.

Helsedirektoratet har oppgaven å tolke lovverket, samt fagdirektoratsrollen på dette området, og vil bemerke:

1. Om innholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

1.1 Regelverkskrav til kommunen

Utgangspunktet er kommunehelsetjenesteloven (khtl.) § 1-3 første ledd om oppgaver under helsetjenesten der det fremgår under nr. 1 at kommunens helsetjeneste skal omfatte bl.a. oppgaver med å fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye skal omfatte helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler.

Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester

Avd. kommunale helsetjenester
Hilde Skagestad, tlf.: 24 16 38 32

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

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd har barn rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommune barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Barns rett til helsekontroll kommer *i tillegg* til den retten barn har til nødvendig helsehjelp etter § 2-1, jf. kommunens ansvar for helsestasjonsvirksomhet etter § 1-3 første ledd.

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 6-3 skal kommunen drive sin helsetjeneste på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Kriteriene for hva som er en faglig forsvarlig og hensiktsmessig måte å drive helsetjeneste på finnes bl.a. i aktuelle lover, forskrifter og retningslinjer fra helsemyndighetene.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3a skal kommunen planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-3 annet ledd fastsetter de nærmere regler om innholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Denne bestemmelsen må etter direktoratets syn tolkes slik at disse tjenestene tilbys alle med følgende presiseringer:

- helseundersøkelser og rådgivning (punkt 1) skal tilbys alle, men videre oppfølging og henvisning gjøres når det etter en faglig vurdering er behov for det.
- bistand og undervisning i grupper, klasser og foreldremøter (punkt 6) gis i den utstrekning skolen ønsker det og helsetjenesten finner det hensiktsmessig.
- samarbeid om habilitering av barn og ungdom (punkt 7) tilbys barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede.

1.2 Faglige anbefalinger (retningslinjer)

Veilederen "Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (IS-1154) fra Sosial- og Helsedirektoratet har som formål å bidra til at kommunene iverksetter forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det vedtatte anbefalte programmet for denne tjenesten inngår som vedlegg 8.6 til veilederen; anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år (pkt. 8.6.1.) og anbefalt program for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 5-20 år (pkt. 8.6.2.)

Gjeldende anbefalinger for helseundersøkelser inngår som vedlegg 8.7 til veilederen. De gjelder som retningslinjer for hvilke tjenester og undersøkelser helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal tilby på disse områdene. Det anbefalte programmet har sitt utgangspunkt i Statens helsetilsyns utredningsserie 1-98, Somatiske undersøkelser av barn og unge 0-20 år og 5-98, Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år.

I tillegg kommer de nasjonale faglige "Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn" (IS-1235).

1.3 Vurdering

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må ha en slik kapasitet og et slikt innhold at den er i stand til å tilby de tjenester som er nevnt i kommunehelsetjenesteloven, jf. forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-3 annet ledd og anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år, anbefalt program for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 5-20 år og gjeldende anbefalinger for helseundersøkelser (vedlegg 8.6 og 8.7 til IS-1154). Hvis kommunen velger alternative måter å oppfylle dette på, må kommunen dokumentere at tjenesten blir likeverdig og forsvarlig.

Når det gjelder de nasjonale faglige retningslinjene for syn, hørsel og språk hos barn gir disse uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd, og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger personellet må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør en dokumentere dette og være forberedt på å begrunne sitt valg.

2. Nærmere om hvem som kan utføre tjenestene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (personell)

2.1. Regelverkskrav

For å løse oppgavene nevnt i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd, skal kommunen sørge for bl.a. disse deltjenestene:

- legetjeneste, fysioterapitjeneste og jordmortjeneste,
- sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie.

I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 2003 heter det i § 2-1 om kommunens ansvar bl.a. at kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1, litra b og c og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse.

I forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste nr. 23/1983 heter det i § 3 om faglige krav/ansvar bl.a. at

”Kommunen tilsetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, herunder blant annet

- Helsesøstre for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Sykepleiere og hjelpepleiere for å utføre andre funksjoner i kommunens sykepleietjeneste.

For å kunne tilsettes i helsesøsterstilling må vedkommende ha bestått eksamen fra godkjent helsesøsterutdanning.

Offentlig godkjent sykepleier kan konstitueres i helsesøsterstilling.

Faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster."

2.2 Faglige anbefalinger vedrørende personell og kompetanse

Fra veilederen (IS-1154) side 12-13:

"Grunnbemanning i det forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge 0-20 år må være helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut. Forskriften påpeker at det skal være en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom personell knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten."

