

## Høringsnotat

### Utvidet rett for helsesøstre og jordmødre til å rekvirere alle typer prevensjonsmidler - Forslag til endring av forskrift 27. april 1998 nr 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-5

#### 1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet legger med dette frem forslag om at:

- Retten helsesøstre og jordmødre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har til å rekvirere korttidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16-19 år utvides til å gjelde alle kvinner fra 16 år, uavhengig av tjenestested og for alle typer prevensjonsmidler. I samband med denne endringen må helsesøstre og jordmødre også kunne rekvirere andre legemidler som er nødvendig i praksis (lokalbedøvelse og adrenalin).

Fra 2002 og med endringer i 2006 har helsesøstre og jordmødre med relevant godkjent utdanning hatt rett til å rekvirere korttidsvirkende hormonell prevensjon, dvs p-piller, p-plaster, p-sprøyte og p-ring, til kvinner i aldersgruppen 16 tom 19 år. Rekvireringsretten gjelder bare innen helsestasjon og skolehelsetjenesten.<sup>1 2</sup>

Forslaget innebærer at helsesøstre og jordmødre med dokumentert kompetanse kan rekvirere alle hormonelle prevensjonsmidler og administrere alle prevensjonsmetoder inkludert de langtidvirkende reversible prevensjonsmidlene (LARC), dvs kobberspiral, hormonspiral og p-stav, til alle kvinner fra 16 år. Rekvireringsretten knyttes til jordmødre og helsesøstres profesjon som kvalifisert helsepersonell og ikke til tjenested.

Leger er forbeholdt retten til å rekvirere alle typer hormonell prevensjon til kvinner under 16 år og vil som før kunne rekvirere hormonell prevensjon til kvinner i alle aldersgrupper.

Lett tilgjengelig prevensjon for kvinner er et viktig virkemiddel i å forebygge uønsket svangerskap og abort. Det er et sentralt innsatsområde i Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 - strategier for bedre seksuell helse. Utvidet rekvireringsrett på prevensjon for helsesøstre og jordmødre innebærer at kvinner over 16 år får flere muligheter til prevensjonskonsultasjon i tillegg til legen. Dette kan bidra til økt prevensjonsbruk og en reduksjon av aborttallene samt riktigere bruk av personellressursene.

Forslaget medfører endringer i forskrift 27. april 1998 nr 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, § 2-5, 2. ledd.

#### 2. Erfaringer med dagens ordning og behov for endringer

I 2002 fikk jordmødre og helsesøstre, ansatt ved helsestasjoner og i skolehelsetjenesten, adgang til å rekvirere p-piller til kvinner 16-19 år. I 2006 ble rekvireringsretten utvidet til å omfatte alle korttidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler (prevensjonsmidler som er inntatt på særskilt liste fastsatt av Statens legemiddelverk, se nedenfor). Rekvirering av langtidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler (LARC), som spiral og p-stav, er fortsatt forbeholdt leger.

Rekvireringsretten er ledd i et lett tilgjengelig lavterskeltilbud til unge kvinner, som kan bidra til å styrke deres seksuelle rettigheter og øke bruken av sikker prevensjon.

Helsedirektoratet viser til at det er høstet gode erfaringer med rekvireringsordningen. Tilbudet har vært tilgjengelig for unge kvinner i hele landet siden 2005, og i 2013 har 3474

helsesøstre og 1168 jordmødre rekvireringsrett.<sup>3</sup> En kohortstudie i 2012 konkluderer med at rekvireringsretten har økt tilgjengeligheten til prevensjon for unge kvinner og at i underkant av 80 % hadde tatt ut minst én resept på p-piller eller annen hormonell prevensjon innen utgangen av det kalenderåret de fylte 19 år. Videre viste undersøkelsen at jordmødre og spesielt helsesøstre er blitt betydningsfulle prevensjonsveiledere og forskriver 1/3 av prevensjon til unge kvinner i denne aldersgruppen. For jenter i alderen 17 – 18 år er helsesøster dominerende forskriver.<sup>4</sup>

Bruken av hormonell prevensjon har økt totalt med ca. 5 - 7 % årlig, og tall fra Reseptregisteret viser at mellom ca 64 300 og 67 000 kvinner i aldersgruppen 16-19 år brukte hormonell prevensjon i perioden 2010 – 2013.<sup>5</sup> Dette er noe over halvparten (53 %) av alle kvinner i aldersgruppen.<sup>6</sup> Siden innføring av ordningene med rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre og subsidiert prevensjon for kvinner i alderen 16 tom 19 år er det skjedd en betydelig nedgang i forekomsten av tenåringsaborter. Fra 2000 er abortraten i denne aldersgruppen gått ned fra 20,1 pr 1000 kvinner til 10,1 i 2013, som er den laveste abortraten blant tenåringer noen gang og den laveste i Skandinavia.<sup>7 8</sup>

Norsk og internasjonal forskning viser en reduksjon på 18 – 70% i aborttallene ved en kombinasjon av subsidiert prevensjon og lett tilgjengelig prevensjonskonsultasjon – som dekker rekvireringsrett for annet helsepersonell enn leger, gratis konsultasjon og drop in muligheter. Vi har ikke forskning som belyser effekt på abortforekomsten ved utvidet rekvireringsrett alene. I det norske forsøksprosjektet som ligger til grunn for ordningen med helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett på hormonell prevensjon for aldersgruppen 16 – 19 år var nedgangen i aborttallene 34%<sup>9 10</sup>

Prevensjonsopplæringen til helsesøstre og jordmødre har fått god evaluering av brukerne og fra 2005 er opplæringen integrert i deres ordinære utdanninger.

Dagens ordning har noen tydelige begrensninger som gjør den uhensiktsmessig på lengre sikt. Begrensningene knytter seg særlig til:

- at helsesøstre og jordmødre ikke kan rekvirere prevensjon og gi helhetlig prevensjonskonsultasjon også til kvinner over 19 år, til tross for at prevensjonsveiledning og veiledning i familieplanlegging generelt inngår i deres kompetanseområde og ordinære virksomhet
- at kvinner alltid må bytte behandler når de blir 19 år gamle, dette kan være uheldig for kontinuiteten i behandlingen
- at mange kvinner i aldersgrupper med høy seksuell aktivitet og dermed høy forekomst av svangerskapsavbrudd, opplever begrenset tilgjengelighet til prevensjonskonsultasjon og prevensjonstilbud. I et forsøksprosjekt med gratis hormonell prevensjon til kvinner i alderen 20 – 24 år mente 40% av kvinnene at tilbud om prevensjonskonsultasjon hos helsesøster vil senke terskelen for bruk av prevensjon<sup>11</sup>
- at rekvirering av prevensjon bare kan gjøres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og ikke på andre arbeidsarenaer der helsesøstre og jordmødre naturlig møter kvinner med behov og ønsker om prevensjon, som for eksempel i studenthelsetjenesten.
- at rekvireringen ikke omfatter de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene p-stav og spiral (LARC) som er de mest kostnadseffektive og gir best sikkerhet mot uønsket graviditet

Kvinner i alderen 20- 24 år er i sin mest fertile livsperiode. Denne gruppen har også den høyeste andelen prevensjonsbrukere av alle aldersgrupper. Mellom 60 % og 65 % brukte hormonell prevensjon i perioden 2010 - 2012. Likevel har de den høyeste aborthyppigheten av alle kvinner i fertil alder. De har mye seksuell aktivitet og dermed også størst forekomst av

svangerskap uansett utfall. Unge kvinner i alder 20 - 30 år er den mest geografisk mobile gruppe i befolkningen, mange er under utdanning langt fra sin hjemkommune og fastlege. Manglende kontinuitet i prevensjonsbruk og mindre tilgjengelighet til resept på prevensjon er en viktig årsak til den høye abortforekomsten i denne aldersgruppen.

