

1 Fellesdel: Ledelse og styring

1.1 Tilsyn viser behov for forbedring – internkontroll

I 2013 gjennomførte Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten til barn i alderen 0-6 år. Tilsynet viste at mange kommuner ikke etterlevde de kravene som regelverket stiller til gjennomføring av tjenesten. Det ble avdekket lovbrudd i 56 av 87 kommuner. Kartlegging og tilsyn fra enkelte fylkesmenn viser at situasjonen er tilsvarende for skolehelsetjenesten.

Slike lovbrudd kan medføre økt risiko for utviklingsforstyrrelser, og for at sykdom og dårlige oppvekstvilkår hos barn og ungdom ikke oppdages.

Tilsynet viser derfor at mange kommuner i større grad må sikre at helsestasjon- og skolehelsetjenesten drives forsvarlig.

Lovgiver har forskriftsfestet en rekke oppgaver som skal sikre at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene i lovgivningen. Disse oppgavene er blant annet nærmere spesifisert i internkontrollforskriften § 4.

Virksomhetens øverste ledelse har det overordnede faglige og administrative ansvaret for å sørge for at alle deler av virksomheten ivaretar og overholder kravene i internkontrollforskriften.

Dersom oppgaver er delegert, har den øverste lederen fortsatt ansvar for at oppgavene blir utført på en faglig forsvarlig måte.

Eksempler på områder der svikt i utførelsen av tjenesten kan avverges ved bedre styring og internkontroll

Det landsomfattende tilsynet med helsestasjonen 0–6 år viste at nær halvparten av de kommuner som ble undersøkt hadde redusert helsestasjonsprogrammet og/eller slått sammen kontroller. Dette var gjort uten at kompensierende tiltak var iverksatt.

Det er et kommunalt ansvar å sikre at helsestasjon og skolehelsetjeneste drives forsvarlig. Ansvaret ligger hos øverste leder i kommunen, og i siste instans hos kommunestyret - ikke hos den enkelte ansatte.

For mer informasjon om internkontroll, se:

- [Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene side 13 \(IS-1201\)](#)
- [Hvordan holde orden i eget hus - Internkontroll i sosial- og helsetjenesten \(IS-1183\)](#)
- [Styre for å styrke. Rapport fra helsestasjonsvirksomheten - Statens helsetilsyn 1/2012](#)
- [Helsestasjonen - Hjelp i rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013. Statens helsetilsyn 4/2014](#)

1.2 Ledelsen skal sikre god og tydelig ansvars- og oppgavefordeling i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom er pålagt en rekke oppgaver i lover og forskrifter.

I tillegg vil tjenestene kunne stille krav til seg selv om service, ventetider, behandling og saksbehandlingsrutiner

mv.

Et av de viktigste virkemidlene for å sikre gjennomføring av de oppgavene og kravene som stilles i loven og av tjenesten selv, er en tydelig ansvars- og oppgavefordeling.

En tydelig beskrivelse av tjenesten gjør det ikke bare lettere å vite hva den enkeltes oppgaver er, den gjør det også lettere å se eventuelle avvik som må følges opp.

Planmessig samarbeid både internt og med andre aktører er viktig for å sørge for at barn og ungdom får den hjelpen de har krav på. Alle ansatte i helsestasjon- og skolehelsetjenesten må derfor være godt kjent med omfanget av sitt eget ansvar, og alle må vite hva som er andre samarbeidspartnere sitt ansvar. Eksempelvis er det viktig å gjøre avklaringer internt om hvilke oppgaver helsesøster har ansvar for, og hvilke oppgaver legen har ansvar for. Det bør blant annet tilstrebes å gi mest mulig lik informasjon om de ulike helseopplysningstemaene som står oppført i basisprogrammet. I tillegg bør det lages rutinebeskrivelser for hvem som eventuelt skal henvise til andre instanser.

(Se egne anbefalinger om samarbeid).

Praktisk informasjon

Ledelsen må tydelig beskrive hvordan oppgaver og ansvar er fordelt, og virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering må presiseres. Alle skal være kjent med hvem som har myndighet til å ta faglige og administrative beslutninger.

Dersom oppgaver er delegert, har lederen fortsatt ansvar for at oppgavene blir utført på en forsvarlig måte.

Det bør etableres en oversikt over de områdene i helsestasjon- og skolehelsetjenesten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Relevante lov- og forskrifter som gjelder for virksomheten skal være tilgjengelige for de ansatte.

For mer informasjon om ansvars- og oppgavefordeling, se Helsedirektoratets veileder [Hvordan holde orden i eget hus - Internkontroll i helse- og sosialtjenesten \(IS-1183\)](#).

1.3 Ledelsen skal sikre tilstrekkelig kompetanse i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

For å yte forsvarlige helsetjenester i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom må virksomheten ha nødvendig fagkompetanse. Grunnbemanningen skal være helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut.

Når det gjelder sykepleietjeneste, herunder helsesøstertjeneste, er det stilt særlig tydelige krav i forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. I forskriftens § 2 angis det at sykepleietjeneste, herunder helsesøstertjeneste, er en del av kommunens lovbestemte helsetjeneste. Videre i § 3 presiseres det at kommunen må tilsette kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, herunder helsesøstre, for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid.

I forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste § 3 fjerde ledd stilles det krav om at faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster.

På generell basis er det viktig at:

- arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å kunne ivareta sine oppgaver.
- arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap om virksomhetens internkontroll til at de kan bidra til å korrigere virksomheten dersom det er nødvendig.

- sammenhengen mellom nødvendig kompetanse, tjenestegjennomføring og avvikshåndtering ivaretas, slik at faren for svikt i tjenesten reduseres.

Hva som ligger i forsvarlighetskravet vil endre seg over tid. Terskelen for forsvarlig tjenesteutøvelse må vurderes i sammenheng med god helsefaglig praksis, med samfunnsutviklingen, og opp mot hva som kan forventes av andre tjenester. Det er derfor viktig at internkontrollen hele tiden tilpasses utviklingen for øvrig. Det må foretas kontinuerlig vurdering av nåværende og fremtidig kompetansebehov. Eks. kan være i kommuner /bydeler med sterk befolkningsvekst og hvor virksomheten settes under et stort press. Det vil være kommunens ansvar, og ikke hvert enkelt helsepersonells ansvar ut fra organisering og kjennskap til tjenesten å etablere styringsgrep som vurderes som hensiktsmessig.

I internkontrollforskriften § 4 bokstav b står det at den ansvarlige for virksomheten skal sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som er gjeldende for virksomheten. Likeledes bør aktuelle rundskriv, veiledere og retningslinjer være tilgjengelige. For å sikre forsvarlig tjenesteytelse er det viktig at alle ansatte har god kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer.

Praktisk informasjon

På overordnet nivå er det kommunens ansvar og plikt å sikre at det ansettes kompetent personell til å ivareta oppgavene.

- Det er et lederansvar å sikre riktig og nødvendig kunnskap og kompetanse hos personell i helsestasjon -, skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom.
- For å kunne ansette riktig personell, må virksomheten kartlegge sitt kompetansebehov.
- Ressursbehovet bør tydeliggjøres gjennom opplæringsplaner og personalbudsjett.
- Det er et lederansvar å sørge for nødvendig kompetanse og til at arbeidstakere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
- Tjenesten vil i mange tilfeller måtte ha et nært samarbeid med øvrig helsepersonell i kommunen som kommuneleger, fastleger og kommunepsykologer med flere, ut fra at andre fagfolk med annen kompetanse må trekkes inn ved spesielle behov. Se egen anbefaling om samarbeid.

1.4 Ledere i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjonen for ungdom har ansvar for at det blir arbeidet systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet

Enhver som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Kravet om kvalitetsforbedringsarbeid er et prosesskrav som det i praksis er tillagt lederen for helsestasjon- og skolehelsetjenesten å etablere og administrere. Prosesskravet stiller først og fremst krav til kontinuerlig og systematisk styring og ledelse, og det er blant annet utdypet i internkontrollforskriften § 4 bokstav e til g. I disse bestemmelsene står at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- gjøre bruk av erfaringer fra barn og ungdom/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten
- skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav
- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen
- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Ovennevnte innebærer at kommunens ledelse, som er ansvarlig for virksomheten, må ha tilstrekkelig innsikt i hva

som fungerer bra og hva som bør forbedres i tjenesten. For å oppnå dette må det innad i virksomheten etableres en felles forståelse rundt hva som er virksomhetens hovedoppgave og mål.

