



Nasjonale faglige
retningslinjer



HelseDirektoratet

Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Publisert 4.3.2015 Sist endret 1.2.2016

Om retningslinjen

Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom erstatter IS-1154 «Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten».

[«Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten»](#) har vært førende for arbeidet med retningslinjen. Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, og forebygge sykdommer og skader. Tjenestene skal så tidlig som mulig fange opp barn og unge, gi dem et tilbud og henvise videre ved behov. Tilbudet skal være universelt, og tilnærmingen er både individuell og befolkningsrettet.

"Barn har rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg i. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll ", (jf. pasient og brukerrettighetsloven, § 6-1).

Kommunene plikter å tilby helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom til barn og ungdom mellom 0–20 år.

Kommunen må sørge for å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta arbeidet. Tjenesten skal være tverrfaglig, og grunnbemanningen er helsesøster, lege, fysioterapeut og jordmor. Teambaserte tjenester med ulike helseprofesjoner i samspill sikrer en helhet i tilbudet, noe som innebærer at også andre yrkesgrupper må vurderes inn i tjenesten.

[«Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunenes helsetjeneste»](#) stiller krav om at kommunen tilsetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, herunder blant annet helsesøstre for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjonene i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid. Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste stiller i tillegg krav om at "faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster".

Mål med retningslinjen

Tilsyn og kartlegging gjennomført av Statens helsetilsyn i 2012 og 2013 viser at det er mangler på flere områder i tjenesten, blant annet når det gjelder kommunenes planlegging og styring av tjenesten, avviksrapportering og antall helsekonsultasjoner. Barn og ungdom beskriver skolehelsetjenesten som lite tilgjengelig, og ber om at tjenesten styrkes.

Retningslinjen er normerende og retningsgivende ved at den gir anbefalte handlingsvalg for virksomheten. Retningslinjen skal gjøre myndighetenes krav til innholdet i tjenestene tydelig, og bidra til:

- god kvalitet og forsvarlig drift
- helhetlige tilbud
- riktige prioriteringer
- mindre uønsket variasjon

Anbefalingene som foreligger utgjør kjerneinnholdet i tjenesten. Det er mange lover og forskrifter som regulerer tjenesten og som må følges. Retningslinjen angir ikke alt regelverk som gjelder for tjenesten på en uttømmende måte.

I tillegg til virksomhetsstyring og samarbeid er noen særlige nasjonale fokusområder løftet frem:

1. Folkehelse, miljørettet helsevern og smittevern
2. Redusere sosiale ulikheter og sikre likeverdige tilbud
3. Samhandling og helhetlige tilbud
4. Barn og ungdoms rett til medvirkning

5. Forebygge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt
6. Mestring og myndiggjøring
7. Økt gjennomføring i videregående skole

Retningslinjen er delt i fire:

1. Felles del som omhandler virksomhetens drift og berører alle deltjenestene
2. Helsestasjon 0–5 år
3. Skolehelsetjenesten 5–20 år
4. Helsestasjon for ungdom (HFU)

Del 2, 3 og 4 inneholder konkrete anbefalinger for hver av deltjenestene.

Målgruppe

Målgruppen for retningslinjen er:

- De som arbeider i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom
- Politisk og administrativt ansvarlige i kommunen
- Barn, unge og foresatte
- Samarbeidspartnere i kommunen
- Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten
- Utdanningsinstitusjoner som utdanner personell til tjenesten
- Andre relevante aktører

Eksisterende føringer på fagområder

På flere fagområder foreligger det allerede føringer. De er ikke revidert i denne omgang og er fortsatt gjeldende:

Nasjonale faglige retningslinjer:

- [Oppfølging av for tidlig fødte barn, IS-1419](#)
- [Barselomsorgen, nytt liv og trygg barseltid for familien, IS-2057](#)
- [Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235](#)
- [Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736](#)
- [Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, IS-1734](#)
- [Gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, IS-1876](#)
- [Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten IS-1561](#)

Sentrale rundskriv, handlingsplaner og veiledere:

- [Rundskriv, helseundersøkelser av adopterte fra land utenfor Vest-Europa](#)
- [Handlingsplan mot kjønnslemlestelse \(2008–2011\)](#)
- [Forebygging av kjønnslemlestelse – Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse](#)
- [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#)
- [Barn og unge med habiliteringsbehov](#)

Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring ferdigstilles i februar 2016 og vil da lenkes opp til. Det er også under utarbeidelse Nasjonal faglig retningslinje om tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år som det vil lenkes opp til.

Den kommunale delen av svangerskapsomsorgen inngår i helsestasjon, og omfattes av en egen nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg.

Definisjoner og begreper

- «Konsultasjoner» brukes om kontroller.
- «Foresatte» brukes om og i stedet for foreldre, mor, far, medforelder, medmor, medfar eller andre som har foreldreansvaret for barnet eller ungdommen.
- "Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten" omtales også med korttittel "Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj."

Prosjektorganisering

Styringsgruppe

Arbeidet har vært prosjektorganisert og styringsgruppen har bestått av følgende personer:

- Svein Lie, divisjonsdirektør for divisjon primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
- Ole Trygve Stigen, konst. divisjonsdirektør for divisjon folkehelse, Helsedirektoratet
- Rolf J. Windspoll, fungerende avdelingsdirektør for avd. allmennhelsetjenester, Helsedirektoratet
- Anne Gamme, fagleder i KS

Prosjektgruppe

- Astrid Hernes Kvalnes, seniorrådgiver og prosjektleder, Helsedirektoratet
- Jorunn Lervik, seniorrådgiver og arbeidsgruppeleder for helsestasjon 0–5 år, Helsedirektoratet
- Ingunn Holden Bergh, seniorrådgiver og arbeidsgruppeleder for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom 5–20 år, Helsedirektoratet

Arbeidsgruppemedlemmer for helsestasjon (0–5 år)

- Jens Grøgaard, barnelegespesialist og seniorrådgiver, Helsedirektoratet
- Merete Waage Hansen-Bauer Hansen, høgskolelektor institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Mette Ness Hansen, jordmor /IBCLC/ MPB Nasjonalt kompetansesenter for amming, Oslo universitetssykehus
- Tove Lise Helland, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi, Sunnaas sykehus HF
- Ingjerd Hvatum, høgskolelektor Høgskolen i Oslo og Akershus, helsesøster med fagutviklingsansvar, Oslo kommune
- Kjerstin Møllebakken, folkehelsekoordinator og helsesøster, Sør-Varanger kommune
- Tone Dorthe Sletten, fastlege og spesialist i allmennmedisin og psykiatri, Trondheim
- Brita Strømme, psykologspesialist, Lørenskog kommune
- Nina Wiggen, fastlege, Oslo
- Toril Økland, enhetsleder helsestasjon og skolehelsetjeneste, Bergen kommune

Arbeidsgruppemedlemmer for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (5–20 år)

- Karianne Bruun Haugen, fysioterapeut og leder av faggruppen for barne- og ungdomsfysioterapi
- Agnes Giertsen, helsesøster og leder for Helsestasjon for ungdom og studenter, Bergen kommune, høgskolelektor Høgskolen i Bergen
- Greta Jentoft, enhetsleder og helsesøster for forebyggende helsetjenester, Tromsø kommune
- Liv Røsbak Holmen, rektor ved Tæruddalen ungdomsskole
- Trond Markestad, professor i pediatri, Universitetet i Bergen, forskningskoordinator Barneklubben Haukeland universitetssykehus, forskningsrådgiver Sykehuset Innlandet
- Kristin Sofie Waldum-Grevbo, helsesøster, leder av landsgruppen for helsesøstre i Norsk sykepleieforbund
- Nina Wiggen, fastlege, Oslo
- Svein Øverland, psykologspesialist og daglig leder Arkimedes AS

Alle arbeidsgrupped medlemmene har undertegnet habilitetsskjema hvor de har redegjort for mulige faglige og økonomiske interessekonflikter knyttet til dette arbeidet. Helsedirektoratet har vurdert alle deltakere i arbeidsgruppene med hensyn til habilitet.

Referansegruppe og særskilte interessenter

Referansegruppen har vært bredt sammensatt og bestått av representanter fra brukerorganisasjoner, KS, aktuelle fagforeninger, departement og direktorat, Folkehelseinstituttet, fylkesmenn og fylkeskommune, kompetansesentre, og Barneombudet. Det har vært invitert til 3–4 samlinger om retningslinjene underveis i arbeidet. Før oppstart var det dialogkafe i november 2012 for aktuelle fagpersoner og en egen samling for brukere i mars 2013. Deretter var det et møte i 2013 og i 2014.

I tillegg har det vært egne møter med interessenter som KS, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

RBUP Øst-Sør (Regionsenter for barn og unges psykiske helse), RKBU Vest (Regionalt kunnskapscenter for barn og unge), KORUS (Kompetansesenter rus) og RVTS (Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å bidra til kunnskapsoppsummering på områdene psykisk helse, rus, vold og overgrep. Det ble gjennomført flere møter. Helsedirektoratet mottok to separate leveranser, en rapport for helsestasjon 0–5 år koordinert av RBUP Øst-Sør, og en for skolehelsetjenesten inkludert helsestasjon for ungdom koordinert av RKBU Vest. KORUS og RVTS bidro inn i dette arbeidet. Rapportene er lagt til grunn for anbefalingene som gis på områdene.

Oppdrag og mandat

Helsedirektoratet fikk gjennom Tildelingsbrev 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i oppdrag å oppdatere Veileder til forskrift for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten (IS-1154, 2004). Helsedirektoratet besluttet i ledermøtet høsten 2012 at veilederen skulle erstattes av en nasjonal faglig retningslinje. En retningslinje er et virkemiddel for å bidra til å sikre helhetlige pasientforløp, god kvalitet og riktige prioriteringer, løse samhandlingsutfordringer og redusere uønsket variasjon i tjenestene.

Mandatet for arbeidet var å utvikle anbefalinger gjennom en kunnskapsbasert tilnærming.

En nasjonal retningslinje er faglig normerende for virksomhetens tilbud, organisering og tilrettelegging av tjenestetilbudet. Når ledelsen og ansatte i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom forholder seg til og følger anbefalingene, vil de bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet. Dersom en velger en praksis som i vesentlig grad avviker fra nasjonale faglige retningslinjer, skal det dokumenteres (jf. pasientjournalforskriften § 8 bokstav h). En bør da være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn.

Metodestøtte

Retningslinjesekretariatet og biblioteket i Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har gitt metodisk støtte. Kommunikasjonsavdelingen i Helsedirektoratet har bidratt med kommunikasjonsfaglig veiledning.

Kunnskapsgrunnlag og retningslinjemetodikk

Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (IS-1870) og metodebok for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer (IS-0267) har vært førende for arbeidet med å utvikle retningslinjen. Det er lagt vekt på at anbefalingene er utviklet ved bruk av en kunnskapsbasert tilnærming. Retningslinjen er i størst mulig grad basert på beste tilgjengelige kunnskap. Dette innebærer at forskningsbasert kunnskap, brukernes ønsker og behov, samt erfaringsbasert (klinisk) kunnskap er vurdert i forhold til ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak. Denne kunnskapen er deretter vurdert i en kontekst av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og

forskrifter. Retningslinjens anbefalinger bygger på avveininger mellom de ulike kildene til kunnskap.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med dens formålsparagraf, de spesifiserte ansvarsområdene og tilbudet tjenesten skal gi, har vært førende og premissgivende for de områdene det er utarbeidet anbefalinger på.

Det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget som danner grunnlaget og utgangspunktet for anbefalingene har i henhold til gjeldende retningslinjemetodikk tatt utgangspunkt i andre aktuelle retningslinjer og systematiske kunnskapsoversikter. I tillegg er det gjennomført egne litteratursøk over primærlitteratur. Kunnskapssenteret har på bestilling fra Helsedirektoratet utarbeidet systematiske oversikter på noen slike litteratursøk. Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget er gradert ved hjelp av [graderingssystemet Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation \(GRADE\)](#). Hensikten er at brukeren av retningslinjen skal vite i hvilken grad resultatene i de studiene som anbefalingene bygger på, er til å stole på. Graderingen rangeres fra svært lav til høy kvalitet.

I tillegg er kunnskapsgrunnlaget basert på kunnskapsoppsummeringer fra ulike kompetansesentre, de nasjonale anbefalingene for ernæring og fysisk aktivitet, tilstandsrapporter, kartleggings- og tilsynsrapporter, strategier og handlingsplaner, samt leveranser fra flere avdelinger i Helsedirektoratet. Nærmere redegjørelse av innholdet finnes under «kunnskapsgrunnlaget» for de spesifikke aktuelle anbefalingene.

Styrken på anbefalingene

DECIDE-skjemaer ble brukt for å presentere problemstillinger og kunnskapsgrunnlag, og er et rammeverk som bidrar til systematisk fremgangsmåte for arbeidsprosessen fra kunnskapsgrunnlaget til anbefaling. DECIDE bidrar til at erfaring fra klinikere og brukere blir vurdert før styrken på anbefalingen blir vedtatt (Vandvik m.fl., 2013).

Styrken avhenger også av:

- kvaliteten på dokumentasjonen
- hvor stor nytte vi har av et anbefalt tiltak i forhold til mulige konsekvenser
- om det er enighet om verdier og preferanser knyttet til anbefalingene
- om eventuell positiv effekt er verdt kostnadene

Ved sterke anbefalinger brukes «bør» eller «anbefales», og ved svake anbefalinger brukes begreper som «kan» eller «foreslås». En sterk anbefaling indikerer at det er klart at fordelene veier opp for ulempene. Dette innebærer at brukere og helse- og omsorgspersonell i de fleste situasjoner vil mene at det er riktig å følge anbefalingen.

En svak anbefaling indikerer at det er uklart om fordelene veier opp for ulempene. Dette innebærer at ulike valg kan være riktig for ulike brukere, og helse- og omsorgspersonell må bistå med å vurdere hva som er riktig i den enkelte situasjon.

Formuleringen «skal» eller «må» brukes på områder som er begrunnet ut i fra gjeldende lov og forskrifter.

Når den identifisert forskningsbaserte dokumentasjonen ikke har vært direkte overførbar til de forhold virksomheten arbeider under, og/eller ikke har vært basert på graderte kunnskapsgrunnlag er anbefalingene merket «konsensus» og er forankret i en samlet arbeidsgruppe.

Individuell tilpasning

Det er viktig å påpeke at retningslinjer er normerende dokumenter og at helsepersonell må vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient for å ta hensyn til individuelle behov. Helsepersonelloven er overordnet retningslinje hvis det oppstår konflikt i en konkret situasjon.

Utover anbefalingene i denne retningslinjen, vises det til de allerede eksisterende, gjeldende nasjonale faglige retningslinjene og nasjonale veilederne som gjelder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for

ungdom, se over.

Økonomiske vurderinger

Det er gjennomført økonomiske beregninger der vi tydeliggjør eller foreslår anbefalinger som kan medføre ekstra innsats.

Høring, iverksetting, evaluering og revisjon

Retningslinjen har vært på intern høring. Helsedirektoratet er ansvarlige for å oppdatere retningslinjen dersom det antas at ny kunnskap tilsier at det er nødvendig å endre en eller flere anbefalinger.

Økt satsing på forskning og metodeutvikling

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er en lovpålagt tjeneste. Tjenesten er sentral i det kommunale folkehelsearbeidet, og er den eneste primærhelsetjenesten som har en helsefremmende og forebyggende formålsparagraf. Et effektivt folkehelsearbeid består av koordinerte innsatser rettet mot både individer og det sosiale og fysiske miljøet det lever i. Effekten påvirkes også av de institusjonelle og politiske rammene.

På sentrale områder mangler det evidensbasert kunnskap om naturlig forløp av helsetilstander og opplevde helseplager og faktorer som har sammenheng med helse og helseplager, samt om positive og potensielt uheldige effekter av intervensjoner. Nær sagt alle barn og ungdommer i Norge følges opp gjennom helsestasjon - og skolehelsetjenesten på en systematisk måte. Forholdene ligger derfor meget godt til rette for å oppnå slik kunnskap gjennom forskning.

Forskning kan skje på mange måter og omfatte mange aspekter, for eksempel tilfredshet blant brukere, pårørende, yrkesutøvere og samarbeidspartnere i barnehage, skole og barnevern, forekomst av forskjellige helseplager og effekt av forskjellige tiltak og programmer. Forskning på determinanter, forekomst og naturlig forløp av helse og opplevde helseplager og sammenheng mellom konkrete tiltak og helsetilstand, vil være spesielt verdifull dersom forskningen skjer ut fra hvordan tjenesten utføres over tid gjennom longitudinelle studier, og ikke som tidsbegrensete lokale prosjekter.

En nasjonal elektronisk pasientjournal der opplysningene registreres på en enhetlig måte, kan være en enkel, billig og et forskningsmessig godt utgangspunkt for den type studier. Kunnskapen kan styrkes ytterligere ved å koble opplysningene fra journalene til andre registre eller databaser. Forskningsetisk kan dette gjøres ved å koble opplysninger anonymiseres før de analyseres. Et slikt journalsystem kan også være et godt utgangspunkt for å gjennomføre randomiserte studier for å måle effekter av spesifikke tiltak.

Referanser

- Vandvik, P.O., Berg R., Vist G.. En ny generasjon troverdige kliniske retningslinjer. Norsk Epidemiologi 2013; 23 (2): 197-204 197.
- Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, Helsedirektoratet (IS-1870)
- Metodebok for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer, Helsedirektoratet (IS-0267)
- [Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) (2003). FOR-2003-04-03-450.
- [Forskrift om pasientjournal](#). (2000). FOR-2000-12-21-1385.
- [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#). (1999). LOV-1999-07-02-64.
- [Veileder til Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) (2004). (IS-1154). Oslo: Helsedirektoratet.

Innholdsfortegnelse

1 Fellesdel: Ledelse og styring

1.1 Tilsyn viser behov for forbedring – internkontroll

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

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

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

2 Fellesdel: Brukermedvirkning, rettigheter og tjenestetilbud

3 Fellesdel: Samhandling og samarbeid

4 Fellesdel: Opplysningsplikt (meldeplikt) til barnevernet

4.1 Opplysningsplikt (meldeplikt) til barnevernet

4.2 Når og hvordan sende bekymringsmelding til barnevernet

4.3 Helsepersonell kan bli pålagt å gi opplysninger

4.4 Bekymringsmeldinger skal dokumenteres og journalføres

4.5 Ivareta opplysningsplikt gjennom internkontrollen

5 Helsestasjon 0–5 år

5.1 Helseundersøkelser og helseopplysning

5.2 Samspill og tilknytning mellom barn og foresatte

5.3 Foreldreveiledning

5.4 Omsorgssvikt og vold i nære relasjoner

5.5 Samarbeid med barnehager

5.6 Samarbeid med tannhelsetjenesten

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>

- 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/
- 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/>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- 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>
- 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>
- 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
- 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 løpande 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 *stafett holder*. 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 videreformidles. 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

5 Helsestasjon 0–5 år

5.1 Helseundersøkelser og helseopplysning

5.1.1 Alle barn 0–5 år bør få tilbud om regelmessige helseundersøkelser i tråd med basisprogrammet

Helsestasjonen er den kommunale helsetjenesten som vurderer barnets helse på fastsatte tidspunkter de første leveårene.

Oppgavene omhandler helseopplysning, helseundersøkelser, råd og veiledning til foresatte etter et standardisert basisprogram med 14 konsultasjoner inklusiv hjemmebesøk til nyfødte. Vaksinasjoner skal gis i tråd med barnevaksinasjonsprogrammet, se egen anbefaling.

Det standardiserte basisprogrammet skal ivareta universelle innsatser til hele målgruppen tilpasset deres individuelle behov. Hjemmebesøk av helsesøster ved 7–10 dager inngår som første konsultasjon i det standardiserte basisprogrammet. I tillegg til individuelle konsultasjoner anbefales å tilby gruppekonsultasjon ved 4 uker, 4 måneder og 17–18 måneder. Individuell eller gruppekonsultasjoner også kan utføres ved 5 måneder og enten ved 8 eller 10 måneder.

Ekstra oppfølging bør tilbys når det er nødvendig.

Målet er:

- at foresatte opplever mestring i foreldrerollen
- bidra til godt samspill mellom foresatte og barn
- å forebygge og avdekke vold og omsorgssvikt
- å fremme utvikling, psykisk, fysisk og sosialt hos sped- og småbarn
- å avdekke tidlig fysisk og psykisk utviklingsavvik
- å bidra til at barn får oppfølging og henvises ved behov

Det vises for øvrig til egne anbefalinger hvis barnet og/eller foresatte har behov for tettere oppfølging.

Se det fullstendige basisprogrammet for helsestasjon 0–5 år under «Praktisk».

Begrunnelse

Konsensus

Helseundersøkelser og opplysningsarbeid er hjemlet i § 2-3 i forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Barn har krav på forsvarlige tjenester fra helsestasjon. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 stiller krav til kommunene om at de skal ha helsestasjonstilbud til alle barn som oppholder seg i kommunen. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 fastslår at barn har rett til nødvendig helsehjelp i form av helseundersøkelser.