"Helsesøster har videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, (.....) og vil naturlig ha en sentral rolle i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøster vil som regel være den som møter alle brukere og trekker inn andre i helsestasjons- og skolehelsetjenestetteamet med kompetanse på aktuelt fagområde."

"Kommunen skal, dersom de finner det nødvendig, ansette eller inngå avtaler med psykologer, ergoterapeuter og høyskoleutdannet personell med pedagogisk og sosialfaglig kompetanse. Det er i tillegg nødvendig at virksomheten som helhet har kompetanse i forhold til kultursensitive spørsmål."

2.4 Regelverkskrav til helsepersonell - faglig forsvarlighet og krav til organisering

I lov om helsepersonell m.v. av 1999 stilles det grunnleggende krav til alt helsepersonell om at de skal utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. Forsvarlighetskravet i lovens § 4 er et krav om at helsehjelpen som ytes skal være "i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig".

I merknadene til helsepersonelloven angis bl.a. at "Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet, " se khtl. § 1-3a. Dette innebærer bl.a. at "arbeidsgiver har en plikt til å sørge for at de rutiner som etableres er forsvarlige".

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard som gjelder for helsepersonell og som ikke uten videre kan overføres som begrep til andre yrkesutøvere eller andre virksomheter. Det generelle forsvarlighetskravet vil sette grenser for hva andre enn kvalifisert helsepersonell kan utføre som medhjelpere.

I helsepersonelloven § 16 er virksomhet som yter helsehjelp pålagt å organisere seg slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det betyr at tjenesten må legges opp slik at helsepersonellet gis handlefrihet til å overholde de plikter de er pålagt i helsepersonelloven og i annen lov.

2.3. Medhjelpere

Helsepersonelloven åpner for bruk av medhjelpere. Dette er regulert i hpl. § 5 som sier at: "Helsepersonell i sin virksomhet kan ... "overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis." Den rettslige betydningen av å være medhjelper er bl.a. at man "er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn", jf. hpl § 5 første ledd siste punkt.

Om bestemmelsen heter det i Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-20/2001 bl.a. at: "Bestemmelsen har først og fremst betydning når helsepersonell benytter personell som ikke er helsepersonell, eller helsepersonell som ikke har nødvendige formelle kvalifikasjoner til å utføre bestemte oppgaver, dvs. forhold som ligger utenfor de ordinære stillings- og funksjonsforholdene."

"Helsepersonell kan benytte medhjelpere til å utføre oppgaver."

"Bruk av medhjelpere innebærer at andre overlates å utføre oppgaven på vegne av en selv. Helsepersonellet kan altså bruke medhjelpere kun i de tilfeller der de på bakgrunn av utdanning, stilling eller lovbestemte forhold selv har kvalifikasjoner til å utføre oppgaven. Det følger av den alminnelige handlefrihet at den som selv er faglig kvalifisert til å utføre en oppgave, også kan overlate til andre å utføre oppgaven på vegne av seg selv i den grad andre har de nødvendige kvalifikasjoner. Normalt vil det være personell med autorisasjon som har de beste faglige kvalifikasjoner i forhold til oppgaver som krever bestemt kyndighet. Ut fra en risikovurdering bør det knyttes bestemte krav til bruk av medhjelpere, og disse kravene vil først og fremst være aktuelle å stille til helsepersonell som utfører oppgaver med tilknyttet risiko. Etter lovens system er det autorisert helsepersonell som per definisjon er kvalifiserte til å utføre slike oppgaver, men departementet finner det nødvendig også å stille krav til alt helsepersonells bruk av medhjelpere."

"Kravet til forsvarlighet innebærer at den som for formålet har de beste faglige kvalifikasjoner er den som må treffe beslutning om hvordan helsehjelpen gis. Pasienter skal sikres forsvarlig helsehjelp ved at det stilles krav til faglige kvalifikasjoner til den som yter helsehjelpen. Forsvarlighetskravet kan oppfylles ved bruk av medhjelpere når disse gis nødvendig veiledning og oppfølging."

For bl.a. å sikre klare ansvarsforhold forutsettes det at oppgavetildelingen er personlig. Det heter videre at: "Oppgavetildelingen kan dermed ikke skje til grupper av helsepersonell. Arbeidsgiver kan imidlertid etablere rutiner for hvordan ulike oppgaver skal utføres i en virksomhet. Det er i bestemmelsen tydeliggjort at medhjelpere er underlagt instruksjoner og annet overoppsyn fra det helsepersonellet som har tildelt oppgaven."