Det bør videre tilstrebes et helhetlig system for å gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyser som viser grunnlag for og konsekvenser ved eventuelle endringer i virksomheten når nye oppgaver innføres. Eksempelvis kan igangsetting av prosjekter som styres utenfor tjenesten påvirke risikoen for svikt og sårbarheter i ordinære og lovpålagte oppgaver. Eksempler på risikoområder kan forøvrig være:

- mangelfull oppfølging etter at det er avdekket risiko for skjevutvikling hos barnet
- at ressurser ikke strekker til for å gjennomføre de anbefalte helsekonsultasjoner til fastsatt tid
- at en bekymringsmelding til barnevernet ikke blir fulgt opp
- at ressursituasjonen er så marginal at vaksiner utsettes
- at kommunen ikke har et system for å følge opp ungdom med begynnende utvikling av psykiske problemer, herav overvektsproblematikk eller andre kroniske sykdommer

En forutsetning for at det settes i verk nødvendige forbedringstiltak ved behov, er at ledelsen er kjent med de sårbare områder/ uønskede hendelser, og sikrer en forsvarlig drift. Eksempler på virkemidler for systematisk overvåking kan være:

- fungerende avvikssystem som innebærer at det i tilstrekkelig grad rapporteres om svikt og uønskede hendelser. Dersom eksempelvis helsesøster ikke greier å tilby hjemmebesøk innen tidsrett ramme, er det å anse som avvik fra gjeldende praksis. Et annet eksempel kan være når tiden ikke strekker til å gjennomføre seksualopplysning i skolen, slik at dette utsettes eller ikke blir gjennomført. Slike avvik skal meldes.
- regelmessig intern rapportering på avvik fra plan
- Interne revisjoner.

Det systematiske utøvende arbeidet med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet er et ansvar for ledere og ansatte på alle nivåer i virksomheten, og:

- vesentlige elementer i kvalitetsforbedringsarbeidet vil bestå av å utvikle, iverksette, kontrollere og forbedre nødvendige rutiner, instruksjoner, prosedyrer eller andre tiltak
- målet med kvalitetsforbedringsarbeidet er å avdekke, rette opp og sikre at helsestasjons- og skolehelsetjenesten drives i tråd med lov- og forskriftskrav
- for at en leder skal kunne ivareta sine plikter i denne sammenheng, må det etableres systemer der man systematisk overvåker og gjennomgår internkontrollen for å sikre at den fungerer og faktisk bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenesten.

Nærmere om brukermedvirkning og kvalitetsforbedring:

Et viktig virkemiddel i kvalitetsforbedringsarbeidet er brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en lovfestet rett som innebærer at brukere har rett til å medvirke, og at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har plikt til å involvere brukerne.

Som nevnt skal ledelsen gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende til planlegging, utvikling og forbedring av virksomheten, jf. forskrift om internkontroll § 4 bokstav e og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 annet ledd. Dette kan for eksempel gjøres gjennom brukerutvalg, bruker- og pårørendegrupper, systematisering av tilbakemeldinger og innholdet i klager. (Se egen anbefaling om brukermedvirkning.)

Brukermedvirkning er et virkemiddel som kan bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud.

Målet med brukermedvirkningen er å bedre kvaliteten på tjenestene ved at brukerne får reell innflytelse på valg og utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker. Målet er at tjenesteyter gjennom samtale med brukeren kan yte helse- og omsorgstjenester som er best mulig tilpasset den enkeltes behov og ønsker.

- For at retten til medvirkning skal bli reell, er det avgjørende at brukeren får tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Det er viktig at vedkommende så langt som mulig kan få kjennskap til innholdet i tjenesten og sine rettigheter.
- Tjenesteyter skal sørge for god dialog med brukeren, slik at han/hun opplever trygghet, forståelse og likeverd.
- Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.
- Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke på en positiv måte og øke brukerens motivasjon. (Se egen anbefaling om brukermedvirkning).

For mer informasjon om brukermedvirkning og kvalitetsforbedring, se [Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015 \(IS-1162\)](#).

2 Fellesdel: Brukermedvirkning, rettigheter og tjenestetilbud

2.1 Barn og ungdom bør ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom møter ulike aldersgrupper. Tilbudet er gratis, og det skal være mulig å ta kontakt med virksomheten uten avtale og henvisning. Kontakt bør kunne tas ved oppmøte, via telefon/SMS eller andre digitale løsninger.

Åpningstidene skal være tilpasset målgruppen og formålet med tjenesten. Virksomheten må være universelt utformet, synlig og tilgjengelig for de ulike målgruppene.

Begrunnelse

En forutsetning for å nå foresatte, barn og ungdom er at de er kjent med innholdet i tilbudet og at det oppleves som lett tilgjengelig.

Helsestasjon- og skolehelsetjenestens kontaktflate mot alle barn, foresatte og unge gjør at tjenesten har potensiale til å nå alle – uavhengig av sosial tilhørighet. Universelle tiltak og tidlig innsats i helsestasjon- og skolehelsetjenesten er viktige prinsipper for å utjevne den sosiale gradienten i helse, og styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten er anbefalt som et av flere konkrete tiltak som kan bidra til dette (Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt: Dahl, Bergsli og van der Wel, HiOA 2014 og Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen).

Alle barn og ungdom og deres foresatte har rett på informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet, og ved behov bør de også kunne få informasjon om andre tilbud i kommunen, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 og § 3-4.

[Forarbeidet til helse- og omsorgstjenesteloven](#) påpeker at et hovedpoeng denne tjenesten er at den befinner seg der barn og unge er, og fungerer som en "drop-in" tjeneste på skolen.

For ungdom er det viktig å ha et sted å henvende seg med sine små og store problemer uten å måtte bestille time eller å involvere foresatte. Ungdom er gjerne spontane og det betyr at de ved behov for hjelp ønsker at det skal skje der og da.

Beliggenhet/lokalisering

Beliggenheten for tjenesten bør være hensiktsmessig. Kollektivtransport, parkeringsmuligheter, universell

utforming for bl.a. barnevogn og rullestol er i den forbindelse viktige forutsetninger. Særlig gjelder det da å ivareta hensyn til barn og unge med spesielle behov.

Helsestasjon for ungdom bør lokaliseres på steder det er enkelt for unge å oppsøke, og åpningstidene bør være tilpasset ungdommenes behov. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 1 bokstav a at kommunen skal tilby helsetjeneste i skolen. Gjennom tilstedeværelse i skolemiljøet vil skolehelsetjenesten sikre elevers mulighet til å ta kontakt med tjenesten, ivareta det tverrfaglige samarbeidet og det miljørettede arbeidet i skolen.

For skoleelever er det viktig at ansatte i skolehelsetjenesten er tilgjengelig på skolen. Elevene må vite når, hvor og hvordan de kan komme i kontakt med skolehelsetjenesten.

Praktisk

På tjenestenes hjemmesider bør det ligge informasjon om tjenestens tilbud og tilgjengelighet, hvilke fagpersoner som jobber i tjenesten og at de som jobber der har taushetsplikt. Det bør også utdypes hva taushetsplikt innebærer.

Tjenestene bør utvikle systemer som for eksempel "parametre" for ventetid og henvisninger. Dette vil være en del av internkontroll for oppfølging av tjenesten.

I tillegg bør det opplyses om klageadgang.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014-2015) Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
3. Tan, EE, Hee, KY, Yeoh, A, Lim, SB, Tan, HK, Yeow, VK, et al Hearing Loss in Newborns with Cleft Lip and/or Palate *Annals of the Academy of Medicine* 2014 43 7 371 377
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
5. Dahl, Bergsli og van der Wel, HiOA Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt 2014 Tilgjengelig fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>

2.2 Barn og ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt når de er i kontakt med helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Barn har rett til å bli hørt. I dette ligger det at voksne skal lytte til det barnet og ungdommen sier, og ta dem med på råd i tråd med barnets alder og modenhet. Dette vil også gjelde for helsepersonellet som møter barnet/ungdommen i forbindelse med sin tjenesteytelse, og for barnets- eller ungdommens foresatte.

Barnas rett til å bli hørt er blant annet nedfelt i FNs barnekonvensjon, barnelova § 31 og i pasient- og brukerrettighetsloven.

Begrunnelse

I artikkel 12 i FNs barnekonvensjon står det at et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter fritt skal få gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet. Konvensjonen har ikke satt noen aldersgrense på denne retten, men påpeker at barnets synspunkter skal tillegges behørig vekt i samsvar

med barnets alder og modenhet.

Det følger videre av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren. Barnelova § 31 presiserer at barn som er yngre enn syv år skal få informasjon og anledning til å si sin mening før det blir tatt beslutninger om personlige forhold for barnet, dersom barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter.

Det er altså lovkrav om å involvere barna som brukere - og å sikre dem reell brukermedvirkning.

Brukermedvirkning må være reell, ikke bare formell. Det er viktig at barn og unge opplever at deres erfaringer og innspill får konsekvenser når beslutninger tas opp og nye tiltak skal utformes. Barns synspunkter skal tillegges behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

Brukerorganisasjoner er ofte viktige samarbeidsparter med tanke på å fremskaffe barns stemme. Disse organisasjonene er gode bidragsyttere, ut fra deres oppgave og mandat om å lytte til barn og unge.

"Medvirkning er en demokratisk rettighet som fagpersonell må legge til rette for. Vi vet at når brukererfaring tas hensyn til gir det god praksis." (Barne- og familiedepartementet, 2003).