Kunnskapsoppsummeringer og evalueringer peker imidlertid på at Norge har et betydelig forebyggingspotensiale når det gjelder prevensjonsbruk og abort blant kvinner over 20 år.<sup>12</sup> Parallelt med reduksjonen hos kvinner 15-19 år de siste 5 årene, har det vært en reduksjon hos 20-24 åringer, noe som kan være et resultat av bedre prevensjon hos 15-19 åringer og bedre kontinuitet i behandlingen. Legemiddelverket har gjennomført en kampanje for at prevensjon gis kontinuerlig fra seksuell debut til kvinnen har barneønske.

Tilsvarende gjelder kvinner med særlig risiko for uønsket svangerskap og abort. Det dreier seg om risiko knyttet til blant annet rusmiddelmissbruk, etnisk- og seksuell minoritetsstatus. Utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre innebærer at det kan etableres et lavterskeltilbud om hormonell prevensjon på kvinnenes egne helsearenaer, som vil være et viktig bidrag til å forebygge uønsket svangerskap og abort.

Forslaget om å utvide rekvireringsretten til å omfatte alle typer prevensjonsmidler, er i prinsippet allerede langt på vei gjennomført av Statens legemiddelverk. Legemiddelverkets liste over hormonelle prevensjonsmidler, som kan rekvireres av helsesøstre og jordmødre gjeldende fra 1.10.2008, er basert på ATC-systemet, et internasjonalt system som brukes for å klassifisere legemidler. Listen inneholder alle prevensjonsmidler med ATC koder G02B og G03A med unntak av hormonspiral og p-stav. Ved utvidet rekvireringsrett vil behovet for listen bortfalle og helsesøstre og jordmødre vil ha samme ansvar som legene for å oppdatere seg i Legemiddelverkets veiledning om rekvirering av hormonell prevensjon og hvilke legemidler som gis ekstra fokus med hensyn til bivirkningsovervåkning.

## **2.1 Langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder (LARC)**

Tilfredshet med prevensjonsmetode, høy grad av sikkerhet mot graviditet, liten risiko for brukerfeil og kontinuitet i bruk er suksessfaktorer for at kvinner skal kunne forebygge sine uønskede svangerskap og aborter. Her viser nye store undersøkelser at LARC metodene er uovertrufne sammenlignet med andre prevensjonsmetoder.<sup>13 14</sup>

WHO anbefaler særlig økt bruk av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene som også inkluderer kobberspiral fordi de kan brukes av mange kvinner uavhengig av deres alder og om de har født. Samtidig har de lav risiko for alvorlige bivirkninger. Hormonspiral ser også ut til å ha andre helsefordeler, blant annet ved å bidra til redusert risiko for svangerskap utenfor livmoren. Kopperspiral er særlig nyttig for kvinner som av medisinske eller andre grunner ikke kan, eller ikke ønsker å bruke hormonell prevensjon.<sup>15 16 17 18 19</sup> WHO anbefaler at kvinner i langt høyere grad enn i dag får tilbud om disse metodene, og at helsepersonell som kan rekvirere prevensjon bør få god kompetanse i veiledning og praktiske ferdigheter for å kunne tilby p-stav og spiral til alle kvinner som ønsker det.

I Norge har det helst vært kvinner over 30 år som har benyttet LARC metodene, fortrinnsvis spiral. Siden 2009 har Helsedirektoratet lagt ekstra vekt på å fremme bruken av langtidsvirkende prevensjon, og selv om p-stav og spiral fortsatt utgjør en liten andel av totalforbruket av prevensjon blant kvinner, viser tall fra Reseptregisteret en økning på ca 73 % i antall kvinner i aldersgruppen 16 -24 år som benyttet disse metodene i perioden 2010- 2013. bare bruk av p-stav har økt med 127 %.

Siden 2009 har også stadig flere helsesøstre og jordmødre kompetanse i å sette inn p-stav og stadig flere jordmødre har kompetanse i å sette inn spiral. Praktisering av metodene gjøres enten på delegasjon av eller i nært samarbeid med lege, jf Helsepersonelloven § 5. Helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av helsesøstres og jordmødres

kompetanse, ønsker om kompetanse og praktisering av LARC metodene. På bakgrunn av kartleggingen og ny oversikt fra MSD i 2013 estimerer Helsedirektoratet at minimum 10 % av helsesøstrene og jordmødrene med rekvireringsrett i dag har kompetanse som gjør dem i stand til å tilby p-stav. Minimum 31 % av jordmødrene har i dag kompetanse som gjør dem i stand til å tilby spiral, mens det foreløpig kun er noen få helsesøstre som har denne kompetansen<sup>20</sup>.

Som et ledd i arbeidet med å øke tilgjengeligheten til LARC metodene på landsbasis vurderer Helsedirektoratet imidlertid, at det er viktig å gi rom for at helsesøstre som ønsker det kan få rekvireringsrett og kompetanse i å praktisere denne metoden.

På bakgrunn av de internasjonale og norske erfaringene ser Helsedirektoratet stor gevinst ved å øke tilgjengeligheten til LARC metodene. Det vil være hensiktsmessig at helsesøstre og jordmødre får rekvireringsrett på langtidsvirkende prevensjonsmidler, som spiral og p-stav slik at kvinner over hele landet kan få et lett tilgjengelig tilbud om disse metodene.

### 3. Gjeldende rett

Helsesøstres og jordmødres rett til rekvirering følger av forskrift 27. april 1998 nr 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-5, annet ledd, som lyder:

*”Sykepleiere med helsesøsterutdanning og jordmødre, begge med autorisasjon eller lisens etter lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell, gis rett til å rekvirere prevensjonsmidler som er inntatt på særskilt liste fastsatt av Statens legemiddelverk. Listen publiseres og oppdateres av Statens legemiddelverk. Rekvireringsretten gjelder kvinner i alderen 16 til og med 19 år som ledd i yrkesutøvelse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i den kommunale helsetjenesten. Det kreves at helsesøster/jordmor har gjennomført relevant utdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon, og at den enkelte har Id-nummer som sykepleier med helsesøsterutdanning/jordmor i det offentlige Helsepersonellregisteret.”*

Rekvireringsretten er omtalt i merknader til § 2-3 annet ledd i forskrift av 3. april 2003 nr 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Retningslinjer for dagens rekvireringsrett er inntatt i Helsedirektoratets rundskriv I-1/2006.

### 4. Erfaringer og gjeldende rett i andre land

Flere europeiske land og land i OECD har ordninger med lett tilgjengelig prevensjon til kvinner gjennom subsidieringsordninger, ved at hormonell prevensjon kan kjøpes reseptfritt på apotek og ved at sykepleiere og jordmødre med relevant utdanning kan rekvirere hormonell prevensjon og gi helhetlige prevensjonskonsultasjoner.<sup>21 22 23</sup>

Innsetting av spiral av sykepleier, jordmor og andre helsearbeidere med adekvat trening har vært praktisert over store deler av verden siden 1980 årene, og oppsummeringsstudier fra mange land i regi av WHO har vist at disse helsepersonellgruppene yter sikker og effektiv tjeneste.<sup>24</sup> Kunnskapsoppsummeringer viser at slike ordninger gir gode resultater, økt tilgjengelighet gir høyere grad av tilfredshet med prevensjonen, etterlevelse av metodene for bruk og dermed bedre kontinuitet i prevensjonsbruk blant kvinner.<sup>25</sup>

I Sverige har jordmødre med adekvat utdanning hatt rett til å rekvirere alle former prevensjon siden 1996. Erfaringene har vært gode og svenske jordmødre har hovedansvaret for arbeidet med seksuell helse og gynekologiske helsekontroller hos kvinner i alle aldersgrupper på fødeklinikker, i privat praksis, i skolehelsearbeidet og på ungdomsmottagninger. Jordmødrenes rekvireringsrett til prevensjon er hjemlet i forskrifter fra Sosialstyrelsen og Läkemedelsverket.<sup>26 27</sup>

Storbritannia har hatt en nasjonal ordning med lett tilgjengelighet til prevensjon siden midten av 1970 årene. Ordningen innebærer gratis lavterskeltilbud med konsultasjon og gratis prevensjon. I 2000 fikk jordmødre og sykepleiere med kompetansegivende utdanning begrenset rekvireringsrett på hormonell prevensjon, og fra 2002 har jordmødre og sykepleiere med godkjente kvalifikasjoner hatt rett til å rekvirere en lang rekke legemidler inkludert hormonell prevensjon. Rekvireringsretten er hjemlet i den engelske lovgivningen om helsepersonell og lovgivningen om legemidler.<sup>28 29</sup>

Flere delstater i Australia og USA har innført liknende ordninger. Her har jordmor eller sykepleier med relevant kompetanse rett til å rekvirere hormonelle prevensjonsmidler når de arbeider innen nasjonale, eller lokale programmer for seksuell og reproduktiv helse.