Foresatte må informeres om barnets rettigheter, helsestasjonstilbudet og foresattes plikt til å medvirke. (Se egen anbefaling om når barn ikke møter). Helsepersonell er avhengig av tillit hos foresatte som møter på helsestasjon. Dette innebærer tydelighet og åpenhet i gjennomføringen /formidling av helseopplysning, og i gjennomføringen av helseundersøkelsene. For å kunne oppdage og avdekke avvikende utvikling hos sped- og småbarn er fastsatte og forutsigbare tidspunkter, systematikk/kontinuitet og regelmessighet viktig.

Det anbefales at barnet kles av ved alle helseundersøkelser, inklusiv veiing og måling, for å kunne observere hud, motorikk, trivsel, samspill, og evt. vold og overgrep, se egen anbefaling om anbefalinger om vold i nære relasjoner.

Med bakgrunn i svenske anbefalinger i Rikshandboken i barnhälsovård som går ut fra Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovård 2014 og Nasjonale faglige retningslinjer på fagspesifikke områder som inngår i helsestasjon 0-5 år, anbefales det å tilby alle barn i førskolealder 14 konsultasjoner i regi av helsestasjon.

Et helsefremmende perspektiv

Det er viktig å skape helsefremmende møter med barn og foresatte der de er delaktige, og der mestring og støtte til foresatte står sentralt. I denne sammenheng bør også gruppekonsultasjoner vurderes. (Se egne anbefalinger om foreldreveiledning og gruppekonsultasjoner).

Regelmessige konsultasjoner

Barn utvikler seg og modnes i ulikt tempo. Likevel er det stadium i utviklingen som er viktig at barnet når. Det handler om psykiske/sosiale ferdigheter, språk, motorisk og positiv vekst- og trivselsutvikling.

Kompetent helsepersonell vet hva de kan forvente av barn på ulike alderstrinn (for eksempel når barnet fester blikket og smiler, løfter hodet fra underlaget i mageleie, har behov for fast føde, begynner å reise seg med støtte, er usikker/skeptisk til fremmede eller tester ut grenser). Dersom ikke barnet behersker slike ferdigheter, vil helsepersonell kunne gi nødvendig råd og veiledning, konsultere annet helsepersonell som lege eller fysioterapeut, vurdere ekstra oppfølging, og ved behov henvise til for eksempel fastlege. Å gripe inn så tidlig som mulig ved bekymring kan forhindre at problemene blir store og vanskeligere og bidra til å forebygge og avdekke for eksempel skjevutvikling, barn og unge i risiko for vold og overgrep, somatiske plager og lidelser mv. Ved regelmessige konsultasjoner og god oppfølging i forhold til alder og behov vil en kunne sikre faglig forsvarlighet.

Psykisk helse

I møte med barn og foresatte på helsestasjon vil helsesøster og lege kunne observere samspill/relasjoner mellom barnet og foresatte. Å forstå sped- og småbarns gjensidige samspill med sine foresatte, og konteksten barnet lever i er viktig for å forstå dets psykiske helse. Helsepersonell som jobber i helsestasjon ser nær 100% av barnebefolkningen. Kompetansen som helsepersonell tilegner seg gjennom å se mange friske sped- og småbarn, bidrar til en styrket kompetanse i å oppdage og avdekke negativ utvikling. Denne kompetansen er viktig med tanke på å kunne forebygge og for eksempel korrigere dårlig samspill, regulering av søvnvaner, ernæringsutfordringer, avdekke og oppdage alvorlige forhold som f.eks. utviklingsavvik, samspillsvanser, mishandling eller annen type omsorgssvikt.

Oppfølging og registrering i oppfølgingsgrupper

Konsultasjonene på helsestasjon bør ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår. Avhengig av behovet må helsepersonell vurdere flere hjemmebesøk, oppfølgende helseundersøkelser eller nye helsesamtaler. Tverrfaglig samarbeid med andre kommunale tjenester som barnehage, NAV, BUP m.fl. er sentralt for å gi barn helhetlige tilbud. Ved behov for oppfølging og behandling skal barnet henvises videre i hjelpeapparatet. (Se egne anbefalinger om samhandling både med interne og eksterne aktører).

Helsedirektoratet anbefaler å benytte registrering i oppfølgingsgrupper som verktøy for å identifisere og kategorisere barn (se egen anbefaling om registrering i oppfølgingsgrupper).

Kritiske faser i barnets liv kan være overganger og livsfaser som medfører endring. Vær spesielt oppmerksom på oppstart i barnehage ved 1-årsalder, 2-3-års trassalder og kanskje et nytt søsken, 4 år, samt skolestart. Foresattes ev sykdom eller separasjon/skilsmiss vil også utgjøre en stor endring i barnets liv. Helseundersøkelser og helsesamtaler bør sikre disse overgangene.

Rettsikkerhet og personvern

Barnets rettsikkerhet og personvern må ivaretas i enhver form for samhandling. De ulike instanser som jobber i kommunen forvalter ulikt lovverk (helselovgivning, opplæringsloven, barnevernsloven og barnehageloven). All samhandling mellom etater forutsetter en forståelse for hverandres lovverk, herunder taushets- og dokumentasjonsplikt. I tillegg er det viktig å sikre samtykke når dette er et behov.

<http://www.ks.no>, Taushetsplikt.

Praktisk

Gjennomgående på alle konsultasjoner i basisprogrammet:

- Gjennomgang av journal, påfør funn som gir grunnlag for oppfølging (se egen anbefaling om oppfølgingsgrupper)
- Tema som foresatte ønsker å ta opp
- Kostanamnese
- Vurder alltid hvilke tema som kan være sensitivt å ta opp i gruppekonsultasjon, unngå tema som berører foresatte personlig
- Forbered foresatte på kommende konsultasjon, innhold, gruppe, tema, vaksiner m.m.
- Vurdere oppfølging av tidligere helsesamtaler og helseundersøkelser
- Oppfølging av barn med spesielle behov
- Vurdere behov for ekstra konsultasjoner, konsultasjon med andre fagpersoner og ev. henvisning til andre faginstanser
- Kle av barnet og undersøk barnet nakent på alle konsultasjoner
- Tolk ved behov

Nasjonale faglige retningslinjer på fagspesifikke områder for tjenesten inngår i tilbudet:

- [Oppfølging av for tidlig fødte barn, IS-1419](#)
- [Barselomsorgen, nytt liv og trygg barseltid for familien, IS-2057](#)
- [Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235](#)
- [Veiling og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736](#)
- [Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, IS-1734](#)
- [Gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, IS-1876](#)
- [Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten IS-1561](#)
- Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring, ferdigstilles i februar 2016 og vil da lenkes opp til.

Basisprogram for helsestasjon 0–5 år

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
-------	------------------------------------	------------------------------

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
<p>0–2 uker: Hjemmebesøk 7–10 dager etter fødsel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barnets trivsel og vektøkning • Amming/spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Samspill • Foresattes fysiske og psykiske helse, Informasjon om helsestasjonen og tilbudet • Bevegelsesutvikling • Søvn • Vold/overgrep • Barneulykker/skader • Tobakksfritt miljø 	<ul style="list-style-type: none"> • Observasjon i rygg og mageleie • Be om å få være med til barnets stullebord/stelleplass • Vekt og hodeomkrets barnet (se Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten) • Hørsel – er det utført otoakustiske emisjoner (OAE)? <p>Generell vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperament, våkenhet • Hudfarge (blekhet, cyanose, ikterus)? God perifer sirkulasjon dvs. god farge og varm hender/føtter?) • Pustemønster (rask? anstrengt?) • Bevegelsesmønster (alternerende sidelikt? symmetri) • Tonus (normal, hypoton, hypertont, ubalanse fleksorer/ekstensorer)
<p>4 uker: Gruppe- konsultasjon</p>	<p>Etablere barselgruppe/nettverksgruppe Aktuelle tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnets regulering • Samspill • Nettverk • Infeksjoner (luftveisinfeksjoner) • Barneulykker/skader • Vaksineprogrammet • Amming/spedbarnsernæring/D-vitamintilskudd (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Søvn • Tobakksfritt miljø 	<ul style="list-style-type: none"> • Vekt og hodeomkrets
		<ul style="list-style-type: none"> • Vekt og hodeomkrets (se Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten) <p>Generell vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig)

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser retningslinje for undersøkelse av syn, hørsel og språk
<p>6 uker: Individuell konsultasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amming/spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Samspill • Barnets regulering • Pludrellyder og smil (blikkontakt og svarsmil) • Gråt og trøst • Søvn • Bevegelsesutvikling • Samliv • Vaksineinformasjon • Tobakksfritt miljø / rusmidler • Barneulykker/skader • Vold/omsorgssvikt • Nettverk • Foresattes psykiske helse 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykomotorikk: Oppmerksomhet, blikkontakt, mulig kortvarig smil, hørselreaksjon • Hudfarge (blekhet, cyanose, ikterus? God perifer sirkulasjon dvs. god farge og varme hender/føtter?) • Pustemønster (rask? anstrengt?) • Bevegelsesmønster; alternerende sidelikt, symmetri • Nevrologi; tonus (normal, hypoton, hypertont, ubalanse fleksorer/ekstensorer, Symmetri av Moro, traksjon og gripereflekser <p>Spesiell oppmerksomhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hud: utslett, skurv, sår, fødselsmerke, ikterus, cyanose, blekhet • Hode: hodeomkrets, form, sømmer, fontanelle. Obs skjevhet/ torticollis • Munnhule: anomalier, sopp • Hjerte og lunger: rytme, bilyder, perifer sirkulasjon, eventuelt lyskepuls dersom bilyd. • Luftveier: respirasjonsfrekvens, hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon • Abdomen: navle (obs granulom), oppfylninger (lever, milt, tumores) • Genitalia: Vaginalåpning, testikler i skrotum, penis (anomalier), brokk • Hofter: Symmetriske hudfolder og benlengde, symmetrisk abduksjon. Ortolanis/Barlows test • Ekstremiteter og rygg: Obs bevegelsesutslag og feilstillinger, myk fot uten fikserte feilstillinger

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
3 måneder: Individuell konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming/ spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Språk, stimulering • Bevegelsesutvikling • Regulering • Søvn • Samspill • Barnesikkerhet/ ulykker • Nettverk • Foresattes psykiske helse • Vold/omsorgssvikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Lengde/vekt/hodeomkrets (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Hode: form (skjevhet/torticollis?) • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235) • Oppmerksomhet: kontaktevne, responsivt smil • Motorikk: aldersadekvat bevegelsesmønster
4 måneder: Gruppe- konsultasjon	<p>Barselgruppe/nettverksgruppe – styrke mestring av rollen som foresatt</p> <p>Aktuelle tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samspill og regulering • Normal utvikling • Infeksjoner (luftveissykdommer) • Barnehageplass • Vaksinasjonsprogram • Bevegelsesutvikling • Amming/ spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Tannpuss • Søvn • Barneulykker/skader 	<p>Lengde/vekt/hodeomkrets på indikasjon eller etter foresattes ønske (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736)</p>
5 måneder: Individuell/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming/ spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Samspill og regulering • Bevegelsesutvikling (fin- og grovmotorikk) • Tannhelse: tannpuss og gode vaner • Språk, kommunikasjon • Søvn • Sosialt nettverk • Skader og ulykker • Tobakksfritt miljø 	<p>Lengde/vekt/hodeomkrets (se Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736)</p>

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
<p>6 måneder: Individuell konsultasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ernæringsstatus/vekst; • Amming/Spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Sosial funksjon; Oppmerksomhet, kontakt, samspill, språkutvikling • Søvn • Tobakksfritt miljø • Skader og ulykker • Bevegelsesutvikling • Vold/omsorgsvikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Barnets helse og allmenntilstand • Lengde/vekt/hodeomkrets (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Hode: hodeomkrets, form, sømmer, fontanelle • Hudfarge/perifer sirkulasjon • Pustemønster: rask? anstrengt? • Nevrologi/motorisk utvikling: Bevegelsesmønster (symmetri, aldersadekvat), tonus i fleksorer, ekstensorer og adduktorer bedømt under generell undersøkelse og gjennom vurdering av ferdigheter. Holder hodet og kroppen rett når sitter på fanget, står når holdes, håndgrep. • Hud: utslett, sår, hudblødninger, blekket • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235) • Munnhule, tannpuss, ev. henvise tannhelsetjenesten • Lymfekjertler/kuler • Hjerte og lunger: rytme, bilyder, ev. femoralpuls dersom bilyd, perifer sirkulasjon • Luftveier: hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon • Abdomen: oppfylninger (lever, milt, tumores) • Genitalia: Vaginalåpning, testikler i skrotum, brokk • Hofter: Symmetriske hudfolder og benlengde, symmetrisk og tilstrekkelig abduksjon • Ekstremiteter og rygg: Obs bevegelsesutslag og feilstillinger

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
8 måneder: Individuell-/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming/ spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Tenner/ tannpuss • Tilknytning/ løsrivelse • Språk/ lek • Motorisk utvikling - stimulering • Samspill • Søvn • Sosialt nettverk • Barnesikring/ ulykker • Tobakksfritt miljø • Forberedelse til barnehage 	<ul style="list-style-type: none"> • Barnets helse og allmenntilstand • Vekt/lengde/hodeomkrets på indikasjon (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235) • Observere barnet under aktiviteter med tanke på oppmerksomhet og motoriske ferdigheter (pinsettgrep?)
10 måneder: Individuell-/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming/ spedbarnsernæring (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Tilknytning/løsrivelse/ empatiutvikling • Søvn • Samspill • Bevegelsesutvikling • Barnesikring/ulykker • Vold og omsorgssvikt • Info om vaksinasjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Barnets helse og allmenntilstand • Vekt/lengde/hodeomkrets (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235) • Observere barnet under aktiviteter med tanke på temperament, oppmerksomhet, språkuttrykk, om det reagerer adekvat på å bli snakket til og snu seg etter lyder, samt motoriske ferdigheter

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
<p>11–12 måneder: Individuell konsultasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ernæring, kostholdsvaner (se Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring) • Bevegelsesutvikling • Søvn • Samspill • Grensesetting • Tannpuss • Vaksinasjoner • Infeksjoner (luftveisinfeksjoner) • Vold/ omsorgssvikt • Aktivitet/lekesituasjoner • Sosial tilpasning/inntrykk av barnet • Skader/ulykker • Søsken • Tobakksfritt miljø • Rusmidler • Barnehage 	<ul style="list-style-type: none"> • Vekt/lengde/hodeomkrets (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235) <p>Generell vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernæringsstatus/vekst: Utvikling av lengde og vekt • Kosthold • Sosial funksjon: Oppmerksomhet, kontakt, samspill, språk • Nevrologi/motorisk utvikling: Bevegelsesmønster og tonus bedømt gjennom vurdering av ferdigheter. Sitter med rett rygg på golvet, trekke seg opp til stående, pinsettgrep <p>Spesiell oppmerksomhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hud: utslett, sår, hudblødninger, blekhet • Øyne: Obs skjeling, syn (kontakt, plukker opp småting) • Munnhule: tannpuss, ev. henvise tannhelsetjenesten • Lymfekjertler/kuler • Hjerte: hjerterytm, bilyder • Luftveier: hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon • Abdomen: oppfyllinger (lever, milt, tumores) • Genitalia: Vaginalåpning, testikler i skrotum, brokk • Hofter: Symmetriske hudfolder og benlengde, symmetrisk og tilstrekkelig abduksjon

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
15 måneder: Individuell konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Barnets helse og allmenntilstand • Sosial og emosjonell kontakt • Kosthold, måltidsvaner • Søvn • Språk • Tannpuss • Bevegelsesutvikling (fin og grovmotorikk) • Vaksinasjon • Smittevern/ hygiene • Skader/ulykker • Grensesetting • Barnehage • Tobakksfritt miljø • Søsken 	<ul style="list-style-type: none"> • Vekt/lengde (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235)
17–18 måneder: Individuell- /gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial og emosjonell kontakt • Ernæring/kostvaner • Søvn • Bevegelsesutvikling (fin og grovmotorikk) • Grensesetting • Røykfritt miljø • Rus • Vold/omsorgssvikt • Digitale medier • Barnehage 	Vekt/lengde (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736)

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
<p>2 år: Individuell konsultasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitet og lek (Utendørsaktiviteter, stillesitting mm.) • Selvbilde, selvstendighet, interesse- konflikt og grensesetting • Språkutvikling • Grensesetting • Søskenjalousi • Kosthold, spisevaner • Tannpuss • Søvnvaner • Smokk- og fingersuging • Renslighet/pottebruk • Ulykker og skader • Digitale medier • Sosialt nettverk • Samspill • Seksualitet • Tobakksfritt miljø 	<p>Generell vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vekt/lengde (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiting og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Sosial funksjon; Oppmerksomhet, kontakt, samspill, atferd, språk • Nevrologi/motorisk utvikling; Bevegelsesmønster, spesielt gangmønster, og motoriske ferdigheter <p>Spesiell oppmerksomhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235) • Hud: utslett, sår, hudblødninger, blekhet • Munnhule: tannpuss, ev. henvisning tannhelsetjenesten • Lymfekjertler/kuler • Hjerne: hjerterytme, bilyder • Luftveier: hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon • Abdomen: oppfyllninger (lever, milt, tumores) • Genitalia: testikler i skrotum • Rygg/benlengde/fotstilling

Alder	Foreldreveiledning/helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser
4 år: Individuell- /gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Barnets helse og allmenntilstand • Kosthold/spisesituasjon • Bevegelsesutvikling • Søvn • Seksuell helse • Ulykker og skader • Tobakksfritt miljø • Overgang barnehage/ skole 	<ul style="list-style-type: none"> • Vekt/lengde (se Nasjonal faglig retningslinje for Veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736) • Syn, hørsel og språk (se Nasjonal faglig retningslinje for Undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235) • Hud • Bevegelsesmønster, gå, løpe, hoppe, tegne • Sosial og emosjonell kontakt • Vurdere ernæringstilstand/fysisk aktivitet

[Last ned PDF av basisprogram for helsestasjon 0–5 år \(utskriftsvennlig versjon\).](#)

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. Lovdata Helsepersonelloven Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
4. 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/>
5. 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
6. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
7. Socialstyrelsen Vägledning för barnhälsovården 2014 Tilgjengelig fra <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
8. Helsedirektoratet Veileder i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2004 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-journalforing-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
9. 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>
10. Folkehelseinstituttet Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger 2011 Tilgjengelig fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Conter

5.1.2 Alle barn 0–5 år bør få tilbud om fire somatiske helseundersøkelser med lege i helsestasjon

Somatisk helseundersøkelse av lege bør gjennomføres som en del av helsestasjonsprogrammet ved 6 uker, 6 måneder, 1 år og 2 år.

At helsepersonell ved helsestasjonen med ulik kompetanse, erfaring og ulike oppgaver samarbeider om undersøkelsene, bidrar til økt faglig kvalitet og tverrfaglige drøftinger, refleksjon rundt barnet og løpende evaluering. Se egen anbefaling om; Helsesøster og lege bør samhandle om alle helseundersøkelser.

Begrunnelse

Konsensus

Hensikten med legeundersøkelsen er å oppdage avvikende eller forsinket fysisk, psykisk og atferdsmessig utvikling på et hensiktsmessig tidspunkt. Samtidig ønsker man å få øye på risikofaktorer for sykdom og avvikende utvikling (Socialstyrelsen, 2014). (Se begrunnelse i anbefaling om helseundersøkelser-basisprogrammet).

Det er viktig at barn som ikke følger normal utvikling oppdages av lege i helsestasjon og at de sikres regelmessig oppfølging (Statens helsetilsyn, 1998). Et systematisk samarbeid bidrar til en samordnet og helhetlig vurdering av barnet. Resultatet av undersøkelser, observasjoner og vurderinger bør drøftes og kvalitetssikres.

Studier har vist at tidlige erfaringer kan påvirke barnet fysisk så vel som mentalt. Nyere forskning har dokumentert at kroppens reaksjoner kan disponere for sykdom når livet ikke oppleves trygt og meningsfullt. Vi vet at barn har potensiale til å rette opp helse- og utviklingsproblemer når de får oppfølging, men for mange kommer hjelpen for sent. Norske barn har gjennomgående god helse, men allerede ved alderen 0-5 år finnes det ulikheter i helse etter foreldrenes sosioøkonomiske status (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Det er vist at barn av foreldre med lavere utdanning oftere fødes som premature eller med lav fødselsvekt. Det er hyppigere forekomst av karies, overvekt, psykiske helseproblemer, atferdsproblemer, astma, smertetilstander og alvorlige ulykker .

Tendensen er at voksne innvandrere har høyere forekomst av helseproblemer enn befolkningen for øvrig. Det er relativt lite dokumentasjon på innvandrerbarns helsetilstand (Mosdøl, Blaasvær, & Vist, 2014).

Barn modnes og utvikler seg i ulikt tempo. Stadiene barnet går gjennom de første leveårene er en forutsetning for at de skal ha en positiv utvikling både psykisk, fysisk og sosialt. For å ivareta og fange opp utviklingsavvik er det derfor viktig at barn får regelmessige kontroller.