Erfaringsbasert kunnskap fra barn og ungdom

Det er viktig å involvere alle brukere uansett alder og gi dem innflytelse. «Å føle seg hørt, støttet og forstått – det er en herlig følelse og noe som skaper en friskfaktor i seg selv. Å bli spurt om hva jeg synes, hva jeg liker og hva som kunne vært bra for meg, hadde vært greit. Det spørsmålet har jeg aldri fått. Jeg er kanskje den som tar det jeg får, men jeg har meninger om ting.» Dette er i seg selv en kvalitetsfaktor (Organisasjonen Voksne for barn).

Viktige avklaringer i medvirkningsprosessen kan være:

- Hva skal det medvirkes i?
- Hvem skal vi spørre?
- Hvem skal spørre?
- Hvor og hvordan skal det gjennomføres?

«De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, St. meld. nr. 34 (1996-1997)).

Praktisk

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 annet ledd at kommuner skal sørge for at virksomheter som yter tjenester etter nevnte lov skal etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter. På systemnivå kan det være nyttig å bruke fora som ungdommenes kommunestyre, barne- og ungdomsråd, elevråd, kontaktutvalg, sametingets ungdomspolitiske utvalg (SUPU).

Organisasjoner som Voksne for barn og Redd Barna er nøytrale parter, og viktige bindeledd mellom enkelte brukere/grupper og fagmiljøene. De er opptatt av å formidle unge brukeres budskap.

Se også [Teoretiske perspektiver på ungdoms medvirkning \(regjeringen.no\)](http://www.regjeringen.no).

Referanser

1. FN Barnekonvensjonen 1989 Tilgjengelig fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>

2. Arbeids- og sosialdepartementet St. meld. Nr. 34 (1996-97). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-34_1996-97/id191142/
3. Barneombudet Rett til å si din mening og bli hørt 2015 Tilgjengelig fra <http://barneombudet.no/dine-rettigheter/til-a-delta-og-bli-hort/din-rett-til-a-si-din-mening-og-bli-hort/>
4. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
5. Redd Barna Hvordan er det å vokse opp i en familie med dårlig råd i Norge? – Erfaringer og råd fra barn og unge 2015 Tilgjengelig fra <http://www.reddbarna.no/Media/dokumenter/Rapport-H%C3%B8ring-med-barn-om-fattigdom-2015.pdf>
6. Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 350 Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDDPDFS.pdf>
7. Goderis, J, De Leenheer, E, Smets, K, Van Hoecke, H, Keymeulen, A, Dhooge, I Hearing loss and congenital CMV infection: a systematic review The Journal of Pediatrics 2014 134 5 972 982
8. Elisabeth Backe-Hansen, Nova Teoretiske perspektiver i synet på ungdoms medvirkning - en litteraturgjennomgang Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/contentassets/e68e3849077544e0a23f060916e2e3f2/NO/SVED/Backe-Hansen_Elisabeth_litteraturgjennomgang.pdf

2.3 Barn og ungdom bør få et tilbud som er tilpasset deres behov i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Det er et overordnet politisk mål at alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, kjønn, fødeland, etnisitet og livssituasjon. Dette gjelder også for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Et likeverdig tilbud tar utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og behov. Gjensidig dialog, kunnskap og kompetanse, tillit og tid er forutsetninger for et likeverdig tilbud, og det er et lederansvar å sikre at dette oppnås (Likestillings- og diskrimineringsombudet).

Begrunnelse

Et av formålene til helse- og omsorgstjenesteloven er å sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tilbud, jf. § 1-1. Tilbudet må ta utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Samiske brukere har krav på samme helse- og omsorgstjenester som den øvrige befolkningen. Et likeverdig helsetilbud innebærer at tjenesten må tilrettelegges slik at samisk språk og kulturell bakgrunn ikke er til hinder for at det kan ytes forsvarlige tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 fjerde ledd og lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold § 3-5).

Tjenestetilbudet må også være tilrettelagt for barn og ungdom med minoritetsbakgrunn. Etniske minoriteter er en heterogen gruppe og tilbudet som gis må derfor ta kulturelle hensyn.

I tråd med den demografiske utviklingen er det viktig at helsepersonell har kompetanse om kulturelle barrierer og om særskilte helseutfordringer hos ulike befolkningsgrupper, se strategien Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle.

I møte med personer med begrensede norskkunnskaper eller med hørselshemming er det tjenesteyter som har ansvar for å vurdere behovet for bruk av kvalifisert tolk. Tolk skal brukes når det er behov for å sikre kvaliteten på kommunikasjon og tjenester der det er nødvendig.

Behovet for tolk følger av helsepersonells informasjons- og veiledningsplikt i helsepersonelloven § 10 og

tjenesteyters plikt til å høre partene i en sak. Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår pasientens rett til medvirkning og informasjon blant annet i §§ 3-1, 3-2, 3-4 og § 3-5, og pasientens innsynsrett i § 5-1.

Praktisk

I planleggingen av tjenesten må det tas hensyn til utfordringer som f.eks. tolketjenester, universell utforming, ivaretagelse av kulturelle forskjeller og lett tilgjengelighet.

Referanser

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
2. Helse- og omsorgsdepartementet Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle : Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 2013 Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.
3. Likestillings- og diskrimineringsombudet Likeverdige offentlige tjenester Tilgjengelig fra <http://www.ido.no/forebygg/offentlige-tjenester/om-likeverdige-tjenester/>
4. Lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven) 1989 Tilgjengelig fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1987-06-12-56/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1

2.4 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør ha rutiner for å følge opp foresatte og barn som ikke møter til avtaler

Pasient og brukerrettighetsloven § 6-1 fastslår at barn har rett til helsekontroll, og at foresatte plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Bestemmelsen skal verne barn og unge og sikre dem nødvendige helsetjenester. Det innebærer at helsetjenesten kan pålegge foresatte å medvirke til at barnet / ungdommen får helsekonsultasjon. Et slikt pålegg vil være et enkeltvedtak som kan være gjenstand for klage.

Det følger av helsepersonellens plikt til å utføre faglig forsvarlig arbeid i helsepersonelloven § 4 å sikre at barn/ungdom får gjennomført helsekonsultasjoner. Helsepersonell har et eget ansvar jf. Helsepersonelloven § 4 i å sikre at barnet/ ungdommen får gjennomført helsekonsultasjoner.

Det er behov for å følge opp foresatte med barn og ungdom som:

- uteblir fra avtalte helsekonsultasjoner
- avbestiller eller endrer avtalte timer gjentatte ganger

Uteblivelse fra helsekonsultasjon vil kunne medføre at det blir nødvendig å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten jf. helsepersonelloven § 33 om opplysningsplikt til barneverntjenesten, barnevernloven kapittel 4 om særlige tiltak og kapittel 6 om opplysningsrett. [Se rundskriv IS-8/2015](#) s. 102 og eget kapittel om opplysningsplikten i retningslinjen. Det må foretas en konkret vurdering av den enkelte situasjon før melding sendes. I noen tilfeller vil det kunne være nok med en uteblivelse, mens det i andre tilfeller kanskje vil foreligge flere uteblivelser før man vurderer det riktig å melde.

Dersom foresatte velger å få gjennomført barnets helsekonsultasjon hos fastlege, er det viktig å etablere et samarbeid mellom helsestasjonen og fastlegen. (se egen anbefaling om samarbeid med fastleger)

Begrunnelse

Barn har rett til nødvendig helsehjelp, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, blant annet i form av helsekonsultasjoner i den kommune barnet bor eller oppholder seg. Foreldrene plikter å medvirke til at

barnet deltar i helsekontroll (Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 6-1).

Det kan være ulike årsaker til at barn og foresatte ikke møter til avtale, fra flytting, sykdom og ferie til ulike grader av omsorgssvikt.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste bør etablere rutiner som sikrer at barnet får helsekonsultasjoner. Foresatte skal informeres om at bekymringsmelding til barnevernet kan være konsekvensen av ikke å følge barnet til helsekonsultasjoner.

Praktisk

Det anbefales at virksomheten har rutiner for å følge opp når barn ikke møter som avtalt til helsekontroll, eller at de stadig endrer timer. Hvis foresatte ønsker å benytte fastlege i stedet for helsekontrollene er det viktig at dette noteres i barnets journal (helsepersonelloven § 39 og forskrift om pasientjournal).

Oppfølging kan innebære:

- eget innkallingsbrev med en tydeliggjøring av helsestasjonens og skolehelsetjenestens rolle og ansvar
- å sjekke i folkeregistret at adresse er riktig
- telefonisk kontakt med foresatte
- varslet hjemmebesøk
- drøfting av saken med kollega, ev tverrfaglig team, og/eller nærmeste leder.
- vurdere å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten

Det er viktig at saksbehandlingen dokumenteres i barnets journal.

Referanser

1. Lovdata Helsepersonelloven Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
3. Holstrum, WJ, Gaffney, M, Gravel, JS Oyler, RF, Ross, DS Early Intervention for Children With Unilateral and Mild Bilateral Degrees of Hearing Loss Trends in Amplification 2008 12 35
4. Lovdata Forskrift om pasientjournal 2001 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=>

2.5 Helsestasjon og skolehelsetjeneste bør registrere barn og ungdom i oppfølgingsgrupper

Oppfølgingsgrupper er et verktøy som bidrar til å identifisere og kategorisere barn og ungdoms behov for oppfølging.