## **5. Departementets vurderinger**

Lett tilgjengelighet til prevensjon skal bidra til å sikre kvinners rett til et trygt seksualliv uten risiko for uønsket graviditet og deres rett til å planlegge ønskede svangerskap. Dette velferdspolitiske prinsippet er et viktig utgangspunkt for departementets vurderinger. Samtidig vil det være stor kostnytteverdi forbundet med at prevensjonskonsultasjoner til et betydelig antall kvinner i Norge kan forskyves fra fastlegene til helsesøstre og jordmødre med god kompetanse. Internasjonalt er det en økende trend at slik oppgaveforskyvning innen helsetjenesten til profesjonsgrupper med kortere utdanninger blir vurdert både som faglig nyttig og samfunnsøkonomisk besparende.

Helsesøstre og jordmødre som skal skrive ut og sette inn p-staver må også ha rekvireringsrett for lokalbedøvelse og adrenalin (dersom en jente skulle få et allergiskjokk pga. bedøvelsen).

En utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre vil gi en ordning som er enkel og forutsigbar for brukerne. Ordningen vil medføre likhet for samtlige helsepersonellgrupper som kan rekvirere prevensjon og gi prevensjonskonsultasjon, slik at kvinner kan vite at de kan få et helhetlig tilbud uavhengig av om de velger å gå til helsesøster, jordmor eller sin fastlege. Samtidig vil det være en ordning som er enkel for utdanningene og de aktuelle helsepersonellgruppene.

Lov om helsepersonell 2. juli 1999 nr 64 § 4 om faglig forsvarlighet og kyndighet i utøvelse av helsetjeneste skal være det styrende prinsipp ved utvidelsen av rekvireringsretten. Kravet om faglig forsvarlighet forplikter helsesøstre og jordmødre med utvidet rekvireringsrett til å ha løpende praktisk kompetanse i prevensjonskonsultasjoner på samme måte som leger.

Departementet vil se på mulighetene med å utvide ordningen med bidrag til prevensjonsmidler 16-19 år til også å omfatte LARC (hormonelle LARC).

### **5.1 Kvinnegrupper som vil få særlig nytte av den nye ordningen**

Helsesøstre og jordmødre vil innen rammene for sin utdanning kunne bidra med veiledning og rekvirering av prevensjon til kvinner over 16 år på ulike arbeidsarenaer. Helsestasjonen er en slik arena. Helsestasjonen skal imidlertid fortsatt være et tilbud til barn, ungdom og deres familier og Helsedirektoratet anbefaler ingen endringer i selve helsestasjons- og skolehelsetjenesteforskriften, hvor det heter at helsestasjonen skal sørge for veiledning og rådgivning i familieplanlegging og seksualitet, samliv og prevensjon.

Helsesøstre arbeider i økende grad i andre lavterskeltilbud, som oppsøkes av kvinner der majoriteten er mellom 20-30 år, for spørsmål om seksuell helse. En arena der helsesøstre og jordmødre har et særlig potensial til å nå mange kvinner med behov for prevensjon og prevensjonskonsultasjon er studenthelsetjenestene, som er opprettet ved mange av landets universitet og høyskoler.<sup>30</sup> Andre arenaer er lavterskeltilbud til kvinnegrupper med særlig risiko for uønsket svangerskap og abort, for eksempel lavterskeltilbud for

rusmiddelmissbrukere, Amathea, familieplanleggingstilbud til sårbare etniske minoritetskvinner og asylant- flyktningehelsetjenesten. For jordmødre vil det være særlig aktuelt med prevensjonskonsultasjon til kvinner etter fødsel og abort.

## **5.2 Oppgaveforskyvning fra fastlegen til helsesøster og jordmor**

Det er reist bekymring over at utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre til å gjelde alle typer prevensjon kan medvirke til å uthule fastlegeordningen, som er ment å ivareta et helhetlig helsetilbud til hele befolkningen. Resultater fra brukerundersøkelser i 2003/2004 og 2010 har imidlertid vist at mer enn 50 % av kvinnene i aldersgruppen 20-24 år ønsker å gå til fastlegen for prevensjon.<sup>31 32</sup>

Utvidet rekvireringsrett kan heller gi en annen gevinst. Evalueringene av fastlegeordningen viser forbedringer både i tilgjengelighet til allmennlegen og i oppfølgingen av den enkelte pasient. Likevel er det mangel på fastleger i flere av landets kommuner og fortsatt for lang ventetid for "friske pasienter" som for eksempel kvinner som trenger prevensjon. I tillegg får fastlegene stadig nye oppgaver. I denne sammenheng er det aktuelt å vurdere hvilke forebyggende oppgaver det kan være hensiktsmessig å overlate til andre helsepersonellgrupper. Prevensjonsveiledning og -konsultasjon kan være en slike oppgave. Prevensjon og spørsmål relatert til seksuell og reproduktiv helse er vanlige årsaker til legekonsultasjon for kvinner i fruktbar alder. De utgjør 16 % av konsultasjonene for kvinner i alderen 15 til 24 år og 21 % av alle konsultasjonene for kvinner i alderen 25 til 44 år.<sup>33</sup> Når prevensjonskonsultasjoner i større grad kan gjøres av kompetente helsesøstre og jordmødre, vil dette frigjøre tid hos fastlegene til andre pasienter og andre viktige oppgaver.

## **5.3 Dokumentasjonsplikt og behov for samarbeid med leger**

Det forutsettes at Helsepersonellovens § 4 om krav til faglig forsvarlighet og kyndighet i utøvelse av helsetjeneste legges til grunn ved en utvidelse av rekvireringsretten.<sup>34</sup> Det betyr at helsesøstre og jordmødre må ha en faglig forsvarlig grunnkompetanse i alle forhold vedrørende rekvireringsretten. Videre forplikter forsvarlighetskravet helsesøstre og jordmødre til å ha løpende praktisk kompetanse i prevensjonskonsultasjoner på samme måte som leger, og til å holde seg oppdatert på Legemiddelverkets informasjon og anbefalinger til helsepersonell om hormonell prevensjon, og veiledningen som gis i Sex og samfunns metodebok.

Dagens utdanning gir helsesøstre og jordmødre kompetanse både i å vurdere og foreta selvstendige risikoavveininger ved rekvirering av prevensjon til friske unge kvinner, og i å vurdere når samarbeid med leger og/eller henvisning til spesialist er nødvendig eller påkrevd.

Samarbeid med leger eller annet helsepersonell kan være særlig aktuelt i prevensjonskonsultasjoner av kvinner som det av medisinske eller andre grunner er vanskelig å gi god rådgivning om prevensjonsalternativ, eks. kvinner med ulike typer funksjonshemninger, kroniske lidelser, psykisk utviklingshemning, eller sykdommer og/eller medikamentbruk der det er vanskelig å foreta risikoavveining ved hormonell prevensjon.

Samarbeid med leger/spesialist kan være av betydning dersom det er vanskelig å etterleve brukermethodene for enkelte typer prevensjon, samt plager knyttet til vanlige bivirkninger ved prevensjonen. Hensikten er å finne frem til den prevensjonsmetoden som kvinnen føler seg mest vel med. Ved mistanke om alvorlige bivirkninger vil henvisning og samarbeid med leger alltid være påkrevd. Ved en utvidelse av rekvireringsretten forutsettes det at helsesøstrenes og jordmødrenes samarbeid med og henvisning til fastlege eller spesialist er i tråd med kravene om faglig forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell slik det er fastsatt i helsepersonelloven § 4. Her er det tydelig presisert at helsepersonell skal innhente nødvendig bistand og viderehenvise pasienter der egne kvalifikasjoner ikke strekker til.