Se også andre gjeldende nasjonale faglige retningslinjer:

- [oppfølging av for tidlig fødte barn, IS-1419](#)
- [barselomsorgen, nytt liv og trygg barseltid for familien, IS-2057](#)
- [undersøkelse av syn, hørsel og språk, IS-1235](#)
- [veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1736](#)
- [forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, IS-1734](#)
- [gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, IS-1876](#)

Ved de rutinemessige undersøkelsene bør legen gjennom sykehistorie og klinisk undersøkelse identifisere risikofaktorer for utvikling av fysiske og psykiske helseproblemer og uheldig utvikling. Dette kan være faktorer knyttet til familie, sosiale forhold eller barnet selv. Legen bør være spesielt oppmerksom på tilstander der forebygging og tidlig intervensjon har en dokumentert positiv effekt. Dette er:

Vekst- og vektutvikling

- Barnet vil vanligvis finne sitt vekstmønster (sin prosenttilkanal) for hodeomkrets, lengde og vekt i løpet av de første 6-12 månedene. Avvikende vekstmønster i denne tiden eller senere kan skyldes ernæringsvansker eller mangelfull ernæring, en rekke utviklingsavvik eller sykdommer. Mulige årsaker må kartlegges gjennom sykehistorie og klinisk undersøkelse.
- Undervekt og overvekt i barneårene kan skyldes sykdom, ernæringsvansker eller uheldig livsstil. Risikofaktorer for utvikling av overvekt er overvekt hos foreldre og/eller søsken kombinert med uheldig vektutvikling hos barnet, særlig etter første leveår.

Medfødte utviklingsavvik og sykdommer

En rekke tilstander er aktuelle, og legen bør derfor hver gang gjøre en generell klinisk undersøkelse. Spesielt fokus bør rettes mot mulighetene for:

- Medfødte hjertefeil. Ca. 8 av 1000 barn har en medfødt hjertefeil. De fleste er oppdaget før barna kommer hjem fra fødeavdelingen, men mange oppdages på ulike senere tidspunkter. Det gjelder særlig ventrikkelseptum- og atrieseptumdefekter, åpentstående duktus arteriosus, forsnevring av hovedpulsåren (koarktasjon av aorta) og mer sjeldne tilstander. Ved hver legekonsultasjon bør hjertet undersøkes gjennom auskultasjon. Uskyldige bilyder er vanlige. Ved bilyd eller andre symptomer eller funn som kan tilskrives hjertesykdom, gjøres en grundigere undersøkelse, inklusivt vurdering av farge, respirasjonsmønster, perifere pulser og leverstørrelse.
- Medfødt hoftelddysplasi /hoftelddsluksjon. Tilstanden oppdages oftest gjennom undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, men progresjon til luksjon kan skje senere. Klinisk undersøkelse av hoftene bør foretas av lege ved 6 uker, 6 måneder og 1-årsalder gjennom å undersøke benlengdeforskjell og abduksjon i hoftene. I tillegg bør det gjøres Ortolani /Barlows test ved 6-ukersalder og vurdering av gangmønster ved 2-årsalder.
- Retinoblastom og katarakt kan oppdages ved undersøkelse av rød refleks ved 6-ukersalder. Senere bør konstant skjeling føre til øyebunnsundersøkelse, blant annet med tanke på retinoblastom.

Psykomotorisk utvikling

Forsinket eller avvikende motorisk, psykisk, atferdsmessig, språklig og annen utvikling kan skyldes medfødte utviklingsavvik, genetiske årsaker, sykdom eller omsorgsmessige forhold. I tillegg til å undersøke om milepæler i utviklingen er oppnådd, er det viktig å vurdere utviklingstakt og om det er tap av ferdigheter.

Motorisk utvikling

Motorisk utvikling vurderes ut fra bevegelsesmønster, blant annet symmetri, tonus, oppnådde ferdigheter og kvalitet på ferdighetene. Forsinket eller avvikende motorisk utvikling kan skyldes:

- medfødt utviklingsavvik, f.eks. hjernemisdannelser og hydrokefali eller genetisk betinget nevrologisk, nevrologisk og muskulær sykdom
- nevrologisk skade knyttet til svangerskap eller fødsel, f.eks. prematur fødsel, hjerneblødning, sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen, fødselsasyksi, hydrokefali eller mikrokefali (hodeomkrets) og skade av pleksus brachialis (asymmetrisk Moro-refleks og tonusforskjell) eller nervus facialis (skjevhet ved bruk av ansiktsmuskulatur). Utfallet kan være forsinket utvikling av ferdigheter, lokale pareser og cerebral parese.
- Sykdommer knyttet til nerve- og muskelsystemet, eller kroniske sykdommer som hemmer barnet, f.eks. hjerte- eller lungesykdom
- Omsorgssvikt og barnemishandling

Psykisk og atferdsmessig utvikling

Psykisk og atferdsmessig utvikling vurderes ut fra sosial kontakt, temperament, og eventuelle reguleringsvansker i tidlig alder. Etter hvert også ut fra sosiale ferdigheter, språkutvikling, konsentrasjonsevne og impulsivitet.

- Utviklingshemning viser seg som betydelig forsinket utvikling på de fleste områdene, mentalt som motorisk.
- Autismespekterlidelser kan vise seg som mangelfullt språk (ingen babling, peking eller annen kommunikasjon mot 1-årsalder, mangelfullt språk og kommunikasjonsevne mot slutten av andre leveår, og ritualistisk og tvangspreget atferd senere).
- Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) viser seg som konsentrasjonsvansker og vansker med vedvarende oppmerksomhet, mangelfull impuls kontroll og motorisk uro.

Langvarige eller kroniske sykdommer

Langvarige eller kroniske sykdommer kan være årsak til ernæringsvansker, vekstsvikt, sen utvikling og andre utslag av nedsatt trivsel. Ved hver legekontakt bør legen spørre om slike forhold dersom det er avvik i vekst, utvikling, trivsel og utholdenhet, men også generelt. Mistanke om slike sykdommer bygger på sykehistorie og målrettede kliniske undersøkelser.

Særlig fokus bør være på:

- Luftveissykdommer som langvarig hoste, anstrengt/hørbar pust og økt tretthet. Årsakene kan være medfødte misdannelser i luftveiene, infeksjonsutløst luftveisobstruksjon eller astma, dårlig innelima, f.eks. at det røykes i huset, forstørrede adenoider eller sjeldne sykdommer, f.eks. cystisk fibrose.
- Hjertesykdommer som medfødte hjertefeil gir symptomer som pustevansker, ernæringsvansker, manglende vektøkning, økt tretthet, svetting, cyanose eller blekhet.
- Endokrine sykdommer kan gi nedsatt, og sjelden økt lengdevekst, under- eller overvekt, forsinket psykomotorisk utvikling og forskjellige symptomer på sykdom.
- Anemi, særlig på grunn av jernmangel. Jernmangel kan også gi symptomer som nedsatt oppmerksomhet og kognitiv utvikling uten samtidig anemi.
- Hudsykdommer gir utslett. Atopisk eksem kjennetegnes ved typisk lokalisasjon, tørr hud og kløe

Omsorgssvikt og barnemishandling

Omsorgssvikt og barnemishandling kan gi de samme generelle symptomene og funn som kroniske somatiske sykdommer. Omsorgssvikt bør mistenkes dersom det ikke påvises en kronisk sykdom som årsak, dersom barnet har eller har hatt sår, blåmerker eller brudd eller skader i genitalia og munnhule som ikke har gode forklaringer. (se egne anbefalinger om å avdekke vold og omsorgssvikt).

Referanser

1. Mosdøl, A., Blaasvær, N., & Vist, G. E. Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten Rapport fra Kunnskapscenteret 2014 19 Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tilpassede-tiltak-for-helsestasjonstjenesten>
2. Socialstyrelsen Vägledning för barnhälsovården 2014 Tilgjengelig fra [fra http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf)
3. Statens helsetilsyn Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner: til deg som leder 1998 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/kvalitetsstyrte_helseorg_leder_ik26
4. Helse- og omsorgsdepartementet St.mld.nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller 2007 Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20->

[2006-2007-/id449531/?ch=1&q=](https://www.helsedirektoratet.no/2006-2007-/id449531/?ch=1&q=)

5.1.3 Alle nyfødte: Hjemmebesøk av helsesøster 7.–10. dag

Hjemmebesøk til familier med nyfødte barn har lang tradisjon i Norge. Det er forskriftsfestet og skal tilbys alle nyfødte uansett hvor mange barn familien har fra tidligere.

Hjemmebesøk til nyfødte er første konsultasjon av totalt 14 konsultasjoner i helsestasjon 0-5år.

Formålet med hjemmebesøket er:

- Foreldrene får individuell informasjon, støtte og veiledning ut i fra behov
- Å etablere kontakt tidlig, helst med begge foreldrene til stede
- Å legge grunnlag for videre oppfølging av barnet og samarbeid med familien

Forskningsgrunnlag

Populasjon

Populasjoner med lav sosioøkonomisk status

Intervensjon

Hjemmebesøk

Komparator

Standard tjeneste

Utfall

Generell sikkerhet og helse

Sammendrag

To systematiske oversikter av høy kvalitet som rapporterte på effekt av hjemmebesøksprogram til sårbare grupper ble identifisert i kunnskapssenteret rapport om [Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten](#). Den ene undersøkte effekten av forekomst på skader og ulykker og på hjemmemiljø (Kendrick m.fl., 2013), mens den andre rapporterte på effekten av barnevaksinasjonsprogram (Kendrick m.fl., 2000). Det ble ikke funnet systematiske oversikter om hjemmebesøk til sårbare grupper med andre relevante utfallsmål. Oversiktsstudiene inkluderte til sammen 33 studier fra USA, Australia, Canada, Storbritannia; Irland og New Zealand og Tyrkia. Studiene viser oppsummert en redusert forekomst av barneulykker, men effekten på fullføring av barnevaksinasjoner er usikker.

For mer detaljert rapportering av effektestimater og gradingen av kvaliteten på dokumentasjonen, se lenke til rapport s. 34-35, tabell 4 og 5

[Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten](#)

[Kunnskapsoppsummering - bakgrunnsdokumentasjon retningslinje](#)

Begrunnelse

Hjemmebesøk er forskriftsfestet i Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonen og skolehelsetjenesten § 2-3.

Liggetid på sykehus er de siste årene kortet ned fra ca. 5 døgn til mellom 8 og 48 timer for friske barselkvinner og deres spedbarn. Tidlig hjemreise fra føde-/barselavdelingen skjer samtidig som foreldre opplever en vanlig usikkerhet rundt sin nye rolle som omsorgspersoner. Flere kvinner reiser hjem før

melkeproduksjonen er etablert og barnet dier tilfredsstillende.

Hjemmebesøk til nyfødte kan bidra til en god start for tilknytningen til barnet og sikre mestring i foresatterollen. For de aller fleste spedbarn og foresatte skjer tilknytningen intuitivt, men noen kan trenge mer råd og veiledning får å sikre tilknytning. En trygg start kan forebygge skjevutvikling, vannskjøtsel og mishandling av spedbarnet. Hjemmebesøk til alle i tråd med anbefalingene gjennom samtale og observasjon, gir anledning til tidlig identifikasjon og avdekking av behov for støtte og hjelp utover det som familien og det sosiale nettverket kan bidra med. Hjemmebesøk til alle familier må i seg selv anses som en metode for å unngå stigmatisering av enkelte grupper.

Den norske Topp studien, Folkehelseinstituttet (2007) anbefaler obligatorisk hjemmebesøk til alle familier med førskolebarn, i kombinasjon med systematisk oppfølging og støtte til familier som sliter (Schjeldrup Mathiesen m.fl., 2010). Rapporten «Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt» peker på at hjemmebesøk kan være et tiltak for å redusere sosial ulikheter i muligheter for barn og unge (Dahl m.fl., 2014).

Internasjonal oppsummert forskning viser at hjemmebesøksprogram til sårbare grupper har effekt på redusert forekomst av barneulykker, og dermed kan være et tiltak for å skape et likeverdig tjenestetilbud. Effekten på fullføring av barnevaksinasjoner er usikker, og det mangler dokumentasjon på andre relevante utfallsmål. Populasjonene i de inkluderte studiene skiller seg fra aktuelle populasjoner i Norge ved at de trolige er fattigere, omfanget av hjemmebesøk i intervensjonene som er prøvd ut er mer omfattende og standard helsetjenestetilbudet antas å være relativt ulikt det norske tilbudet, se under "Kunnskapsgrunnlag" (Mosdøl m.fl., 2014).

Det er behov for å styrke forskning fra norsk helsestasjonsvirksomhet som omfatter hjemmebesøk som et universelt og utvidet tilbud til sårbare grupper (Mosdøl m. fl. 2014, Vist m.fl., 2015).

Kvalitetsforbedring av tilbud om hjemmebesøk

Kvalitetskriterier for å øke hjemmebesøksdekning og innholdet i hjemmebesøket kan være å styrke faglig refleksjon ved kunnskapsbasert internundervisning. Det kan også være å utarbeide sjekklister/prosedyrer for gjennomføring av hjemmebesøk, avviksrapportering, klargjøre mål som samfunnsoppdraget stiller om likeverdige tilbud, tilstrebe mål om å bli sertifisert som ammekyndig helsestasjon og opprettholde sertifiseringskravene fremover.

Hvordan helsesøster / jordmor informerer om hjemmebesøk kan påvirke om foresatte vil takke ja eller nei til tilbudet. Det er av betydning å anmode begge foresatte om å være tilstede ved hjemmebesøket. Norske fedres omsorgsrolle allerede fra spedbarnsalder er et tema i et likestilt samfunn (Barne- og likestillingsdepartementet 2008).

Hjemmebesøk versus konsultasjon på helsestasjon

For å sikre tidlig kontakt med familier med nyfødte barn har konsultasjon på helsestasjon i noen kommuner vært sidestilt med besøk i hjemmet. Hjemmebesøk og første kontakt på helsestasjon dokumenteres da som samme kontakttipe i journal og rapporteres videre til KOSTRA. En slik sammenblanding gir feilaktige rapporter med for høy prosentvis hjemmebesøksdekning. Definisjonen på hjemmebesøk er at besøket faktisk gjennomføres i familiens hjem.

Praktisk

Sentralt i hjemmebesøket er støtte til mestring og bidrag til trygghet i foreldrerollen. Dette er en fase som spesielt for førstegangsforeldre er preget av mye usikkerhet og opplevelse av stress (Hvatum m.fl., 2014). Foresattes spørsmål og veiledningsbehov handler oftest om fødsel, barseltid, amming/flaskemating, vekst, spedbarnsstell, barnets døgnrytme, foreldres fysiske og psykiske helse, samliv og familiesituasjonen.

Temaene som tar utgangspunkt i foresattes behov handler også om samspill i familien, forebygging av

røyking og skader/ulykker, foresattes rettigheter, om seksualitet, samliv og prevensjon.

Retningslinjenes anbefalte temaer for hjemmebesøket bygger på kunnskap og erfaringer om foresattes ønsker og behov (Se tema i basisprogrammet for helsestasjon 0–5 år).

I de kommunene som er sertifisert som Ammekyndig helsestasjon er et av kriteriene at virksomheten til enhver tid kvalitetssikrer tilbudet. Det innebærer at de har rutiner for å kunne bidra til at den tidlige kontakten og oppfølging av barnet/familien blir minst mulig sårbar.

Referanser

1. Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barselid-for-familien>
2. Hvatum, I., Hjalmlhult, E., & Glavin, K. Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill Sykepleien Forskning 9 1 14 23
3. Mosdøl, A., Blaasvær, N., & Vist, G. E. Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten Rapport fra Kunnskapscenteret 2014 19 Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tilpassede-tiltak-for-helsestasjonstjenesten>
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. 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>
6. Vist GE, Denison E, Gundersen MW, Grøgaard J, Hansen-Bauer MW, Helland T, Hvatum I, Kvalnes A, Mosdøl A, Møllebakken K, Sletten TD, Sommerseth Hansen L, Strømme B, Underland V, Wiggen N, Økland T, Lervik JM Bakgrunnsdokumentasjon til retningslinjer om helsestasjoner. Notat fra Kunnskapscenteret 2015
7. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2013 3
8. 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 Public Health Medicine 2000 22 1 90 98
9. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R Schedules for home visits in the early postpartum period Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 7
10. Folkehelseinstituttet Topp-studien. Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid Rapport 2007 5 Tilgjengelig fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Conter
11. Scheldrup Mathiesen, K. og Karevold, E Når mor sliter, sliter barna. Funn fra Topp-studiet Intervju i bladet psykisk 01/10

5.1.4 Barn skal tilbys vaksine i tråd med Barnevaksinasjonsprogrammet

Smittevern og vaksinasjon er viktige oppgaver i helsestasjon, og høy vaksinasjonsdekning bidrar til å forebygge alvorlige infeksjonssykdommer.

Vaksinene som tilbys i Barnevaksinasjonsprogrammet i dag fører til god beskyttelse for hver enkelt som er vaksinert. Barnevaksinasjonsprogrammet skal tilbys alle barn fra 6 uker, men tilpasning til vaksinasjonsprogrammet kan av ulike grunner være nødvendig.

For mer informasjon om vaksinasjon av barn og veiledning, se [barnevaksinasjonsprogrammet \(fhi.no\)](http://barnevaksinasjonsprogrammet.fhi.no)

Kommunen har ansvar for å sikre at de som vaksinerer til enhver tid har oppdatert kunnskap jf. forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4.».

(Se egen anbefaling om samarbeid mellom leder i virksomheten og kommunelege.)

Begrunnelse

Barnevaksinasjonsprogrammet er en rettighet for alle barn som oppholder seg i Norge ([Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram](#)).

Helsestasjon skal gi informasjon, tilbud og gjennomføre det nasjonale Barnevaksinasjonsprogrammet (forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003). Nasjonal folkehelseinstitutt (FHI) gir faglige råd for gjennomføring av programmet.

Ansvar og roller

All vaksinasjonsvirksomhet må ha en ansvarlig lege.

Det er helsesøstre i helsestasjon som har ansvaret for den praktiske gjennomføringen av Barnevaksinasjonsprogrammet, inkludert rekvirering av vaksiner. Det er også dem som setter vaksinene. Det er imidlertid ansvarlig lege som må vurdere om det kan være medisinske grunner til at et barn ikke kan følge vaksinasjonsprogrammet.

All vaksinasjon i Norge er frivilling. Skriftlig samtykke kreves ikke ved vaksinasjon. Dette er et dokument som kan arkiveres, og innebærer at foresatte har sagt seg enige i at barnet skal vaksineres etter programmet. Likevel kan det på et senere tidspunkt oppstå grunner til ikke å vaksinere eller til å utsette vaksinasjon. Derfor skal foresatte samtykke også innhentes kort tid før vaksinen skal gis. Vaksinasjon som inngår i Barnevaksinasjonsprogrammet regnes som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet, og det er tilstrekkelig at én av de foresatte (den som til enhver tid er sammen med barnet), samtykker til vaksinasjonen. Dette gjelder uavhengig av om foresatte bor sammen eller hver for seg, eller har del i foreldreansvaret eller ikke.

Barn som er uvaksinert eller mangelfullt vaksinert i forhold til vårt vaksinasjonsprogram, bør få tilbud om innhentingsvaksinasjon så snart som mulig.

Spesielt for enkelte barn

Som en generell regel skal barn som er født for tidlig følge vanlig vaksinasjonsprogram og vaksineres ved samme kronologiske alder som fullbårne barn. De trenger beskyttelsen vaksinene gir, siden infeksjonssykdommer hos fortidligfødte kan ha et mer alvorlig forløp. Forekomsten av bivirkninger er ikke høyere enn hos fullbårne barn som vaksineres ved samme alder.

Det kan være nødvendig å ta spesielle hensyn ved vaksinasjon av barn med spesielle sykdommer og/eller tilstander.

Det kan være ulike grunner til at barn trenger spesiell tilpasning av vaksineringsen. Det kan gjelde norske barn som av ulike årsaker ikke har fulgt det norske barnevaksinasjonsprogrammet, barn som har flyttet til Norge og som har begynt sitt vaksinasjonsprogram i et annet land, og barn som skal flytte ut av Norge og bo i land med høyere forekomst av infeksjonssykdommer.

Vaksinasjonsregister

Det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK holder oversikt over vaksinasjonsstatus for den enkelte og vaksinasjonsdekningen i samfunnet. Helsepersonell plikter å melde inn alle vaksinasjoner som gis i henhold til Barnevaksinasjonsprogrammet. Statistikk fra SYSVAK publiseres på nettsidene til Folkehelseinstituttet.

Praktisk

Når de aller fleste i befolkningen er vaksinert mot en sykdom, blir det få personer igjen som smitten kan spre seg til. Dette kalles «flokkbeskyttelse» og gjør det mulig å holde sykdommer borte, noe som også beskytter de som ikke er vaksinert. Helsesøster må informere foresatte og barn om betydningen av vaksinasjon og hvordan den gjennomføres.

Før vaksineringsmålingen må helsetilstanden til den som skal vaksineres kartlegges. Det er viktig å få klarhet i eventuelle kroniske sykdommer og/eller medisinbruk. Spesielt viktig er dette for sykdommer eller medisiner som påvirker immunforsvaret, siden dette i noen tilfeller kan bety at vaksinen ikke skal gis.

