Rapport

IS-1575

Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre

Helsedirektoratets vurdering

Sosial- og helsedirektoratet

Heftets tittel:	Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre – Helsedirektoratets vurdering
Utgitt:	06/2008
Bestillingsnummer:	IS-1575
Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Avdeling for miljø og helse
Postadresse:	Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse:	Universitetsgata 2, Oslo
	Tlf.: 810 200 50 Faks: 24 16 30 01 www.shdir.no
Heftet kan bestilles hos:	Helsedirektoratet v/ Trykksakekspedisjonen e-post: trykksak@shdir.no Tlf.: 24 16 33 68 Faks: 24 16 33 69 Ved bestilling: Oppgi bestillingsnummer IS-1575

Innhold

Innledning **5**

Sammendrag **7**

1 Bakgrunn og erfaringer **9**

2 Direktoratets tidligere anbefalinger om utvidelse av rekvireringsretten – hva er nytt? **11**
2.1 Nye anbefalinger 12

3 Ordninger med utvidet rekvireringsrett i andre OECD land **14**

4 Hovedprinsipper i vurderingen **15**

5 Utvidelse av rekvireringsretten til kvinner 20 – 24 år eller til alle fertile kvinner? **17**
5.1 Hvem vil få nytte av den nye ordningen? 17
5.2 Prevensjon hos helsesøster og jordmor - et supplement til fastlegen 18
5.3 Hva betyr utvidet rekvireringsrett for de yngste jentene 20
5.4 Spesielle forhold ved rekvirering av prevensjon til kvinner over 35 år 21

6 Rekvirering av prevensjon og prevensjonskonsultasjon i andre helsetjenestetilbud - behov for samarbeid med lege **23**
6.1 Jordmødre - aktuelle helsetjenester og omfang av brukere 23
6.2 Helsesøstre – aktuelle helsetjenester og omfang av brukere 23
6.3 Samarbeid med lege og andre kompetansemiljøer 25
6.4 Behov for bedre samhandlingsrutiner 26

7 Utvidelse av rekvireringsretten til samtlige hormonelle prevensjonsmidler **28**
7.1 Alvorlige bivirkninger – melding av bivirkninger 29
7.2 Spiral og implantat 31
7.3 Forsøksordning – rekvirering og praktisering av LARC metodene 34

8 Konsekvenser for høgskoleutdanningene ved utvidelse av rekvireringsretten **36**
8.1 Er utdanningene tilfredsstillende og likeverdig ved de ulike høgskolene 36
8.2 Spiral og implantat – teoretisk utdanning og praktisk opplæring utenom høgskoleutdanningen 38
8.3 Sertifisering 40

9 Vedlegg: Brev fra Landsgruppen av helsesøstre NSF **41**

10 Vedlegg: Tilbakemelding fra Norsk forening for allmennmedisin(NFA) 44

11 Vedlegg: Referat fra møte i Shdir 26.02.08 45

12 Litteratur – referanser 51

Innledning

Helsesøstre og jordmødre i kommunal helsestasjons- og skolehelsetjeneste med særlig kompetanse på samliv, seksualitet og prevensjon, fikk i 2002 rett til å rekvirere p-piller til kvinner i alder 16 tom 19 år. I 2006 ble rekvireringsretten utvidet slik at den i dag omfatter p-piller, p-sprøyte, p-plaster og p-ring til samme aldersgruppe. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 05.10 2007 bedt Helsedirektoratet om en faglig vurdering av en videre utvidelse av rekvireringsretten til helsesøstre og jordmødre.

Direktoratet skal vurdere om rekvireringsretten bør utvides til å omfatte

- kvinner i aldersgruppen 20-24 år eller alle kvinner i fertil alder
- samtlige hormonelle prevensjonsmidler/prevensjonsmetoder
- yrkesutøvelse ved andre tjenestesteder – herunder behov for samarbeid med lege

Direktoratet skal også vurdere om dagens utdanning om samliv, seksualitet og prevensjon for helsesøstre og jordmødre er tilfredsstillende, om utdanningene ved de ulike høgskolene er på et likeverdig faglig forsvarlig nivå, og om utvidet rekvireringsrett vil kreve ytterligere skolering. Vurderingen tar ikke opp eventuelle refusjonsordninger for hormonell prevensjon.

Direktoratets uttalelse er basert på tidligere vurderinger og konklusjoner, samt på faglige anbefalinger fra Legemiddelverket og kompetansemiljøet ved Ullevål universitetssykehus. For å få et bredt grunnlag for sin vurdering avholdt direktoratet et arbeidsseminar 25.02 2008 med representanter fra disse kompetansemiljøene, utdanningene og representanter for de aktuelle helsepersonellgruppenes fagmiljøer. Sentrale konklusjoner fra seminaret er innarbeidet i uttalelsen. Uttalelsen bygger også på helsesøster- og jordmorutdanningenes vurderinger gitt i brev til Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2007 og i utdanningenes årlige fellesmøte med direktoratet i desember 2007. I tillegg har vi trukket inn erfaringer med hvordan disse spørsmålene er løst i andre OECD land med tilsvarende ordninger - Sverige, Storbritannia og Australia.

Norsk forening for allmennleger (NFA) og Landsgruppen av helsesøstre (NSF) divergerer i sitt syn på enkelte av vurderingene som er gitt av direktoratet og de øvrige fagmiljøene. Aktuelle problemstillinger som ble reist av de to organisasjonene er innarbeidet og belyst i rapporten. Se også vedlagte referat fra arbeidsseminaret, innspill fra NFA og innspill fra Landsgruppen av helsesøstre.

Skademeldingsregisteret har mottatt et økt antall meldinger om alvorlige bivirkninger ved hormonell prevensjon i 2007. Vi har derfor valgt å vie dette tema særlig oppmerksomhet i kapittel 7 om utvidelse av rekvireringsretten til samtlige hormonelle prevensjonsmidler.

Sammendrag

Rapporten belyser og dokumenterer Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger i forhold til utvidet rekvireringsrett på hormonell prevensjon for helsesøstre og jordmødre. I vurderingen er det lagt vekt på internasjonale anbefalinger og kunnskapsoppsummeringer, samt erfaringer fra land hvor utvidet rekvireringsrett på hormonell prevensjon praktiseres av flere ulike helsepersonellgrupper.

Vurderingen tar utgangspunkt i direktoratets oppsummering i 2004 av erfaringer fra ordningene med lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner 16 – 19 år. Her var de viktigste anbefalinger at rekvireringsretten utvides til å gjelde kvinner i fertil alder opp til 24 år. At ordningen knyttes til helsesøstrenes og jordmødrenes profesjon og ikke til et begrenset antall arbeidssted, og at alle prevensjonsmidler med unntak av spiral inkluderes i ordningen. Det som er nytt i den foreliggende vurderingen er at Helsedirektoratet konkluderer og anbefaler:

- at rekvireringsretten til helsesøstre og jordmødre utvides til alle kvinner i fertil alder under forutsetning av at helsesøster og jordmor har dokumentert kompetanse – spesielt når det gjelder anbefalinger om prevensjon til kvinner over 35 år
- at rekvireringsretten til helsesøstre og jordmødre utvides til alle typer hormonelle prevensjonsmidler, med forbehold om spiral og implantat (p-stav)
- at rekvireringsretten på hormonell prevensjon knyttes til jordmødre og helsesøstres profesjon som kvalifisert helsepersonell og ikke til tjenstested

Videre anbefaler direktoratet at det gjennomføres en tidsavgrenset forsøksordning i enkelte fylker der helsesøstre og jordmødre med dokumentert teoretisk utdanning og praksis kan rekvirere og sette inn implantat (p-stav), og at jordmødre med tilsvarende dokumentert utdanning for spiral kan rekvirere og praktisere denne metoden. Forsøket skal evalueres med henblikk på å vurdere hvilken innflytelse jordmor og helsesøsters rekvireringsrett på de langtidsvirkende prevensjonsmetodene har på den pågående masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, fastlegeordningen og oppgavefordelingen i helsetjenesten i kommunene. Et konkret forslag til hvordan forsøket kan legges opp kan eventuelt utarbeides av direktoratet.