Helsesøstre og jordmødre har på samme måte som annet helsepersonell dokumentasjonsplikt i henhold til helsepersonelloven, se §§ 39 og 40 som presiserer helsepersonells plikt til å føre journal og sikre at journalen oppfyller sin funksjon som redskap for ytelse av forsvarlig helsehjelp. Dette omfatter også bestemmelsene i journalforskriften.<sup>35</sup> Sex og samfunns metodebok for prevensjonsveiledning og seksuell helsekonsultasjon gir oppskrift på journalføring for samtlige prevensjonsmetoder og oversikt over anbefalt utstyr til tjenestesteder som skal gjennomføre prevensjonskonsultasjon, inklusive innsett av p-stav og spiral.<sup>36</sup>

Det er reist bekymring for at en utvidet rekvireringsrett kan medvirke til at kvinnes fastlege mister kontroll og totaloversikt over deres medikamentforbruk, og at dette kan føre til vansker i fastlegenes vurdering av hva som er det beste behandlingstilbudet til den enkelte kvinne. Med e-resept og elektronisk kjernejournal vil helsepersonell imidlertid få bedre oversikt over sine pasienters reseptbelagte medikamentforbruk, også bruk av hormonell prevensjon.

## 6. Bivirkninger ved hormonell prevensjon

En oppsummering av Legemiddelverkets bivirkningsrapporter i perioden 2000-2013 viser at det var meldt 14 dødsfall knyttet til bruk av hormonell prevensjon. Åtte av dødsfallene var knyttet til p-pillen Yasmin som nå er i ferd med å fases ut i Norge. Det Europeiske legemiddelkontoret vurderte i 2013 sikkerheten til alle kombinerte prevensjonsmidler (som inneholder østrogen og progestogen). Det er også laget nye tabeller over risiko for blodpropp for ulike prevensjonstyper.

**Tabell 1: Risiko for VTE med hormonelle prevensjonsmidler**

Progestogen i kombinerte hormonelle prevensjonsmidler (kombinert med etinyløstradiol, med mindre annet er nevnt)	Relativ risiko sammenlignet medlevonorgestrel	Beregnet blodpropp (VTE)-forekomst (per 10 000 kvinner per brukerår)
Ikke-gravid ikke-bruker	-	2
Minipiller (kun progestogen) (som Cerazette og Conludag)	-	2
Levonorgestrel (som Loette, Oralcon, Microgynon)	Utgangspunkt	5-7
Noretisteron (og norgestim) (som Synfase)	1,0	5-7
Desogestrel/Drospirenon (og gestoden) (som Yasmin, Yasminelle og Yaz)	1,5-2,0	9-12
Etonogestrel/Norelgestromin (som Nuvaring og Evra)	1,0-2,0	6-12
Dienogest/Nomegestrolacetat (E2) (og klormadinon) (som Qlaira og Zoely)	Må bekreftes <sup>1</sup>	Må bekreftes <sup>1</sup>

E2 – østradiol

Særlige risikofaktorer for alvorlige bivirkninger er oppstart med prevensjonsmiddel, overvekt og røyking, arvelige blodproppendenser og andre sykdommer. Risikoen er størst de første 6-12 måneder etter oppstart med kombinasjons-p-piller. Senere er risikoen betydelig lavere. Det har vært diskutert om bytte av p-pille også kan gi økt risiko, men dette er usikkert.

Legemiddelverket har siden 2010 gjennomført et løpende informasjonsarbeid til kvinner og aktuelle helsepersonellgrupper om førstevalg av hormonell prevensjon, risiko for blodpropp ved bruk av p-piller og hvilke symptomer man skal være oppmerksom på. Informasjon oppdateres løpende på Legemiddelverkets nettsider.<sup>37 38</sup> For å sikre trygg bruk av p-piller har Legemiddelverket i samarbeid med legemiddelindustrien laget informasjon om alvorlige bivirkninger, som skal være med i all markedsføring.

I perioden fra 2010 har det skjedd en markant økning i bruken av kombinasjonspreparater med minst risiko for blodpropp, samtidig som preparater med høy risiko i stor grad fases ut.

For å oppdage nye bivirkninger må helsepersonell være årvåkne og tenke mulighet for bivirkning når uventede reaksjoner oppstår hos pasientene. Det er viktig at helsesøstre og jordmødre har oversikt over prevensjonsmidler som står på Legemiddelverkets overvåkingsliste, oversikt over hvilke prevensjonsmidler Legemiddelverket anbefaler som førstevalg for prevensjon, samt god kompetanse i anamnese ved oppstart av prevensjon.

Legemiddelverket har konkludert med at utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre ikke vil føre til økt forekomst av alvorlige bivirkninger, men at det med gode rutiner kan bli meldt inn flere bivirkninger som Legemiddelverket ikke får i dag. Helsesøstre og jordmødre oppfordres til å melde inn bivirkninger til Legemiddelverket.

## **7. Opplæringsbehov og justeringer i helsesøstre og jordmødres prevensjonsutdanning**

Kompetansekrav og krav til dagens prevensjonsutdanning er beskrevet i Helsedirektoratets rundskriv I-1/2006, som gir retningslinjene for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til kvinner i alder 16 tom 19 år.

### **7.1 Krav til kompetanse ved utvidet rekvireringsrett**

Utvidelse av rekvireringsretten innebærer at helsesøstre og jordmødre må ha kompetanse i å gi råd og formidle optimale prevensjonsmetoder til kvinner fra 16 år frem til menopause. Helsedirektoratet vurderer at denne kompetansen dekkes gjennom dagens utdanning når det gjelder friske kvinner under 35 år. I følge vurderingen krever utvidelsen imidlertid at helsesøstre og jordmødre må ha særlig kompetanse i rådgivning, anamnese og risikoavveining ved rekvirering og anbefaling av prevensjon til kvinner over 35 år. Det gjelder spesielt medisinske forhold og tilstander som tilsier at hormonell prevensjon er kontraindisert, eller bare kan brukes etter nøye risikoavveining. Det gjelder også råd og veiledning om prevensjon og sikkerhet mot graviditet rundt menopause.

Helsesøstre og jordmødre som skal rekvirere p-stav og spiral må ha dokumentert kompetanse som tilfredsstillende internasjonale kompetansebeskrivelser for disse metodene både når det gjelder teoretiske og praktiske ferdigheter.

### **7.2 Justeringer i prevensjonsutdanningen og krav til dokumentasjon**

Utvidelse av rekvireringsretten krever en justering av helsesøstre og jordmødres prevensjonsutdanning som kan møte de nye kravene til kompetanse beskrevet over. Helsedirektoratet og sentrale fagmiljøer vurderer at utdanningen justeres med hovedvekt på følgende temaer:

- Medisinske forhold knyttet til kvinnehelse og prevensjon med vekt på tema som er viktig for prevensjonsveiledning frem mot menopausen – spesielt medisinske forhold, rådgivning, anamnese og risikoavveining ved rekvirering og anbefaling av prevensjon til kvinner over 35 år.
- Farmakologi – med vekt på grundig skolering i alle typer hormonelle prevensjonsmidler og interaksjoner med andre legemidler.



- Alvorlige bivirkninger og forholdsregler ved mistanke om alvorlige bivirkninger, som inkluderer opplæring i pasientkommunikasjon om bivirkninger og samarbeid/henvisning til spesialist eller lege
- Alt regelverk som er relevant i forhold til den utvidede rekvireringsretten

Anbefalingen er at halvparten av opplæringen (ca 20 timer) skal dekke disse temaene og at utdanningen skal følge standardiserte nasjonale kompetansemål og dokumenteres gjennom en skriftlig eksamen. Det foreslås at denne del av opplæringen gjøres gjennom et 20 timers modulbasert e-læringskurs med tilhørende e-eksamen.