Helsesøster bør:

- Gjennomgå barnets/ungdommens journal.
- Sjekke samtykke til vaksinasjon. Skriftlig samtykke kreves ikke, men kan være hensiktsmessig ved vaksinasjon av skolebarn.

Helsesøster anbefales å stille følgende spørsmål før vaksinasjon:

- Er den som skal vaksineres frisk på vaksinasjonsdagen?
- Har barnet nylig fått et legemiddel, har det/den allergi eller andre helseproblemer?
- Har det/den hatt reaksjoner etter eventuelle tidligere vaksiner?
- Har det/den tidligere hatt alvorlig allergisk reaksjon på legemidler eller annet?
- Har det/den kronisk sykdom? Spesielt viktig er det å få vite om sykdom som påvirker immunforsvaret.
- Bruker det/den medisiner? Spesielt viktig er det å få vite om kortisonpreparater eller andre medikamenter som demper immunforsvaret.
- Mors helsetilstand når spedbarn skal ha levende vaksiner (Rotavirus, BCG, MMR). Immundempende legemidler under graviditeten eller senere kan utgjøre kontraindikasjon mot levende vaksiner. Er mor HIV-positiv (BCG)?
- Har det/den fått blodoverføring eller andre blodprodukter de siste tre månedene?
- Har det/den fått annen vaksine de siste fire ukene?

Barnet og foresatte må få nødvendig informasjon om vaksinen og kjennskap til eventuelle reaksjoner etter vaksinasjon.

Det er ufarlig å vaksinere et barn som er forkjølet eller på annen måte litt ute av form. Det er imidlertid anbefalt å utsette vaksinasjonen ved akutt sykdom og ved feber over 38 °C.

Barn som har hatt spesielle reaksjoner etter tidligere vaksinasjon og barn med alvorlig eller langvarig sykdom, bør vurderes av lege før vaksinasjon. Det kan i enkelte tilfeller være aktuelt å fravike vaksinasjonsprogrammet.

Dokumentasjon føres inn i barnets/ungdommens journal og registreres i SYSVAK.

For mer informasjon om rutiner ved vaksinasjon og reaksjoner etter vaksiner, se [veileder om vaksinasjon \(Vaksinasjonsboka\) \(fhi.no\)](#).

Referanser

1. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten 2002 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
2. 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>
3. Helsedirektoratet Brev til FHI: Samtykke fra foreldre ved vaksinasjon av barn. 02.11.2015 Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/dokumenter/10e03befe8.pdf>
4. Lovdata Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram 2009. Tilgjengelig fra

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-10-02-1229>

5. Lovdata Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften) 2011 Tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030620-0739.html>

5.1.5 Barn bør få en enkel munnundersøkelse på helsestasjon ved 6 uker, 1/2 år, 1 år og 2 år

Som en systematisk del av helseundersøkelsene og helseopplysningen bør helsestasjon følge opp barnas tannhelse og bidra til å få etablert tannpuss 2 ganger daglig med fluortannkrem og et sunt og tannvennlig kosthold. Barnas første ordinære besøk ved tannklinikk er ved tre år. Helsestasjon har derfor et ansvar for å følge opp barnas tannhelse før denne alder.

Undersøkelsen kan foretas av helsesøster eller lege.

Begrunnelse

Barn begynner å få tenner i 6–8 måneders alder og har fått alle melketennene ved cirka 3 års alder. Gjennom den systematiske helseopplysningen og helseundersøkelsene som gjøres i helsestasjon gis det informasjon om helsefremmende vaner. Tenner er en del av kroppen og tannhelsen må derfor inngå som en del av helsen. Vi vet i dag at atferd som fremmer helse også vil fremme tannhelse. Anbefalinger om hygiene, måltidsvaner og ernæring bør også omhandle tenner og tannpuss. Det er viktig å få etablert tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem fra første tanns frembrudd. (se egne anbefalinger om kostanamnese og måltidsvaner)

Helsestasjonsprogrammet anbefaler at lege eller helsesøster foretar en undersøkelse av munn og tenner 4 ganger før barnet er tre år (6 uker, ½ år, 1 år og 2 år). Se vedlegg under Praktisk med beskrivelse av hvordan disse undersøkelsene bør foregå, og hva en spesielt bør se etter.

Det bør være en lav terskel for å henvise til den offentlige tannhelsetjenesten. Se vedlegg under Praktisk med kriterier for henvisning samt henvisningsskjema. Alle henvisninger bør følges opp ved at tannhelsetjenesten sender epikrise. Andel henviste 2-åringer vil være en nasjonal kvalitetsindikator på samarbeidet mellom helsestasjon og tannhelsetjenesten .

(Se egen anbefaling om samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten)

Praktisk

Vedlegg:

- [Beskrivelse av munn- og tannundersøkelse ved 6 uker, 6 måneder, 1 år og 2 år](#)
- [Kriterier for henvisning fra helsestasjon til tannhelsetjenesten \(PDF\)](#)
- [Forslag til skjema for henvisning fra helsestasjon til tannhelsetjenesten \(DOC\)](#)
- [Tannhelseinformasjon på helsestasjon – innhold i helsestasjonsprogrammet 0-5 år \(PDF\)](#)

5.1.6 Alle foresatte bør få tilbud om helseopplysning i grupper på helsestasjon

I tillegg til individuelle konsultasjoner bør foresatte tilbys gruppekonsultasjoner. Tilbud om gruppekonsultasjon bør kommuniseres til foresatte i forkant slik at de som ikke ønsker å delta i grupper, tilbys individuelle konsultasjoner. Det må også kommuniseres at man når som helst kan takke nei til gruppekonsultasjoner.

Grupperettede helsestasjonskonsultasjoner kan gi støtte til foresatte, og legge til rette for sosialt nettverk. Formålet med et grupperettet tilbud i helsestasjon er at foresatte i samme situasjon kan få innsikt, forståelse og hjelp til å mestre foreldrerollen. Grupper kan dermed gi økt rom for brukermedvirkning og likemannsarbeid.

Basisprogrammet på totalt 14 konsultasjoner gir anbefalinger om både individ- og/ eller gruppekonsultasjoner. Gruppekonsultasjon anbefales å tilby ved 4 uker, 4 måneder og 17-18 måneder. I tillegg kan en velge individuell eller gruppe konsultasjon ved 5 måneder og enten ved 8 eller 10 måneder.

Forskningsgrunnlag

Populasjon

Foreldre

Intervensjon

Helseopplysning i grupper, eller ingen helseopplysning

Komparator

Helseopplysning individuelt

Utfall

Helsekunnskap, endret adferd og læring

Sammendrag

Se kunnskapsoppsummeringer under anbefaling om foreldreveiledning. [Viser til kunnskapsoppsummeringer i rapporter fra Nasjonalt kunnskapssenter.](#)

[Bakgrunnsdokumentasjon helsestasjon 0-5 år](#)

Begrunnelse

Konsensus.

Hensikten med grupperettede helsestasjonskonsultasjoner er å gi støtte til foresatte samt å legge til rette for et sosialt nettverk i familiens nærmiljø. Foresatte bør selv utgjøre den viktigste ressursen i gruppen, både når det gjelder kunnskap om eget barn og praktisk kunnskap om barnestell. (Hjalhmult, Glavin, Okland, & Tveiten, 2014). Foresatte har gjerne et stort behov for å utveksle erfaringer og kunnskap om barn. Sammen med andre foresatte kan en finne løsninger som kan være nyttige. (Hjalhmult et al., 2014)

Når det gjennomføres gruppe som metode må det tas hensyn til den enkeltes forutsetninger og behov.

Noen foresatte kan ha større nytte av et slikt tilbud enn andre, f.eks. førstegangsfødende, aleneforeldre, nyinnflyttede familier. I kommuner der det er mange innvandrerfamilier kan det være hensiktsmessig å samle de fra samme språkgruppe og bruke tolk.

Gruppekonsultasjoner må ikke utelate individuelle konsultasjoner når det vurderes at det har oppstått et behov (se anbefaling om helseopplysning og helseundersøkelser). Dersom det vurderes behov for en individuell konsultasjon i tillegg, skal dette gjøres kjent for foresatte i forkant (Pasient- og brukerrettighetsloven).

Det er viktig at de individuelle helseundersøkelsene i alderen 0-5 år av leger og helsesøster gjøres regelmessig og systematisk for å kunne følge opp barnet individuelt både psykisk og fysisk. Noen situasjoner kan være vanskelig å håndtere i grupper både for foresatte og helsepersonell. Dette kan dreie seg om saker foresatte ikke ønsker å dele med andre, bekymringer rundt eks. foresattes helse, livssituasjon, observerte samspillsproblemer, eller at det oppdages utviklingsavvik hos barnet (Hjalhmult & Sollesnes, 1998).

Det finnes i dag lite systematisk forskning i Norden på effekt av gruppekonsultasjoner i helsestasjoner.

Praktisk

Grupper skal drives systematisk og med en klar målsetning. Dette bør kommuniseres til foresatte i gruppen. I tillegg bør det redegjøres for hvilke «kjøreregler» som gjelder med tanke på personvern, taushetsplikt og dokumentasjon.

Helseopplysning og valg av tema i grupper bør ta hensyn til behov, foresattes ønsker og vurderinger ut fra lokal kunnskap.

For noen kan det være vanskelig å takke nei til deltagelse i grupper. Helsepersonell må derfor gi informasjon om at tilbudet er frivillig og at de kan få tilbud om individuell konsultasjon i stedet.

Helsepersonell skal dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om barnet og helsehjelpen som ytes i barnets journal (Forskrift om pasientjournal, 2000). Taushetsplikt, og barnets og foresattes rettssikkerhet må ivaretas.

Når det gjennomføres gruppe som metode må det tas hensyn til den enkeltes forutsetninger og behov. Dersom helsepersonell vurderer behovet for en individuell konsultasjon i forbindelse med gruppekonsultasjonen, skal dette gjøres kjent for foresatte i forkant (Pasient- og brukerrettighetsloven). Det må også legges til rette for at foresatte som ønsker individuell konsultasjon i stedet for konsultasjon i gruppe får tilbud om det.

Referanser

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
2. 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
3. Hjälmhult, E., & Sollesnes, R Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 1998 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/forebyggende_barnunge_helsestasj_2621.pdf
4. Hjälmhult, E., Glavin, K., Okland, T., & Tveiten, S Parental groups during the child's first year: an interview study of parents' experiences Journal of Clinical Nursing 2014 23 19-20 2980 2989

5.1.7 Barn 0–5 år: Helsestasjon bør gjøre kostanamnese og gi individuelt tilpassede råd

Kostanamnese innebærer å kartlegge hva barnet spiser og drikker en vanlig dag, mengder mat, måltidsrytme/tidspunkt for måltider og matvarevalg samt kunnskap om mat og helse.

Gjør kostanamnese for å kartlegge hva barnet spiser og drikker en vanlig dag, måltidsrytme og matvarevalg. Dette vil gi helsepersonell en mulighet for å kartlegge hvilken kunnskap foresatte og barnet har om mat og helse.

Gi individuelt tilpassede råd basert på Helsedirektoratets nasjonale anbefalinger om kosthold og ernæring og Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring.

Begrunnelse

Konsensus

Barn er avhengige av jevn tilførsel av energi og næringsstoffer for å vokse og utvikle seg. De har et stort behov for næringsstoffer i forhold til sin egen vekt, og trenger derfor hyppige måltider. Fysisk aktivitet er også viktig for barns utvikling og helse. For småbarn i førskolealder kan 5-6 måltider per dag være passe, større barn trenger ofte 4-5 måltider for å holde et stabilt blodsukker og være i god form gjennom dagen.

Fra 1-årsalder går barnet gradvis over fra spedbarnsmat til å spise samme mat og ha måltidsrytme som resten av familien. Enten barnet spiser alle måltidene hjemme eller noen av dem i barnehagen/skole, er målsettingen at barnet skal ha et godt sammensatt kosthold og utvikle et godt forhold til mat og måltider. [Se veileder for mat og måltider i barnehagen.](#)

Barn som over tid har et ernæringsmessig ugunstig kosthold, har dårligere forutsetninger for god helse og utvikling. På kort sikt kan det føre til dårlig fungering i hverdagen som igjen kan gi dårlig tannhelse og overvekt. Råd for begrensninger av sukkerinntaket er derfor viktig for å etablere sunne matvaner tidlig.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering mener tiltak for barn og unge er særlig viktig, og peker på helsestasjon som en viktig aktør i helsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid.

Rutinemessig veiing og måling av barnet fra fødsel til og med 4 års kontroll skal gjennomføres i helsestasjon. [Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjon og skolehelsetjeneste](#) For å kunne forebygge alvorlig skjevutvikling, er det viktig å fange opp vansker og symptomer tidlig, både i forhold til å forebygge overvekt, underernæring og feilernæring. [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av overvekt barn.](#)

Kostanamnese

Helsestasjon bør regelmessig gjennomføre kostanamnese på sped- og småbarn. Ved mistanke om ernæringsproblemer bør man kartlegge faktorer som kan påvirke matinntaket, for eksempel:

- bakenforliggende sykdom
- mage- og tarmrelaterte plager (diare/forstoppelse)
- medisinsk utredning og behandling
- dårlig munn- og tannstatus
- svelgevansker, spisevansker
- sosiale og kulturelle faktorer
- matvareoverfølsomhet/allergier

[Se fullstendig oversikt over faktorer som kan påvirke matinntaket i Kosthåndboken s. 277](#)

Kartleggingen av underliggende faktorer gir et grunnlag for å planlegge og utføre målrettede tiltak, eller henvise til fastlege, eller ernæringsfysiolog. Dersom kommunen ikke har tilsatt ernæringsfysiolog i kommunen kan en ta kontakt med spesialisthelsetjenesten for bistand.

Praktisk

En enkel kartlegging av matinntaket kan gjøres ved et intervju om hva barnet spiser og drikker med utgangspunkt i en "vanlig dag". Det inkluderer måltidsrytme, matvarevalg (inkludert produkttyper og tilberedning av maten) og porsjonsstørrelser. Spørsmålene i kostanamnesen bør være åpne. I tilknytning til dette er det naturlig å komme inn på barnets /foresattes kunnskap om mat og helse. For å få nyttig informasjon om helheten i kostholdet kreves det at personen som utfører intervjuet har kunnskap om bruk av dette. Mer om kartlegging av matvaner og måltider finnes i Kosthåndboken.

Enkelte kommuner har tilsatt klinisk ernæringsfysiolog. De vil være en viktig samarbeidspart for helsesøster i helsestasjon. Klinisk ernæringsfysiolog er vanligvis involvert i tilnærming til barn ved særspising, manglende vekst, overvekt, allergi, intoleranser, refluks, næringsstoffmangler, introduksjon av fast føde, samt i veiledning av gravide, ammende og i veiledning om kosthold etter fødsel. Kliniske ernæringsfysiologer vil kunne være viktige bidragsyttere i tverrfaglige team innen opplæring og som ressurs for annet

helsepersonell.

Vi anbefaler som en del av internkontrollsystemet, at det etableres rutiner for samarbeid med kliniske ernæringsfysiolog.

Referanser

1. Helsedirektoratet Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) 2012 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>
2. Helsedirektoratet Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (IS-2170) 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ertering-og-fysisk-aktivitet>
3. Nasjonalt råd for ernæring Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag 2011 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag>
4. Helsedirektoratet Miljø og helse i barnehagen: Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-miljorettet-helsevern-i-barnehager-og-skoler>
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) 1999 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
6. Helsedirektoratet Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/retningslinjer-for-mat-og-maltider-i-barnehagen>
7. Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge>

5.1.8 Barn og foresatte 0–5 år: Gi råd om kostholdets innhold og måltidsvaner

Gi individuelt tilpassede råd basert på Helsedirektoratets nasjonale anbefalinger om kosthold og ernæring og Nasjonal faglig retningslinje for spedbarns ernæring. Foresatte skal få tydelige råd om hvordan man kan stimulere til matlyst og spising. Måltidene er en viktig læringsarena for barnet, et samlingspunkt og et psykososialt møte mellom barn og voksne. Barn vokser og utvikler seg i ulikt tempo. Dette kan medføre at barnet spiser mindre eller mer enn forventet.

God atmosfære rundt måltidet kan bidra til at barnet spiser, øker sin sosiale kompetanse og gjør at mat og måltider oppleves som positivt. Mat bør ikke benyttes som belønning eller trøst.

Begrunnelse

Konsensus

God ernæring er en av forutsetningene for tilfredsstillende vekst og utvikling hos barn. (se egen anbefaling om kostanamnese) Kostholdet er viktig både for å fremme god helse og forebygge sykdom. Grunnlaget for gode matvaner legges allerede i sped- og småbarnsalderen (Helsedirektoratet, 2014a).

Kosthold har en sentral plass i helsestasjonens opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet, både under graviditet og under hele barnets oppvekst. (Viser til basisprogrammet).

Ernæringsfysiolog er en samarbeidspartner i denne forbindelse.

Praktisk

Helsedirektoratets kostråd:

Helsedirektoratets kostråd er basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer og forskning. Kostrådene er oppsummert under. Rådene egner seg for de fleste; gravide og ammende, barn, unge, voksne og eldre. Se mer om kostrådene og om materiell på www.helsenorge.no/kostråd.

0-1 år: Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring gis råd og anbefalinger for det første leveåret.

1-5 år: Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.

1. Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.
2. Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag.
3. Spis grove kornprodukter hver dag.
4. Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk også gjerne fisk som pålegg.
5. Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
6. La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
7. Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, fremfor hard margarin og smør.
8. Velg matvarer med lite salt, og begrens bruken av salt i matlaging og på maten.
9. Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
10. Velg vann som tørstedrikk.
11. Se etter Nøkkelhullet når du handler. Det gjør det enklere å sette sammen et sunt, variert og godt kosthold.

I anbefalingene og i brosjyren Små grep, stor forskjell – råd for et sunnere kosthold presenteres kostrådene i sin helhet.

Råd for å innarbeide gode måltidsvaner for barn

Matglede og gode måltider er verdifullt for alle. Enten barnet spiser alle måltider hjemme eller noen av dem i barnehagen, er målsettingen at barnet skal ha et bra kosthold og at det utvikler et godt forhold til mat og måltider (Helsedirektoratet, 2012, 2014b). Barn er avhengige av jevn tilførsel av energi og næringsstoffer for å vokse og utvikle seg. De har et stort behov for næringsstoffer i forhold til sin egen vekt, derfor er det spesielt viktig å ha fokus på næringsrik kost til barn. Barn trenger dessuten hyppige måltider.

Barn kan være mer snevre i sitt valg av matvarer enn ungdom og voksne. Barns smaksopplevelser endrer seg og modnes gjennom stimulering og erfaring. Grunnlaget for akseptering av ny mat legges tidlig, men preferansene er i stadig endring. (mer om barn og smak på: <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/mat-for...>). Selv om barnet ikke vil ha en bestemt type mat, må barnet få tilbud om å smake på denne. Mange barn må kjenne på smaken flere ganger før de kan begynne å like matvaren.

Anbefalinger som Helsedirektoratet gir er generell og individuell veiledning og må tilpasses hvert enkelt barn og familie. Betydningen av en velfungerende måltidsituasjon er tidligere omtalt i retningslinjer for barselomsorg (Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien., 2014).

Hensyn til trivsel, samspill og psykisk helse for mor, far og barn er et viktig aspekt i all rådgivning og veiledning. Brukermedvirkning er derfor sentralt (Dennis & McQueen, 2009; Haga m.fl., 2012; Hvatum m.fl., 2014; Palmer m.fl., 2012).

I Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring gis anbefalinger og kostråd for første leveår.

Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet gis fra 1 års alder. Anbefalingene for inntak av energi og næringsstoffer tar sikte på å gi grunnlag for planlegging av et kosthold som er sammensatt slik at det:

- tilfredsstillende de primære behov for næringsstoffer, det vil si sikrer de fysiologiske behov i forbindelse med vekst og funksjon
- gir forutsetninger for en generell god helse og minsker risikoen for sykdommer som har sammenheng med kostholdet

Anbefalingene er basert på nordiske anbefalinger og rapporten *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer* fra Nasjonalt råd for ernæring.

For barn under 2 år bør saltinntaket ikke være høyere enn 0,5 gram per MJ. Dette for å unngå at barn venner seg til et kosthold med et høyt saltinnhold. For barn fra 2 til 10 års alder bør saltinntaket begrenses til 3-4 gram per dag.

Deltakelse i fellesmåltider med gode rollemodeller fremmer positiv spiseutvikling. God stemning og tid ved måltidene gir barnet positive opplevelser og er viktig for matlyst, spising og samspill med andre.

- Når barnet begynner med fast føde, er regelmessige måltider en god vane. Det bedrer fordøyelsen, gir forutsigbarhet, forebygger kariesangrep på tennene.
- Morsmelk, ev. morsmelkerstatning dersom det ikke er mulig å gi morsmelk, eller det er behov for mer mat enn morsmelk (Nasjonal faglig retningslinje for spedbarns ernæring)
- For småbarn i førskolealder kan 5-6 måltider per dag være passe for å holde stabilt blodsukker og være i god form gjennom dagen.
- Både matvaner og holdninger til mat er noe barn lærer av foreldrene.
- Unngå spising og saftdriking mellom måltidene. Det fører til at barnet er mindre sultent til måltidet.