Under hver konsultasjon må helsepersonellet vurdere barnets og ungdommens behov for tiltak, oppfølging og kategorisering i gruppene 0, 1, 2, 3 eller 4. Registrering av hvilken oppfølgingsgruppe barnet/ ungdommen tilhører skal dokumenteres i barnets/ungdommens journal.

Registreringen vil også bidra til kommunens oversikt over barn og unges helsetilstand, og være til nytte i kommunal planlegging.

Lik forståelse og tolkning av kriteriene som utgjør grunnlaget for valg av oppfølgingsgruppe er en forutsetning for at systemet skal fungere hensiktsmessig.

Begrunnelse

Registrering i oppfølgingsgrupper som dokumenteres i barnets/ungdommens journal vil bidra til å skape oversikt over antall barn/ ungdom som får tilbud i helsestasjon og skolehelsetjenesten, og i hvilken grad de har behov for ulike hjelpe- og støttetiltak. I tråd med folkehelseloven § 5 og forskrift om oversikt over folkehelsen § 2 a vil registrering i oppfølgingsgrupper bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden i barne- og ungdomspopulasjon.

Følgende oppfølgingsgrupper anbefales tatt i bruk, jf. Veiledning om journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-2700:

- Gruppe 0: Barn/ unge som viser normal utvikling både psykisk, fysisk og sosialt tilbys et standardprogram
- Gruppe 1: Barn og unge som har behov og risiko som tilsier tettere oppfølging av helsesøster, helsestasjonslege eller skolelege tilbys et standardprogram og utvidet tilbud (helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende tiltak).
- Gruppe 2: Barnet har symptomer eller funn som nødvendiggjør henvisning til fastlege eller kommunepsykolog tilbys et standardprogram og ved behov et utvidet tilbud (helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende tiltak).
- Gruppe 3: Barnet har sammensatte problemer som ikke er gitt noen diagnose, men som trenger en forsterket tverrfaglig oppfølging eks. hos lege, fysioterapeut, psykolog, barnevern mv. Barnet/ungdommen tilbys et standardprogram og ved behov et utvidet tilbud (helsefremmende, primær og sekundærforebyggende tilbud).
- Gruppe 4: Barnet har funksjonsnedsettelse, kronisk eller langvarig sykdom eller er i en livssituasjon som gjør at annen instans har oppfølgings- og behandlingsansvaret som krever koordinering av flere instanser. Barnet/ ungdommen skal da tilbys et standardprogram og ved behov et utvidet tilbud (helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende tilbud).

Problemstilling/behov for oppfølging bør tas opp og avklares i samarbeid med foresatte.

Når barnet / ungdommen tilhører oppfølgingsgruppe 2, 3, eller 4 bør vurdering og kategorisering gjøres av et tverrfaglig team (se egne anbefalinger om samarbeid). Virksomheten bør bidra til samhandling om, og koordineringen av helsehjelpen mellom fastlege og helsestasjon og skolehelsetjeneste for barn og ungdom som trenger legetjeneste eller annen oppfølging og behandling. Dette teamet bør minimum bestå av foresatte, helsesøster, lege og eventuelt andre relevante fagpersoner som fysioterapeut eller kommunepsykolog. Barnets /ungdommens fastlege vil være en sentral samarbeidspart. (Se egen anbefaling om samarbeid med fastlege og koordinerende enhet.)

Referanser

1. Statens helsetilsyn Veileder for landsomfattende tilsyn 2008: Kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn 2007 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veilederlotbarnevernhelsesosial2008_int
2. Helsedirektoratet Veileder i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons-og skolehelsetjenesten 2004 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-journalforing-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
3. Statens helsetilsyn Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial og barneverntjenester til utsatte barn Rapport fra Helsetilsynet 2009 5 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynrapport5_2009.pdf
4. Lovdata Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2003 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
5. Kendrick D, Hewitt M, Dewey M, Elkan R, Blair M, Robinson J, et al. The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis Journal of

3 Fellesdel: Samhandling og samarbeid

3.1 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør ha et systemrettet samarbeid med ansvarlig for kommunens folkehelsearbeid

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, samt til gravide som går til kontroll hos helsestasjonen (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Folkehelseloven § 5 og forskrift om oversikt over folkehelsen § 4 stiller krav til at kommunene skal ha løpende oversikt over folkehelsen.

Det følger av folkehelseloven at kommunen som sådan har ansvar for folkehelsearbeidet. Oversiktsarbeidet, som er en del av kommunens folkehelsearbeid, kan delegeres og løses på den måten kommunen finner mest hensiktsmessig. Folkehelsearbeidet må ha en tilstrekkelig forankring inn mot sentral ledelse og de instanser som arbeider med planarbeid i kommunen (veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer).

Leder for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør ta initiativ til samarbeid om hvordan tjenesten kan bidra inn med kunnskap om påvirkningsfaktorer (både negative og positive) og oversikt over barn og unges helsetilstand, hvis ikke slikt samarbeid er etablert.

Oversikten skal være på befolkningsnivå. Oversiktsdokumentet skal ikke inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Det er viktig at individbasert informasjon er underlagt strenge personvernregler og ikke uten videre kan trekkes ut og legges til grunn for oversiktsarbeidet (Helsedirektoratet, 2013).

Begrunnelse

Det landsomfattende tilsynet med helsestasjon 0-6 år i 2013 viste at det i mange kommuner var store mangler ved kommunenes planlegging og styring av helsestasjonstjenesten. Det ble også påvist store variasjoner i kommunenes oversiktsarbeid ved det landsomfattende tilsynet med kommunenes folkehelsearbeid. (Statens helsetilsyn, 2014).

Folkehelselovens § 5 bestemmer at kommunen skal basere sin oversikt på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette omfatter også helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj.).

"Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter bokstavene b) oppvekst- og levekårsforhold og f) helsetilstand (se mer under praktisk) omfatter primært faglige, skjønnsmessige vurderinger fra tjenestene om forhold i kommunene som har innvirkning på de utfordringene tjenestene møter i sine aktiviteter.»

«Kunnskap fra skolehelsetjenesten kan være nødvendig for å forstå særskilte utfordringer som kan knyttes til forholdene ved en enkelt skole, eller som kan være et symptom på sosiale eller levekårsutfordringer utenfor skolen. Helsestasjon kan identifisere spesielle utfordringer i områder, knyttet til enkelte grupper eller liknende.» (Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) kapittel 22, merknader til § 5)

I all hovedsak dreier dette seg om å skaffe informasjon om mulige folkehelseutfordringer og ressurser basert

på indikatorer, informasjon og vurderinger fra tjenesten. Oversiktsarbeidet skal inngå som grunnlag for den løpende oversikten og for arbeidet med overordnede strategier, planer og tiltak (Helsedirektoratet, 2013; Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven), 2008).

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom har gjennom sine møter eller regelmessige konsultasjoner med alle barn og ungdom en god forutsetning for å skaffe oversikt over faktorer som kan fremme eller hemme helse.

Praktisk

[Veileder Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer Helsedirektoratet 2013](#)

Vi anbefaler at kommunene/virksomheten tar i bruk data både fra [Ungdata.no](#) og [Folkehelseprofiler \(fhi.no\)](#) til bruk for oversikt over helsetilstanden i kommunen.

Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012) presiserer i § 3 at kommunes oversikt skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a) befolkningssammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helserelatert atferd
- f) helsetilstand

Eksempler på indikatorer kan være vaksinedekning, ammefrekvens, tilfredshet, livsmestring, helseadferd, veiing og måling, seksuelt overførbare infeksjoner, tenåringsgraviditeter, prevensjonsbruk og abort m.m.

Eksempler på forebyggbare sykdommer hos barn og ungdom kan være psykiske lidelser, kroniske sykdommer som astma/allergi, diabetes eller over- / undervektsutvikling.

Enkelte kommuner har etablert frisklivssentraler for barn og unge som vil være en naturlig samarbeidspartner for virksomheten. Noen kommuner har blant annet tilbud om Bra Matkurs .m.m

[Se Veivisere i lokalt folkehelsearbeid, Helsedirektoratet](#)

Referanser

1. A Mancini, S Uthaya, C Beardsley, D Wood and N Modi: Practical guidelines in neonatal palliative care NICE, UK 2014
2. Sosial- og helsedirektoratet Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
3. Statens helsetilsyn Veileder for landsomfattende tilsyn 2013: Helsestasjonstjenester for barn 0 til 6 år 2013 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_lot_helstasjon_internserien_2
4. Helsedirektoratet God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer 2013 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse>
5. Lovdata Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
6. Lovdata Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) 2008 Tilgjengelig fra [fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71)
7. Lovdata Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>

8. Lovdata Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2003 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
9. Helsetilsynet Med blikk for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpende oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova 2015 Tilgjengelig fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2015/Med-blikk-for-betere-folkehelse-Oppsummering-av-landsomfattande-tilsyn-i-2014/>

3.2 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør etablere samarbeid med kommunelegen

Kommunelegen skal være medisinsk faglig rådgiver for kommunen jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5. Dette omfatter også helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.