"Det må sikres at den som overlates oppgaver har de nødvendige kvalifikasjoner for å utføre disse på en faglig forsvarlig og adekvat måte (forhåndskontroll). Kontrollen består i å forvise seg om at den som overlates utførelsen av oppgavene har reelle kvalifikasjoner, og at eventuell nødvendig opplæring blir gitt."

Det må ved tildeling av oppgaver til andre gis nødvendige instruksjoner og føres et visst tilsyn med vedkommende (Løpende kontroll). Dette innebærer at helsepersonellet er ... "tilgjengelig for å gi råd, veiledning og instruksjon underveis."

Generelle momenter for å trekke skillelinjen mellom bruk av medhjelpere og andre former for samarbeid mv. kan være oppgavens art, vanskelighetsgrad og omfang, om vedkommende helsepersonell kjenner den mulige medhjelpere og vedkommendes kompetansenivå, og har veiledet og instruert vedkommende mv.

2.5. Vurdering

Helsedirektoratet vurderer det slik at Hamar kommune innenfor visse rammer står fritt til å organisere rådgivning, veiledning, helseopplysning og helseundersøkelser slik den finner mest hensiktsmessig ut i fra en konkret vurdering.

Det fremgår av merknadene til helsestasjons- og skolehelsetjenesteforskriften § 2-3 annet ledd at med "helseundersøkelser menes undersøkelser, både somatiske og psykiske, av enkeltindivider for vurdering av risiko for sykdom og/eller utviklingsavvik ut fra opplysninger om allmenntilstand, livsstil, risikofaktorer, kliniske undersøkelser og prøver."

Rettslig sett ligger ansvaret for 2-årsundersøkelsen i kommunen v/helsestasjonen, og den ansvarlige på helsestasjonen har ansvaret for at tjenesten er i samsvar med krav som helselovgivningen stiller og at den er faglig forsvarlig. Det fremkommer for øvrig av prosjektet at ansvaret for kontakten ligger hos helsestasjonen.

Ved siste ordinære kontakt på helsestasjon informeres foreldre om ordningen i Hamar kommunes forsøksprosjekt, og det avtales med foreldrene om det er behov for oppfølging på helsestasjon ved to år, eller om kontakten skal gjennomføres i barnehagen. Foreldre kan reservere seg mot ordningen og benytte helsestasjonen på ordinært vis.

Kartleggingsskjemaet som utfylles i barnehagen danner grunnlag for helsefaglig vurdering av behov for videre oppfølging/henvisning som helsestasjonen deretter tar ansvaret for. Etter direktoratets vurdering innebærer en utfylling av et kartleggingsskjema med kommentarer på evt. avvik i seg selv en helsefaglig vurdering, - selv om det fremkommer i saken at disse skjemaene sendes helsestasjon for helsefaglig vurdering og evt. videre oppfølging/henvisning

Ved å følge en slik praksis hvor en i realiteten overlater de helsefaglige vurderingene til pedagogisk personell kan konsekvensen i realiteten bli at ikke alle 2-åringene fullt ut får det helsefaglige tilbudet Helsedirektoratet mener skal tilbys 2-åringene. Barnehagens personale er i realiteten med på å avgjøre hvorvidt 2-åringene skal få et møte med helsestasjonen eller ikke. Det vil også være vanskelig på siste ordinære kontakt ved helsestasjon å vurdere barnets og familiens fremtidige behov.

For det tilfelle at prøveprosjektet også utvides til å omfatte 4-åringene, minner vi om at helseundersøkelsen ifølge retningslinjene, jf. vedlegg 8.7 i veilederen, eksempelvis omfatter kontroll av syn og evt. hørsel. Det forutsettes helsefaglig kompetanse for å kunne vurdere resultatene av slike kontroller.

Eksempelvis må helsestasjonspersonell ha tilstrekkelig kjennskap til synsapparatet og normal synsutvikling slik at målrettede undersøkelser og/eller henvisninger til mer spesialiserte tjenester blir iverksatt når anamnese og/eller observasjon gir mistanke om avvik.

Helsedirektoratet vektlegger foreldreveiledning/helseopplysning som elementer i tjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid, i tillegg til gjennomføring av

anbefalt program 0-5 år i vedlegg til veilederen.

På bakgrunn av ytterligere dokumenter oversendt Helsedirektoratet fra Fylkesmannen i Hedmark i fjor, inklusive rapport fra Østlandsforskning, vil direktoratet generelt bemerke at det ikke er tvil om at det er lagt ned et omfattende arbeid i det prosjektet som har vært etablert. Det er også blitt god kontakt mellom barnehagene og helsestasjonen generelt hvor det tidligere var liten eller ingen kontakt.