Rapporten belyser hvilke konsekvenser utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre vil ha for å øke tilgjengeligheten til prevensjon både for kvinner

med høy risiko for abort og for særlig sårbare grupper – bl.a. gjennom estimater på hvor mange kvinner som vil kunne benytte seg av prevensjonskonsultasjon hos helsesøster og jordmor.
Til slutt i rapporten gis en vurdering av hvilke behov for justeringer i helsesøster- og jordmorutdanningen som er nødvendige for at jordmødre og helsesøstre skal få kvalifisert kompetanse for å praktisere utvidet rekvireringsrett på hormonell prevensjon. Her gis også vurdering av hvordan utdanning kan legges opp for å tilfredsstille praktiske ferdighetskrav ved implantat og spiral som vil være relevant i forhold til forsøksordningen. De viktigste konklusjoner er:

- ved utvidet rekvireringsrett anbefaler direktoratet enkelte mindre justeringer i dagens grunnopplæring for helsesøstre og jordmødre, slik at prevensjonsopplæringen legger mer vekt på kvinnehelse - særlig forhold vedrørende prevensjon og veiledning til kvinner over 35 år og alvorlige bivirkninger
- for at jordmødre og helsesøstre kan rekvirere og praktisere innsett av implantat, anbefaler direktoratet at praktiske ferdigheter må kunne dokumenteres gjennom deltakelse i legemiddelfirmaenes kurs og gjennom kvalitetsikret opplæring av helsepersonell med bred erfaring i å praktisere denne metoden
- for at jordmor kan rekvirere spiral anbefaler direktoratet at jordmorutdanningen justeres slik at opplæringen er i tråd med internasjonale anbefalinger og at den praktiske ferdighetstreningen integreres i studiet slik det gjøres i jordmorutdanningen i Sverige

Det står utdanningene fritt å foreta endringer og justeringer innenfor helsesøster- og jordmorutdanningene, som kan tilfredsstille utdanningskravene som Helsedirektoratet anbefaler ved utvidet rekvireringsrett. Vurdering og godkjenning av NOKUT er derfor ikke påkrevd.

Direktoratet vurderer at det ikke er behov for en egen sertifiseringsordning for jordmødre og helsesøstre med utvidet rekvireringsrett på prevensjon. Vitnemål er tilstrekkelig dokumentasjon på teoretiske og praktiske kvalifikasjoner for høgskoleutdannet personell med tilleggsutdanning.

1 Bakgrunn og erfaringer

Siden ordningene med lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner ble etablert i 2002 har Helsedirektoratet hatt tett utveksling av erfaringer med høgskolene som er ansvarlig for utdanningen og fagmiljøer med særlig kompetanse på samliv, seksualitet og prevensjon. De viktigste positive erfaringer med ordningen er:

- bruk av hormonell prevensjon er økt med ca 5 - 7 % årlig – fra 180 000 døgndoser i 2000 til ca 230 000 i 2006. Tall fra Reseptregisteret viser at 64 000 kvinner i aldersgruppen 16-19 år fikk hormonell prevensjon i 2007 og at over 300 000 kvinner hentet minst én resept på prevensjonsmidler. Det tilsvarer 28 % av kvinner i aldersgruppen 15-49 år [1]
- antall brukere av lokale lavterskeltibud med prevensjonskonsultasjon for ungdom har økt mellom 30 – 100 % [2]
- prevensjonskurset har fått god evaluering av helsesøstre og jordmødre som har gjennomført utdanningen - utover kompetanse knyttet direkte til rekvirering av prevensjon gir kurset særlig kompetanse i veiledningsmetodikk
- fra 2005 er kurset integrert i helsesøstrenes og jordmødrenes ordinære utdanning. I dag har mer enn 2500 helsesøstre og jordmødre rekvireringsrett på prevensjon, slik at tilbudet er tilgjengelig for unge kvinner i hele landet [3]

Erfaringene viser imidlertid også at begrensningene i ordningen medfører noen tydelige dilemmaer som gjør den uhensiktsmessig på lengre sikt – både for brukerne, for profesjonene og for utdanningene. De viktigste dilemmaene knytter seg til:

- at nye og gode prevensjonsmidler og metoder ikke kan implementeres på en tilfredsstillende måte innen rammene for dagens ordning
- at helsesøstre og jordmødre ikke kan rekvirere prevensjon og gi helhetlig prevensjonskonsultasjon til kvinner utenom aldersgruppen 16 -19 år, til tross for at prevensjonsveiledning og veiledning i familieplanlegging generelt inngår i deres kompetanseområde og ordinære virksomhet

- at de yngste og mest sårbare jentegruppene ikke kan få prevensjon og veiledning av de helsepersonellgruppene de har mest tillit til, og at mange kvinner i aldersgrupper med høy seksuell aktivitet og dermed høy forekomst av svangerskapsavbrudd, opplever dårlig tilgjengelighet til prevensjonstilbud
- 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.

2 Direktoratets tidligere anbefalinger om utvidelse av rekvireringsretten – hva er nytt?

Den foreliggende vurderingen bygger i hovedsak på direktoratets oppsummering av erfaringer fra ordningene med lett tilgjengelig prevensjon til unge jenter, som ble gjort på oppdrag fra departementet i 2004. Når det gjelder konklusjoner og anbefalinger om utvidelse av rekvireringsretten til helsesøstre og jordmødre avviker den foreliggende vurderingen bare på to områder.[4]

I 2004 anbefalte direktoratet at rekvireringsretten utvides til jenter under 16 år og ba departementet vurdere en utvidelse til aldersgruppen 20 – 24 år. Direktoratet anbefalte også en utvidelse til flere typer hormonelle prevensjonsmidler og at rekvireringsretten knyttes til profesjon fremfor til arbeidssted.

I 2004 var de viktigste konklusjoner og anbefalinger:

Undersøkelsene som Helsedirektoratet foretok blant unge kvinner og ved landets helsestasjoner og skolehelsetjeneste i 2003, viste at majoriteten av deltakerne mente at begge ordningene burde utvides til andre typer hormonell prevensjon enn bare p-piller. Direktoratet vurderte derfor at skillet mellom de ulike former for hormonell prevensjon kunne oppheves og at gratisordningen burde gjelde for alle preparater i ATC-gruppe G03A, så lenge preparatet var foretrukket av kvinnen og forskriftsmessig forskrevet på indikasjon. Oppfatningen ble delt av Legemiddelverket og Rikstrygdeverket, som ga uttrykk for dette i brev til departementet.

Når det gjelder ordningen med helsesøstre og jordmødres rekvireringsrett til andre hormonelle prevensjonsmidler, er det Legemiddelverket som til enhver tid fastsetter hvilke prevensjonsmidler som skal omfattes av denne ordningen - jf forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-5. Direktoratet har hatt løpende ansvar for å samarbeide med Legemiddelverket om å vurdere hvilke nye typer prevensjon det ville være hensiktsmessig og faglig forsvarlig å ta med i ordningen.

I likhet med fagmiljøene fant Helsedirektoratet ikke faglig grunnlag for å utelate jenter under 16 år fra ordningen med gratis prevensjon. Direktoratet anbefalte derfor at den nedre aldersgrensen for gratisordningen kunne oppheves og ba også departementet vurdere å oppheve den nedre aldersgrensen for helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett.

På samme måte som for jenter under 16 år ga fagmiljøene, høgskolene og brukerne tilbakemeldinger om at det er lite hensiktsmessig å utelukke aldersgruppen 20 - 24 år fra ordningene. Det var flere grunner til det:

- Kvinner i aldersgruppen 20 - 24 år har mye seksuell aktivitet og dermed den høyeste forekomst av svangerskap uansett utfall. De har dermed også størst risiko for uønsket graviditet og abort [14]
- Forekomsten av svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 20 - 24 år hadde økt med nærmere 6 % i siste femårsperiode. Det var en utvikling som ikke var observert i de andre nordiske landene og som ga grunn til bekymring. [5 6]
- Mange unge kvinner befinner seg i en utdanningssituasjon med dårlig økonomi, er midlertidig flyttet til studiested og har liten kontakt med fastlegen i sin hjemkommune

Rundskriv I-3/2002 presiserer at rekvireringsretten kun gjelder som ledd i yrkesutøvelse i de forebyggende kommunale helsetjenestene. Helsedirektoratet fikk løpende tilbakemeldinger om at kravet om arbeidssted slo uheldig ut. For eksempel kunne ikke jordmor ved Olafiaklinikken, som utelukkende arbeider med prevensjonsveiledning til unge kvinner, benytte seg av forskrivningsretten fordi klinikken ikke er definert som en kommunal helsetjeneste.[7] Andre eksempler var helsesøstre og jordmødre som arbeider ved Klinikk for seksuell opplysning og jordmødre som gir prevensjonsveiledning etter fødsel i andre helsetjenestetilbud.

Helsedirektoratet la vekt på at helsesøstre og jordmødre som har rekvireringsrett bør kunne benytte denne i sin yrkesutøvelse uavhengig av ansettelsessted – under forutsetning av at kvinnen henvises til samarbeidende lege når medisinske grunner tilsier det, eller ved oppståtte bivirkninger. Direktoratet ba Helsedepartementet vurdere å endre forskriften slik at alle kompetente helsesøstre og jordmødre som arbeider med ungdom kan benytte sin rekvireringsrett.