Helsesøstre og jordmødre med dagens prevensjonsutdanning (ca 4 500) må ta e-kurset med bestått eksamen for å få utvidet rekvireringsrett på hormonell prevensjon.

Høgskolene har i dag en rutine på at sykepleiere med helsesøsterutdanning og jordmødre som har gjennomført prevensjonsopplæringen registreres av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Ved utvidet rekvireringsrett anbefaler Helsedirektoratet at melding om bestått eksamen legges til grunn for denne registreringen.

I andre land gis den praktiske opplæringen i forlengelsen av de teoretiske grunnutdanningene og for spiral i samarbeid med praksissteder med høy kompetanse og løpende erfaring med denne metoden. Opplærings-krav for praktisering av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene er beskrevet i kliniske veiledninger og i kompetansebeskrivelser til de aktuelle helsepersonellgruppene.<sup>39 40 41 42 43</sup> Ved utvidet rekvireringsrett som omfatter p-stav og spiral må høgskoleutdanningene til helsesøstre og jordmødre legge til rette for opplæring som følger de internasjonale kompetansebeskrivelsene. Flere av høgskoleutdanningene ivaretar dette allerede i dag.

P-stav settes under huden i overarmen med en enkel applikator. Enkelte høyskoleutdanninger har allerede lagt til grunnkurs med praktisk opplæring i p-stav i forlengelse av prevensjonsutdanningen, slik det anbefales av det svenske legemiddelverket. Deltakerne får særskilt kursbevis på dette. Majoriteten av høgskoleutdanningen har planer om å ha slike kurs i siste semester av helsesøstrenes og jordmødrenes utdanning i løpet av 2013 - 2014.

I andre land der sykepleier, jordmor og andre helsearbeidere med adekvat trening praktiserer innsetting av spiral, består utdanningen av 25 - 30 timers teoretisk opplæring i relevante gynekologiske undersøkelser, og trening i innsetting/fjerning av spiral på modell. I tillegg kreves 30 timers klinisk praksis med en erfaren veileder i innsetting og fjerning av spiral på klienter. Det er ikke spesifikke krav til omfang, praktisk trening er fullført når veileder vurderer at lærlingen har tilstrekkelig og forsvarlig kompetanse.

Dagens jordmorutdanning er et toårig mastergradsstudium. Utdanningsstedene er kommet noe ulikt i sin planlegging og gjennomføring av mastergradsutdanningen. Som en del av studiet er det fastsatt ca. 50 timer undervisning i tema kvinnehelse inkludert opplæring i gynekologisk sykdom og – undersøkelse. De kliniske studiene er knyttet til ungdomshelsestasjoner og poliklinikker som gir tilbud til kvinner i ulike aldersgrupper. I kraft av sin autorisasjon som jordmor gir dette jordmødre kvalifikasjoner til å tilby prevensjonsveiledning, rekvirering av prevensjon, innsetting av p-stav og spiral samt cytologiprøve.

Når det gjelder praktisk ferdighetstrening i spiral og cytologiprøvetaking opplæres jordmorstudentene i dag gjennom øvelse på modell før de skal ut i klinisk praksis. Høgskolen i Vestfold har sendt studentene for klinisk ferdighetstrening til Sverige. Høgskolen i Bergen og Trondheim samarbeider om et nytt prosjekt som skal inneholde klinisk ferdighetstrening i Sverige. Den svenske opplæringen tilfredsstiller de internasjonale kravene til praktisk kompetanse som er nevnt over. Ved Universitetet i Tromsø varierer den kliniske

ferdighetstreningen noe med hvor studentene har praksis. Høgskolen i Oslo og Akershus har foreløpig ikke klinisk ferdighetstrening for sine jordmorstudenter. Ved utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre vil samtlige jordmorutdanninger imidlertid justere sin opplæring slik at de er i tråd med de internasjonale/svenske kompetansebeskrivelsene.

Helsesøstre som ønsker å benytte rekvireringsrett og praktisere innsett av spiral, må dokumentere sin teoretiske opplæring og praktiske ferdigheter på samme måte som jordmødrene. Høgskolene vil derfor tilrettelegge for at de kan hospitere på relevante deler av jordmorutdanningen.

### **7.3 Organisering av opplæringen og behov for overgangsordninger**

Dersom justeringene i prevensjonsopplæringen kan gjennomføres fra 2015 vil sykepleiere som starter på helsesøster- og jordmorutdanningen automatisk få den opplæringen som er en forutsetning for utvidet rekvireringsrett. Høgskolene står fritt til å organisere opplæringen. For flere av høyskolene er det imidlertid mest hensiktsmessig å legge opplæringen til avgrensede kursmoduler. For at alle helsesøstre og jordmødre som ønsker utvidet rekvireringsrett skal få den samme kompetansen er det nødvendig å etablere overgangsordninger. Siden helsesøstre og jordmødre i varierende grad har gjennomført kompetansehevede tiltak mht samliv, seksualitet og prevensjon er det behov for et gradert utdanningstilbud for

- ferdig utdannede helsesøstre og jordmødre som ennå ikke har gjennomført relevant utdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon
- helsesøstre og jordmødre som har gjennomført prevensjonsopplæringen
- sykepleiere som for tiden er under etterutdanning for å bli henholdsvis helsesøstre og jordmødre

Helsedirektoratet og fagmiljøene anbefaler at gruppen av helsesøstre og jordmødre som ennå ikke har gjennomført relevant grunnutdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon gjennomfører opplæringen gjennom etterutdanningskurs med tilhørende eksamen arrangert av høyskolene. Opptrening i kommunikasjonsferdigheter, skjønnsmessige vurderinger og regelverksfortolkninger blir godt ivaretatt i et fagmiljø der det legges opp til flere læringsmetoder med en blanding av teoretisk kunnskap, arbeidspraksis, veiledning og gruppeoppgaver.

Gruppen av helsesøstre og jordmødre, ca 4500, som allerede har gjennomført dagens prevensjonsutdanning trenger en mindre omfattende læringsløsning. Denne gruppen trenger kun å gjennomføre e-læringskurset som ivaretar de nye kompetansekravene med tilhørende eksamen. Høgskolene vil ha ansvar for å administrere ordningen.

Sykepleiere som i dag er under helsesøster- og jordmorutdanning vil enten få dagens prevensjonsopplæring eller opplæringen som tilfredsstillende de nye kompetansekravene, avhengig hvor langt de er kommet i studiet når den nye opplæringen settes i gang. Gruppen med dagens prevensjonsopplæring må i tillegg gjennomføre e-læringskurset med eksamen. Også dette kan gjøres innenfor rammene av den ordinære helsesøster- og jordmorutdanningen.

## **8. Forslag til forskriftsendringer**

Departementet foreslår følgende endringer i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-5:

Nytt annet ledd skal lyde:

*Sykepleiere med helsesøsterutdanning og jordmødre med autorisasjon eller lisens etter lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell, gis rett til å rekvirere alle typer*

*prevensjonsmidler til kvinner fra fylte 16 år, samt legemidler til bruk i praksis som er nødvendig for administrering av prevensjonsmidlene.*

Tidligere annet ledd, 4. punktum blir nytt tredje ledd og skal lyde:

*Det kreves at sykepleier med helsesøsterutdanning/jordmor har gjennomført relevant utdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon, og at den enkelte har Id-nummer som sykepleier med helsesøsterutdanning/jordmor i det offentlige Helsepersonellregisteret.*

Det har blitt vurdert om det er nødvendig å sette inn formuleringen: «*Liste over legemidler som kan rekvireres til bruk i praksis fastsettes av Statens legemiddelverk*» som nytt annet punktum i utkastet til nytt annet ledd. Legemiddelverkets vurdering er at en slik detaljering antagelig er unødvendig, jfr. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-2 hvorefter tannleger kan rekvirere de legemidler som er nødvendige i deres praksis.