Foresatte må få informasjon om at:

- Det er naturlig at barnet er skeptisk til det som er nytt.
- Barn som maser og sutrer behøver ikke å være sultne, men de kan ha behov for kontakt.
- Mat skal ikke brukes som trøst eller som belønning.
- Barnet må selv få bestemme hvor mye det vil spise, mens du bestemmer hva det skal spise.
- Små barn liker ofte å kjenne på og utforske maten sin.

Vi anbefaler at det samarbeides med ernæringsfysiolog i å etablere gode helseopplysningstema for foresatte.

Matlagingskurs

Der det avdekkes at foresatte ikke har den nødvendige matlagingskompetansen for å gjennomføre et normalt sunt kosthold bør denne styrkes. Praktisk matlagingskurs kan være et hensiktsmessig tiltak da muntlige råd og veiledning erfaringsvis ikke alltid er tilstrekkelig for å bidra til endring. Å etablere samarbeid med kommunens folkehelse- og ernæringsrådgiver kan være hensiktsmessig med tanke på praktiske matlagingskurs.

Referanser

1. Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>
2. Helsedirektoratet Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) 2012 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>
3. Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-751.

4. Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers Scandinavian Journal of Caring Sciences 2012 123 4 458 466
5. HelseDirektoratet Amming og spedbarns kosthold – Landsomfattende undersøkelse 2013 2014 Tilgjengelig fra <https://helseDirektoratet.no/publikasjoner/aming-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013>
6. HelseDirektoratet Miljø og helse i barnehagen: Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler 2014 Tilgjengelig fra <https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-miljorettet-helsevern-i-barnehager-og-skoler>
7. Hvatum, I., Hjalmlhult, E., & Glavin, K. Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill Sykepleien Forskning 9 1 14 23
8. Palmer, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nystrom, M. Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties Int J Qual Stud Health Well-being 7

5.1.9 Alle foresatte bør få informasjon og veiledning om normal bevegelsesutvikling og hvordan de kan legge til rette for dette

Helsestasjon bør sørge for at foresatte mottar informasjon, veiledning og praktiske tips om hvordan de kan forme et oppvekstmiljø som fremmer barnets motivasjon og mulighet for bevegelse.

Begrunnelse

Konsensus

Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge (Hills, King, & Armstrong, 2007; Meen, 2000). Aktiviteter som spontane bevegelser, rulle, «åle», krype, sitte, gå, klatre, hoppe, hinke, balansere, kaste, fange og sparke er viktige stadier i barns utvikling (Haywood & Getchell, 2014). Gjennom erfaringslæring med kroppen utforsker barnet detaljer og kvaliteter ved bevegelser, slik som hurtighet, kraft, utholdenhet og bevegelse (Sheets-Johnstone, 1999).

Et lavt fysisk aktivitetsnivå under oppveksten kan bidra til dårlig helse og sykdom i voksen alder: hjerte- og karsykdom, hypertensjon, fedme, diabetes type 2, visse former for kreft, beinskjørhet og belastningsslidelser.

Motorisk utvikling er endringer som skjer over tid. Utvikling av motoriske ferdigheter gjennom spedbarnsalder og barnealder, henger sammen med og påvirkes av en rekke faktorer, fra karakteristika ved barnet, til barnets sosiale kontekst. Motoriske ferdigheter har betydning for deltakelse og fungering i sosiale fellesskap, lek, læring og utvikling samt for å redusere overvekt blant barn. For å fremme en best mulig motorisk og kognitiv utvikling er det viktig at ulike former for avvik oppdages så tidlig som mulig (Haywood & Getchell, 2014).

Barnets utvikling beskrives ofte gjennom ulike faktorer som: språklighet, sosial og emosjonell kompetanse, kognitive og motoriske ferdigheter. Dette lar seg gjøre i teorien, men i praksis er alle disse aspektene gjensidig avhengig av hverandre for at barnet skal utvikle sine aldersadekvate ferdigheter. Et barns bevegelsesutvikling er tett sammenvevd med følelsen av å være en egen person – opplevelsen av «selvet». Denne utviklingen skjer i tett samspill med foresatte. Jo yngre barnet er desto tetter sammenvevd er alle utviklingsprosesser i dette lille mennesket. Studier viser en tydelig sammenheng mellom motorisk utvikling, kognitiv utvikling, sosial utvikling og språkutvikling .

Praktisk

Under helseundersøkelsen kan det gis råd om enkle tips i hverdagen som kan fremme barnets bevegelsesutvikling via motivasjon, nysgjerrighet og muligheter. Foresatte kan gjennom en slik tilnærming og refleksjon med helsesøster og lege få tidlig innsikt i sammenhengen mellom barnets utvikling, mestring

og glede ved å være fysisk aktiv.

Via foreldreveiledning kan man styrke foresattes kompetanse med enkle tiltak som fremmer barnets motoriske utvikling og læring. Et tips kan være å informere foresatte om betydningen av å f.eks. å la barnet kunne ligge på en gulvmatte på gulvet, fremfor å ta i bruk ulike typer hjelpemidler som liggestol, gåstol, inne-huske m.m. Utfoldelse på gulvet er en fin arena for samspill og lek mellom barnet, dens søsken eller foresatte. Fysisk utfoldelse og aktivitet bør ses i sammenheng med barnets opplevelse av mestring og bevegelsesglede.

Helsedirektoratet lanserte i mars 2014 anbefalinger om fysisk aktivitet for barn og unge. Anbefalingene er generelle og kan være noe overordnede for de yngste aldersgruppene. I forbindelse med anbefalingene er det utarbeidet [faktaark som sier mer om aktiviteten i ulike aldersgrupper \(helsenorge.no\)](http://faktaark.som.sier.mer.om.aktiviteten.i.ulike.aldersgrupper.helsenorge.no).

Fysioterapeuter har en dedikert kompetanse på betydningen av motorisk utvikling /fysisk aktivitet hos sped- og småbarn, og bør trekkes med i et systemrettet samarbeid med personell i helsestasjon for å kvalitetssikre ulike temaområder og rådgivning på de ulike aldersgrupper. Det bør arrangeres felles kompetansedager om fysisk helse mellom alt personell som jobber i helsestasjon.

Referanser

1. Haywood, K. M., & Getchell, N Life span motor development Campaign 2014 6th ed. utg.
2. Hills, A. P., King, N. A., & Armstrong, T. P The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: implications for overweight and obesity Sports Medicine 2007 37 6 533 545
3. Meen, H. D Fysisk aktivitet hos barn og unge i relasjon til vekst og utvikling Tidsskrift for den Norske Legeforening 2000 120 24 2908 2914
4. Sheets-Johnstone, M The primacy of movement 1999

5.1.10 Barn med særlige behov: Styrk samarbeidet med fysioterapeut for å identifisere forsinket eller avvikende bevegelsesutvikling

Bevegelsesutvikling bør være et viktig tema ved alle konsultasjoner. Fysioterapikompetanse er en del av grunnbemanningen i helsestasjon. Både planlegging og ev. gjennomføring av konsultasjon i grupper eller individuelt kan skje i samarbeid mellom helsesøster og fysioterapeut. Tverrfaglig arbeid kan bidra til å hjelpe foresatte med enkle tiltak som fremmer barnets bevegelsesutvikling og videre læring av nye ferdigheter.

Det er et lederansvar å sikre ivaretagelse av at fysioterapi kompetanse ved behov blir en del av grunnbemanningen i helsestasjon.

Begrunnelse

Konsensus

Forsinket utvikling eller skjevutvikling vil finnes hos ca. 5 % av alle barn under 5 år. (Oberklaid et al 2005) Barna vokser ikke av seg disse problemene , selv om symptomene kan bli mindre tydelige med årene. Studier viser at uten intervensjon vil barn fortsatt ha problemer 10 år etter første kartlegging/ testing (Losse et 1991, Sigmondsson et al 2002).

Flere studier viser en tydelig sammenheng mellom motorisk utvikling, kognitiv utvikling, sosial utvikling og språkutvikling hos barn (Carlberg 2002 i Bechung s. 56)

Helseundersøkelsene utgjør kjernen i helsekontrollene (Statens helsetilsyn, 2013). Målsetningen med helseundersøkelsen er å kartlegge barnets generelle helsetilstand og oppvekstvilkår. Noe av denne kartleggingen gjøres via observasjon av barnets aldersadekvate utvikling, og samtale med foresatte. Det er ønskelig og forventet at barn som viser en forsinket eller avvikende utvikling identifiseres før 6-månedersalder. Avvikende bevegelsesutvikling kan være et av de første tegnene på sykdom, dårlige oppvekstvilkår, mistrivsel, mishandling m.m.

Barnevekststudien fra Folkehelseinstituttet viser blant annet at høy fødselsvekt, rask vekst i løpet av barnets første ni måneder og høy kroppsmasseindeks fra 2-årsalder er kritiske perioder for utvikling av overvekt og fedme ved 8-årsalder. Resultatene viser at forebygging av overvekt bør starte tidlig. Det er viktig med regelmessige målinger av høyde og vekt på helsestasjonen, og målingene bør følges opp med gode kostråd til foreldrene (FMI.no 2015).

Overvektige barn kan av mange årsaker ha problemer med å utvikle motoriske ferdigheter. Helsepersonell bør komme inn tidlig med kostholdsveiledning og tiltak som fremmer barnets muligheter for motoriske utvikling og aktivitet i hverdagen. Veiledning om anbefalt kosthold og tiltak som fremmer motorisk utvikling og aktivitet kan gis i hjemmet. Se egne anbefalinger om bevegelsesutvikling, kosthold og anbefaling om samarbeid med barnehage.

Vurdering av aldersadekvat bevegelsesutvikling forutsetter tilstrekkelig kompetanse på området, og et tett samarbeid mellom fagpersonene tilknyttet helsestasjonen. Fysioterapeuter har kompetanse på vurderinger knyttet til bevegelsesapparatet, motorisk utvikling og kroppslige uttrykk for psykiske problemer.

Et formalisert samarbeid mellom disse to faggruppene kan styrke det helsefremmende og forbyggende arbeidet både på individ- og systemnivå. I tillegg kan dette være ett av flere tiltak som sørger for tidlig intervensjon. I dette dokumentet defineres tidlig intervensjon slik: Tidlig intervensjon består av multidisiplinære tiltak for å fremme helse og velvære til barnet, begrense utviklingsmessige forsinkelser og funksjonshemminger, forebygge funksjonstap, fremme foresatte funksjon og generell familiefungering (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005).

(Se egen anbefaling om bevegelsesutvikling.)

Praktisk

Ved etablering av tverrfaglig planlegging og gjennomføring av eks. 4-månedersgruppe kan man styrke foresattes kompetanse med enkle tiltak som fremmer motorisk utvikling og fysisk aktivitet. Forskning og erfaring dokumenterer at tidlig intervensjon styrker foresattes kompetanse og bidrar til å fremme bevegelsesutvikling hos barnet (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005; Riethmuller, Jones, & Okely, 2009). Aldersadekvat bevegelsesutvikling kan danne et solid grunnlag for barnets fremtidig bevegelsesglede, mestringfølelse og fysiske utfoldelse.

(Se egen anbefaling om bevegelsesutvikling)

Referanser

1. 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>
2. 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
3. Blauw-Hopers CH, Hadders-algra M A systematic review of the effects of early intervention on motor development 2005
4. Riethmuller, A. M, Jones, R. A Efficacy of Intervention to Improve Motor Development in Young

children: A systematic Review 2009

5. Helsedirektoratet Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjeneste 2010 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
6. Bechung et al Fysioterapi for barn og unge 2013
7. Lærum, E., S. Brage, C. Ihlebæk, K. Johnsen, B. Natvig and E. Aas Et muskel- og skjelettrengskap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet Ullevål, Muskel og Skjelett Tiåret (MST) 2013

5.1.11 Ved 2- og 4-årskonsultasjon: Foresatte bør få kunnskap og veiledning om barns naturlige seksuelle utvikling

Viktige milepæler i barnets seksuelle utvikling er barnets egne opplevelser, erfaringer og forståelse av egen kropp, grenser og tilknytning. Helsestasjonen skal gi veiledning slik at foresatte har nok kunnskap til å kunne snakke med barna om kropp, kjønn og seksualitet, trygghet og grenser.

Begrunnelse

Konsensus

Grunnlaget for utvikling av seksuell selvvråderett, mestring og glede legges tidlig i barneårene. Foresatte er viktige for å hjelpe barn til å få en sunn og trygg seksualitet (Træen, 2007).

Milepæler i barnets utvikling, er barnets egne opplevelser, erfaringer og forståelse av egen kropp, grenser, tilknytning og seksualitet. Foresatte bør oppmuntres til å snakke med barnet om kropp, identitet og seksuell utvikling gjennom hele barnets oppvekst. Kompetanse og et positivt forhold til egen kropp og seksualitet er avgjørende for seksuell glede, for å utvikle en trygg seksuell identitet og sikrere seksuelle handlingsmønstre som voksne. Dersom voksne omsorgspersoner reagerer negativt på det barnet opplever som gode følelser knyttet til egen kropp og kroppslige opplevelser, vil barnet kunne tolke gode seksuelle følelser som noe negativt når de dukker opp (Vildalen & Langfeldt, 2014).

Foresatte er derfor viktige i å hjelpe barn til å få en sunn seksualitet (Træen, 2007). Et trygt velregulert barn vil møte omgivelsene med nysgjerrighet og utforskningstrang. Denne utforskningen omfatter også andre barns kroppslige følelser. Trygge foresatte med gode mentale ferdigheter vil speile og regulere alle følelser, inkludert seksuelle følelser, slik at de fremstår som forståelige, håndterlige og virkelige for barna (Vildalen & Langfeldt, 2014).

Kunnskapsoppsummeringer og internasjonale undervisningsprogrammer er samstemte om at voksne må kunne gi konkrete positive budskap til barn, men samtidig kunne lære dem å gi tydelige signaler hvis de er i fare for å bli utsatt for overgrep og utnyttelse. Derfor er det viktig at barn tidlig lærer å sette navn på kroppsdeler og har en enkel forståelse av begrepene seksualitet og reproduksjon. De må ha ferdigheter i å gi signaler om egne grenser og i å respektere andres.

Forskning viser at seksuell kjønnsidentitet ofte blir tydelig hos barn fra 4-årsalderen, men vi mangler fortsatt oversikt over forskning som belyser små barns seksualitet/kroppsforskning og seksuell lek.

Nasjonale og internasjonale undersøkelser tyder på at 30 prosent av alle overgrep mot barn og unge begås av andre barn eller unge. Det er estimert at 50 prosent av voksne overgripere begikk sitt første overgrep i barndommen eller i tenårene.

Overgrep mot barn forekommer oftere mot barn med skeiv seksuell legning, utviklingshemning og funksjonshemning.

Arbeidet med seksuell helse i helsestasjon- og skolehelsetjeneste er beskrevet i Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015, og vil bli ytterligere omtalt i den kommende strategi for seksuell helse i 2016.

2-årskonsultasjon:

Fokus på seksuell og relasjonell utvikling

Innhold i 2-årskontroll:

- Samtale med foresatte om temaer knyttet til naturlig seksuell utvikling og barnets utforskning og opplevelse av egen og andres kropp/kroppsfunksjoner. Kjennskap til barnets sanseutvikling og utvikling av tilknytning bør ligge som basalkunnskap.
- Stellesituasjoner og renslighetstrening er gode arenaer for observasjon og samtale.

4-årskonsultasjon:

Fortsatt fokus på seksuell og relasjonell utvikling (se 2-årskontroll). Seksuell lek og seksuell orientering av kjønnsidentitet bør inkluderes i samtalen. 3–4 års alder etablerer barn i økende grad nettverk og vennskap. Seksuell nysgjerrighet og nysgjerrighet på andres kropp vil kunne blande seg inn i venneleken. Ved 4-årsalderen kan også temaer knyttet til kjønnsidentitet og seksuell orientering inkluderes.

Mange barn uttrykker kjønn på en utypisk måte ved at gutter går i typiske jenteklær eller omvendt – i kortere eller lengre perioder. 80 % av barn slutter med dette innen 12-årsalderen (HOD, 2015).

Praktisk

Referanser

1. Helsedirektoratet Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2015 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forebygging-av-uonsket-svangerskap-og-abort-20102015-strategier-for-bedre-seksuell-helse->
2. Helse- og omsorgsdepartementet Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn 2015 Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rett-til-rett-kjonn---helse-til-alle-kjonn/id2405266/>
3. Træen, B Kos og kaos Intervju i TV-serie, NRK 2007
4. Vildalen, S., & Langfeldt, T Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner: med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid 2014
5. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet Barndommen kommer ikke i reprise – Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) 2014 Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barndommen-kommer-ikke-i-reprise/id744482/>
6. Private Barnehagers Landsforbund Kurs for barnehager om barns seksualitet Tilgjengelig fra <http://www.pbl.no/no/VERKTOYMENY/Siste-nytt/Medlemsprodukter-og-tjenester/PBL-Kurs/Nytt-kurs-om-barns-seksualitet/>
7. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet Foreldreveiledningsprogrammet Tilgjengelig fra http://www.bufdir.no/en/Familie/veiledning_til_foreldre/

5.1.12 Alle foresatte skal få informasjon og veiledning om barns rett til et tobakksfritt miljø

Et av hovedmålene i Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader 2013-2016 er at unge ikke skal

begynne med tobakk.

Barn har lovbestemt rett til røykfri oppvekst. Det står i tobaksskadeloven at barn har rett til et røykfritt miljø. Den nye lovbestemmelsen fra 2013 skal gi barn et bedre vern mot passiv røyking. Det er den som er ansvarlig for barn som skal sørge for at denne retten blir oppfylt. Tobakksfritt miljø omhandler både tobakk og snus.

Begrunnelse

Å bli utsatt for passiv røyking vil si at man puster inn luft som er forurensset av tobakksrøyk. Ved passiv røyking får man i seg de samme stoffene som ved aktiv røyking. Tobakksrøyk består av en kompleks blanding av mellom 4000-7000 forskjellige kjemiske stoffer, og 50-70 av disse er potensielt kreftfremkallende. Minst 80 prosent av den helseskadelige tobakksrøyken er usynlig. [Det du ikke ser, om barn og passiv røyking. Helsedirektoratet](#)) Fakta: [passiv røyking](#)

Barn av røykende mødre har gjennomsnittlig lavere fødselsvekt, større risiko for krybbedød og økt risiko for å utvikle astma. Spedbarn som utsettes for passiv røyking etter fødselen, har økt risiko for krybbedød uavhengig om mor røykte under svangerskapet eller ikke.

Passiv røyking er spesielt skadelig for små barn. Tobakksrøyk gjør at lungene fungerer dårligere og at slimhinnene i luftveiene blir mer mottakelig for infeksjoner. Barn som ikke vokser opp i røykfritt innemiljø, får derfor oftere luftveisinfeksjoner som bronkiolitt, bronkitt og lungebetennelse, samt gjentatte ørebetennelser.

Passiv røyking kan ha både kortvarige og langvarige helseeffekter for barn. Noen av de vanligste kortvarige effektene er mindre alvorlige symptomer som hoste, irriterte øyne og tung pust.

Praktisk

Både lege, helsesøster eller annet helsepersonell i helsestasjon bør informere om skadevirkninger av passiv røyking. Temaet kan tas opp både individuelt eller i grupper. Under konsultasjonene gis det en god mulighet for å gi foresatte informasjon om skadevirkninger på barn.

Foresatte som røyker bør få informasjon om at dersom en skal verne sitt barn mot tobakk så bør røyking foregå ute, og ikke gjennom vindu eller under kjøkkenvifta. Dersom foresatte snuser bør det sikres at barnet ikke får tak i snus/snusposer for å putte i munnen.

Helsepersonell bør dokumentere i barnets journal at tobakksfritt miljø er tatt opp med foresatte.

www.helsenorge.no

Helsesøster og lege bør informasjon om hvor de kan få sluttehjelp/aktuelle hjelpetilbud (både Helsedirektoratets hjelpetilbud og snus- og røykesluttveiledning på frisklivssentralen). (ref. Minimal intervensjon).

Helsedirektoratet har materiell om røykeslutt som ev kan henges opp på venteværelse. www.tobakk.no

Referanser

1. Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., & Thomas, J. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy Cochrane Database Syst Rev 2013 10, Cd001055
2. Lovdata Lov om vern mot tobaksskader (tobaksskadeloven) 1973 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/lov/1973-03-09-14>

3. Royal College of Physicians Passive smoking and children: A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians Tilgjengelig fra <http://shop.rcplondon.ac.uk/products/passive-smoking-and-children?variant=6634905477>

5.1.13 Familier med behov: Helsestasjon bør vurdere hjemmebesøk som oppfølgingstiltak

Noen barnefamilier trenger ekstra oppfølging og støtte. Et utvidet oppfølgingstilbud på helsestasjon kan for noen familier kombineres med hjemmebesøk. Det blir lettere å oppnå kontakt, og man får observert ferdigheter og samspill i deres vante omgivelser.