Departementet har fulgt opp anbefalingene om utvidelse av rekvireringsretten, slik at helsesøstre og jordmødre i dag kan forskrive p-sprøyte, p-ring og p-plaster i tillegg til p-piller. Jf Rundskriv I-1/2006. [8] Anbefalinger som gjelder endringer og justeringer i prevensjonsutdanningen er fulgt opp av Helsedirektoratet i samarbeid med høgskoleutdanningene slik det ble foreslått i oppsummeringen. Det samme gjelder endringer i oversikten over prevensjonsmidler som direktoratet har fulgt opp i samarbeid med Legemiddelverket.

2.1 Nye anbefalinger

I tillegg til punktene over inneholder rapporten Helsedirektoratets vurderinger av en utvidelse av rekvireringsretten til helsesøstre og jordmødre til kvinner over 24 år, samt at spiral og implantat (p-stav) inkluderes – foreløpig i en forsøksordning.

Bakgrunnen for det er særlig at det er observert en tydelig oppgang i abortforekomsten blant kvinner i aldersgruppene over 20 år. Det dreier seg

først og fremst om aldersgruppen 20 – 24 år, men etter hvert som stadig flere kvinner velger å forskyve sin første fødsel til et senere tidspunkt i livet, er abortforekomsten økende også i eldre aldersgrupper. I 2006/2007 er økningen størst i aldersgruppen 25 – 29 år, fra 20.6 til 22.2 pr 1000 kvinner. [9]

I denne sammenheng vil det være hensiktsmessig å inkludere de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene (LARC) i ordningen. LARC metodene hører til de mest sikre og kostnadseffektive former for prevensjon – samtidig som fruktbarheten vender tilbake kort tid etter de er fjernet. Med spiral og implantat får kvinner i de mest fertile aldersgruppene god mulighet til å planlegge om og når de vil ha barn, noe som er et hovedmål i Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort.

3 Ordninger med utvidet rekvireringsrett i andre OECD land

Flere europeiske og OECD land 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 kompetansegivende utdanning kan rekvirere hormonell prevensjon og gi helhetlige prevensjonskonsultasjoner.[10] Kunnskapsoppsummeringer fra WHO viser at slike ordninger gir gode resultater - økt tilgjengelighet gir høyere grad av "compliance" og tilfredshet med prevensjonen og dermed bedre kontinuitet i prevensjonsbruk blant kvinner. [11] [12]

I Sverige har jordmødre med adekvat utdanning hatt rett til rekvirere prevensjon siden 1996. Erfaringene har vært gode og svenske jordmødre har i dag hovedansvar for arbeidet med seksuell helse og gynekologiske helsekontroller hos kvinner i alle aldersgrupper på fødeklinikker, i privat praksis, i skolehelsearbeidet og på ungdomsmottagninger. [13] [14] Jordmødrenes rekvireringsrett på prevensjon er hjemlet i forskrifter fra Socialstyrelsen og Läkemedelsverket.[15] [16]

Storbritannia har hatt en nasjonal ordning med lett tilgjengelighet til prevensjon siden midten av 1970 årene. Ordningen innebærer gratis lavterskeltilbud om konsultasjon og gratis prevensjon.[17] I 2000 fikk jordmødre og sykepleiere med kompetansegivende utdanning begrenset rekvireringsrett på hormonell prevensjon, og fra 2002 har jordmødre og sykepleiere med godkjente kvalifikasjoner (independent nurse prescribers) hatt rett til å rekvirere en lang rekke legemidler - inkludert hormonell prevensjon.[18] [19] Jordmødre og sykepleiere med disse kvalifikasjonene har også ansvar for test og behandling av SOI samt oppfølgende behandling av hivpasienter og kan rekvirere medisiner i forbindelse med behandlingen.[20] Rekvireringsretten er hjemlet i lovgivning om helsepersonell og lovgivning om legemidler.[21] [18]

Flere delstater i Australia har innført liknende ordninger. Her kan jordmor eller sykepleier med relevant kompetanse rekvirere hormonelle prevensjonsmidler når de arbeider innen nasjonale - eller lokale programmer for seksuell og reproduktiv helse. [22] [23] [24]

Innsetting av spiral (IUD) 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 IUD service.[25] I Sverige er det hovedsakelig jordmor som yter denne tjenesten som ledd i sitt ordinære arbeid med prevensjon og prevensjonsveiledning. I Sverige, Storbritannia og Australske delstater har jordmor, respektive sykepleier med praktiske kvalifikasjoner i tillegg til den ordinære utdanningen siden 2004 også rett til å rekvirere, sette inn og fjerne implantat (p-stav).[26]

4 Hovedprinsipper i vurderingen

I tidligere uttalelser har direktoratet lagt vekt på at ordningen med helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett bør være innrettet på å inkludere de sårbare yngste jentene så vel som kvinnepopulasjoner med høye aborttall, at ordningen bør ta hensyn til prinsippet om selvbestemt prevensjon, og at den bør kunne praktiseres i alle helsetjenestetilbud der helsesøstre og jordmødre naturlig møter kvinner med behov for prevensjon og veiledning. Dette bygger på tre hovedprinsipper som også er lagt til grunn i den foreliggende vurderingen:

Ordningen bør være enkel og forutsigbar for utdanningene og de aktuelle helsepersonellgruppene
Utvidelse av rekvireringsretten bør ha et langsiktig perspektiv, slik at prevensjonsutdanning og kompetansekrav ikke endres over korte tidsrom og ikke kolliderer med kompetanseområder, som allerede er ivaretatt i helsesøstrenes og jordmødrenes grunnutdanninger. Det er viktig for kontinuitet og samsvar i opplæringen og for å ivareta faggruppenes kompetanse på en god måte.

Ordningen bør være enkel og forutsigbar for brukerne
Ordningen bør tilstrebe 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. Det innebærer at det blir hver enkelt helsesøsters og jordmors ansvar å henvise til andre dersom de ikke ønsker å praktisere disse rettighetene.

Ordningen bør bygges på helsepersonellovens krav om faglig forsvarlighet og kyndighet i tjenesten
Helsepersonelllovens § 4 om krav til faglig forsvarlighet og kyndighet i utøvelse av helsetjeneste vil være det styrende prinsipp ved en utvidelse av rekvireringsretten.[27]

Det betyr:

- at utdanningen må et gi helsesøstre og jordmødre en faglig forsvarlig grunnkompetanse i alle forhold vedrørende rekvireringsretten - noe som vil medføre enkelte justeringer i dagens utdanning
- at helsesøster og jordmor og/eller deres arbeidsgiver til enhver tid selv er ansvarlig for å vurdere sine kunnskaper og ferdigheter i forhold til om det er riktig og forsvarlig å rekvirere og gi prevensjonskonsultasjon til den kvinnelige klienten de står overfor

- at helsesøster og jordmor og/eller deres arbeidsgiver selv vil ha ansvar for å oppdatere sine kunnskaper og praktiske ferdigheter

Utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre vil medføre at flere kvinner (utenom aldersgruppen 16-19 år) får tilgang på hormonell prevensjon og prevensjonskonsultasjon uten å gå til fastlegen. Det innebærer at kvinner som velger å oppsøke helsesøster eller jordmor slipper å betale egenandel for konsultasjonen. I forbindelse med utredningsarbeidet er det reist spørsmål om det er riktig å prioritere friske kvinner på denne måten. Spørsmålet er blant annet reist av Allmennlegeforeningen i Dagens Medisin 8. mai.

Kriteriene for prioritering i den norske helsesektorens prioriteringsmodell er:

- tilstandens alvorlighet
- forventet nytte av behandlingen
- kostnadene sett i forhold til nytten

Kvinners tilgang på reseptbelagt prevensjon vurderes som lavt prioritert i forhold til kriteriet om tilstandens alvorlighet. Forventet nytte er derimot høy og kostnadene lave i forhold til nytten. Internasjonalt er det en økende trend at oppgaveforskyvning innen helsetjenesten til profesjonsgrupper med kortere utdanninger blir vurdert både som faglig nyttig og samfunnsøkonomisk besparende.

Spørsmålet om lett tilgang på prevensjon har imidlertid et bredere utgangspunkt enn helsesektorens prioriteringskriterier. Det handler om kvinners rett til å bestemme over egen kropp og til et seksualliv, uten risiko for uønsket graviditet. Retten til å planlegge sitt fertile liv har også viktige velferdspolitiske begrunnelser. Så lenge samfunnet oppfordrer kvinner til å ta lang utdannelse, men har et trygdesystem som gir økonomiske svangerskapspermisjonsrettigheter etter deltakelse i arbeidslivet, ligger det en samfunnsforpliktelse i å støtte kvinner i å kunne planlegge langsiktig. Derfor er det viktig at samfunnet legger opp sjenerøse ordninger knyttet til forebygging av uønsket graviditet. Det gjelder ikke minst for sårbare kvinnepopulasjoner og kvinner med særlig risiko for uønsket svangerskap og abort slik det er fremhevet i nasjonale planer for å fremme seksuell helse.