Det fremkommer i saken at barnehagepersonalet har fått hevet sin kompetanse og fått en trygghet på at arbeidet de gjør i barnehagen er godt gjennomarbeidet og av god kvalitet. Helsedirektoratet betviler ikke at pedagogisk personell har god evne til å foreta observasjoner, samt den fordel at de ser barna mye over tid, noe som danner et godt grunnlag for observasjoner av en rekke forhold.

Dette forhindrer likevel ikke at de observasjoner som gjøres av pedagogisk personell vil ha en annen karakter og annen vektlegging, sett ut i fra det pedagogiske personells yrkesbakgrunn og erfaring enn den kliniske bakgrunnen og det kliniske blikket som en helsesøster har. Spørsmålet blir så om den opplæring, veiledning og kontakt det pedagogiske personalet har med helsesøstre i kommunen er tilstrekkelig for å vektlegge de helsefaglige forhold som en helseundersøkelse tross alt innebærer.

I det anbefalte programmet i følge veilederen skal det ved 2-årskonsultasjonen gjøres en klinisk undersøkelse fysisk og psykisk. Undersøkelsen baseres også på observasjoner/ oppfølging fra tidligere konsultasjoner. Det er viktig med en helhetlig og sammenhengende oppfølging. Hvis man avviker fra retningslinjer for undersøkelse av barn må man være forberedt på å kunne dokumentere hvordan man ivaretar faglig forsvarlighet. Det vises i den sammenheng også til pasientjournalforskriften § 8 h.

I følge opplysningene i saken er det et definert samarbeid mellom helsesøster og barnehagens ansatte. Helsesøster skal minimum en gang per halvår ut i den enkelte barnehage og observere barn i grupper. Samtidig skal det gjennomføres samarbeidsmøte mellom pedagogisk leder/styrer og helsesøster for å sikre den faglige kvaliteten rundt det enkelte barn. Kartleggings skjemaet for det enkelte barn gjennomgås. Her drøftes også behov for faglig veiledning på bestemte helsefaglige tema. I tillegg er det telefonisk kontakt der forskjellige problemstillinger av helsemessig karakter drøftes. For å sikre faglig forsvarlighet og nødvendig kvalitet i tjenesten skal det også en gang per halvår gjennomføres samarbeidsmøte mellom sjefshelsesøster og sjef for barnehageavdelingen der man foretar evaluering av arbeidet, sjekker om avtalte rutiner følges og planlegging av nødvendige kompetansetiltak drøftes og planlegges.

Det fremkommer for øvrig at kommunen gjennom samarbeidet omkring styrkingen av det forebyggende arbeidet ønsket å frigjøre tid ved helsestasjonen til å styrke arbeidet overfor barn som av ulike grunner trenger ytterligere oppfølging. At både statlig myndighet og kommunen de siste årene har hatt et særlig fokus på psykisk helse, innebærer ikke i og for seg at direktoratet ønsker en utvikling hvor helsesøsternes generelle forebyggende arbeid for fysisk helse (folkehelse) for alle barn prioriteres ned til fordel for at de skal få bedre mulighet til å hjelpe barn som er i risikogruppen for å utvikle psykososiale vansker. Det fremkommer for øvrig i rapporten fra

Østlandsforskning at prosjektet pr. da ikke hadde bidratt til frigjøring av tid på helsestasjonen.

For øvrig vil vi påpeke et forhold omkring at det fremkommer i "Sluttrapport hjelp II" av 06.07.06 fra presentasjon av de ulike delprosjektene – Blåveisen barnehage og Vestenga barnehage s. 5 at "Vi har blitt flinkere i forhold til taushetsplikten, både vår egen og den i helsepersonelloven."

Helsedirektoratet minner om at om barnehagepersonalet får vite ting om barn/foreldre som er underlagt helsepersonellovens strenge taushetsplikt, men som også berører for eksempel barnehagepersonalets arbeidsforhold, kan ikke disse opplysningene brukes, med mindre det er hjemmel for unntak fra taushetsplikten. Det *kan* være et problem å la være å bruke opplysninger man vitterlig kjenner til.

3. Helsedirektoratets konklusjoner

Lov og forskrifter:

Det stilles i khtl. § 1-3 annet ledd nr. 4 krav til at kommunen skal en helsesøstertjeneste. Helsedirektoratet er av den oppfatning at dette er tilstrekkelig nok knyttet opp til helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste i den samme bestemmelse, jf. innledningen i annet ledd, til at det kan påpekes at lovverket sier noe om det nødvendige personell som helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha for å utføre oppgavene sine, jf. helsestasjons- og skolehelsetjenesteforskriften § 2-1 annet ledd.