Forskningsgrunnlag

Populasjon

Mødre og barn i barseltiden

Intervensjon

4-6 hjemmebesøk

Komparator

1 hjemmebesøk

Utfall

Barns psykiske og eller fysiske helse, foreldres tilfredshet

Sammendrag

Kunnskapssenteret har søkt etter, kritisk vurdert og gradert tilgjengelig systematiske oversikter som omhandler hjemmebesøk og foreldreveiledning som er vurdert å kunne være relevant for helsestasjoner (Vist m.fl., 2015). De fant en systematisk oversikt (Yonemoto m. fl., 2013) av høy kvalitet som oppsummerte effekter av forskjellige rutiner for hjemmebesøk i den tidlige post-partum perioden, [Bakgrunnsdokumentasjon til nasjonale retningslinjer for helsestasjoner 2015](#). Denne systematiske oversikten hadde flere sammenligninger, der sammenligninger av flere versus kun ett hjemmebesøk for mødre og barn i barseltiden var relevant for problemstillingen i PICO 1. Problemstillingen ble besvart i tre randomiserte kontrollerte primærstudier fra Syria, Zambia og Nord-Irland. Populasjonen var begrenset til friske, normale barn. Studiene fra Nord - Irland ekskluderte i tillegg høy-risiko mødre (f. eks. med familieforhold som vold, rus, psykiske problemer). I studiene fra Syra og Zambia hadde kvinnene begrenset tilgang til annen helsehjelp enn hjemmebesøkene de fikk gjennom studiene.

Effekt er rapportert på flere utfall.

Dokumentasjonen sammenligner flere hjemmebesøk med ett hjemmebesøk. Det viser at flere hjemmebesøk:

- Trolig har liten eller ingen effekt på alvorlige helseproblemer hos mor
- Muligens har liten eller ingen effekt på andelen mødre som er tilfreds med omsorg og service.
- Muligens øker gjennomsnittsskår for mødres tilfredshet med omsorg og service.
- Muligens har liten eller ingen effekt på hyppighet av luftveisinfeksjon hos barna.
- Muligens har en liten effekt på neonatal dødelighet, men spennvidden for tiltakets mulige effekt viser i beste fall en stor nedgang i dødelighet og i verste fall en økning i dødelighet.
- Muligens reduserer bruk av andre helsetjenester for barnet.
- Muligens har en liten, gunstig effekt på andelen som fullammer.

Det er usikkert om flere hjemmebesøk har effekt på mødre-dødelighet inntil 42 dager etter barnets fødsel.

For mer detaljert rapportering av effektestimater og gradingen av kvaliteten på dokumentasjonen, se

rapport s. 19-20, tabell 3.

Populasjon

Populasjoner med lav sosioøkonomisk status

Intervensjon

Hjemmebesøk

Komparator

Standard tjeneste

Utfall

Barns psykiske og eller fysiske helse, foreldres tilfredshet

Sammendrag

Kunnskapssenteret har søkt etter, kritisk vurdert og gradert tilgjengelig systematiske oversikter om effekt av tiltak for å tilpasse helsestasjonstjenesten eller tilsvarende helsetjenestetilbud til familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoritetsfamilier eller tenåringsmødre, eller tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon (Mosdøl m.fl., 2014). De fant to systematiske oversikter av høy kvalitet som rapporterte på effekt av hjemmebesøksprogram til sårbare grupper [Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten 2014](#). Den ene undersøkte effekten av forekomst på skader og ulykker og på hjemmemiljø (Kendrick m.fl., 2013), mens den andre rapporterte på effekten av barnevaksinasjonsprogram (Kendrick m.fl., 2000). Det ble ikke funnet systematiske oversikter om hjemmebesøk til sårbare grupper med andre relevante utfallsmål. Oversiktsstudiene inkluderte til sammen 33 studier fra USA, Australia, Canada, Storbritannia; Irland og New Zealand og Tyrkia. Familiene som ikke deltok i hjemmebesøksprogrammet (kontrollgruppene) fikk standard helsetjeneste der studiene ble gjennomført. Dette innebar mindre tilgang på helsekontroller og foreldreveiledning enn det som gis av norske helsestasjoner. I alle studiene hadde familiene i intervensjonsgruppen mer kontakt med forebyggende mor-barn tjenester enn kontrollgruppen, i tillegg til at kontakten foregikk i hjemmet. Studiene viser oppsummert en redusert forekomst av barneulykker, men effekten på fullføring av barnevaksinasjoner er usikker.

For mer detaljert rapportering av effektestimater og gradingen av kvaliteten på dokumentasjonen, se rapport s. 34-35, tabell 4 og 5.

Begrunnelse

I tråd med forskrift for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, § 2-3 skal tilbudet omfatte hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet.

Stabilitet, trygghet og god tilknytning er av stor betydning for barns fysiske, følelsesmessige, sosiale og kognitive utvikling. Ulike negative forhold og faktorer i omgivelsene, i hjemmet, blant foresatte og hos barnet selv kan virke forstyrrende på en trygg og forutsigbar oppvekst. For enkelte barn kan belastninger og usikker livssituasjon være bekymringsfull og innebære en risiko for sunn vekst og utvikling. Foresatte som på ulike måter sliter kan ha behov for hjelp for å ivareta sin omsorgsrolle. Helsesøster har gjennom sine jevnlige kontakter med familiene en unik posisjon til å komme tidlig inn med forebyggende tiltak. Hjemmebesøket vil gi muligheter til å få innblikk i barnets omsorgssituasjon og oppvekstforhold.

Helsestasjonens hjemmebesøk til familier med barn har lange tradisjoner som helsefremmende forebyggende tiltak i Norge, og er i hovedsak gjennomført til familier med nyfødte barn som en del av basisprogrammet i helsestasjon. Det er relevant å tilby hjemmebesøk også til barn på ulike alderstrinn i sammenhenger der helsestasjon vurderer at familien har særlige behov for hjelp og foreldrestøttende tiltak. Målet er blant annet å yte hjelp og støtte som kan bidra til å forebygge risiko og problemer som forbindes med helse og sosial ulikhet. Hjemmebesøk vurderes som et tiltak for å støtte familien da det kan oppleves mer trygt å være i sitt eget miljø.

I mange sammenhenger innehar helsepersonell opplysninger som indikerer et behov for ekstra oppfølging og støtte. Et utvidet oppfølgingstilbud kan være hjemmebesøk. Hjemmebesøk blir enkelte steder benyttet som tiltak når foresatte ikke møter med barnet på helsestasjonen. Helsestasjoner erfarer at blant barn som meldes til barnevernet, har "ikke møtt" vist seg å være en fremtredende faktor.

Hjemmebesøk kan også benyttes som konsultasjon til nytilflyttede familier, ved bekymring for omsorgssituasjon, ved adopsjon og ved alvorlige kriser, sykdom eller dødsfall (eksemplene er ikke uttømmende).

Basert på funn fra Topp studien gjennomført i Norge anbefales obligatorisk hjemmebesøk til alle familier med førskolebarn, i kombinasjon med systematisk oppfølging og støtte til familier som sliter, se lenke; [Anbefaler hjemmebesøksprogrammer rettet mot førskolebarn - FHI](#)

Internasjonal oppsummert forskning viser at flere hjemmebesøk gitt som et universelt tilbud, muligens kan ha noen gunstige effekter sammenlignet med ett hjemmebesøk for enkelte utfall, se under «Kunnskapsgrunnlag» (Vist m. fl., 2015). Oversiktsartikkelen som rapporten referer til inkluderer imidlertid ingen studier fra norsk helsestasjonsvirksomhet. De inkluderte studiene er fra land der både helsetjenesten og populasjonen ikke anses å være direkte sammenlignbare med Norge (Yonemoto m.fl, 2013). I tillegg viser Kunnskapscenterets rapport basert på oppsummert forskning på hjemmebesøksprogram til sårbare grupper, effekt på redusert forekomst av barneulykker, se under "Kunnskapsgrunnlag" (Mosdøl m.fl., 2014). Hjemmebesøk kan dermed være et tiltak for å skape et likeverdig tjenestetilbud.

Effekt på fullføring av barnevaksinasjoner er usikker, og dokumentasjon på andre relevante utfallsmål mangler (Mosdøl m.fl. 2014). Oversiktstudien som rapporterer på effekt av barnevaksinasjoner inkluderer studier fra land med populasjoner som ikke er direkte sammenlignbare med norske (Keindrich m.fl., 2000). I tillegg er omfanget av hjemmebesøk i intervensjonene som er prøvd i studiene til dels er mer omfattende og har mer komplekse tiltak. Standard helsetjenestetilbudet som det sammenliknes mot antas å være relativt ulikt det norske tilbudet. Resultatene kan derfor ikke direkte overføres til å gjelde effektene av hjemmebesøk som arbeidsform slik tiltaket vanligvis benyttes i helsestasjon i Norge. Dette understreker behovet for å styrke forskning fra norsk helsestasjonsvirksomhet som omfatter både hjemmebesøk som et universelt tilbud og som et utvidet tilbud til sårbare grupper.

Praktisk

Besøket må alltid være varslet og godt planlagt med tanke på samtale, observasjon og kartlegging etter en faglig vurdering.

Referanser

1. Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barselid-for-familien>
2. Hvatum, I., Hjälmhult, E., & Glavin, K. Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill Sykepleien Forskning 9 1 14 23
3. Mosdøl, A., Blaasvær, N., & Vist, G. E. Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten Rapport fra Kunnskapscenteret 2014 19 Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tilpassede-tiltak-for-helsestasjonstjenesten>
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. Socialstyrelsen Vägledning för barnhälsovården 2014 Tilgjengelig fra <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj> www.rikshandboken-bhv.se
6. Vist GE, Denison E, Gundersen MW, Grøgaard J, Hansen-Bauer MW, Helland T, Hvatum I, Kvalnes A, Mosdøl A, Møllebakken K, Sletten TD, Sommerseth Hansen L, Strømme B, Underland V, Wiggen N,

Økland T, Lervik JM Bakgrunnsdokumentasjon til retningslinjer om helsestasjoner. Notat fra Kunnskapscenteret 2015

7. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2013 3
8. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, et al Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 3

5.2 Samspill og tilknytning mellom barn og foresatte

5.2.1 Alle foresatte bør få kunnskap om hvordan og hvorfor de bør normalisere og anerkjenne barnets følelser

Å anerkjenne barnets følelser gir god psykisk helse. Derfor er det viktig å snakke med foresatte om dette. Anerkjennelse av barnets følelser fremmer en trygg tilknytning som er viktig for barnets utvikling og derfor et av de mest sentrale temaene å fokusere på under konsultasjonene. Dette ligger som en "grunnmur" under en rekke andre tema som f.eks. mat, bevegelsesutvikling, søvn, grensesetting, søskensjalusi m.m.

Begrunnelse

Konsensus

Anerkjennelse av barnets følelser fremmer en trygg tilknytning som er vesentlig for utviklingen av god psykisk helse (DeKlyen & Greenberg, 2008; Kobak, m.fl., 2006). En av de avgjørende faktorene i barns tidlige utvikling er kvaliteten på samspillet mellom barn og foresatte. God tilknytning til foresatte beskytter, mens dårlig tilknytning hemmer en følelsesmessig utvikling og fremmer risikofaktorer (Laucht m.fl., 2009).

Gode foresatte opptrer som aksepterende, kjærlige, tilgjengelige og responsive på avstemt vis. Da utvikler gjerne barnet en trygg tilknytning til sine nærmeste. Foresatte til trygge barn har et klart fokus på barnets indre tilstand. Strategiene som foresatte benytter for å trøste og beskytte barnet når det er oppbrakt internaliseres i barnet. Dette fører til at barnet fungerer fleksibelt i relasjoner (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011). Trygg tilknytning fremmer barnets evne til å forstå seg selv og menneskene rundt seg. Samtidig hjelper det barnet til å regulere og differensiere mellom følelser (Schore, 2003). En forutsetning for selvregulering er at foresatte «bærer» barnets følelser til barnet selv er mer i stand til å håndtere dem (Powell et al., 2014). Sagt på en folkelig måte innebærer dette at små barn ikke kan skjermes bort med for mye kjærighet.

Hvordan barnet blir møtt følelsesmessig forstås som "motoren" i tilknytningen mellom barn og foresatte. Barn som utvikler trygg tilknytning blir robuste i livets senere utfordringer og kriser og tåler motgang bedre. Forskning viser at barn preget av trygg tilknytning har mer håp, glede og god selvfølelse. De tåler forskjeller mellom mennesker bedre og viser mer godhet overfor andre enn barn med ulike grader av utrygg tilknytning (Powell et al., 2014). Vansker med følelsesmessig utvikling er sentralt innenfor psykiske helsevansker. Flere utviklingsområder kan påvirkes av mangelfull følelsesmessig utvikling i barndommen (Kvello, 2010).

Hjernen er ikke ferdig utviklet ved fødsel, og de første årene har vesentlig betydning for hjernens utvikling senere i livet (Walhovd & Fjell, 2010). Mange spedbarnsforskere er opptatt av hvilke konsekvenser som det sosiale miljøet og det tidlige affektive samspillet har for hjernens oppbygging og oppkoblingen av nervesystemet (Field 2006). Det er variasjoner i hvor mottakelige et barn er for miljøet og omsorgen de eksponeres for med tanke på både risiko og beskyttende faktorer. Dette skyldes delvis barnets medfødte arveanlegg (Doesum, 2007).

Tilknytningsforhold er av sentral betydning for spe- og småbarns psykiske helse og må tas opp under samtlige helsestasjonskonsultasjoner. Den enkelte foresatte trenger kompetanse til å se forskjell på god nok og mangelfull sensitivitet eller beskyttelse i relasjonen til sine barn. De regelmessige konsultasjonene gir anledning til å fokusere på barnets behov for støtte i sin utforskning av verden og behov for trøst, kontakt og nærhet.

Spedbarnstiden er en sensitiv periode hvor det bør vies økt oppmerksomhet i overgangsfaser som nyfødtp perioden og senere ved 6–8 måneders alder. Deretter er overgangen til barnehage stor, og flere studier viser at små barn får et høyere stressnivå i barnehage enn i hjemmet. I perioden 2–3 år blir selvstendighetstrangen mer fremtredende, og senere er skolestart en viktig periode å ha oppmerksomhet på.

Referanser

1. Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling Fagbokforlaget 2011
2. DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. Attachment and Psychopathology in Childhood. I: J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications 2008 2. utg. 637 666
3. Doesum, K. V. An early preventive intervention for depressed mothers and their infants, its efficacy and predictors of maternal sensitivitet 2007
4. Kvello, Ø. Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. I: V. Moe, K. Slinning, & M. Bergum Hansen (red.), Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse 493 526
5. Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. The circle of security intervention: enhancing attachment in early parent-child relationships 2014
6. Schore, A.N. Affect Regulation and the Repair of the Self 2003
7. Walhovd, K. B., & Fjell, A. M. Tidlig sentralnervøs utvikling og betydningen av ytre forhold, stimulering og omsorgsmiljø. I: V. Moe, K. Slinning, & M. Bergum Hansen (red.), Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse 2010 493 526
8. Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. I: D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), Developmental Psychopathology, Theory and Method 2006 Vol. 1

5.2.2 Alle mødre og foresatte bør få råd om samspill med barnet og trivsel i forbindelse med amming eller flaskemat

En velfungerende amme- eller flaskesituasjon kan fremmes ved kunnskap og veiledning. Helsestasjon bør gi råd i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om spedbarnsernæring og nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg.

En stressende amme- eller flaskesituasjon kan påvirke samspillet mellom mor og barn. Der dette oppstår bør helsestasjon i tillegg til ammeveiledning åpne opp for alternativer til amming.

Begrunnelse

Konsensus

Morsmelk er den beste maten for spedbarnet.

Ammevansker kan øke risikoen for barseldepresjon (Dennis & McQueen, 2009; Haga m.fl., 2012) og

vanskeliggjøre et godt samspill mellom mor og barn (Hvatum m.fl., 2014; Larsen & Kronborg, 2012; Palmér m.fl., 2012). Ammekyndig helsestasjon kan være et tiltak (World Health Organization & UNICEF, 2003) som bidrar til velfungerende amming og forebygging av barseledepresjon (WHO, 2003). Barnets følelsesmessige, kognitive og atferdsmessige utvikling henger tett sammen med mors psykiske helse og kapasitet til samspill (Hart & Gröhn, 2011). Individuelle og helhetlige trivselsfremmende hensyn for mor og barn bør vektlegges (Helsedirektoratet, 2012; Tufte, 2013). Hvis situasjonen tilsier det bør det åpnes opp for alternativer til amming.

Bevisst veiledning om amming og flaskemating er vesentlig siden mating både handler om ernæring og om samspill mellom mor/annen foresatt og barn. Dersom barnet får flaskemat er det viktig å ha fokus på samspillsfremmende samvær.

Praktisk

For å kunne gi god veiledning skal helsepersonell spørre mor om trivsel relatert til amming (Helsedirektoratet, 2014). Hvis mors psykiske situasjon blir berørt av en stressende ammesituasjon og samspillet mellom mor og barn er lidende, bør det i tillegg til ammeveiledning presenteres alternativer til amming. Helsepersonell bør ha kunnskap om amming, men også tilstrekkelig kompetanse om hvordan amming reduseres/avsluttes og hvordan morsmelkerstatning blir brukt på en korrekt måte. Foresatte bør få informasjon om at det tilknytningsfremmende hormonet oksytoksin som finnes i morsmelk også produseres ved hudkontakt, lukt, smak, hørsel og synsinntrykk (Uvnäs-Moberg, 2006). Dette kan være til støtte for mødre som ikke ammer.

I den senere tid er det utviklet kunnskap om betydningen av et godt samspill og trygg tilknytning mellom foresatte–barn. Kvaliteten på samspillet er betinget av foresattes sensitivitet og evne til å regulere egne følelser. Sensitive foresatte forstår og svarer på barnets signaler med aksept og bekreftelse. Ifølge utviklingsnevrologisk forskning utvikler og organiserer hjernen seg som en refleksjon av erfaringer (Glaser, 2002; Hart & Gröhn, 2011). Det krever overskudd å imøtekomme barnets signaler og å være i stand til å trøste når barnet har behov for å regulere sine følelser. Mye av samspillet mellom mor/foresatt og barn skjer i forbindelse med mating. Spedbarn får mellom åtte og tolv måltider i døgnet. Siden et måltid må forståes som mer enn mat er det viktig at både mor/foresatt og barn opplever dette som gode relasjonelle møter. Når amming går på bekostning av mors/annen omsorgspersons trivsel og overskudd til samspill med barnet, kan reduksjon/avslutning av ammingen være en helsefremmende strategi.

Det er ikke gitt at livsstilsvalg som i teorien anses som sunne, fremmer helse for hvert enkelt menneske. Trivsel kan virke som en «vaksine» mot livstilsfaktorer. Harmoni og balanse er essensielt og relatert til en helhetlig forståelse av livet (Ingstad & Fugelli, 2014). Trivsel bør derfor vies oppmerksomhet når helsepersonell veileder. En grunnleggende forståelse av begrepet trivsel inneholder mer enn hygge og fravær av negative faktorer – det rommer også en biopsykososial kvalitet. En forstyrrelse i barnet eller i forholdet mellom barnet og det ytre miljøet kan føre til at barnet ikke trives. En ubalanse mellom evner, krav og forventninger kan føre til sykdom, samtidig som trivsel kan veie opp for minusposter i helsen "regnskap".

Referanser

1. World Health Organization/UNICEF Global strategy for infant and young child feeding 2003 Tilgjengelig fra <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
2. Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for barseleomsorgen 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barseleomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>
3. Helsedirektoratet Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) 2012 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-erteringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>
4. Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-751.

5. Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers Scandinavian Journal of Caring Sciences 2012 123 4 458 466
6. Hvatum, I., Hjälmhult, E., & Glavin, K. Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill Sykepleien Forskning 9 1 14 23
7. Palmer, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nystrom, M. Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties Int J Qual Stud Health Well-being 7
8. Hart, S., & Gröhn, H. Den følsomme hjernen: hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhörighetsbånd 2011
9. Glaser, D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework Child Abuse and Neglect 2002 26 6 697 714
10. Ingstad, B., & Fugelli, P. Helse på norsk: god helse slik folk ser det 2014
11. Larsen, J. S., & Kronborg, H. When breastfeeding is unsuccessful—mothers' experiences after giving up breastfeeding Scandinavian Journal of Caring Sciences 2012
12. Tufte, E Ammeveiledning – Håndbok for helsestasjoner 118 131
13. Uvnäs-Moberg, K Afspænding, ro og berøring: om oxytocins lægende virkning i kroppen 2006

5.2.3 Alle foresatte bør ved første møte med helsestasjon få spørsmål om egen psykiske helse og trivsel

De fleste foresatte opplever en god start i det å skulle bli foreldre, og det er naturlig å føle seg usikker på hva som venter dem. Noen foresatte kan oppleve å slite med psykiske plager i starten, og det er viktig at disse oppdages og at hjelp kan gis tidlig.