Konklusjon
På bakgrunn av erfaringene fra Norge og andre land, mener Helsedirektoratet at det vil være hensiktsmessig at en fremtidig ordning for rekvirering av hormonell prevensjon skjelner minst mulig mellom profesjoner, aldersgrupper og prevensjonsmidler, Direktoratet anbefaler at ordningen må være mest mulig enkel og robust, slik at den kan sikre god forutsigbarhet for brukerne, enhetlig kompetanse hos profesjonene og kontinuitet og samsvar i utdanningene.

5 Utvidelse av rekvireringsretten til kvinner 20 – 24 år eller til alle fertile kvinner?

I land der sykepleiere og jordmødre har rekvireringsrett på hormonell prevensjon – for eksempel Storbritannia, Sverige og de Australske delstatene - er det ikke aldersbegrensninger knyttet til rekvireringsretten. Høringsuttalelsene fra norske fagmiljøer i 2001 til innføring av dagens ordning peker også samstemmig på det uhensiktsmessige i at rekvireringsretten knyttes til en bestemt aldersgruppe.[28] De samme perspektivene kommer frem gjennom undersøkelser blant brukerne.[29] [30]

På arbeidsseminaret 25.02 2008 vurderer utdanningene og fagmiljøene med unntak av NFA at det vil være faglig forsvarlig og hensiktsmessig å utvide rekvireringsretten for helsesøstre og jordmødre til alle kvinner i fertil alder. Spesielle medisinske hensyn bør ivaretas når det gjelder kvinner som er eldre enn 35 år.

I vurderingen av forsvarlighet og hensiktsmessighet er det gjort noen konkrete vurderinger. Følgende problemstillinger er utdypet nedenfor:

- Hvem vil bruke den nye ordningen?
- Hvordan påvirker den nye ordningen fastlegens posisjon?
- Hvilke konsekvenser har utvidet rekvireringsrett for de yngste jentene?
- Hvilke hensyn er viktige i forhold til å utvide ordningen til å gjelde kvinner over 35 år?

Føringer om hvilke helsetjenstetilbud utover helsestasjon og skolehelsetjenesten som kvinner vil ha nytte av ved utvidet rekvireringsrett hos helsesøstre og jordmødre er utdypet i kapittel 6.

5.1 Hvem vil få nytte av den nye ordningen?

Jordmødrene vil innen rammene for sin utdanning kunne bidra med veiledning og rekvirering av prevensjon til kvinner i de fleste aldersgrupper på sine naturlige arbeidsarenaer. Helsestasjonen er en slik arena. Helsestasjonen skal imidlertid være et tilbud til barn, unge og deres familier og direktoratet vil understreke at en eventuell utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre bare skal skje innenfor rammene av helsestasjonens virksomhet slik det er beskrevet i forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste. Her heter det at helsestasjonen skal sørge for veiledning og rådgivning i familieplanlegging og seksualitet, samliv og prevensjon.[31]

Helsesøstre arbeider i økende grad i andre lavterskel helsetjenester, som oppsøkes av kvinner i mange aldersgrupper for spørsmål om seksuell helse. En stor andel er mellom 20 – 30 år. Det vil derfor også være hensiktsmessig at helsesøstrenes rekvireringsrett utvides til samtlige aldersgrupper i fertil alder, dersom nødvendige tema i kvinnehelse dekkes inn i utdanningen. [32]

En utvidelse til samtlige aldersgrupper vil inkludere alle sårbare kvinnegrupper og kvinnepopulasjoner med høy risiko for abort – det vil si kvinnegrupper med høy forekomst av svangerskap uansett utfall.[4 5] Direktoratet mener derfor at det vil være hensiktsmessig å utvide rekvireringsretten til alle kvinner i fertil alder.

I henhold til helsepersonelllovens krav om forsvarlighet forplikter utvidet rekvireringsrett helsesøstre og jordmødre til å ha løpende praktisk kompetanse i prevensjonskonsultasjoner på samme måte som leger. Det er en forutsetning at helsesøstre og jordmødre etterlever dette kravet. Helsesøstre, som hovedsakelig arbeider med ungdom og unge voksne, vil derfor neppe anse at prevensjonskonsultasjon til eldre fertile kvinner hører under sitt kompetanseområde. For jordmødre, som fortrinnsvis arbeider med målgrupper over 16 år, svangre kvinner og kvinner som har født, vil det tilsvarende gjelde i forhold til de yngste aldersgruppene.

5.2 Prevensjon hos helsesøster og jordmor - et supplement til fastlegen

NFA reiser bekymring for at en utvidelse av rekvireringsretten vil føre til at kvinner som aldersmessig faller utenfor skolehelsetjenestens og helsestasjonens hovedmålgrupper vil bruke helsestasjonen/helsesøster for prevensjon. Dette vil i så fall være en gratis særordning som favoriserer friske fremfor syke kvinner, som må betale for egenandel for konsultasjon hos fastlege. Se omtale av prioriteringsspørsmålet i kapittel 4.

NFA er også bekymret over at en slik utvidelse kan medvirke til å uthule fastlegeordningen, som er ment å ivareta et helhetlig helsetilbud til hele befolkningen. Resultater fra brukerundersøkelsene i 2003/2004, viste imidlertid at mer enn 50 % av kvinnene i aldersgruppen 20 – 24 år ønsker å gå til fastlegen for prevensjon. I forbindelse med kreftregisterets masseundersøkelse mot livmorhalskreft får alle kvinner fra 25 års alder tilbud om screening hos fastlegen. Det vil være naturlig å forvente at kvinner som bruker dette tilbudet samtidig benytter fastlegen til prevensjonskonsultasjon. Prevensjonskonsultasjon hos helsesøstre og jordmødre for kvinner over 20 år vil derfor være et supplement og ikke en erstatning for konsultasjon hos fastlegen.

Utvidelse av rekvireringsretten kan også gi en annen gevinst. Evalueringene av fastlegeordningen viser forbedringer både i tilgjengelighet til allmennlegen og i oppfølgningen 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.[33 34] I tillegg får fastlegene

stadig nye oppgaver. Arbeidet med å styrke primærhelsetjenesten vil derfor være et prioritert innsatsområde fremover. I denne sammenheng er det aktuelt å vurdere løsninger for hvordan fastlegene kan avlastes på hensiktsmessige måter.

En egnet måte å avlaste fastlegen er at enkelte forebyggende oppgaver overlates til andre helsepersonellgrupper med kompetanse på det. Her er prevensjonsveiledning og - konsultasjon et eksempel. Seksualitet er et normalt livsuttrykk, ikke en sykdom som trenger behandling. Prevensjon og prevensjonskonsultasjon er forebyggende tiltak som skal hindre seksuell uhelse. Undersøkelser viser at prevensjon, svangerskap og fødsel 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.[35] Dersom prevensjons-konsultasjoner i større grad kan bli oppgaver for helsesøstre og jordmødre med god kompetanse, kan dette være en hensiktsmessig måte å avlaste fastlegene på.

Det er ikke foretatt beregninger av mulige inntektstap for fastlegene ved færre konsultasjoner relatert til rekvirering av hormonell prevensjon.

Konklusjon:
Helsedirektoratet vurderer at rekvireringsretten for helsesøstre og jordmødre kan utvides til alle kvinner i fertil alder. Det er ingen medisinske grunner til å opprettholde dagens aldersbegrensning og det vil være lite hensiktsmessig å lage nye særordninger for bestemte aldersgrupper. Med utvidet rekvireringsrett vil helsesøstre og jordmødre kunne ivareta flere kvinners prevensjonsbehov og spesielt behovene til sårbare grupper og kvinnepopulasjoner med høy abortforekomst.

Direktoratet understreker at en utvidelse av rekvireringsretten ikke vil endre rammene for helsestasjonens virksomhet slik de er fastsatt i forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste. Tilbud om prevensjon og prevensjonsveiledning til kvinner som faller innenfor helsestasjonens virkeområde er et supplement og ikke en erstatning for fastlegen. Samtidig kan en utvidelse av ordningen slik det anbefales i rapporten representere en hensiktsmessig løsning på avlastning for fastlegene.