Kommunelegen er en sentral samarbeidspart i det kommunale folkehelsearbeidet. Leder for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør involvere kommunelegen i utformingen av tjenestenes planverk og prioriteringer.

Begrunnelse

Kommunelegen er helsestasjonens, skolehelsetjenestens og helsestasjon for ungdoms medisinskfaglige rådgiver jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5, og smittevernloven § 7-2. Kommunelegen bør involveres i planlegging for å sikre kvaliteten på det medisinskfaglige arbeidet i alle deltjenestene, samt bistå med rådgivning til helsepersonell som har oppgaver i arbeidet med vaksinasjoner og vern mot smittsomme sykdommer. Virksomhetens leder er ansvarlig for å involvere kommunelegen i tjenestenes planverk, prioriteringer og rapporter.

Virksomhetens leder anbefales å samarbeide med kommunelegen om skriftliggjøring av rutiner for opplæring av helsepersonell og for intern samhandling i virksomheten.

For å sikre forankring og samhandling bør kommunelegen involveres i arbeidet med innhold i samarbeidsavtaler mellom helsestasjonen, fastleger, ev. smittevernansvarlig lege, koordinerende enhet og spesialisthelsetjenesten.

I tillegg bør kommunelegen involveres i utarbeidelse av kompetanseplaner om smittevern og barnevaksinasjonsprogrammet.

God kvalitet på det fysiske og psykososiale miljøet i skolen og barnehagen er viktig for barn og unges helse, trivsel og læring. Kartlegging gjennomført av Helsedirektoratet i 2013 og 2015 viser at mange skoler og barnehager i kommunene ikke er godkjent i henhold til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Personell tilknyttet helsestasjon og skolehelsetjenesten vil i samarbeid med skole og barnehage kunne være en bidragsyter i det miljørettede arbeidet. [Se Veiledere om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, Helsedirektoratet.](#)

Praktisk

Det anbefales å utarbeide skriftlige samarbeidsrutiner med kommunelegen for å sikre kvalitet og internkontroll. Det er blant annet aktuelt å samarbeide om folkehelse inkludert miljørettet helsevern, smittevern, vaksiner og helsemessig beredskap.

Referanser

1. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten 2002 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
3. Lovdata Lov om folkehelsearbeid (folkehelseeloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
4. Lovdata Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>

3.3 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør ha rutiner for å samhandle med barnets og ungdommens fastlege

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og § 4-1, samt internkontrollforskriften §§ 3, 4, 5, samt fastlegeforskriften § 8 er det kommunenes ansvar å tilrettelegge for samarbeid med fastleger. Det er et lederansvar å sikre nødvendige samarbeidsrutiner som etterleves mellom fastlege og helsestasjon, skolehelsetjeneste eller helsestasjon for ungdom. Tiltakene bør kvalitetssikres av medisinskfaglig rådgiver.

Barnets/ungdommens fastlege skal oppgis i journalen og det bør foreligge rutiner for å registrere bytte av fastlege.

Se også rundskriv [I-5/2008 om håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning](#).

Begrunnelse

Virksomhetens plikt til å samarbeide med fastlege følger av forskrift om helsestasjon og skolehelsetj. § 2-1 tredje ledd.

Hvis fastlege og helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom samhandler, øker sannsynligheten for å oppdage behov for ekstra tiltak og oppfølging. Ved behov for utredning skal barnet henvises til fastlege. Det er fastlegen som bør sørge for medisinske utredninger og andre oppfølginger når slike tilfeller oppdages i helsestasjon, skolehelsetjeneste eller i helsestasjon for ungdom.

Roller, oppgaver og ansvarsfordeling mellom legetjeneste i helsestasjon eller skolehelsetjeneste og fastlege bør være klart og kjent for alle i virksomheten. Videre bør det være gjort en avklaring om hvem i virksomheten som er ansvarlig for å henvise til barnets /ungdommens fastlege. Det er ikke uvanlig at barn og ungdom har fastlege langt unna bosted i større kommuner/bydeler. Virksomheten må sende en skriftlig henvisning til fastlege der det er påvist sykdom eller risiko for sykdom under helsekonsultasjonene på helsestasjon eller skolehelsetjeneste. Dersom helsestasjonslege, skolelege eller kommunepsykolog henvisninger direkte til spesialisthelsetjeneste er det viktig at denne informasjonen gis barnets /ungdommens fastlege (Statens helsetilsyn, 2013).

Hvis familien velger å benytte fastlege til helseundersøkelser bør han/hun informere helsestasjon eller skolehelsetjeneste om utførte undersøkelser.

Både fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste innehar viktig informasjon om brukere. Ved å samhandle om denne informasjon vil man kunne gi et godt, målrettet og helhetlige tilbud til barn og ungdom. Dette vil øke sannsynligheten for å avdekke barn og ungdom i risiko.

Praktisk

Det bør foreligge skriftlige samarbeidsavtaler på tvers av tjenestene om ansvars- og rollebeskrivelse for eksempelvis medisinske utredninger, konsultasjoner og annen oppfølging. Dette bør legge grunnlaget for god styring og gode kontrollrutiner for virksomheten (internkontroll). Det er ikke noe myndighetskrav at

prosedyrer skal være skriftlige, men det anbefales å gjøre individuelle vurdering ut fra kompleksiteten med fastlegeordningen som både er en privat og offentlig aktør. Skriftlige rutinebeskrivelser vil lette arbeidet for nytilsatte og vikarer.

Referanser

1. Forskrift om fastlegeordning i kommunene 2012 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
2. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten 2002 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
3. Tan, EE, Hee, KY, Yeoh, A, Lim, SB, Tan, HK, Yeow, VK, et al Hearing Loss in Newborns with Cleft Lip and/or Palate Annals of the Academy of Medicine 2014 43 7 371 377
4. Statens helsetilsyn Veileder for landsomfattende tilsyn 2013: Helsestasjonstjenester for barn 0 til 6 år 2013 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_lot_helstasjon_internserien_2
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

3.4 Helsesøster og lege bør samhandle om alle helseundersøkelser

Helsesøster og lege bør samhandle om legeundersøkelse ved 6 uker, 6 måneder, 1 år, 2 år og i skolestartundersøkelsen som bør gjennomføres på 1. trinn.

Helsesøster og helsestasjonslege/skolelege bør sammen sette av tid til forberedelser og gjennomgang av helseundersøkelsene ved 6 uker, 6 måneder, 1 år, 2 år, 6 år og ved eventuelle oppfølgingskonsultasjoner.

Ved behov bør også andre helsepersonellgrupper involveres i samarbeidet, for eksempel fysioterapeut og kommunepsykolog.

Begrunnelse

Samarbeid om helsekonsultasjoner der lege deltar med somatisk undersøkelse, bidrar gjennom ulik kompetanse og erfaring til å øke faglig kvalitet, tverrfaglige drøftinger og refleksjon rundt barnet eller ungdommen. Et systematisk samarbeid rundt det enkelte barn eller ungdom bidrar til en samordnet og helhetlig vurdering av barnet/ungdommen. Resultatet av undersøkelser, observasjoner og vurderinger bør drøftes og kvalitetssikres (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Helsestasjonslege/skolelege har ansvaret for å gjennomføre helseundersøkelse, avdekke tilstander som krever utredning og oppfølging, samt å bidra med folkehelseopplysning. Ved behov for utredning og behandling skal helsestasjonslege/skolelege henvise til fastlege. Hvis det er hensiktsmessig kan barnet henvises direkte til spesialisthelsetjeneste, og da skal fastlegen informeres. (Se egen anbefaling om samarbeid med fastlege.)

I tilfeller hvor annet helsepersonell deltar i gjennomføringen av helsekonsultasjonen (eks. fysioterapeut eller psykolog) er det viktig at de blir inkludert i forberedelsene og gjennomgang av undersøkelsen.

Praktisk

Samarbeidsrutiner bør være nedskrevet for å sikre kvalitet og kontinuitet, blant annet ved utskifting av personell. Det anbefales at det gjennomføres regelmessige evalueringer i form av samarbeidsmøter på helsestasjonen. Her kan også andre samarbeidsparter delta. Det bør tilstrebes rutiner slik at all dokumentasjon om barnets / ungdommens helse og utvikling, nedtegnes i samme journalsystem.

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet Og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2004 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
2. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten 2002 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>

3.5 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør ha rutiner for samarbeid med psykolog og kommunenes øvrige psykiske helsetjenester.

I kommuner som har psykolog bør det utarbeides rutiner for samarbeid mellom helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste og kommunepsykolog. Det bør i tillegg etableres samarbeid med kommunenes øvrige psykiske helsetjenester.

Kommuner som ikke har psykolog bør etablere interkommunalt samarbeid eller et systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten når det gjelder veiledning. (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), 1999).

Det er leders ansvar å sikre samarbeidsrutiner.