Det vises for øvrig til sykepleieforskriften hvor det fremgår i § 2 at helsesøstertjenesten er en del av kommunens lovbestemte helsetjeneste, både faglig og administrativt. Helsesøstre skal dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid, jf. § 3.

På bakgrunn av de opplysninger som foreligger i saken, synes lovkravet om forsvarlighet vanskelig å kunne innfris ved bruk av *medhjelpere* i annen virksomhet og med annen yrkesbakgrunn i det omfang som her er beskrevet. Det er her snakk om store grupper av medhjelpere utenfor helsetjenesten som får tildelt helsefaglige oppgaver med de helsefaglige vurderingene det innebærer. En slik ordning forutsetter at helsepersonell på helsestasjonen, som selv er kvalifisert til å utføre helsekontroller av barn, har vurdert og står inne for at personellet i barnehagen har tilstrekkelig helsefaglig kompetanse til å utføre slike helsekontroller på forsvarlig måte.

Helsedirektoratet legger avgjørende vekt på regelverkets forutsetning om at det skal foretas helsefaglige vurderinger som del av helsekontrollene for å oppfylle lovens krav om faglig forsvarlig helsetjeneste, jf. hpl. § 4. Disse må etter direktoratets vurdering være basert på helsefaglig kompetanse. Det fremgår i saken at det pedagogiske personalet har fått opplæring, men dette vil uansett være av et annet omfang og med et annet ståsted enn det som Helsedirektoratet anser som tilstrekkelig/ønskelig og som helsesøstre har med sin videreutdanning ut over deres treårige sykepleieutdanning.

Kontroll og tilsyn av medhjelperne må videre foretas slik helsepersonelloven forutsetter.

Faglige anbefalinger:

På bakgrunn av opplysninger i saken og ovenstående momenter, kan Helsedirektoratet vanskelig se at barnehagepersonale som helsepersonellets medhjelpere vil kunne foreta de nødvendige helsefaglige vurderinger av barnas psykiske og fysiske helse ved 2- og 4-årskontrollene/undersøkelsen i helsestasjonstjenesten.

Helsedirektoratet vil for øvrig påpeke at arbeidsfordelingen og prioriteringen totalt sett går på tvers av det vi ønsker oss av helsestasjonstjenesten. Det er 2-års undersøkelsen, i prosjektet omtalt som "2-årskontakten", med de helsefaglige oppgavene, i form av helseopplysninger og somatiske helseundersøkelser/screening, Helsedirektoratet naturlig har særlig fokus på. Når 2-, og kanskje 4 års, kontrollen flyttes til barnehagen mister også helsesøster sin vanlige kontakt med familien. Selv om barna bare er en 1/2 time på helsestasjon har helsesøster vanligvis fulgt de fleste barn og deres familier fra fødselen.

Vedrørende det beskrevne samarbeidet mellom barnehagene og helsestasjonen, vil direktoratet bemerke at dette samarbeidet bør kunne bidra til en bedre observasjon av de enkelte barna og barnas miljø. Undersøkelse og vurdering av barnas psykiske og somatiske helse må imidlertid foretas av personell som har helsefaglig kompetanse. Vi ser gjerne det pedagogiske personell som en ressurs og en samarbeidspartner, men ikke som et personell som overtar de helsefaglige oppgavene.

Kommunen plikter å sørge for tilstrekkelig ressurser til å ivareta de forebyggende og helsefremmende oppgavene og at tjenesten fremstår som forsvarlig.

Helsedirektoratet påpeker for øvrig generelt at i tråd med statlige føringer og lovverk skal helsestasjonen ha et helsefremmende og forebyggende fokus. Direktoratet ser det ikke som en ønskelig utvikling at man endrer helsestasjonens profil og målsetting om å være et lavterskeltilbud for alle barn 0-20 år til å bli en tjeneste bare for barn med ekstra behov. Helsedirektoratet ønsker å profilere og opprettholde helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en helsefremmende og forebyggende tjeneste for alle barn.

Vennlig hilsen

Frode Forland e.f.
divisjonsdirektør

Jon Hilmar Iversen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Fylkesmannen i Hedmark
Hamar kommune
Statens helsetilsyn

Postboks 4034
Postboks 4063
Postboks 8128 Dep

2306 HAMAR
2306 HAMAR
0032 OSLO