Depresjon hos foresatte kan være en risikofaktor for psykiske helseplager og utviklingsforstyrrelser hos barn. Foresatte som viser milde til moderate symptomer på depresjon bør gis tilbud om støttesamtaler på helsestasjon. Ved behov bør helsestasjon oppfordre til kontakt med fastlege for videre henvisning, eller kommunepsykolog der dette er tilgjengelig. (se under Praktisk info : Nasjonal faglig retningslinje for voksne med depresjon) Det er et lederansvar å sikre gode samarbeidsrutiner med ansvarsfordeling mellom de ulike helsefaggrupper tilknyttet helsestasjon.

Begrunnelse

Konsensus

Det er naturlig at blivende foresatte kan føle seg usikker på hva som venter dem, og mange har forventninger om en bekymringsfri og lykkelig tilværelse som nybakte foresatte. Det er viktig at helsepersonell i helsestasjon ikke problematiserer dette mer enn nødvendig, men de som trenger ekstra støtte og hjelp må få dette på et tidligst mulig tidspunkt og på en faglig og god måte.

Fødselsdepresjon hos mødre er en risikofaktor for psykiske helseplager og utviklingsforstyrrelser hos barn da det reduserer foresattes sensitivitet og evne til beskyttelse av barnet. Det er risiko for at barnet tilbys et mer marginalt omsorgsmiljø i den perioden av livet hvor dets utvikling er sterkest, og foreldrenes påvirkning er på sitt maksimale (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Mors psykiske helse og kapasitet til samspill har nær sammenheng med barnets følelsesmessige, kognitive og atferdsmessige utvikling. Det er også relatert til tilknytningskvaliteten mellom foresatte og barn (Campbell et al., 2004; Hart & Gröhn, 2011).

Også fedre kan rammes av fødselsdepresjon. Studier viser at når en av de foresatte er deprimerede øker det risikoen for depresjon hos den andre. Depresjon hos foresatte fremtrer fra milde til alvorlige. Fra en helsefaglig vurdering skal helsepersonellet i helsestasjon henvise til fastlege (Helsedirektoratet, 2015).

Studier viser at depresjon hos mødre under graviditet og tidlig spedbarnstid kan virke negativt inn på

sensitiviteten overfor barnet og på samspillet mellom foresatte og barn. Det er først og fremst mødre og mor–barn-relasjonen som er forsket på. En dansk undersøkelse viste at ca. 7 % av fedre utvikler en fødselsdepresjon (Madsen, Juhl, & Vestergaard, 2006). Andre studier tydeliggjør at når fedre lever med mødre som har fødselsdepresjon øker forekomsten også hos far (Goodman, 2004). I en fersk studie fremkommer det sammenheng mellom uønskede barndoms erfaringer (ACE) hos fedre og depresjon og angst under graviditeten (Skjøthaug m.fl., 2015). Av hensyn til at barnet skal erfare god nok utviklingsstøtte før og etter fødsel er det derfor viktig å ha omsorg for og et våkent øye for begge foresattes tilstand og reaksjoner.

Spedbarn med deprimerte mødre kan ha reguleringsproblemer på atferdsmessige, fysiologiske og biokjemiske områder allerede ved fødselen (Van Doesum, Hosman, & Riksen-Walraven, 2005). Studier på dette området viser at slike barn i løpet av det første leveåret kan ha forhøyet stressnivå, negativitet mot og avvisning av moren. De kan vise liten positiv affekt og høy negativ affekt, i form av at de gir inntrykk av å være deprimerte (Doesum, 2007). Hos 1–2-åringer med deprimerte mødre har det vist seg å være forbundet med forstyrret sosioemosjonell og kognitiv utvikling (Murray & Cooper, 2003). Med bakgrunn i denne kunnskapen er det viktig å forstå grad og art av depressive symptomer hos kvinner som er gravide eller nylig har født.

Praktisk

Mange vegrer seg også i dag for å snakke om sin psykiske helse. Følelser som skam og skyld kan medføre at foresatte ikke tar opp slike temaer uten at det aktivt legges til rette for det. Under helsestasjonskonsultasjonen bør helsesøster, lege eller annet helsepersonell skape en trygg og normaliserende atmosfære der det er rom for undring med utgangspunkt i at «vi alle har en psykisk helse». Om man får mistanke om at foresatte er deprimerte bør det tilbys enkle støttesamtaler. Både helsesøster og lege har et eget ansvar i å henvise til foresattes fastlege ved behov. Helsepersonelloven §4 forsvarlighet. I kommuner hvor det er tilsatt kommunepsykolog er det naturlig å samarbeide omkring depresjon med denne.

[Nasjonal retningslinje for voksne med depresjon](#)

Målsetningen med støttesamtalene er å lette foresattes depresjonssymptomer og redusere varigheten av fødselsdepresjoner. Dette vil kunne bidra til å trygge foresatte i foreldrerollen, øke deres sensitivitet og glede over barnet og hindre at situasjonen får negative konsekvenser for barnet. Ved mistanke om depresjon skal foresatte tilbys oppfølging i primær og/eller spesialisthelsetjenesten. Retningslinjen for voksne over 18 år gir fordypende praktisk veiledning og retning til arbeidet (Helsedirektoratet, 2015).

Referanser

1. Doesum, K. V. An early preventive intervention for depressed mothers and their infants, its efficacy and predictors of maternal sensitivit 2007
2. Campbell, S. B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. I., Mohan, R., & Blessing, J. S. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months Development and Psychopathology 2004 16 2 231 252
3. Goodman, J. H. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health Journal of Advanced Nursing 2004 45 1 26 35
4. Hart, S., & Gröhn, H. Den følsomme hjernen: hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhörighetsbånd 2011
5. Helsedirektoratet Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon I primer og spesialisthelsetjeneste 2015 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>
6. Madsen, S.A.A., Juhl, T., Vestergaard, A.I. Mens Psychological Transitions to Fatherhood - Mood

Disorders in Men Becoming Fathers

7. Slinning, K., & Eberhard-Gran, M. Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I: K. Slinning, M. B. Hansen, V. Moe, & E. Smith (red.), Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse 2010 323 341
8. Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Riksen-Walraven, J. M. A model-based intervention for depressed mothers and their infants 2005 26 2 157 176

5.3 Foreldreveiledning

5.3.1 Alle foresatte bør tilbys systematisert foreldreveiledning

Det anbefales foreldreveiledning som systematisk tilnærming for å styrke samspillet og tilknytningen mellom foresatte og barn, samt å gi veiledning og råd basert på beste kunnskap. Foreldreveiledning bør være individuelt tilpasset og kan både gis individuelt eller i gruppe.

Målet er å styrke foresattes mestringsevne og tro på at de selv kan løse utfordringer. Veiledningen bør derfor ta utgangspunkt i foresattes egne ønsker og behov, og tilpasses deres ressurser og evner.

Foreldreveiledningsprogrammer som tas i bruk av helsestasjon bør være effektevaluert under norske forhold, og ha dokumentert effekt på minimum evidensnivå 3 og helst 4, basert på evidensklassifiseringen til ungsinn.no, se videre redegjørelse under «Begrunnelse».

Forskningsgrunnlag

Populasjon

Barn i alderen null til tre år, og minst en omsorgsperson

Intervensjon

Gruppebaserte foreldre opplæringsprogrammer

Komparator

Andre tiltak, venteliste eller ingen tiltak

Utfall

Emosjonelle og utagerende adferdsproblemer hos barn, målt med standardisert instrument

Sammendrag

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) har som en del av oppdraget gjort en oppdatering av en Cochrane-oversikt publisert i 2002. Den ble oppdatert med åtte nye studier 2010 og deretter med 21 ny randomiserte og kvasirandomiserte kontrollerte studier i 2014 [Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old – Sammendrag fra pågående oppdatering av Cochrane-oversikt på oppdrag for Helsedirektoratet desember 2014 \(PDF\)](#) Disse primærstudiene var gjennomført i Australia, Canada, Mexico, Peru, Storbritannia og USA, og omfattet til sammen 3796 deltakere. Deltakerne var hovedsakelig dyader av barn og primæromsorgspersoner (oftest mor). I omtrent halvparten av studiene ble tiltakene gitt som primærforbygging og den andre halvparten av studiene hadde barn allerede en form for risiko for atferdsproblem. Hensikten var å vurdere om a) om gruppebasert foreldreopplæringsprogrammer forbedrer emosjonelle og utagerende atferdsproblemer i alderen 0-3 år, og b) avgjøre om foreldreprogrammer er effektive som primær (universell) forebygging av emosjonelle eller utagerende atferdsproblemer.

Varigheten av de gruppebaserte foreldreveiledningsprogrammene varierte fra 1-12 ganger (sesjoner) over en periode fra en uke til sju måneder. Tre av programmene hadde oppfriskningskurs. Programmene hadde teoretisk forankring i utviklingsteori, sosial læringsteori og kognitiv atferdsterapi (vedlegg A9). De ble gitt i primærhelsetjenesten (community setting), i barnehager eller på sykehus. Oppfølgingstiden varierte

mellom ingen oppfølging (utfall mål ved programslett) og tre år.

Resultatene ga noe støtte for å anvende gruppebaserte foreldreveiledningsprogrammer for å forbedre sped- og småbarns følelsesmessige og atferdsmessige regulering. Den begrensede dokumentasjonen viste imidlertid at effekten av opplæring ikke vedvarer over tid. Den store økningen i antall studier som er inkludert i denne oppdateringen, hadde ingen særlig betydning for endring i tidligere konklusjon. Alle de inkluderte studiene prøvde ut foreldreopplæringsprogrammer basert på atferdsteori, kognitiv atferdsteori eller modellæring, og resultatene må derfor ikke generaliseres til andre typer foreldreopplæringsprogrammer.

Dokumentasjonen er så langt ikke solid nok til å gi noen klare konklusjoner om betydningen av foreldreopplæringsprogrammer i primærforebygging av psykiske problemer hos sped- og småbarn, og ytterligere forskning på dette viktige området er nødvendig. For mer detaljert rapportering av rapporterte utfall, effektestimater og gradingen av kvaliteten på dokumentasjonen for effekter ved programslett (se GRADE tabell 1) og for effekter ved kortidsoppfølging (se GRADE-tabell 2) og effekter ved langtidsoppfølging (se GRADE-tabell 3 og vedlegg A7). Fire av de inkluderte studiene manglet data som kunne legges inn i metaanalysen, og én norsk studie inkluderte barn som var noe eldre (inntil åtte år). Resultatene fra disse er beskrevet i tekst (vedlegg A6).

Sammendraget har sitt sett med vedlegg, som kan lastes ned fra Dropbox:

https://www.dropbox.com/sh/fuoa8pyx0lxbrf5/AAAqo7E3huBsqMpEj_mVoOO2a?dl=0

Populasjon

Barn i førskolealder (to til fem år)

Intervensjon

Individuelle eller gruppebaserte forebyggingstiltak rettet mot barn og/eller omsorgspersoner, og/eller førskolelærer

Komparator

Andre tiltak, venteliste eller ingen tiltak

Utfall

Generell psykisk helse, Eksternaliserende symptomer, internaliserende symptomer

Sammendrag

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) har som en del av arbeidet med å utvikle nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon arbeidet med en oppdatering av Statens beredning for medisinsk utvardering (SBU) systematisk oversikt som ble publisert i 2010 [Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – Sammenndrag fra pågående oppdatering av SBU-rapport på oppdrag for Helsedirektoratet Desember 2014 \(PDF\)](#). Det er en delvis oppdatering fordi den er avgrenset til førskolebarn, mens den opprinnelige SBU-rapporten inkluderte studier med barn i alderen to til 19 år. Hensikten med denne oppdateringen var å undersøke effekten av tiltak rettet mot forebygging av psykiske problemer hos førskolebarn (to til fem år).

Sammendraget har sitt vedlegg, som kan lastes ned fra Dropbox:

https://www.dropbox.com/sh/fuoa8pyx0lxbrf5/AAAqo7E3huBsqMpEj_mVoOO2a?dl=0

69 studier, hvorav 11 var hentet fra den opprinnelige SBU-rapporten er inkludert. Bortsett fra seks kohorte studier, var samtlige inkluderte studier randomiseret kontrollerte studie. Studiene ble gjennomført i USA, Australia, Canada, Storbritannia, Tyskland, Nederland, New Zealand, Israel, Jamaica, Uganda, Irland, Spania, Portugal, Sverige og Norge. Deltakeren i de inkluderte studiene omfattet 29585 barn i alderen null til åtte år. Barna representerte tre ulike populasjoner: den generelle førskolepopulasjonen,

risikopopulasjonen med lav sosioøkonomisk status og/eller psykososiale problemer i familien, og barn med utagerende atferd. De fleste av de inkluderte studiene undersøkte effekten av tiltak rettet mot foreldre eller andre omsorgspersoner, men i en del av studiene var tiltakene rettet mot ulike kombinasjoner av foreldre, barn og førskolelærere. De fleste av tiltakene i studiene var gruppebaserte, men noen var også gitt på individuell basis. Studiene fordelte seg på tre kategorier av forebyggingstiltak; universell (19 studier), selektive (31 studier) og indikerte (10 studier).

Tiltakene varte fra uker til fem år, og omfanget varierte fra to til 104 ganger (sesjoner/møter). Fem av studiene inneholdt et oppfriskning (booster) tiltak. Se videre beskrivelse av innholdet i de ulike programmene i rapporten.

Dokumentasjonen er så lang ikke solid nok til å gi noen klare konklusjoner om betydningen av universell og selektive forebyggingstiltak for psykiske problemer hos førskolebarn. Dokumentasjonen viser at indikerte forebyggingstiltak kan ha effekt på førskolebarn psykiske helse.

For mer detaljert rapportering om inkluderte studier, data og analyser og resultater inkludert effektestimater og gradingen av kvaliteten på dokumentasjonen, se videre dokumentasjon i rapporten.

Begrunnelse

Konsensus

Foreldreveiledning er en sentral oppgave i helsestasjon, og forutsetter at dialog mellom helsesøster og foresatte er basert på likeverdighet og tilitt. Å gi foresatte støtte, samt tid til refleksjon rundt barnets utvikling er viktig med tanke på å trygge foresatte i rollen som foreldre. Foresatte må få nødvendig kunnskap om hensikten med helseundersøkelser, helseopplysning, vaksiner m.v. (se egne anbefalinger om helseundersøkelser og helseopplysning, samt konsultasjoner hos lege)

Det har lenge vært et fokus på betydningen av foresatte-barn samspill og innvirkning på barnets tidlige utvikling (Von Tetzchner, 2012). Forskning peker på foreldreomsorgens kvalitet som en viktig faktor i barns utvikling. Kombinasjonen av kjærlighet, kommunikasjon, konsekvent tilnærming til regulering av barnet og respekt for barnets psykologiske autonomi bidrar til god utvikling hos barnet. I motsetning til en autoritær, ettergivende og neglisjerende foreldrestil som ofte fører til mindre positiv utvikling (Chandan & Richter, 2008). Systematiske intervensjoner med mål om å støtte foresatte i omsorgsrollen har hovedsakelig blitt rettet mot barn i risiko.

Råd om barneoppdragelse, og rådgivning om livsstil til noen familier kan oppleves både som privat og personlig. I dialog med foresatte bør helsepersonell være både lyttende og sensitiv i forhold til hvilke råd som gis ut fra kunnskap, hvordan råd presenteres, og hvordan rådgivning blir mottatt hos hver enkelt bruker. Helsestasjon må være kultursensitiv i møte med ulike kulturer og nasjonaliteter i befolkningen. God kommunikasjon, og bruk av av tolk der det er nødvendig er avgjørende i møte mellom bruker og tjeneste.

Flere studier har vist at foresatte fra risikofamilier som har deltatt i foreldreveiledningsintervensjoner har bedret sine foreldreferdigheter og vist mer positiv tilnærming i foreldre-barn samspillet (Furlong m.fl., 2012 og Miller m.fl., 2011). Disse resultatene kan ikke nødvendigvis overføres direkte til veiledning av foresatte med mer vanlige utfordringer. Derfor er studien av foreldreveiledning som et helsefremmende og primærforebyggende tiltak så viktig for å forstå at denne innsatsen for å støtte foresatte med «vanlige barn» er viktig og nødvendig, også for tidlig å fange opp de familiene som har behov for litt tettere oppfølging.

Kunnskap om foreldreopplæringsprogrammer

Det foreligger en oppdatering av *Cochrane* med oversikt over oppsummert internasjonal forskning på effekt av gruppebaserte foreldreopplæringsprogrammer for å forbedre emosjonell og utagerende atferdsproblemer hos barn i alderen 0-3 år. Denne ga noe støtte for å anvende gruppebaserte foreldreveiledningsprogrammer for å forbedre sped- og småbarns følelsesmessige og atferdsmessige

regulering. (Se lenke nederst på siden til *Group-based parent-training programmes*....).

Alle de inkluderte studiene prøvde ut foreldreopplæringsprogrammer basert på atferdsteori, kognitiv atferdsteori eller modellæring, og resultatene må derfor ikke generaliseres til andre typer foreldreopplæringsprogrammer.

Den begrensede dokumentasjonen viste imidlertid at effekten av opplæring ikke vedvarer over tid. Oppdateringen viste også at dokumentasjonen om betydningen av foreldreopplæringsprogrammer i primærforebygging av psykiske problemer hos sped- og småbarn ikke er solid nok til å gi noen klare konklusjoner. Det er påpekt at ytterligere forskning på dette området er nødvendig.

En oppdatering av Statens beredning for medicinsk utvärderings (SBU) viser systematisk oversikt over internasjonale studier. Effekten av tiltak rettet mot forebygging av psykiske problemer avgrenset til førskolebarn (to til fem år) viste at dokumentasjonen så langt ikke er solid nok til å gi noen klare konklusjoner om betydningen av universell og selektive forebyggingstiltak for psykiske problemer hos førskolebarn (se lenke nederst på siden til: *Group-based parent-training programmes*....). Dokumentasjonen viser at indikerte forebyggingstiltak kan ha effekt på førskolebarns psykiske helse.

Evaluering i Norge

Foreldreveiledningsprogrammer som tas i bruk i norske helsestasjoner bør være evaluert og ha dokumentert effekt i Norge fordi resultater fra programmer som fungerer i andre land og kulturer ikke nødvendigvis viser samme effekter under Norske forhold og for Norske populasjoner.

Kompetansesenter rus (KORUS)- Midt Norge har oppsummert aktuelle rusforebyggende tiltak og tidlig intervensjon tilgjengelig i Norge som kan vurderes for bruk i helsestasjonsvirksomheten (Se nederst lenke til oppsummeringsrapport fra KORUS Midt Norge) Ved gjennomgangen av foreldreveiledningstiltak ble det funnet flest tiltak som har et bredere fokus enn rusforebygging, og som øker bevisstheten på andre livsstilsvalg. Derfor valgte KORUS– Midt Norge å se de to problemstillingene i sammenheng; identifisering av risikogrupper og forebyggende foreldreveiledning. Et gjennomgående element i tiltakene er at innsatsen rettes mot å gi foreldre forståelse, ferdigheter og kompetanse til å se barns behov og utøve god omsorg og kommunikasjon med sine barn.

Rapporten [Robuste samliv – Forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i Norden](#) (Rambøll 2013) inneholder kunnskapsoversikt over foreldrestøttende tiltak, herunder resultater og effekter av disse.

Både oppsummeringen fra KORUS-Midt Norge og Rambøll rapporten oppsummerer evidensgrunnlaget for programmer som er tilgjengelig og i bruk i Norge basert på Ungsinn.no, se også videre figur 3.3, s. 11 i Rambøll rapporten.

Når helsestasjon tar i bruk foreldreveiledningsprogrammer bør det være programmer med sterkest evidens basert på [Ungsinn.no sin evidensklassifisering](#). Programmene bør primært ha oppnådd evidensnivå 4 og minimum evidensnivå 3.

Dersom helsestasjon velger å ta i bruk et program som er klassifisert på et lavere evidensnivå (f. eks. evidensnivå 2) bør implementering følges av en effektevaluering med et design som gjør det mulig å klassifisere effekten på et høyere evidensnivå. Se tabell 4.1, s. 15 Rambøll-rapporten for en oversikt over eksisterende foreldrestøttende tiltak i Norden og Norge. Tabell 5.1 s. 37 gir en nærmere beskrivelse av alle programmene. Tabell 4.2 s. 22 viser hvilke av disse foreldrestøttende programmer i Norge som har dokumentert effekter basert på Ungsinn.no sin evidensklassifisering (se tabell 4.2 s. 22 i Rambøllrapporten).

[Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – Sammendrag fra pågående oppdatering av SBU-rapport på oppdrag for Helsedirektoratet Desember 2014 \(PDF\)](#)

[Robuste samliv – Forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i Norden \(PDF\)](#)

[Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old – Sammendrag fra pågående oppdatering av Cochrane-oversikt på oppdrag for Helsedirektoratet desember 2014 \(PDF\)](#)

[Innspill til Nasjonal faglig retningslinje Helsestasjonstjenesten, 0-6 år, Korus \(PDF\)](#)

Referanser

1. Chandan, U. & Richter, L. Programmes to Strengthen Families: Reviewing the Evidence from High Income Countries 2008 Tilgjengelig fra <http://www.hsarc.ac.za/uploads/pageContent/1274/ProgrammestostrengthenfamiliesReviewingtheevid>
2. Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith Susan, M., & Donnelly, M Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clm.1225/frame.html>
3. Hundeide, K. Innføring i ICDP programmet. ICDP-stiftelsen 2007
4. Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. European Journal of Developmental Psychology, 11(1), 1–17. doi:10.1080/17405629.2013.793597
5. Von Tetzchner, S. (2012). Utviklingspsykologi, Annen utgave [Developmental psychology, 2nd ed.]. Oslo: Gyldendal Akademisk.