5.3 Hva betyr utvidet rekvireringsrett for de yngste jentene

Som direktoratet tidligere har fremhevet vil utvidet rekvireringsrett for hormonell prevensjon for helsesøstre og jordmødre være spesielt viktig i forhold til de yngste jentene. Tilbakemeldinger fra fagmiljøer, fastleger og ungdomshelsestasjoner legger vekt på at den nedre aldersgrense for dagens ordninger slår særlig uheldig ut for jenter under 16 år som er seksuelt aktive. Undersøkelser om ungdoms seksualvaner og prevensjonsbruk viser at det er et mindretall av unge under 16 år som samleiedebuterer.[36] [37] De yngste ungdommene er generelt i en sårbar livssituasjon. Forskning viser også at sårbare jentegrupper utspiller sine problemer gjennom seksuell risikoatferd, som gjør dem ekstra utsatt for uønsket graviditet, abort og seksuelt overførbare sykdommer.[38] [39] [40] [41]

Et annet forhold er at unge jenter i enkelte landsdeler har sin samleiedebut langt tidligere enn det som er vanlig for jenter ellers i landet. Det gjelder særlig i Finnmark, der større undersøkelser viser at nærmere 50 % av jentene i alder 15 - 16 år har hatt sitt første samleie. Tilsvarende tall for Oslo er 23 %. Trenden med lav samleiedebutalder gjelder alle de nordligste fylkene.[42]
God veiledning til de yngste jentene – spesielt de i en vanskelig livssituasjon – krever tid og god trening i veiledningsmetodikk.[43] [39] Ungdomsundersøkelsene som er referert viser at mindre enn 5 % av jentene under 16 år ønsker å gå til legen med sine problemer. Majoriteten ønsker å snakke med helsesøster på skolen eller på ungdomshelsestasjonen, fordi de har bedre tid og er lettere å snakke med. Det samme kommer frem i I SINTEF Unimeds "Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000", som ligger til grunn for dagens ordning.[44] Direktoratet og fagmiljøene vurderer at jordmødre og spesielt helsesøstre gjennom sin utdanning generelt og gjennom utdanningen knyttet til rekvireringsretten har gode faglige forutsetninger for å fange opp signaler på sårbarhet og gi veiledning til de yngste jentene.

Direktoratet vil som tidligere påpeke at straffelovens bestemmelse om seksuell lavalder (straffeloven § 196) har som formål å beskytte barn mot seksuelle krenkelser og utnytting fra *voksne* – og derfor ikke bør være til hinder for at ungdom under 16 år omfattes av ordninger med lett tilgjengelighet til prevensjon. Vi viser her blant annet til Justisdepartementets forklaring til lov om seksuell lavalder.[45]

Til tross for god grunnopplæring er det imidlertid to etiske dilemmaer som helsepersonell generelt opplever kan være vanskelig å håndtere ved prevensjonsveiledning til ungdom under 16 år. Det gjelder vurderinger og forholdsregler ved ulikhet i alder og maktposisjon mellom jenta og hennes seksualpartner samt vurderinger knyttet til opplysningsplikten til foreldre eller omsorgspersoner. Det vil si forhold som er regulert av Helsepersonelllovens bestemmelser om helsepersonells taushetsplikt og begrensninger i taushetsplikten (§ 21, § 22, tredje ledd, § 23-4 og 5, § 32 og § 33), og Pasientrettighetslovens bestemmelser om samtykkekompetanse (§§ 4-4 og 3-4).[27] [46]

Disse forholdene vurderes også som vanskelig av helsepersonell i andre europeiske og OECD land. England og Australia har derfor utviklet kunnskapsbaserte veiledende retningslinjer for prevensjonskonsultasjoner med ungdom under 16 år, der hovedprinsipper i veiledningen, etiske avveininger mht opplysningsplikt til foreldre og meldeplikt ved mulig seksuell utnyttelse er grundig belyst. I tillegg er det egne verktøy til hjelp i å fastsette samtykkekompetanse. [47] [48] [49]

For norsk helsepersonell er veiledende retningslinjer og etiske avveininger ved prevensjonskonsultasjon med ungdom under 16 år beskrevet i Den norske legeforeningens Håndbok i prevensjonsveiledning og abortrådgivning for allmennleger og Klinikk for seksuell opplysnings Metodebok 2006.[50] [51] Metodebøkene benyttes av helsepersonell over hele landet.

Konklusjon:
I tråd med internasjonale anbefalinger vil direktoratet understreke viktigheten av at de yngste og mest sårbare aldersgruppene inkluderes i ordninger med lett tilgjengelige lavterskeltilbud om prevensjon. Direktoratet vurderer at helsesøstre og jordmødre gjennom sin utdanning generelt, og gjennom utdanningen knyttet til rekvireringsretten, har gode faglige forutsetninger for å gi veiledning til de yngste jentegruppene.

Prevensjonskonsultasjon med unge under 16 år kan representere utfordringer til faglig skjønn når det gjelder etiske avveininger i forhold til taushetsplikt og samtykkekompetanse. Ved en eventuell utvidelse av rekvireringsretten, vil direktoratet vurdere behov for å oppdatere aktuelle metodebøker med veiledning i prevensjonskonsultasjon med unge under 16 år.

5.4 Spesielle forhold ved rekvirering av prevensjon til kvinner over 35 år

Utover utredningen som følger av anamnese er det ingen medisinske problemer forbundet med å rekvirere hormonell prevensjon til friske kvinner under 35 år. Kvinner over 35 år krever imidlertid særskilt oppmerksomhet. Det gjelder særlig medisinske forhold og tilstander som tilsier at hormonell prevensjon er kontraindisert, eller bare kan brukes etter nøye risikoavveining. Norske og internasjonale retningslinjer anbefaler for eksempel ikke p-piller (østrogenholdig prevensjon) til kvinner over 35 år som røyker eller som ikke har brukt p-piller før. Rekvirering til ikke-røykende friske kvinner over 35 år som har brukt p-piller tidligere er ikke problematisk.

I dagens tilleggsutdanning får helsesøstre og jordmødre god opplæring i anamnese og risikoavveining ved kontraindikasjoner på de ulike formene for hormonell prevensjon. Dette dekker allment sykdommer og tilstander som tilsier at kvinner generelt bør bruke andre prevensjonsmetoder. Utdanningen dekker imidlertid ikke kontraindikasjoner og risikoavveining som er spesifikt knyttet til alder – det vil si de spesielle forholdene som gjelder for kvinner over 35 år.

Ved en eventuell utvidelse av rekvireringsretten til alle kvinner i fertil alder er det viktig at helsesøstre og jordmødre får opplæring slik at de kan gi rådgivning og formidle optimale prevensjonsmetoder til kvinner helt frem til menopause. Direktoratet anbefaler derfor:

- generelt at problemstillinger knyttet til aktuelle tema ved kvinners seksuelle og reproduktive helse vektlegges mer i den kompetansegivende prevensjonsutdanningen

- at utdanningen ivaretar opplæring i rådgivning, anamnese og risikoavveining ved rekvirering og anbefaling av prevensjon til kvinner over 35 år

Ved utvidet rekvireringsrett bør helsesøstre og jordmødre ha lett tilgjengelige retningslinjer for rekvirering, kontraindikasjoner og risikoavveining ved anbefaling av prevensjon for kvinner i alle alderskategorier. Veiledende retningslinjer finnes blant annet i "Metodebok 2006" til Klinikk for seksuell opplysning.[45] Metodeboka har spesifikke veiledninger for konsultasjon, rådgivning og rekvirering av prevensjon til unge kvinner, men ingen tilsvarende grundige beskrivelser for kvinner over 35 år. Det vil derfor være nødvendig å oppdatere Metodeboka med nye kunnskapsbaserte veiledninger som bygger på WHOs anbefalinger om prevensjon til kvinner over 35 år.[52] [53] [54]

Konklusjon:

Ved utvidelse av rekvireringsretten til å gjelde alle fertile kvinner anbefaler direktoratet at den kompetansegivende prevensjonsutdanningen for helsesøstre og jordmødre justeres, slik at den ivareta opplæring i rådgivning, anamnese og risiko avveining ved anbefaling og rekvirering av prevensjon til kvinner over 35 år.

Dersom utvidelse av rekvireringsretten blir aktuell vil direktoratet i samarbeid med aktuelle fagmiljøer vurdere oppdatering av aktuelle metodebøker med veiledninger som bygger på kunnskapsbaserte internasjonale anbefalinger om prevensjon til kvinner over 35 år.

6 Rekvirering av prevensjon og prevensjonskonsultasjon i andre helsetjenestetilbud - behov for samarbeid med lege

I tidligere høringer og uttalelser til dagens ordning har både utdanninger, fagorganisasjoner og direktoratet pekt på det uhensiktsmessige i at rekvireringsretten i dagens ordning er begrenset til to arbeidssteder – helsestasjons- og skolehelsetjenesten – og ikke knyttet til helsesøstrenes og jordmødrenes profesjon. Erfaringene viser at dette skaper utydelighet og frustrasjon blant helsepersonellgruppene og ikke minst blant brukerne, som ikke kan få nytte av ordningen i andre helsetjenestetilbud der de naturlig oppsøker helsesøster og jordmor for prevensjonskonsultasjon. I en fremtidig ordning anbefaler Helsedirektoratet derfor at rekvireringsretten knyttes til helsesøstre og jordmødre som kvalifisert personell og ikke til tjenestested.