Begrunnelse

Psykiske plager er ofte forbigående, men til enhver tid har ca. 15- 20 % mellom 3 og 18 år som har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og adferdsproblemer. Omtrent 8% har så alvorlige problemer at de tilfredsstiller kriterier til en psykisk lidelse (Hiervang, 2007, Wichstrøm 2012, Mykletun 2009).

Psykisk helsearbeid med barn og unge innebærer å rette fokus mot forhold som påvirker den psykiske helsen, både mot faktorer som virker helsefremmende og faktorer som hemmer. I mange kommuner er det ansatt kommunepsykolog eller det finnes et lavterskeltilbud for psykisk helsearbeid. Dette innebærer tilbud om hjelp og oppfølging til barn og unge og familier med psykiske vansker. Kommunepsykologen kan i tillegg bidra med kompetanseheving og veiledning (Heggland, Gärtner, & Mykletun, 2013).

Kommuner som ikke har kommunepsykolog bør etablere samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.). Spesialisthelsetjenesten har en særlig veiledningsplikt overfor kommunene. Psykologkompetansen i kommunene skal styrkes (Fossestøl & Skarpaas, 2013; Heggland m.fl., 2013; Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Ådnanes m.fl., 2013).

Kommunene har de siste årene i økende grad ansatt psykologer ved helsestasjon, skolehelsetjenesten, i Familiens hus og i kommunens psykiske helse- og rustjeneste. Psykologene skal bidra til å styrke kommunenes helhetlige arbeid innen psykisk helse, rus samt vold- og traumefeltet.

Praktisk

Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og SINTEF så i løpet av 2012 nærmere på hvordan ulike modeller for organisering av kommunepsykologen virker inn på samhandling, innhold og tilgjengelighet for psykisk

helsehjelp. I noen kommuner er kommunepsykologene organisert under helsestasjon og/eller i skolehelsetjenesten. Psykologene skal inngå i tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid innen psykiske helse- og rusarbeid, arbeide utadrettet og gjøre tilgangen til psykisk helsehjelp enklere for barn og unge. Det bør utarbeides lokale avtaler for hvordan organiseringen skal foregå ut fra lokale forutsetninger.

Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene beskriver ulike organiseringsmodeller (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Veilederen inneholder også eksempler på kommuner som har lang erfaring med bruk av kommunepsykolog i samarbeid med helsestasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, 2015b).

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014-2015) Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
2. Fossetøl, K., & Skarpaas, I. Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten : en evaluering. (AFI-rapport 8/2013) Tilgjengelig fra <http://www.hioa.no/content/download/53359/809694/file/r2013-8.pdf>
3. Helse- og omsorgsdepartementet Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (Meld. St. 26 (2014-2015) Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
4. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) 1999 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
5. Sosial- og helsedirektoratet Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene 2007 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene>
6. Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Husum, T. L., & Osborg Ose, S. Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen Tilgjengelig fra <http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/helsetjenesteforskning/endelig-rapport-sintef-2.pdf>
7. Heggland, J. E., Gärtner, K., & Mykletun, A. Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/dokumenter/441a658f0a.pdf>

3.6 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør ha et systematisk samarbeid med barnevernet

Et systematisk samarbeid med barnevernet skal bidra til at barn og ungdom som virksomheten er bekymret for, eller som lever under forhold som kan være skadelig for deres helse og utvikling, får hjelp og omsorg til rett tid.

Gjennom regelmessig konsultasjoner får virksomheten god kunnskap og kjennskap til barn, ungdom og deres familier og kan bidra til å oppdage barn og ungdom i risiko.

Leder av virksomheten bør sørge for å etablere rutiner og regelmessige samarbeidsmøter både på system- og individnivå.

Samarbeidet må ta hensyn til tjenestens egne loverk.

Begrunnelse

[Det landsomfattende tilsynet med helse- og omsorgstjenester og den kommunale barnevernstjenesten viste i 2008](#) at det var behov for et bedre samarbeid mellom de ulike etatene. Tilsynet var avgrenset til å gjelde barn i skolepliktig alder, men det er grunn til å tro at dette også gjelder for førskolebarn. Mange av

kommunene hadde ikke tilrettelagt for samarbeid, fulgte ikke med på eller kontrollerte at det planlagte samarbeidet faktisk ble gjennomført til barn og unges beste (Statens helsetilsyn, 2007).

Barn og ungdom som er under omsorg fra barnevernet kan ha særlige utfordringer, som krever samarbeid med blant annet fastleger, kommunepsykologer, koordinerende enhet, ev. andre helsetjenester, ansatte i skolen med særlig ansvar for å følge opp elever og PPT.

Barnevernet og helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom må være gjensidig kjent med hverandres roller og ansvar. Samarbeidet med barnevernet på system- og individnivå er viktig for å ivareta barn og ungdoms helhetlige helse og utvikling.

Helsepersonell har opplysningsplikt/meldeplikt til barnevernet når det foreligger alvorlig bekymring for barnet /eller ungdommen. (se eget tekstkap.om opplysningsplikt/meldeplikt til barnevernet).

Praktisk

I Helsedirektoratet har arbeidet med tidlig intervensjon vært rettet mot oppfølging av veilederen "Fra bekymring til handling (2009)", og det å tilby kommunene kunnskapsbaserte metoder og verktøy for å øke kompetansen i å oppdage og iverksette tiltak så tidlig som mulig. I tidlig intervensjonssatsingen er det utviklet flere samhandlings- og opplæringsløp. Et relevant tiltak i denne sammenheng er "Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)".

BTI er en samarbeidsmodell som sikrer helhetlig og koordinert innsats overfor barn, ungdom og familier det er knyttet bekymringer til uten at det blir oppfølgingsbrudd. Erfaringer viser at aktørene får bedre og gjensidig forståelse og oversikt over hverandres oppgaver og blir bedre til å koordinere innsats og ansvar slik at oppfølgingen blir mer helhetlig og sammenhengende. BTI sikrer at innsatsen blir dokumentert og fremmer god overgang mellom ulike tjenester. I modellen er det en fast samarbeidsstruktur som innebærer at det alltid er én medarbeider som fungerer som *stafettholder*. Denne medarbeideren har ansvaret for å koordinere det tverrfaglige samarbeidet og dokumentere dette i en stafettlogg. Se også [Bedre tverrfaglig innsats \(tidligintervensjon.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste)

Eksempler på områder som det kan samarbeides om:

- Gode rutiner for å sikre at barn fanges opp tidlig
- Risikovurderinger og evalueringer av uønskede hendelser (internkontroll)
- Felles kompetanseplanlegging på tema som er relevant for begge etater
- Sikre felles forståelse for hverandres samfunnsoppdrag og roller

[Se rundskriv om samarbeid mellom psykisk helse og barnevern - Rundskriv: 21/2015](#)

Referanser

1. Statens helsetilsyn Veileder for landsomfattende tilsyn 2008: Kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn 2007 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veilederlotbarnevernhelsesosial2008_int
2. Helsedirektoratet Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste Rundskriv 2015 11 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste>

3.7 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør sikre et systematisk samarbeid med koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering

Samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer er viktig for å ivareta barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal bidra til helhetlige tilbud til brukere med behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet i kommunen er derfor en sentral samarbeidspartner for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Begrunnelse

Å avdekke og utrede behov for tjenester og koordineringstiltak på et tidlig tidspunkt er viktig. Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten møter nær alle sped- og småbarn, mange barn, ungdom og deres foresatte, og har dermed en viktig rolle i å avdekke behov på et tidlig tidspunkt. Barn og ungdom med behov for habilitering er en sammensatt og mangfoldig gruppe. Noen av disse barna er født med nedsatt funksjonsevne, andre kan komme til skade, eller fått kroniske sykdommer i løpet av barne- og ungdomsårene. Det er viktig å sikre familieperspektivet i tjenesteyting og oppfølging, samt medvirkning i tråd med regelverket. Se nærmere beskrivelse av målgruppen i [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Om de ikke ønsker en slik plan skal de likevel tilbys en koordinator. Melding om behov skal gis til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Helsepersonell tilknyttet helsestasjonen eller skolehelsetjenesten kan som annet helsepersonell inneha rollen som koordinator.

For mer informasjon om individuell plan, se [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, 2015](#).

Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av pasient og brukers behov for habilitering og rehabilitering før tiltak iverksettes. Psykologer har rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten.

Barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne har ofte behov for tilbud fra mange kommunale tjenester. Tverrfaglig samarbeid blir derfor sentralt. Se; [Veileder IS-2396, Barn og unge med habiliteringsbehov](#)

Praktisk

Samarbeid om utredning og oppfølging bør om nødvendig formaliseres gjennom avtaler og nedfelles i rutiner. Det bør samarbeides med koordinerende enhet om dette.

Den som er koordinator skal sørge for at det utarbeides en individuell plan dersom barnet, ungdommen og/eller foresatte ønsker det. Det anbefales oppstart av individuell plan så tidlig som mulig for barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne.