5.4 Omsorgssvikt og vold i nære relasjoner

5.4.1 Alle barn: Observer og tematiser samspill mellom foresatte og barn i alle konsultasjoner for å forstå og avdekke vold/omsorgssvikt

Med vold menes her både fysisk, psykisk og seksuell vold. Å bli utsatt for vold eller være vitne til vold i hjemmet er en stor belastning og påvirker helse og livskvalitet hos barn så vel som hos voksne.

Der det blir avdekket erfaringer med vold skal helsepersonell henvise til riktig oppfølging. (se eget tekst kap om opplysningsplikt/meldeplikt) og egen anbefaling om å avdekke vold og omsorgssvikt før barnet er 6 mndr)

Helsepersonell har opplysningsplikt til barnevernet når de har mistanke om at et barn blir mishandlet, utsatt for omsorgssvikt eller dersom barnet har vist vedvarende atferdsvansker, se [Rundskriv IS-17/2006 om helsepersonells rett og plikt til å gi opplysninger til barnevern, politi og sosialtjenesten \(NAV\)](#) (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Så langt det er mulig og hensiktsmessig bør foresatte og barn informeres før opplysninger gis til barnevernet.

I saker hvor det mistenkes seksuelle overgrep, skal det ikke gis informasjon til foresatte.

Begrunnelse

Konsensus

De som opplever fysisk, psykisk og/eller seksuell vold i hjemmet eller er vitne til voldsepisoder har økt risiko for nedsatt livskvalitet, skader og død. Vold fremtrer i et kontinuum fra hard behandling til mulig død. I en Nasjonal intervjuundersøkelse rapporter unge jenter om mer psykologisk enn guttene (Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015).

Vold mot mor eller far eller mellom foreldre er vold mot barn (Steinsvåg & Heltne, 2011). Forskning har vist at det å være vitne til vold eller å bli utsatt for vold kan være like skadelig som selv å bli utsatt for vold. Vold i nære relasjoner gjør at den eller de som skulle beskytte barnet selv er så skremt eller skremmende at beskyttelsen for barnet opphører. Forskning viser at omsorgskvaliteten til en utsatte forelder/omsorgsperson påvirkes som følge av voldens dynamikk. Når det ikke er noen trygg havn å søke til for trøst kan et barn utvikle alvorlig grad av utrygg tilknytning til sine foreldre (Bulleteng nummer 4: voldsutsatte kvinners omsorg for barn, 2006) (Torsteinson 2011). Dette fører til en betydelig utrygghet og vil ha en alvorlig påvirkning på barnets psykiske helseutvikling (Oniskiew, 2003).

NICE retningslinje «public health» PH50 (2014) (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) anbefaler en rekke samordnede forebyggende tiltak og tiltak for å avdekke vold i nære relasjoner. Det anbefales at de lokale myndighetene samarbeider tverrsektorielt og tverrfaglig om felles retningslinjer for å skape arenaer der offer for vold kan ta opp problemet i en trygg atmosfære. Helse- og sosialarbeidere skal ha kunnskap om og rutiner for å avdekke vold ved blant annet å spørre direkte om man blir utsatt for vold.

Noen foresatte er åpne om at de har et sterkt temperament eller raskt blir sinte. Da blir det lettere å snakke med dem om hvordan dette påvirker relasjonene i familien og hvordan de best kan få hjelp. Vold er derimot noe det nesten aldri snakkes om fordi det berører tabuer som skam, skyld og krenkelse i de nære relasjonene (Steinsvåg & Heltne, 2011).

Praktisk

Se Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen for ytterligere begrunnelse og avdekking av vold. I den foreligger det også nyttig informasjon om utspørring om vold (Helsedirektoratet, 2014).

Norsk kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) utarbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet en veileder for helsetjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. I Handlingsplan «Et liv uten vold» under kapittelet «Vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn» vil den inkludere:

- kjennetegn og risikofaktorer
- tegn og signaler
- kartlegging og utredning
- melding til barneverntjenesten og politi
- behandlingstilbud og tverrfaglighet
- kjønnslemlestelse

Det vil også være et kapittel som dekker «Utøvere av vold» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013).

Eksisterende Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling (NKVTS) skal revideres. Håndboken skal omtale seksuelle overgrep og alle former for mishandling. Et sentralt tema vil være: Hvordan snakke med barn man mistenker at er utsatt for vold?

Nice retningslinje «clinical guideline» CG89 (2009) (National Institute for Health and Care Excellence, 2009) peker på tegnene man skal se etter for å avdekke mishandling av barn, enten det dreier seg om vold og/eller annen omsorgssvikt (neglekt). Retningslinjen anbefaler at fagpersoner som arbeider tett på barn bør gradere bekymringer om omsorgssvikt ut fra begrepene «vurdering» (consider) og «mistanke» (suspect).

Anbefaling 6 lyder: Sikre at trent/kompetent personell spør om vold og misbruk i hjemmet (domestic violence), jf. retningslinjen for å avdekke vold i svangerskapsomsorgen.

Se spesielt s. 6-11 «communicating with and about the child and young person» og videre om prosedyrer:

1. Lytt og observer
2. Let etter en forklaring
3. Dokumenter
4. Vurder, mistenk eller ekskluder vold
5. Dokumenter; all gjennomgang av punktene i 4

Referanser

1. Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barselid-for-familien>
2. Justis- og beredskapsdepartementet Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017 2013 Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-liv-uten-vold/id733697/>
3. National Institute for Health and Care Excellence Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 16s 2009 Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-16s-975697287109>
4. Sosial- og helsedirektoratet Helsepersonells plikt og rett til å gi barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten opplysninger ved mistanke om: mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, misbruk av rusmidler under graviditet 2006 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger-til-barneverntjenesten-politiet-og-sosialtjenesten-ved-mistanke-om-alvorlig-omsorgssvikt-av-barn>
5. Alternativ til vold og Senter for krisepsykologi (Prosjektet "Barn som lever med vold i familien") Bulleteng nummer 4: voldsutsatte kvinners omsorg for barn 2006 Tilgjengelig fra <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/bulleteng-nummer-4-modre-og-omsorg.pdf>
6. Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K Vold og voldtekt i oppveksten: en nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2015. Tilgjengelig fra http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Vold_voldtekt_i_oppveksten.pdf
7. National Institute for Health and Care Excellence Domestic violence and abuse: multi-agency working NICE guidelines 2014 Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/resources/domestic-violence-and-abuse-multiagency-working-1996411687621>
8. Steinsvåg, P. Ø., & Heltne, U. (red.) Barn som lever med vold i familien: grunnlag for beskyttelse og hjelp Oslo: Universitetsforlaget 2011.

5.4.2 Alle foresatte bør før barnet er 6 måneder få informasjon og veiledning om vold og omsorgssvikt som en del av de obligatoriske helsekonsultasjonene

Helsepersonell må på en ydmyk og empatisk måte snakke med foresatte om erfaringer med vold i hjemmet. Der det blir avdekket voldsepisoder skal helsepersonell henvise til riktig oppfølging. Helsepersonell har opplysningsplikt til barnevernet når de har mistanke om at et barn blir mishandlet, utsatt for omsorgssvikt eller dersom barnet har vist vedvarende atferdsvansker. Se Rundskriv IS-17/2006 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Så langt det er mulig og hensiktsmessig bør foresatte og barn informeres før opplysninger gis til barnevernet. I saker hvor det mistenkes seksuelle overgrep skal det ikke gis informasjon til foreldre/foresatte. (Se anbefaling 1 om vold under samme kapittel.)

Begrunnelse

Konsensus

Gjennomføring av systematiske helseundersøkelser i tett dialog med foresatte gir helsesøster og lege en god mulighet for tidlig å observere samspill og barnets fysiske og psykiske utvikling. Før barnet er 6 måneder møter helsesøster og lege de foresatte og barnet i minimum til sammen i 6 konsultasjoner. Barnet skal veies, måles, vaksineres og undersøkes etter et basisprogram. Barnet bør undersøkes både av helsesøster og lege naken. I dialogen med foresatte under konsultasjonen bør helsepersonellet øke oppmerksomheten rundt å snakke med foresatte om foreldreskap, temperament/gråt, søvn, søskensjalousi m.m.

Noen foresatte er åpne med at de har et sterkt temperament eller raskt blir sinte. Dette gjør det lettere å snakke med dem om hvordan dette påvirker de ulike relasjonene i familien, og hvordan de best kan få hjelp. Vold er derimot noe det nesten aldri snakkes om fordi det i sterk grad berører skam, skyld og krenkelser i de intime relasjoner for de involverte. Siden helsepersonell vet at tematikk rundt vold og omsorgssvikt skjer hyppig, og med stor sannsynlighet er et utbredt område i alle samfunnslag, bør dette være noe helsepersonellet bør øves i og ha en profesjonell og systematisk tilnærming til, som en naturlig del av helsekonsultasjonene. Ved å snakke med foresatte om dette tidligst mulig, og før barnet er 6 mndr vil dette kunne bidra til en forebygging og en bevisstgjøring hos foresatte, og at de vet at dette er et spørsmål som stilles fra helsepersonell i helsestasjonen.

Nice retningslinje «clinical guideline» CG89 (National Institute for Health and Care Excellence, 2009) viser til hvilke tegn man skal se etter for å avdekke tegn på mishandling av barn. Mishandling omfatter i denne betydningen både vold og annen omsorgssvikt (neglekt). Retningslinjen anbefaler at fagpersoner som arbeider tett på barn bør gradere bekymringer om omsorgssvikt ut fra begrepene «vurdering» (consider) og «mistanke» (suspect).

Se spesielt s. 6-11 «communicating with and about the child and young person» og videre om prosedyrer

1. Lytt og observer
2. Let etter en forklaring
3. Dokumenter
4. Vurder, mistenk eller ekskluder vold
5. Dokumenter; all gjennomgang av punktene i 4

Signaler i relasjonen mellom foresatte og barn, hos foresatte alene eller hos barnet alene er tre ulike nivåer som kan hjelpe oss til å forstå vår bekymring for om barnet lever med omsorgssvikt (Kvello, 2010). Ved rusrelaterte vansker, vold eller alvorlige psykiske helsevansker hos foreldre er det ikke alltid slik at barnet viser klare symptomer.

Kliniske funn og tegn som kan vekke mistanke om omsorgssvikt (1, 2):

- barnet er preget av dårlig stell og pleie
- store bleieutslett, uegnet påkledning
- dårlig tannstatus (fravær tannhelsetjenesten)
- ubehandlede infeksjoner (også parasitter, skabb, lus)
- manglende oppfølging av nødvendig medisinsk behandling, planlagte helsekontroller
- dårlig, manglende eller feil ernæring (over-/undervekt)
- manglende tilsyn med barnet som resulterer i skader (dyrebitt, fall, skolding osv.)
- ofte flytting mellom kommuner (bytte av helsestasjon)
- omsorgspersoner med rusmisbruk
- forsinket psykomotorisk utvikling
- uventet tap av ferdigheter i barnehage/skole

Praktisk

Se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#) for ytterligere begrunnelse og verktøy for å avdekke vold. I den foreligger det også nyttig informasjon om utspørring om vold.

Fagprosedyre fra OUS fra 2012 som er oppdatert pr 15 sept. 2015 (Kynø et al.).

<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/omsorgssvikt-vanskj%C3%B8tsel-av-barn>

Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) utarbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet en veileder for helsetjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. I Handlingsplan «Et liv uten vold» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013), under kapittelet «Vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn vil den inkludere»

- kjennetegn og risikofaktorer
- tegn og signaler
- kartlegging utredning
- melding til barneverntjenesten og politi
- behandlingstilbud og tverrfaglighet
- kjønnslemlestelse

Det vil også være et kapittel som dekker «Utøvere av vold».

Eksisterende Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling (NKVTS) skal revideres. Håndboken skal omtale seksuelle overgrep og alle former for mishandling

Et sentralt tema vil være: Hvordan snakke med barn man mistenker at er utsatt for vold?

Ved at ansatte på helsestasjonen gjør seg kjent med barneansvarlig på tilstøtende DPS og TSB vil terskelen være lavere for å ta kontakt i de tilfeller det er mistanke om vold. Det bør kanskje også være noe kontakt med Alternativ til vold. Det kan legges ut flyers eller liknende på helsestasjonen.

Referanser

1. Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen-hvordan avdekke vold 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/287/Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20%20hvordan%20avdekke%20vold-IS-2181.pdf>
2. Kvello, Ø. Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. I: V. Moe, K. Slinning, & M. Bergum Hansen (red.), Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse 493 526
3. Justis- og beredskapsdepartementet Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017 2013 Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-liv-uten-vold/id733697/>
4. Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M., & Randklev, S. Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn 2012 Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/omsorgssvikt-vanskj%C3%B8tsel-av-barn>
5. National Institute for Health and Care Excellence Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 16s 2009 Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-16s-975697287109>
6. Sosial- og helsedirektoratet Helsepersonells plikt og rett til å gi barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten opplysninger ved mistanke om: mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, misbruk av rusmidler under graviditet 2006 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger-til->

5.5 Samarbeid med barnehager

5.5.1 Helsestasjon bør ha et systematisk samarbeid med barnehager i kommunen

Helsestasjoner og barnehager har til sammen god kunnskap og kjennskap til barn i kommunen. Vi anbefaler et systematisk samarbeid om for eksempel felles tema innen:

- foreldreveiledning
- kosthold
- språk
- søvn
- bevegelsesutvikling
- skader og ulykker
- legemiddelhåndtering
- hygiene og smittevern

På individnivå er samarbeidet særlig viktig med barn for ekstra oppfølging. Helsepersonell og barnehagepersonell har ulikt lovverk. Helsestasjonens leder er ansvarlig for at samarbeidet skjer i tråd med helselovgivningen (Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). 1999).

Begrunnelse

De fleste barn i Norge går i barnehage fra 1-årsalderen, enten privat eller kommunal (80,2 % viser tall fra SSB, 2014). Personellet i barnehagen har god kunnskap om barnets utvikling. De samme barna tilhører også den kommunale helsestasjonstjenesten. Gjennom systematiske helsekonsultasjoner og foreldreveiledning fra fødsel til 5 år har helsepersonellet en god oversikt over barnets helse og utvikling. Til sammen gir dette en samlet «barnkunnskap» lokalt som de kommunale tjenestene kan styrke i en samarbeidsrelasjon. Det er ikke gitt et eget regelverk om hvordan samarbeid mellom barnehage og helsestasjon skal gjennomføres, men lovgivningen som omhandler barn og unge inneholder en rekke bestemmelser om at samarbeid skal finne sted.

Av § 2-1 tredje ledd, i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende virksomhet i helsestasjon og skolehelsetjenesten av 3. april 2003 nr 450 fremgår at både helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste skal ha rutiner for samarbeid med blant annet andre kommunale tjenester.

Individnivå

Det er avgjørende og særdeles viktig å få til et samarbeid med barnehage der helsepersonell har gjort en faglig vurdering som tilsier at det er grunn til bekymring for et barn. Helsestasjonens faglig kompetanse kan bidra på et tidlig stadium for å identifisere ugunstige forhold og evt. iverksette tiltak. Barnehagen på sin side vil kunne bidra til å danne grunnlag for en treffende vurdering da de kjenner barnet og besitter en barnehagefaglig kompetanse. Familier som har behov for et utvidet tilbud i helsestasjon vil ofte ha behov for ekstra oppfølging også i barnehagen. Samarbeidet skal selvsagt skje i tråd med gjeldende regelverk for helsepersonell hva angår forsvarlighet herav taushetsplikt (Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). 1999), og i samråd med/med samtykke fra foreldre/foresatte. Foresatte må være informert om viktigheten av samarbeid mellom helsestasjon og barnehage. Dette er et område som bør sikres med skriftlig samtykkeerklæring, samt nedtegning i barnets journal (Forskrift om pasientjournal, 2000).

Siden barnet ikke nødvendigvis går i en barnehage som er lokalisert nær den lokale helsestasjon vil det

kunne være ressurskrevende, og logistisk utfordrende med samarbeid på individnivå. Et unntak er tilfeller hvor barn f.eks. har en individuell plan, og samarbeidet mellom helse og barnehage anses som viktig for å oppnå helhetlig hjelp (Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), 1999).

Systemnivå

Tydeliggjøring og ivaretagelse av egne tjenester og tiltak er imidlertid helt sentrale forutsetninger for at andre gjensidig avhengige tjenester kan ivareta sine oppgaver og samarbeide.

Barnehageloven (Lov om barnehager (barnehageloven), 2005) og lovverket som regulerer helsestasjonen omhandler områder som bør styrkes i en samarbeidsrelasjon på systemnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Praktisk

Eksempler på områder for samarbeid

- Forpliktende samarbeidsavtaler på enkelte områder som f.eks. å utarbeide felles mål og tiltak for foreldreveiledning ut fra lokale forhold/utfordringsbildet
- Språk
- Bidra sammen med å etterleve kravene i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, herav råd om ernæring, fysisk aktivitet/bevegelsesutvikling, solavskjerming, støy, hvile m.m. (Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v., 1995; Helsedirektoratet, 2014).
- Bistå med kunnskap og [rutiner for legemiddelhåndtering i barnehager](#) (Helse- og omsorgsdepartementet & Kunnskapsdepartementet, 2008; Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). 1994)
- Bistå med kunnskap innen smittevern og hygieneråd m.m. (Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). 1994)
- Syke barn

www.barnehagefakta.no Her finnes alle barnehager i Norge med informasjon av hver enkelt barnehage.

Referanser

1. Lovdata Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv 1. desember 1995 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-12-01-928>
2. Lovdata Helsepersonelloven Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
3. Helsedirektoratet Miljø og helse i barnehagen: Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler 2014 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-miljorettet-helsevern-i-barnehager-og-skoler>
4. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
5. 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
6. Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning 2008 Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/rundskriv/i-5_2008_rundskriv-av-11_06_08---rettet-14_08_08.pdf
7. Lov om barnehager (barnehageloven). LOV-2005-06-17-64 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
8. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) 1994 Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
9. 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>
10. SSB Barnehager, 2014, endelige tall. Hovedtall – barnehager. 2014 Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/barnehager/aar-endelige/2015-05-04>

5.6 Samarbeid med tannhelsetjenesten

5.6.1 Helsestasjon bør ha et systematisk samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten

Det bør foreligge en samarbeidsavtale mellom helsestasjon og den offentlige tannhelsetjenesten som er forankret på ledernivå. Denne kan også være forankret i en overordnet samarbeidsavtale mellom kommune og fylkeskommune (rådmann-fylkestannlege).

Samarbeidsavtalen bør minst inneholde følgende:

1. Formål med avtalen
2. Partenes ansvar og forpliktelser
3. En systematisk plan for gjensidig opplæring, veiledning og faglig støtte
4. Evaluering og kvalitetsindikatorer

Begrunnelse

Det følger av forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1 tredje ledd at helsestasjonen skal samarbeide med den offentlige tannhelsetjenesten. Også i følge Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-3, 4-1 og internkontrollforskriften §§ 3-5 er det kommunens ansvar å tilrettelegge for samarbeid med tannhelsetjenesten. Det er et lederansvar å sikre nødvendige samarbeidsrutiner. Som en del av helsekonsultasjonene og helseopplysningen som skjer i helsestasjon er tannhelse et viktig område både å se i en ernærings- og omsorgssituasjon, så vel som å avdekke karies eller generell sykdom som kan påvirke tann/munnhelsen. Helsestasjon skal følge opp barnas tannhelse og bidra til å få etablert en god tannhelseadferd (tannpuss, kosthold) fra tidlig alder. Barnas første ordinære besøk ved tannklinikk er ved tre år slik at helsestasjonen har et særlig ansvar for å følge opp barnas tannhelse før denne alder, og henvise til tannhelsetjenesten ved behov.

Praktisk

Barn begynner å få tenner i 6-8 måneders alder og har fått alle melketennene ved ca 3-års alder. Gjennom den systematiske helseopplysningen og helsekonsultasjonene som gjøres i helsestasjon gis det informasjon om helsefremmende vaner. Det er i slike sammenhenger naturlig å ta med tannhelsen som en del av helsen. Vi vet i dag at atferd som fremmer helse også vil fremme tannhelse. Ved anbefalinger om hygiene eller måltidsvaner og ernæring bør det også gis veiledning om tenner og tannpuss. Det er særlig viktig å få etablert tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem fra første tanns frembrudd. Barn som har behov for konsultasjon ved tannklinikk, henvises. Se [henvisningskriterier \(PDF\)](#) og forslag til [skjema for henvisning fra helsestasjon til tannhelsetjenesten \(DOCX\)](#).

Helsestasjonsprogrammet anbefaler at lege eller helsesøster foretar en undersøkelse av munn og tenner og tannstatus 4 ganger før barnet er tre år (6 uker, ½ år, 1 år og 2 år). Se egen anbefaling.