6.1 Jordmødre - aktuelle helsetjenester og omfang av brukere

Jordmødre møter kvinner med behov for prevensjon og veiledning på helsestasjonen, på kvinneklinikker, i ulike polikliniske tilbud og i sin privatpraksis – spesielt i forbindelse med prevensjonsveiledning etter fødsel eller abort. Med utvidet rekvireringsrett vil jordmødre derfor kunne avlaste fastlegene med prevensjonskonsultasjoner til et betydelig antall kvinner. I 2007 var det for eksempel ca. 57 500 kvinner som fødte i Norge. Hvor mange av dem som hadde behov for prevensjon og prevensjonskonsultasjon etter fødselen er det dessverre ikke mulig å skaffe oversikt over, men særlig i aldersgrupper under 30 år anslår vi at det må dreie seg om et antall av anselig størrelse.

6.2 Helsesøstre – aktuelle helsetjenester og omfang av brukere

Helsesøstrene har i dag sin hovedtilknytning til skolehelsetjenesten og helsestasjonen, men stadig flere ansettes i andre helsetjenestetilbud der det er aktuelt å kunne gi helhetlig prevensjonskonsultasjon til kvinner.

Kvinner i alder 20 – 30 år har høyest geografisk mobilitet av alle voksne i Norge. En svært høy andel tar høyere utdanning – ofte langt fra sin hjemkommune.[55] [56] [57] Mange må derfor bytte fastlege. [58] [59] Studiestedene har ikke tilstrekkelig helsetjeneste, noen steder i landet brukes derfor kommunal legevakt til rutinekonsultasjoner i stedet for fastlege [58] Som ledd i å redusere forekomsten av uønsket svangerskap og abort blant unge voksne har studentsamskipnadene i samarbeid med kommunene derfor etablert pilotprosjekter med helsetjenestetilbud med lett tilgjengelig prevensjon og

veiledning ved 19 av landets studiesteder. Helsetilbudene skal kompensere for borteboende studenters vansker med tilgang til fastlege.[60] [61]

Kommunene og samskipnadene har valgt å organisere tjenesten på ulike måter. Enten direkte på campus, i samarbeid med en lokal helsestasjon eller i tilknytning til et lokalt legekontor. Et fellestrekk er at helsesøster gir veiledning og foretar anamnese. Men resept på prevensjon må i dag utskrives av lege - noe som skaper unødig forsinkelse og ekstraarbeid for alle berørte parter.

Evaluering av tjenesten ved universitetet i Tromsø viser at brukerne mener dette er et godt tilbud som de lenge har etterlyst.[62] Erfaringer etter tre år viser også en stadig økende pågang til studenthelsetjenestene. På de store studiestedene i for eksempel Bergen og Trondheim er klientallet nær fordoblet i perioden 2006 – 2007. I Bergen økte antall brukere fra 1106 i 2006 til 2500 i 2007. I Trondheim var de tilsvarende tallene 1209 brukere i 2006 og 2020 i 2007 Majoriteten, ca 85 %, er kvinner som ønsker prevensjon og prevensjonskonsultasjon eller test for klamydia. Begge tilbudene startet opp i begynnelsen av 2006 og trenger utvidelse i inneværende år for å møte tilstrømningen.[63] En foreløpig beregning tilsier at tilbudene ved studiestedene ble brukt av ca 10 % av studentene i 2007. Kommuner og studentsamskipnader som deltar i forsøksprosjektene ønsker å videreføre tilbudene på egenhånd etter 2009 med felles finansiering.

På bakgrunn av dette vurderer direktoratet at det vil være nyttig med en full utbygging av slike tjenester. Med full utbygging vil lavterskeltilbudene ved landets studiesteder kunne nå frem til ca. 120 000 kvinnelige studenter, omtrent samtlige i aldersgrupper over 20 år og ca 1/3 over 25 år. Beregningen er foretatt på bakgrunn av tall fra SSB i 2003. [64]

Klinikk for seksuell opplysning, Olafiaklinikken og Sosialmedisinsk senter er eksempler på helsetjenester som utelukkende arbeider med seksuell helse. Selv om tilbudene brukes av ungdom, er en stor andel av brukergruppene unge voksne. Klinikk for seksuell opplysning hadde ca 10 000 brukere i 2007. Majoriteten er kvinner. Brukertallet for Olafiaklinikken er av lignende størrelsesorden.

Stiftelsen Amathea, som har kontor i alle landets fylker, er en annen arena. Amathea har som hovedmål å drive abortforebyggende virksomhet og gi veiledning til kvinner som vil unngå uønsket graviditet. Stiftelsen er godkjent som helsetjeneste, og stadig flere etniske minoritetskvinner opplever dette som et godt lavterskeltilbud for veiledning - også om prevensjon. Ved mange av kontorene er det helsesøster med særlig rådgiverkompetanse som står for veiledningen. Siden denne helsetjenesten oppsøkes av kvinner med særlige behov, er det viktig at helsesøstrene som er ansatt på Amathea har mulighet til å gi et helhetlig tilbud om prevensjonskonsultasjon. Amathea brukes av ca 6000 kvinner årlig.

Stadig flere helsesøstre arbeider også i lavterskel helsetjenestetilbud for grupper som er særlig sårbare for uønsket svangerskap, abort og seksuelt overførbare infeksjoner. For eksempel kommunale lavterskeltilbud til

rusmiddelmisbrukere, helsetjeneste til sexarbeidere i regi av landets prostitusjonssentre, helsestasjon for lesber og homser og helsetilbud for grupper med ulike typer funksjonshemninger. Det er viktig at helsesøstre som ønsker det, kan gi et godt prevensjonstilbud til kvinnelige brukere av disse helsetilbudene. På nåværende tidspunkt er det dessverre ikke mulig å skaffe oversikt over antall brukere.

I andre land der sykepleiere og jordmødre har rett til å rekvirere prevensjon og gi prevensjonskonsultasjon er rettighetene knyttet direkte til deres profesjon, slik at de kan rekvirere prevensjon i alle typer helsetjenester som gir konsultasjon vedrørende seksuell helse – for eksempel familieplanleggingskontor i regi av frivillige organisasjoner, polikliniske tilbud, i primærhelsetjenesten, på sykehus og i jordmødres privatpraksis. [15 16 19 22 65] Som det fremgår i avsnittene over vil dette også være nyttig og hensiktsmessig å gjennomføre i Norge.

Konklusjon
Direktoratet anbefaler at helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjon fremover knyttes til deres profesjon og ikke til et begrenset antall tjenestesteder. På bakgrunn av foreløpige oversikter vurderer direktoratet at dette vil kunne bidra til et kostnadseffektivt lavterskeltilbud til et betydelig antall kvinner

6.3 Samarbeid med lege og andre kompetansemiljøer

Dagens utdanning gir helsesøstre og jordmødre kompetanse i å vurdere og foreta selvstendige risikoavveininger ved mindre alvorlige prevensjonsproblemer, samt vurdere og foreta risikoavveininger ved problemer der samarbeid med lege og/eller henvisning til spesialist er nødvendig eller påkrevd.

Ved en utvidelse av rekvireringsretten vil samarbeid med lege eller annet helsepersonell være særlig aktuelt i prevensjonskonsultasjoner med kvinner som av medisinske eller andre grunner er vanskelig å gi god rådgivning om prevensjonsalternativ. Det kan for eksempel være kvinner med ulike typer funksjonshemninger, kroniske lidelser eller psykisk utviklingshemning. Eller kvinner med sykdommer og/eller medikamentbruk der det er problematisk å foreta risikoavveining ved hormonell prevensjon.

Samarbeid og henvisning til helsepersonell med særlige kvalifikasjoner vil være påkrevd for helsetilbud der helsesøstre og jordmødre ønsker å praktisere de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene - og ikke minst i helsetilbud der helsepersonell ikke ønsker eller har kompetanse til å praktisere de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene – spiral og implantat.

Samarbeid med lege/spesialist kan også være av betydning ved lav ”compliance” og uhelse pga vanlige bivirkninger ved prevensjonen. Her er hensikten å finne frem til den prevensjonsmetoden som kvinnen føler seg

mest vel med. Ved mistanke om alvorlige bivirkninger vil henvisning og samarbeid med lege alltid være påkrevd.

Direktoratet forutsetter at helsesøstrenes og jordmødrenes samarbeid med og henvisning til fastlege ved en fremtidig utvidelse av rekvireringsretten er i tråd med kravene om faglig forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell.

6.4 Behov for bedre samhandlingsrutiner

NFA har reist bekymring for at en fragmentering av rekvireringsretten kan medvirke til at kvinnenes fastlege mister kontroll og totaloversikt over deres medikamentforbruk, og at dette kan føre til vansker i fastlegenes vurdering av hva som vil være det beste behandlingstilbudet til den enkelte kvinne. Slik det er i dag kan kvinner imidlertid skaffe seg reseptfrie medikamenter på apotek, i håndkjøp, på resept hos andre leger og hvis de er mellom 16 – 20 år resept på prevensjon hos helsesøster og jordmor. Fastlegen kan med andre ord bare få denne oversikten ved aktiv utspørring og informasjon fra sine kvinnelige klienter. Det vil derfor være viktig fremover å vurdere hva som skal til, for at alle helsepersonellgrupper som kan rekvirere prevensjon har god kommunikasjon om medikamentbruk med sine klienter.