Se [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

Referanser

1. Lovdata Helsepersonelloven Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
2. Helsedirektoratet Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2015 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

3.8 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør ha et

systematisk samarbeid med NAV

Et systematisk samarbeid skal bidra til at barn og unge med behov får rett tjeneste til rett tid.

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom har til sammen god kunnskap om og kjennskap til barn og ungdom i kommunen. Det anbefales et systematisk samarbeid med NAV gjennom lokale samarbeidsavtaler.

Samarbeid på individnivå må skje på en faglig forsvarlig måte i tråd med regelverk for personvern og rettsikkerhet (helsepersonelloven § 4).

Begrunnelse

Barnefattigdommen i Norge øker. I følge SSB var andelen barn som vokser opp i familier med vedvarende fattigdom 8,6 prosent i 2013 (SSB, 2015). Disse barna og deres foresatte er brukere av helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Vi vet i dag at fattige barn i større grad enn andre barn er utsatt for helseproblemer (Barn i Norge 2013: Barnefattigdom og utenforskap, 2013).

Barn og unge skal ha en levestandard som er tilstrekkelig for barnets fysiske, psykiske og sosiale utvikling. Barn og unge er spesielt sårbare i vanskelige situasjoner. Kommunen skal sikre at barn med særskilte behov blir vurdert ved behandling av søknad om økonomisk stønad og tidlig innsats er vesentlig for forebygging av sosiale og helsemessige problemer. Dette gjelder særlig overfor barn og ungdom i vanskeligstilte familier. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom kan besitte viktig kunnskap om barn og ungdom som omhandler helsemessige forhold, og som NAV ikke nødvendigvis har oversikt over (Barn som lever i fattigdom : Regjeringens strategi (2015-2017), 2015).

Det er viktig at samhandlingen med NAV styrkes både på systemnivå og på individnivå. Rutiner som sikrer helhetlige tilbud bør tilstrebes. Samarbeid på individnivå må skje på en faglig forsvarlig måte i tråd med regelverk som ivaretar personvern og rettsikkerhet (Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven, 1999).

Tjenesten bør være kjent med lov om sosiale tjenester i NAV (sosialtjenesteloven) som skal bidra til inntektssikring for utsatte og sårbare grupper, spesifisert i Rundskriv 35 § 17 (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2015) Lovens formålsbestemmelse understreker at utsatte barn og unge og deres familier skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Formålsbestemmelsen gjenspeiler grunnleggende menneskerettigheter som bl.a. er nedfelt i FNs barnekonvensjon (Barne- og familiedepartementet, 2003) og konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (FN-sambandet, 1976).

Praktisk

Eksempel på samarbeid:

- Samarbeidsrutiner om de utsatte familier som har behov for eller mottar hjelp fra NAV, for eksempel fattigdomsproblematikk. Hvis mulig bør det oppnevnes en fast kontaktperson fra NAV som kan gi råd og veiledning til tjenesten.
- Både NAV, helsestasjon og skolehelsetjeneste besitter viktig systemkunnskap om barn og unges oppvekst. Derfor kan de sammen bidra med kunnskapen inn i det kommunale folkehelsearbeidet.

Dersom det skal samarbeides på individnivå må en sikre gode rutiner for personvern og samtykke (Personvern og informasjonssikkerhet, Helsedirektoratet).

Referanser

1. FN Barnekonvensjonen 1989 Tilgjengelig fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>
2. Lovdata Helsepersonelloven Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

3. Redd Barna Hvordan er det å vokse opp i en familie med dårlig råd i Norge? – Erfaringer og råd fra barn og unge 2015 Tilgjengelig fra <http://www.reddbarna.no/Media/dokumenter/Rapport-H%C3%B8ring-med-barn-om-fattigdom-2015.pdf>
4. Arbeids- og velferdsdirektoratet Rundskriv - Hovednr. 35 - Lov om sosiale tjenester i NAV 2015 Tilgjengelig fra <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/Hovednr.+35+-+Lov+om+sosiale+tjenester+i+NAV.410516.cms>
5. Voksne for barn Barn i Norge 2013: Barnefattigdom og utenforskap 2013 Tilgjengelig fra http://www.vfb.no/filestore/Publikasjoner/Barn_i_Norge/BarniNorge2013-web.pdf
6. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet Barn som lever i fattigdom: Regjeringens strategi (2015-2017) Tilgjengelig fra http://www.vfb.no/filestore/Publikasjoner/Barn_i_Norge/BarniNorge2013-web.pdf
7. Epland, J. og Kirkeberg, M.I. Utvikling i vedvarende lavinntekt. Flere økonomisk utsatte barn Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-okonomisk-utsatte-barn>
8. FN-sambandet FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) 1976 Tilgjengelig fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-okeonomiske-sosiale-og-kulturelle-rettigheter>
9. Helsedirektoratet Personvern og informasjonssikkerhet 2015 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/personvern-og-informasjonsikkerhet>

4 Fellesdel: Opplysningsplikt (meldeplikt) til barnevernet

4.1 Opplysningsplikt (meldeplikt) til barnevernet

Formål

Helsepersonell har opplysningsplikt til barnevernet ved mistanke om mishandling, andre former for alvorlig omsorgssvikt eller når barn eller ungdom har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. helsepersonelloven § 33.

Formålet er å sikre at barn og ungdom får nødvendig oppfølging og omsorg fra barnevernet, og å beskytte barnet/ungdommen mot videre mishandling og alvorlig omsorgssvikt ved at barnevernet iverksetter nødvendige tiltak.

Ved vurderinger av om opplysninger skal gis til barnevernet, veier hensynet til barnet/ungdommen tyngre enn retten til å bevare taushet om brukerens forhold. Hensynet bak plikten tilsier at det ikke skal mye til før meldeplikten inntreffer. Det kreves ikke sikker kunnskap.

Er vilkårene for opplysningsplikten til stede skal det meldes. Helsepersonell har da et selvstendig ansvar for å melde.

Helsepersonell skal også varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom (Helsepersonelloven § 31) [Se rundskriv IS-9-2015 om helsepersonellens taushetsplikt - rett og plikt til å utlevere opplysninger til politiet](#)

Nærmere om opplysningsplikten etter helsepersonelloven § 33

Det følger av helsepersonelloven § 33 første ledd at: «Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side».

Plikten gjelder både der barn er pasienter og der foreldre eller foresatte er det. Bestemmelsen omfatter barn og ungdom under 18 år.

Etter lovens § 33 andre ledd skal helsepersonell uten hinder av taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21: «av eget tiltak gi opplysninger til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt», jf. barnevernloven § 4-1, 4-11 og 4-12. Eller «når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker», jf. barnevernloven § 4-24.

Når er det «grunn til å tro»?

Uttrykket «grunn til å tro» innebærer at det ikke kreves sikker viten om situasjonen, men det må foreligge forhold som underbygger mistanke og holdepunkter for at barnet/ungdommen blir utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Vurderingstemaet er risikoen for at barnet/ungdommen skades eller står i fare for å bli skadet i omsorgssituasjonen. Dette innebærer at det stilles krav til en vurdering av forholdet, men det kreves ikke sikker kunnskap. Helsepersonellet skal ikke foreta en barnevernfaglig vurdering av situasjonen.

Også i tilfeller der helsepersonellet ikke vet noe konkret om situasjonen vil eksempelvis mistanke om rusmiddelbruk sammenholdt med andre bekymringsfulle observasjoner i en behandlingssituasjon være nok til at det er «grunn til å tro» og dermed gi grunnlag for meldingsplikt.

Helsepersonellet trenger ikke og skal ikke undersøke hjemmesituasjonen til barnet/ungdommen nøye for å kunne melde til barnevernet.

Helsepersonellet har plikt til å gi opplysninger på eget initiativ dersom de har grunn til å tro at det foreligger mishandling eller annen omsorgssvikt.

Opplysningsplikten er en selvstendig plikt for hvert enkelt helsepersonell. Det kan for eksempel være en situasjon hvor flere helsepersonell, enten i samme eller forskjellig institusjon, får samme eller ulik kunnskap om alvorlige forhold som tilsier en melding til barnevernet. Her vil alle ha en selvstendig plikt til å melde – og dersom det ikke meldes, vil dette kunne få tilsynsmessige konsekvenser for alle som unnlot å melde.

Kriteriene i barnevernloven

Meldeplikt inntreffer altså når det er grunn til å tro at omsorgssvikten er av en slik karakter at den faller inn under barnevernloven §§ 4-10, 4-11, 4-12 eller 4-24.

- Paragraf 4-10 gjelder situasjonen der foreldre/foresatte ikke sørger for nødvendig helsehjelp til barnet ved en livstruende eller alvorlig sykdom eller skade.
- Paragraf 4-11 gjelder situasjonen der foresatte ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får nødvendig behandling og opplæring.
- Paragraf 4-12 gjelder situasjoner der vilkårene for omsorgsovertakelse er tilstede fordi det foreligger alvorlige mangler ved den daglige omsorg, mishandling eller overgrep mv.
- Paragraf 4-24 gjelder situasjoner der barnet har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker.