Det er ikke behov for å endre forskrift 3. april 2003 nr 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, § 2-3 annet ledd. Fjerde ledd i merknadene til bestemmelsen bør imidlertid oppdateres.

Helsepersonelloven § 4 om krav til faglig forsvarlighet og kyndighet i utøvelse av helsetjeneste og § 25 om opplysninger til samarbeidende personell har vært grundig vurdert i forhold til endringsforslaget. I tillegg har behov for mulige endringer i pasientjournalforskriften § 15 som knytter seg til helsepersonelloven § 45 om overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger vært drøftet. Departementet mener, i likhet med Helsedirektoratet, at det ikke er behov for endringer i disse regelverkene.

Det vil være behov for å utvikle retningslinjer for den utvidede rekvireringsretten for helsesøstre og jordmødre og Helsedirektoratet tar derfor sikte på å gi ut et nytt rundskriv som erstatter rundskriv I-1/2006.

## **9. Økonomiske og administrative konsekvenser**

Helsedirektoratet og aktuelle fagmiljø vurderer at det ikke vil være større administrative konsekvenser eller økonomiske merkostnader av forslaget. Den viktigste konsekvens av utvidet rekvireringsrett på prevensjon for helsesøstre og jordmødre er helsegevinsten for kvinner. Økt tilgjengelighet til prevensjon kan bidra til bedre og mer kontinuerlig prevensjonsbruk og til at kvinner får bedre kontroll med egen seksuell helse. En annen positiv effekt er at fastlegene kan frigjøre tid til andre pasienter og helseoppgaver, når prevensjonskonsultasjoner kan gjøres av helsesøstre og jordmødre. På lengre sikt kan dette bidra til samfunnsøkonomiske besparelser.

I tabellen i punkt 9. 7 gir Helsedirektoratet en samlet oversikt over økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget. Her er det også tatt hensyn til potensielle endringer i antall prevensjonsbrukere og i abortforekomst. Punktene under beskriver grunnlaget for vurderinger og bergninger i tabellen.

### **9.1 Fremtidig omfang av helsesøstre og jordmødre med rekvireringsrett på hormonell prevensjon**

Pr 1.3 2013 har i alt 3 474 helsesøstre og 1 168 jordmødre rekvireringsrett på hormonell prevensjon til kvinner i alderen 16 tom 19 år. I perioden 2010 - 2012 har det vært ca. 285 nyutdannede helsesøstre og jordmødre årlig, (ca. 200 helsesøstre og 85 jordmødre). Med en tilsvarende utdanningsprogresjon kan det forventes ca 300 nye helsesøstre og jordmødre med rekvireringsrett pr år fremover. Det er ikke grunn til at tro at dette antallet vil øke.<sup>44</sup>

## 9.2 Potensielle endringer i antall brukere av hormonell prevensjon

I perioden 2010 – 2012 hentet gjennomsnittlig 330 000 kvinner årlig fra 16 år og oppover ut resept på hormonell prevensjon. Ca 63 000 var kvinner i aldersgruppen 16 tom 19 år. Reseptregisteret har anslått at ca 70 % - 90 % av 16 – 19 åringene benyttet ordningen med resept på prevensjon fra helsesøster eller jordmor. I aldersgruppene over 19 år var det ca 285 000 kvinner som årlig fikk rekvirert prevensjon fra lege. Kvinner i alderen 20 – 24 år utgjør den største andel, ca 95 000 årlig. Prosentvis økning i antall prevensjonsbrukere i perioden er mellom 3.5 % – 7 % for de ulike aldersgruppene.<sup>45</sup>

## 9.3 Antall kvinner som vil velge helsesøster/jordmor fremfor fastlegen til prevensjonskonsultasjon og potensielle innsparinger

Det er vanskelig å gi et eksakt estimat på hvor mange kvinner over 20 år som vil benytte seg av tilbudet. Resultater fra brukerundersøkelser referert i punkt 4.3 viser at noe over halvparten av kvinnene i alderen 20 – 24 år ønsker å gå til fastlegen for prevensjon. Når det gjelder kvinner eldre enn 30 år antar Helsedirektoratet at majoriteten vil benytte fastlegen. I beregningsgrunnlaget har Helsedirektoratet lagt til grunn at ca 100 000 kvinner i alder 20 år og oppover vil benytte helsesøster til prevensjon/prevensjonskonsultasjon, mens 30 000 kvinner (halvparten av gravide i en årskohort) vil benytte jordmor. Vurderinger fra HELFO støtter opp om dette. I beregningene for potensielle kostnader og innsparinger er honorar og refusjonstakst basert på normaltariffen for leger og honorar og refusjonstakst for jordmødre lagt til grunn.<sup>46 47</sup>

## 9.4 Behov for nye årsverk for helsesøstre og jordmødre - konsekvenser for kommunesektoren

Dekningsgraden – helsesøstre og jordmødre totalt i landets kommuner pr i dag – er basert på tall fra KOSTRA i 2010. Antall helsesøstersårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten var 2076 i 2010. Antall jordmørsårsverk i kommunehelsetjenesten var 295. Et fåtall jordmødre (ca 30) arbeider i privat praksis, de fleste med det offentlige som hovedarbeidsgiver.

Helsedirektoratet har dokumentert et stort gap mellom rapporterte årsverk og den anbefalte nasjonale minstenorm for bemanning både når det gjelder helsesøstre og jordmødre i kommunene.<sup>48 49</sup> Fra 2014 er det imidlertid bestemt at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes med 300 nye stillinger. Stortinget har også sluttet seg til at jordmortjenesten skal styrkes. Det vil imidlertid gå flere år før de anbefalte bemanningsnormer kan innfris.

I denne sammenheng er det viktig å vurdere hvilken belastning rekvirering av prevensjon og prevensjonskonsultasjon til kvinner over 19 år vil medføre økonomisk og bemanningsmessig for kommunene. I beregningen har Helsedirektoratet lagt til grunn en konsultasjonstid på 20 minutter 2 ganger pr år. Dette er et maksimumstall fordi majoriteten (ca ¾) av kvinner over 20 år allerede er brukere av hormonell prevensjon og derfor bare vil trenge *en* konsultasjon for fornyelse av resept hvert annet eller tredje år. Innlegg eller skifte av p-stav vil være aktuelt en gang hvert tredje år. Innsett eller skifte av spiral hvert femte til sjette år.

For å lette tilgjengeligheten til prevensjon for kvinner under utdanning er det opprettet tilbud om prevensjonskonsultasjon ved 20 studiesteder i landet. De fleste brukerne er i alderen 20 – 25 år. Majoriteten av tilbudene er lagt til den lokale helsestasjon. Helsesøster gjennomfører anamnese/veiledning mens resept utskrives av lege. I 2011 hadde studenttilbudene ca 18 000 konsultasjoner. Tilbudene samfinansieres av kommunen, Studentsamskipnaden og midler fra Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort med ca 1/3 fra hver. Beregningsgrunnlaget er basert på tall fra 2011.<sup>50</sup>

## 9.5 Justeringer i dagens prevensjonsutdanning for helsesøstre og jordmødre

Justeringen i prevensjonsutdanningen krever utvikling av et 20 timers e-læringskurs med tilhørende eksamen. E-læringskurset må gjennomføres både innen helsesøstrenes og jordmødrenes ordinære utdanning, og for de ca 4 500 helsesøstre og jordmødre som

allerede har dagens prevensjonsopplæring. Opplæringen kan arrangeres slik at de ferdigutdannede helsesøstrene og jordmødrene kan gjennomføre kurs og avlegge e-eksamen hjemmefra. Dersom kurset legges på en statlig e-læringsplattform, vil det være få administrative og økonomiske konsekvenser forbundet med kurs og eksamen, teknisk vedlikehold og oppgradering. I beregningsgrunnlaget er det tatt høyde for dette samt en engangskostnad for utvikling av kurset.