Bedre samarbeidsrelasjoner med allmennlegene er også etterlyst av helsesøstre og jordmødre – spesielt i helsestasjon og skolehelsetjenesten. På bakgrunn av flere tilsyn konkluderer fylkeslegen i Sør-Trøndelag blant annet med at fastlegeordningen ikke har vært gunstig for situasjonen i helsestasjon og skolehelsetjenesten og at helsesøstrene har lite legeressurser å drøfte med i sitt daglige arbeid. [66]Det kan medvirke til en svekkelse av de forebyggende tjenestene som i utgangspunktet skal være et trygt fundament i den kommunale helsetjeneste. Lignende perspektiver kommer frem i Legeforeningens innspill til direktoratets utredningsgruppe for fremtidige legetjenester i kommunene.[67] På møtet om helsestasjon og skolehelsetjenesten i direktoratet i mai ble de sentrale myndigheter utfordret til ny innsats her.

Direktoratet er derfor oppmerksom på at flere helsepersonellgrupper generelt savner gode samhandlingsfora og rutiner for å kunne gi sine pasienter et helhetlig og optimalt behandlingstilbud. Her handler det imidlertid om mer allmenne overordnede problemstillinger, som trenger vurdering utover de konkrete samhandlingsbehov ved utvidet rekvireringsrett på prevensjon for helsesøstre og jordmødre.

Direktoratet vurderer at opplæringen i vanlige forhold som krever samarbeid med lege er godt ivaretatt i dagens utdanning. Det vil trenges noen justeringer for å tilfredsstille kravene om bedre kunnskaper om forholdsregler og samarbeid ved alvorlige risikoavveininger og bivirkninger. Etablering av samarbeidsrelasjoner og forsvarlige samarbeidsrutiner med særlig kvalifisert personell for helsesøstre og jordmødre som ønsker å praktisere de langtidsvirkede reversible prevensjonsmetodene (LARC) vil i hovedsak være et arbeidsgiveransvar. Det må imidlertid også vektlegges i den teoretiske utdanningen, hvis disse metodene inkluderes i en fremtidig ordning. Videre mener direktoratet at helsesøstres og jordmødres ansvar for egenvurdering av kompetanse og nødvendige samarbeidsbehov med lege/spesialist er tilstrekkelig tydeliggjort i bestemmelsene i helsepersonellloven, som pålegger alle helsepersonellgrupper å samarbeide for å gi pasienter et forsvarlig og mest mulig helhetlig helsetilbud. (§ 4 og § 11)

Konklusjon

Direktoratet vurderer at krav til å kunne vurdere behov for samarbeid med lege og henvisning til spesialist i prevensjonskonsultasjoner er godt ivaretatt når det gjelder vanlige forhold. Dels gjennom helsesøstrenes og jordmødrenes kompetansegivende utdanning, som eventuelt vil trenge mindre justeringer ved utvidelse av rekvireringsretten - dels gjennom bestemmelsene i helsepersonellloven om løpende egenvurdering av forvarlig kompetanse og nødvendig samarbeid med andre helsepersonellgrupper.

Når det gjelder etablering av samarbeidsrelasjoner og forsvarlige samarbeidsrutiner med særlig kvalifisert personell for helsesøstre og jordmødre som ønsker å praktisere de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene (LARC) vurderer Helsedirektoratet at dette i hovedsak vil være et arbeidsgiveransvar. Opplæring i forsvarlige samarbeidsrutiner må imidlertid vektlegges i den teoretiske utdanningen hvis disse metodene inkluderes i en fremtidig ordning.

7 Utvidelse av rekvireringsretten til samtlige hormonelle prevensjonsmidler

I Oppsummering av erfaringer med lett tilgjengelig prevensjon til unge jenter 2004, konkluderte Sosial– og helsedirektoratet i samråd med Legemiddelverket med at ordningene med fordel kan utvides til å gjelde alle typer hormonell prevensjon, så lenge de er foretrukket av kvinnen og forsvarlig forskrevet på indikasjon. Dette er til en viss grad tatt hensyn til i Rundskriv I-1/2006, der det presiseres at helsesøstre og jordmødre kan rekvirere p-ring, p-plaster, p-sprøyte og p-piller fastsatt på løpende oppdatert liste fra Legemiddelverket - jf også forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-5.[68]

Legemiddelverket har i dialog med direktoratet gjennom lengre tid vurdert at særordningene for helsesøstre og jordmødre er uhensiktsmessige, og at Legemiddelverkets anbefalinger angående prevensjonsmidler/prevensjonsmetoder bør være identiske for samtlige helsepersonellgrupper som kan rekvirere prevensjon. Dette igjen for å kunne sikre forutsigbarhet og likhet for profesjonene og enkle, oversiktelige tilbud for brukerne.

En utvidelse av rekvireringsretten til å gjelde alle former for hormonell prevensjon vil være i tråd både med WHOs veiledende anbefalinger og med praktisering av rekvireringsretten for jordmødre og sykepleiere i Sverige, Storbritannia og Australske delstater. Her omfatter retten rekvirering, innsetting og fjerning av spiral og implantat, slik at jordmødre og sykepleiere som arbeider med seksuell helse kan gi helhetlig konsultasjon til kvinner som ønsker prevensjon. Det styrende prinsipp for å kunne utøve prevensjonstjenestene er krav om kyndig og faglig forsvarlig utøvelse, som i tillegg til god faglig og praktisk opplæring innebærer at helsepersonell har ansvar for å holde seg løpende oppdatert om ny kunnskap og løpende evaluerer og oppdaterer sin kompetanse i å praktisere slike tjenester. [52 69 70 71]

Nasjonale og internasjonale retningslinjer sier at hormonell prevensjon kan benyttes av friske kvinner fra de har hatt sin første menstruasjon til de er 35 år og det ikke er tilfeller av trombose i familien – og av friske kvinner over 35 år som ikke røyker og ikke tidligere har hatt problemer med slik prevensjon. Det er ingen medisinsk nedre aldersgrense. Direktoratet, i samråd med Legemiddelverket, vurderer at opplæringen i konsultasjon, anamnese, undersøkelser og risikoavveining ved første gangs rekvirering av de ulike prevensjonsmidlene/ prevensjonsmetodene er faglig godt ivaretatt i dagens utdanning og samstemmer med internasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer for første gangs prevensjonskonsultasjon. [72 52 53] Det vil derfor ikke være faglige hindringer ved å utvide rekvireringsretten til å gjelde samtlige hormonelle prevensjonsmidler. Når det gjelder vurdering og anbefalinger om undersøkelse og praksis vedrørende spiral og implantat, se

kapittel 7.2.

Veiledende retningslinjer for konsultasjon, anamnese, undersøkelser og risikoavveining ved første gangs rekvirering av de ulike prevensjonsmidlene/prevensjonsmetodene finnes i Metodebok 2006 fra Klinikk for seksuell opplysning, som brukes av helsesøstre og jordmødre som praktiserer rekvireringsretten i dag.[51] I tillegg har Klinikk for seksuell opplysning siden 2002 hatt et supplerende opplæringstilbud, som særlig benyttes av helsesøstre som har fått rekvireringsrett på prevensjon. Dersom rekvireringsretten utvides slik direktoratet anbefaler, kan direktoratet i samarbeid med klinikken eventuelt vurdere om dette tilbudet bør bygges ut.

Konklusjon:

Direktoratet vurderer at dagens særordning med rekvireringsrett på et spesielt utvalg av prevensjonsmidler er uhensiktsmessig, og at Legemiddelverkets ordinære anbefalinger angående prevensjonsmidler /prevensjonsmetoder fremover bør legges til grunn for samtlige helsepersonellgrupper som kan rekvirere prevensjon.

Direktoratet vurderer at opplæringen i konsultasjon, anamnese, undersøkelser og risikoavveining ved første gangs rekvirering av alle de ulike prevensjonsmidlene/prevensjonsmetodene er faglig godt ivaretatt i dagens utdanninger for helsesøstre og jordmødre og anbefaler derfor at rekvireringsretten kan utvides til samtlige hormonelle prevensjonsmidler.

7.1 Alvorlige bivirkninger – melding av bivirkninger

Siden meldinger til Legemiddelverket om alvorlige bivirkninger ved hormonell prevensjon har økt i omfang i 2007 er dette spesielt vektlagt i vurderingen. En oppsummering av Legemiddelverkets bivirkningsrapporter viser at det siden 2003 er kommet 350 meldinger om bivirkninger ved bruk av hormonell prevensjon, hvorav om lag 2/3 var alvorlige. De fleste meldinger gjelder kvinner i aldersgruppen 15 – 25 år. I 2007 ble det meldt 70 tilfeller mot 44 i 2006. Av de 70 rapportene om alvorlige bivirkninger i 2007 dreide 44 seg om ulike former for tromboembolier (blodpropp), hvorav 5 hadde dødelig utgang. Siden 2003 har det vært 13 dødsfall forbundet med blodpropp relatert til bruk av hormonell prevensjon. [73] [74] Tromboemboliske tilstander ses nesten utelukkende i forbindelse med kombinasjons-p-piller.