Dersom barn er utsatt for vold i familien vil det være klart at det må karakteriseres som mishandling i hjemmet eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Også i tilfeller der barn er vitne til vold kan barnet være utsatt for alvorlig omsorgssvikt i lovens forstand. Hvorvidt mistanke om slike forhold omfattes av opplysningsplikten vil avhenge av en totalvurdering.

Det kan foreligge omsorgssvikt også der barn/ungdom utsettes for overgrep fra andre enn sine nærmeste omsorgspersoner, eksempelvis hvor foresatte ikke kjente til at barna ble misbrukt. Det kan foreligge omsorgssvikt ved at foresatte i disse tilfellene ikke anses å ha mulighet til å beskytte barnet mot fortsatte overgrep eller å sørge for at barnet/ungdommen får nødvendig hjelp. Her vil opplysningsplikten kunne inntreffe.

Opplysningsplikten omfatter også situasjoner der man mistenker at barn/ungdom kan bli utsatt for kjønnslemlestelse, se [Veileder IS-1746: Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse](#).

4.2 Når og hvordan sende bekymringsmelding til barnevernet

Vi anbefaler at du tar beslutning om å sende bekymringsmelding etter en samlet vurdering av:

- barnets og foresattes atferd
- kommunikasjon og samspill mellom barn og foresatte
- fysiske og/eller psykiske tegn
- andre forhold som du vanligvis ikke ser
- din "magefølelse"

Under kapittel Helsestasjon 0-5 år - Omsorgssvikt og vold i nære relasjoner finner du tegn som kan gi grunnlag for bekymring.

Du skal ikke utrede funn nærmere. Det er opp til barnevernstjenesten å gjøre.

Snakk naturlig med barnet, observer, undersøk, og dokumenter dine vurderinger og funn (se underkapittel om journalføring).

Meldeplikten inntreffer når det er «grunn til å tro» at et barn eller et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. helsepersonelloven § 33. Dette innebærer at det ikke kreves sikker viten om situasjonen, men det må foreligge forhold som underbygger mistanke og holdepunkter for at barnet blir utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Vurderingstemaet er risikoen for at barnet skades eller står i fare for å bli skadet i omsorgssituasjonen. Dette innebærer at det stilles krav til en vurdering av forholdet.

Huskeliste:

1. Melding skal sendes umiddelbart etter at det er konstatert funn som gir grunn til bekymring.
2. Hvert enkelt helsepersonell har plikt til å melde selv om andre har samme kunnskap eller bekymringsmeldinger er sendt tidligere. Meldeplikten er et selvstendig ansvar.
3. Ved usikkerhet kan du drøfte saken med barnevernstjenesten uten at barnets/ungdommens navn oppgis.
4. Foresatte skal ikke informeres dersom det kan medføre fare eller ulemper for barnet/ungdommen (se også neste avsnitt).
5. Ring gjerne barnevernet og informer om at du sender melding. [Se hvordan du skal melde bekymringer til barnevernet og finn mal \(bufdir.no\)](#)
6. Barnevernet har plikt til å gi deg tilbakemelding om hva de har gjort i saken. [Se hvordan barnevernet behandler meldingen, tilbakemelding til helsepersonell etc.](#) (Se egen anbefaling om samarbeid med barnevernet.)

Hvilke opplysninger skal gis, og til hvem?

Når helsepersonell har opplysningsplikt til barnevernet og av eget tiltak skal gi opplysninger, må helsepersonellet vurdere hvilke opplysninger det er relevant å gi for at barnevernet skal kunne ivareta sine oppgaver.

Når det foreligger opplysningsplikt, skal opplysninger utleveres til barnevernet uavhengig av barnets/ungdommens /pårørendes vilje. Så langt det er mulig og ikke i strid med formålet med bestemmelsen (som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre overlast for barnet), bør helsepersonellet informere barnet/ungdommen, og/eller den eller de med foreldreansvaret, før opplysninger viderefremmes. I alvorlige

situasjoner, eller der helsepersonellet er usikre, skal det overlates til barnevernet å vurdere når og på hvilken måte foresatte skal bli informert. Saken skal da drøftes med barnevernet og politiet for å sikre en god planlagt og koordinert håndtering.

Eksempler på slike situasjoner:

- mistanke om at barnet/ungdommen er utsatt for seksuelle overgrep
- mistanke om at barnet /ungdommen eller noen som står barnet/ungdommen nær er utsatt for vold eller overgrep
- dersom det å informere foresatte kan sette noens liv eller helse i fare
- bekymring for tvangsekteskap
- bekymring for kjønnslemlestelse

I disse tilfellene kan informasjonen til foreldrene gjøre at barnevern eller politi ikke får gitt barnet (eller andre) tilstrekkelig beskyttelse eller at viktig bevismateriale går tapt.

4.3 Helsepersonell kan bli pålagt å gi opplysninger

Helsepersonell kan bli pålagt å gi nødvendig informasjon til barneverntjenesten, jf. helsepersonelloven § 33 tredje ledd.

Ved pålegg fra barnevernet om utlevering av opplysninger, er det ikke helsepersonellet, men barnevernet som skal vurdere om vilkårene for opplysningsplikten foreligger.

Det er også barnevernet som vurderer hvilke opplysninger som er relevante, men barnevernet må imidlertid til en viss grad konkretisere hva slags opplysninger som skal gis. De kan for eksempel ikke kreve utlevert en fullstendig pasientjournal.

På bakgrunn av opplysningene fra barnevernet tar helsepersonellet stilling til hvilke opplysninger som skal utleveres. Pålegg om å gi opplysninger kan påklages til Fylkesmannen etter forvaltningsloven § 14. Helsepersonellet bør så langt det er mulig og hensiktsmessig informere pasienten før opplysninger viderefremmes.

I samsvar med de øvrige bestemmelser om unntak fra taushetsplikten, bør samtykke normalt forsøkes innhentet der et slikt forsøk ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsen, som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barnet.

I situasjoner hvor det ikke foreligger opplysningsplikt eller opplysningsrett, vil opplysninger bare kunne gis til barnevernet ved samtykke. For ytterligere informasjon, se [Rundskriv IS-17/2006: Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn eller misbruk av rusmidler under graviditet.](#)

4.4 Bekymringsmeldinger skal dokumenteres og journalføres

Bekymringsmeldinger skal dokumenteres og journalføres, jf. journalforskriften § 8 bokstav q.

- Funnene beskrives i journalen
- Dersom det er mulig kan det tas foto (eventuelt med målestokk) av eventuelle skader/traumer. Det kan også tegnes på eget ark som er vedlagt journalen.
- Kopi av bekymringsmeldingen vedlegges journalen.
- Hvis politi også er varslet skal det fremgå av journalen.
- Foresatte skal informeres om at det sendes en bekymringsmelding hvis dette ikke er til fare/ulempe for barnet. Dersom det kan medføre fare eller ulemper for barnet å informere foreldrene, skal det ikke

gjøres.

- Det skal journalføres om foresatte er underrettet i forbindelse med bekymringsmeldingen

Fra barnehusets hjemmesider:

Skriv logg og noter ned. Fortsett å føre notater etter hvert som du observerer eller snakker med barnet/ungdommen. Notatene kan bli viktige i en eventuell anmeldelse, melding til barnevernet eller rettsak.

Dersom barnet /ungdommen forteller selv, er det viktig at de forteller fritt og at du stiller åpne og ikke ledende spørsmål. Skriv ned utsagn, detaljer eller uttalelser så ordrett som mulig. Ta med i hvilken situasjon barnet /ungdommen forteller, og beskriv sinnstilstand.

4.5 Ivareta opplysningsplikt gjennom internkontrollen

Å sikre etterlevelse av opplysningsplikten skal være en del av internkontrollen.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal føre internkontroll som sikrer at lovkrav følges (Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3). En viktig del av internkontrollsystemet er en prosedyresamling som beskriver rutinene, samt hvordan det kan dokumenteres at rutinene følges.

Det anbefales at prosedyresamlingen har omtale av følgende elementer relatert til opplysningsplikten:

Lovkrav og bestemmelser:

- Oppmerksomhetsplikten generelt, overfor søsken og overfor funksjonshemmede barn (helsepersonellovens § 33)
- Opplysningsplikten til barnevernet - av eget initiativ og ved pålegg (helsepersonellovens § 33)
- Opplysningsplikt til politiet (Helsepersonellovens § 31)
- Personlig ansvar for å melde - alle personellgrupper skal melde på selvstendig grunnlag (helsepersonellovens § 33)
- Når foresatte skal- og ikke skal informeres
- Hvilke tilbakemeldinger som kan forventes fra barnevernet (Barnevernloven § 6-7a)

Hvilke funn som kan gi grunnlag for mistanke om mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt:

- Dokumentasjon og journalføring
- Beskrivelse av fremgangsmåten ved melding
- Gjensidig og forpliktende samarbeid mellom helsestasjons-, skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom og barnevernstjenesten
- Opplæring og vedlikehold av kompetanse
- Rapportering

Se anbefalinger:

- om samarbeid med barneverntjenesten, og rutiner for barn som ikke møter
- om virksomhetsstyring generelt