Når det gjelder den praktiske opplæring i ferdigheter vedrørende p-stav kan dette enkelt integreres i høyskolenes ordinære utdanning for helsesøstre og jordmødre, slik det allerede er gjennomført eller planlagt gjennomført ved høyskolene i dag. Jordmødrene vil fra 2013 – 2014 ha tilstrekkelig teoretiske og grunnleggende praktiske ferdigheter i å sette inn spiral gjennom omleggingen av jordmorutdanningen til mastergradstudium. De fleste har i dag en ordning der jordmorstudentene får klinisk praksis på et egnet og kompetent praksissted.

#### 9.6 Konsekvenser for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet

SAFH opplyser at det vil være minimalt merarbeid forbundet med registrering i helsepersonellregisteret av helsesøstre og jordmødre med den nye kompetansen. Registreringen vil derfor ikke ha administrative og økonomiske konsekvenser for SAFH.

Helsetilsynet vil få en ny tilsynsoppgave med å overvåke om bestemmelsene som fastsettes ved utvidet rekvireringsrett overholdes. Helsedirektoratet vil som tidligere ha ansvar for å koordinere faglig oppdatering av høyskolene, samt ha ansvar for engangsoppgaver i forbindelse med utvikling av nødvendige veiledere og undervisningsopplegg i forhold til de nye kompetansekravene for helsesøstre og jordmødre med utvidet rekvireringsrett.

#### 9.7 Samlede konsekvenser av forslaget

Under gis en samlet oversikt over konsekvenser av utvidet rekvireringsrett på hormonell prevensjon for helsesøstre og jordmødre sammenlignet med rekvirering og konsultasjon hos fastlege. Oversikten er basert på rekvirering av prevensjon og -konsultasjon til kvinner fra 20 år og oppover.

	Dagens ordning - prevensjon hos lege	Prevensjon hos helsesøster og jordmor
<b>Demografiske/administrative konsekvenser</b>		
<b>Beregnet antall brukere</b>	Ca 330 000	Minimum ca 130 000 Maksimum ca 230 000
<b>Antatt årlig nedgang i abortforekomst basert på endringer i aborttallene 2008 - 2012<sup>51</sup></b>	Ca 5 %  Beregnet på endringen i aborttallet blant fertile kvinner 20 – 49 år i perioden 2008 – 2012	Ca 5 % - 10 %  Estimert på endringen i aborttallet blant fertile kvinner 16 – 19 år i perioden 2008 – 2012, der det er forsøkt kompensert for subsidiering
<b>Antatt årlig økning i antall prevensjonsbrukere totalt i alder 20 – 30 år estimert på endringene i prevensjonsbruk 2010 – 2012</b>	Ca 5 %	Ca 7 % -15 %

<b>Antatt årlig økning i antall LARC brukere i alder 20 – 30 år estimert på endringene i prevensjonsbruk 2010 – 2012</b>	Ca 30 – 50 %	Ca 50 % – 100 %
<b>Antall nye årsverk estimert på antall kvinner som vil benytte tilbudet og en antatt konsultasjonstid på 20 min 2 ganger årlig</b>	Ingen	Totalt Ca 32 – 64 helsesøsterårsverk og ca 10 - 11 jordmorårsverk  Gjennomsnittlig 0,1 – 0,2 årsverk pr kommune
<b>Frigjort tid hos helsepersonell estimert på antall kvinner som vil benytte tilbudet og en antatt konsultasjonstid på 20 min 2 ganger årlig</b>	Ca 42 – 75 årsverk	Ingen
<b>Administrative konsekvenser av opplæringstiltak innen utdanningene (tidsbruk)</b>		Halvparten (20 timer) av opplæringen gjennom e-læring innebærer en tidsmessig besparing på 50%
<b>Administrative konsekvenser av opplæringstiltak for ferdig utdannet personell (tidsbruk)</b>	Usikkert – enkelte fastleger kan trenge påfyll av kunnskaper og ferdighetstrening i p-stav og spiral	Ca 4 500 ferdigutdannete helsesøstre og jordmødre må gjennomføre e-læringskurs. Økt tidsbruk og administrasjon for utdanningene usikkert
<b>Antatt tid før ordningen er implementert på landsbasis. Estimert på bakgrunn av tid for landsdekkende implementering av rekvireringsordning til kvinner 16 – 19 år</b>	Ingen	Ca 3 – 5 år
<b>Økonomiske konsekvenser</b>		
<b>Årlige kostnader ved beregnet 42 – 75 årsverk brukt til prevensjon/konsultasjon. Beregnings-grunnlag ca 600 000 kr pr årsverk for helsesøstre/ jordmødre og ca 850 000 kr for leger</b>	Ca 36 mill kr – 64 mill kr totalt  Ca 84 100 kr – 150 000 kr I gjennomsnitt pr kommune	Ca 25 mill kr – 45 mill kr totalt  Ca 58 400 kr – 105 000 kr gjennomsnitt pr kommune

<b>Kostnader for prevensjon/sekstelt helsetilbud ved 20 av landets høyskoler og universitet</b>	Totalt 5 mill kr – 6 mill kr  Stat og kommune 3.4 mill kr – 4 mill kr  Studentsamskipnad 1.6 mill kr - 2 mill kr	Totalt 5 mill kr – 6 mill kr  Stat og kommune 3.4 mill kr – 4 mill kr  Studentsamskipnad 1.6 mill kr - 2 mill kr
<b>Kostnader og administrasjon ved registrering av helsepersonell med særskilt rekvireringsrett på prevensjon.</b>	Ingen	Ingen kostnader Minimalt med administrasjon
<b>Kostnader for faglig og teknisk utvikling samt vedlikehold av e-læringskurs</b>  <b>Kostnader ved administrering av opplæringen</b>		Ca 1 mill. kr i engangskostnad  Ca 30.000 kr – 50 000 kr i årlig oppdatering  Administrasjonskostnader usikkert – vanskelig å beregne
<b>Kostnader for opplæring i spiral og p-stav</b>	Ingen nye kostnader for teoretisk og praktisk grunnopplæring som inngår i dagens utdanninger  Få kostnader for praktisk grunnopplæring i p-stav for ferdigutdannete. MSD tilbyr gratis kurs  Kostnader for praktisk opplæring i spiral for ferdigutdannete – usikkert	Ingen nye kostnader for teoretisk og praktisk grunnopplæring som inngår i dagens utdanninger  Få kostnader for praktisk grunnopplæring i p-stav for ferdigutdannete. MSD tilbyr gratis kurs  Kostnader for praktisk opplæring i spiral for ferdigutdannete – usikkert
<b>Årlige kostnader og besparelser for kvinnene inkludert p-stav og spiral. Utgangspunkt i henholdsvis 130 000 og 230 000 kvinner</b>	Kostnad Ca 13.6 mill kr – 27.2 mill. kr	Kostnad 1.1 mill kr  Besparelse Ca 13.6 mill. kr – 27.2 mill. kr
<b>Årligere besparelser for kvinnene ved nedgang i abort. Estimert på tidligere beregninger fra Helsedirektoratet <sup>52</sup></b>	Ingen	Ca 167 000 kr – 335 000 kr  ved en årlig nedgang på 5 – 10 %

<b>Kostnader og besparelser for stat og kommune inkludert p-stav og spiral. Utgangspunkt i henholdsvis 100 000 og 200 000 kvinner</b>	Kostnad 14 mill. kr - 28 mill. kr	Innsparing 14 mill. – 28 mill. kr
<b>Årligere besparelser for staten ved nedgang i aborttallet. Estimert fra tidligere beregninger fra Helsedirektoratet.</b>	Ca 460 000 kr ved en årlig nedgang på 5 %	Ca 460 000 kr – 1 mill. kr ved en årlig nedgang på 5 – 10 %
<b>Årlige kostnader for kvinnene totalt</b>	<b>Ca 13.3 mill kr – 27.2 mill kr</b>	<b>Ca 1. 1 mill. kr</b>
<b>Årlige innsparingsmuligheter for kvinnene totalt</b>	<b>Ingen</b>	<b>13.8 mill kr – 27.6 mill kr</b>
<b>Årlige kostnader for stat og kommune totalt</b>	<b>Ca 53.4 mill kr – 96 mill kr</b>	<b>Ca 28.5 mill kr – 49.1 mill kr</b>
<b>Årlige innsparingsmuligheter for stat og kommune totalt</b>	<b>460 000 kr</b>	<b>Ca 25 mill – 47 mill kr</b>

<sup>1</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2002): Rundskriv 1-3/2002. Forebygging av uønsket svangerskap og abort. Retningslinjer for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16 til og med 19 år

<sup>2</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2006): Rundskriv I - 1/2006. Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringer - Innføring av fast bidragssats for dekning av utgifter til hormonell prevensjon til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år

<sup>3</sup> Tall fra Statens autorisasjonskontor, april 2013

<sup>4</sup> Skjeldestad F E (2012): Forskrivning av prevensjon til unge kvinner. Tidsskr Nor Legeforen nr 3, 2012; 132:292-4

<sup>5</sup> Tall fra reseptregisteret august 2014

<sup>6</sup> SSB (2014): Statistikkbanken, Folkemengde 1 januar, etter region, kjønn, alder. [www.ssbno/statistikkbanken](http://www.ssbno/statistikkbanken)

<sup>7</sup> Løkeland, M et al (2014) Rapport om svangerskapsavbrudd for 2013. Register over svangerskapsavbrudd, Folkehelseinstituttet

<sup>8</sup> Se National institute of public health, Finland (2013): Induced abortion in the Nordic countries 2012. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

<sup>9</sup> Skjeldestad, FE (2001): Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000. Hovedrapport. SINTEF Unimed, Trondheim

<sup>10</sup> For nærmere diskusjon og referanser, se Helsedirektoratet (2012): Lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner. Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger

<sup>11</sup> Øren A, Leistad L, Haugan T (2010): Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20 – 24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon? SINTEF rapport A14751

<sup>12</sup> Gjengitt i Helsedirektoratet (2010): Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse

<sup>13</sup> Winner B et al (2012): Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. New England Journal of Medicine 366:21, May 2012. Hovedresultater gjengitt i Tidsskrift Nor Legeforen 2012, 132:1854

<sup>14</sup> Peipert J F et al (2011): Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. Obstetrics & Gynecology, vol 117, no5, may 2011

<sup>15</sup> WHO (2005): Pharmaceuticals Newsletter 2005, No. 02. Tilgjengelig på [www.who.int/medicinedocs/](http://www.who.int/medicinedocs/)

<sup>16</sup> WHO's anbefalinger er gjengitt i National institute for health and clinical excellence (2005). Long acting reversible contraception. Clinical guideline 30



- 
- <sup>17</sup> Royal college of gynaecologists and obstetricians. Clinical effectiveness unit (2007): Interuterine contraception.
- <sup>19</sup> Nye undersøkelser viser at svangerskap utenfor livmoren er sjelden blant kvinner som bruker spiral. Forekomsten av ektopisk svangerskap blant kvinner som bruker spiral er 12. pr 10 000 kvinner pr år, mens tilsvarende tall for kvinner som ikke bruker prevensjon er 65 pr 10000 kvinner pr år. Gjenngett fra WHO I samarbeid med John Hopkins, Bloomberg school of public health : Family planning. A global handbook for providers. Tilgjengelig på: [www.inforforhealth.org](http://www.inforforhealth.org)
- <sup>20</sup> MSD oversendelse til Helsedirektoratet mars 2013: Ca 300 helsesøstre og jordmødre har hatt kurs i praktisk innsett av p-stav fra oktober 2012
- <sup>21</sup> IPPF EN (2007): Reimbursement and prescription of hormonal contraception in Europe. Information compiled following a request from Duarte Vilar, Portugal to some EN Member Associations
- <sup>22</sup> Committee on Preventive Services for Women; institute of medicine(2011): Clinical Preventive Services for Women: Closing the Gaps. National Academy on Sciences. [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=13181](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13181)
- <sup>23</sup> Marston C, Cleland J (2004): Marston C, Cleland J (2004) The effect on contraception on obstetric outcomes. Who, department of reproductive health research, Geneva
- <sup>24</sup> Resultater av WHO oppsummeringer og referanser gjengitt i The Johns Hopkins School of Public Health (1995): Population reports. IUDs – an update. Volume XXIII, Number 5, December, 1995. Tilgjengelig: [www.inforforhealth.org](http://www.inforforhealth.org)
- <sup>25</sup> Se f.eks WHO (2002): Selected practice recommendations for contraceptive use. Evidence-based guidelines for family planning
- <sup>26</sup> SOSFS 1996:21: Sosialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte
- <sup>27</sup> LVFS 1997:10: Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel m m.
- <sup>28</sup> FPA EN (2002): Factsheet, Family planning services in UK. Tilgjengelig på [www.fpa.org.uk](http://www.fpa.org.uk)
- <sup>29</sup> The National Health Service (Pharmaceutical Services) and (General Medical Services) (No. 2) Amendment Regulations 2002.
- <sup>30</sup> For en nærmere beskrivelse av dette tilbudet, se pkt 5.4 i høringsutkastet
- <sup>31</sup> Brukerundersøkelser 2003/2004. Gjengitt i HelseHelsedirektoratet (2008): Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre. Helsedirektoratets vurdering
- <sup>32</sup> Øren A, Leistad L, Haugan T (2010): Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20 – 24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon? SINTEF rapport A14751
- <sup>33</sup> Elin Skretting Lunde (2007): Hva slags problemer går vi til fastlegen med. Samfunnspeilet nr. 3, 2007
- <sup>34</sup> Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell m.v. Tilgjengelig på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)
- <sup>35</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal. Sist endret i henhold til [FOR-2013-01-17-61](http://www.lovdata.no/for/2013/01/17/61.html)
- <sup>36</sup> Sex og samfunn (2010): Metodebok 2010
- <sup>37</sup> Hortemo S, Madsen S (2012): Hvilken p-pille bør være førstevalg. Tidsskrift for helsesøstre 1-2012
- <sup>38</sup> Se legemiddelverkets nettsider [http://www.legemiddelverket.no/Bruk\\_og\\_raad/p-piller/informasjon-til-helsepersonell/Sider/default.aspx](http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/p-piller/informasjon-til-helsepersonell/Sider/default.aspx)
- <sup>39</sup> Royal college of nursing (2007): Fitting intrauterine devices. RNC guidance for nurses and midwives
- <sup>40</sup> Royal college of nursing (2007): Inserting and removing subdermal contraceptive implants
- <sup>41</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (2005): CG 30 Long-acting reversible contraception: NICE guideline
- <sup>42</sup> Läkemedelsverket (2007): Produktresumé og veiledning – Implanon. Läkemedelsverket anbefaler at leger og jordmødre følger produsentens kurser for kompetanse i innsett og fjerning av implantat. Tilgjengelig på [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)
- <sup>43</sup> Sosialstyrelsen (2006): Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska
- <sup>44</sup> Oversikt fra Statens autorisasjonskontor mars 2013
- <sup>45</sup> Oversikt fra Folkehelse, Reseptregisteret mars 2013
- <sup>46</sup> Den Norske legeforening (2013): Normaltariff for privat allmenn praksis 2012 - 2013-05-18
- <sup>47</sup> Den Norske Jordmorforening (2012): Takster i helsestasjon Tilgjengelig fra: <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Hjem/Loenn-og-tariff/Takster-i-helsestasjon>
- <sup>48</sup> Helsedirektoratet, TNT Gallup (2010): Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- <sup>49</sup> Helsedirektoratet (2010): Utviklingsstrategi for jordmortjenesten
- <sup>50</sup> Helsedirektoratet (2012): Statusrapport juni 2012. Handlingsplan Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse
- <sup>51</sup> Gåsemyr K, Totalandsdal J K, Mjaatvedt A G, Seliussen I, Englund I E, Ebbing M (2013): Rapport om svangerskapsavbrudd for 2012
- <sup>52</sup> Helsedirektoratet (2012): Lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner. Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger. IS-1828