På bakgrunn av eksisterende data beregner Legemiddelverket at frekvensen av blodpropp i forbindelse med bruk av kombinasjons-p-piller er 5 – 10 tilfeller pr 10 000 kvinneår og at dødeligheten i hvert tilfelle er ca 2 %. Særlige risikofaktorer for alvorlige bivirkninger er:

- oppstart av prevensjonsmiddel (kombinasjons p-piller)
- overvekt og røyking
- arvelige blodpropptendenser og andre sykdommer

Risikoen for alvorlige tromboemboliske tilstander 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. Uansett er det viktig at forsyningene av p-piller er stabil for å unngå at mange kvinner stadig må bytte p-piller. På grunn av avregistrering av Trionetta måtte om lag 70 000 kvinner bytte p-pille i 2007. I lys av bivirkningsmeldingene vil Legemiddelverket sammen med norske eksperter i løpet av 2008 vurdere om det skal gjøres endringer i de råd som gis til leger og annet helsepersonell vedrørende bruk av p-piller.

Legemiddelverket understreker imidlertid at det er små sjanser for alvorlige bivirkninger ved bruk av hormonell prevensjon, og at p-piller er en trygg prevensjonsmetode for friske kvinner. Risiko for tromboembolier er for eksempel langt lavere enn ved en graviditet. Legemiddelverket peker også på at bivirkninger generelt er vanskelig å forhindre, både fordi syke- og familiehistorier sjelden gir de nødvendige opplysningene og fordi diagnostikk kan være vanskelig.

Legemiddelverket konkluderer med at utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre neppe 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. For eksempel flere meldinger om nye preparater, svikt av hormonelle prevensjonsmidler og prevensjonsproblemer som fører til manglende ”compliance”.

Allmennlegeforeningen peker imidlertid på en motsetning i Legemiddelverkets resonnement – spesielt når det gjelder svikt i diagnostisering av alvorlige bivirkninger utenfor sykehus, blant annet legevaktsleger. NFA er bekymret for at en utvidelse av rekvireringsretten vil medføre at fastlegenes medikamentoversikt blir mangelfull og p-pillebruk usynliggjort, og at det kan medvirke til at alvorlige bivirkninger ikke blir sett og behandlet i tide. Det er viktig å ta denne bekymringen på alvor. Flere ulike helsepersonellgrupper kommer imidlertid i kontakt med kvinner som kan ha symptomer på alvorlige bivirkninger ved hormonell prevensjon. Spørsmålet er om tidlig diagnostikk og behandling av tromboemboliske tilstander kan løses på en god måte utelukkende gjennom fastlegenes medikamentoversikt.

I Legemiddelverkets bivirkningsrapport legges det særlig vekt på tre forhold for å hindre de alvorligste bivirkninger og tilstander. Disse må ivaretas i særlig grad i helsesøstres og jordmødres kompetanseopplæring hvis utvidet rekvireringsrett blir en realitet: [74]

- god anamnese ved oppstart av hormonell prevensjon
- at kvinnene selv blir gjort grundig oppmerksom på ulike symptomer på tromboemboliske tilstander
- at alt helsepersonell er trenet i rask vurdering av mulighet for tromboemboli hos p-pillebrukere selv ved vage symptomer

Konklusjon:

Ved en utvidelse av rekvireringsretten bør tema knyttet til (alvorlige) bivirkninger ved hormonell prevensjon og melderutiner til Legemiddelverket ha bedre plass i prevensjonsutdanningen til helsesøstre og jordmødre. Utdanningen bør legge spesiell vekt på trening i klientopplæring når det gjelder symptomer på tromboemboliske tilstander.

7.2 Spiral og implantat

Som nevnt viser internasjonale kunnskapsoppsummeringer til gode erfaringer med praktisering av langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder (LARC) av sykepleier, jordmor og andre helsearbeidere med adekvat trening. I Sverige er det hovedsakelig jordmor som har ansvar for denne prevensjonstjenesten. Metodene omfatter kopperspiral, hormonspiral og implantat [25] [26]

En utvidelse av rekvireringsretten og praktisk opplæring i disse metodene vil også være i tråd med kunnskapsbaserte internasjonale råd. Veiledningene til National institute for health and clinical excellence og Royal college of gynaecologists and obstetricians oppsummerer de viktigste anbefalinger fra WHO når det gjelder de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene. [75] [76] De fremhever blant annet:

- at kopperspiral og hormonspiral er enkle og gode prevensjonsalternativ, som kan benyttes av mange kvinner - uavhengig av deres alder og om de har født. Spiral ser også ut til å ha andre helsefordeler, blant annet ved å bidra til redusert risiko for ektopisk svangerskap.[77] Kopperspiral er særlig nyttig for kvinner som av medisinske eller andre grunner ikke kan, eller ikke ønsker å bruke hormonell prevensjon

- at kvinner i langt større grad enn i dag bør få informasjon og valgmuligheter mht prevensjon som inkluderer de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene - spesielt fordi de gir bedre ”compliance” og høyere grad av sikkerhet mot graviditet enn de fleste andre metodene

- at helsepersonell bør få bedre opplæring i hvem som kan anvende LARC metodene. Mangel på kunnskap blant helsepersonell gjør at disse metodene i dag bare anbefales enkelte kvinnegrupper – noe som begrenser prevensjonsmuligheter som også har vist seg å være mer kostnadseffektive enn andre metoder

- at helsepersonell som kan rekvirere prevensjon får god kompetanse i veiledning om LARC metodene, og at helsepersonell som kan rekvirere spiral og implantat får trening i å lære og vedlikeholde praktiske ferdigheter for å kunne tilby disse metodene til kvinner som ønsker det

Økt utbredelse av de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene er også ønskelig i Norge. Statistikk fra reseptregisteret viser at bare en relativt liten andel kvinnelige prevensjonsbrukere benytter spiral – og at det primært dreier seg om kvinner over 30 år. Implantat anvendes i svært liten grad, men denne metodene er tatt i bruk også av kvinner i yngre aldersgrupper. Tabellen under viser utbredelsen av de ulike prevensjonsmetodene.

Oversikt over bruk av hormonelle prevensjonsmetoder fordelt på alder og pr 1000 kvinner i 2007

	Brukere total	Pr 1000 kvinner	Brukere under 30 år	Pr 1000 kvinner	Brukere 30 – 39 år	Pr 1000 kvinner
Hormonell prev unntatt spiral og implantat	301 202	127.28	204 557	237.17	72 439	216.84
Spiral	24 727	10.48	3 732	13.01	12 085	36.18
Implantat	2 596	1.1	1 686	4.15	716	2.14

Direktoratet mener at en større utbredelse av LARC metodene kan være mulig ved økt tilgjenglighet og oppdatert opplæring av relevante helsepersonellgrupper. I andre land der sykepleiere og jordmødre praktiserer LARC metodene, gis den praktiske opplæringen i forlengelsen av de teoretiske grunnutdanningene på praksissteder med høy kompetanse og løpende erfaring med LARC. Opplæringskrav for praktisering av LARC er beskrevet i kliniske veiledninger og i kompetansebeskrivelser til de aktuelle helsepersonellgruppene. [76 78 79 80 81 11 82]

Utdanningen består av 25 – 30 timers teoretisk opplæring i relevante gynekologiske undersøkelser, og trening i innsetting/fjerning av spiral henholdsvis implantat på modell. I tillegg kreves 30 timers praksis med en erfaren veileder i innsetting og fjerning av spiral og implantat på klienter. Det er ikke spesifikke krav til omfang - praktisk trening er fullført når veileder vurderer at lærlingen har tilstrekkelig og forsvarlig kompetanse. For opprettholdelse av kompetanse anbefaler de internasjonale retningslinjene at helsepersonell bør praktisere LARC metodene regelmessig og minst en gang i måneden.

Helsepersonell som tilbyr LARC metodene må også være godt opplært i komplikasjoner som kan opptre i forbindelse med spiral og implantat, og ha

nært samarbeid med lege/fagmiljø som kan tre inn når det er nødvendig. Et eksempel er uttak av implantat som i enkelte tilfeller kan kreve et mer komplisert operativt inngrep. Läkemedelsverket i Sverige fraråder at vanlig helsepersonell – allmennleger og jordmødre – foretar slike inngrep, og at kvinnen i tilfeller der uttak av implantat kan være vanskelig alltid henvises til spesialist.[83] Et annet eksempel er perforering av livmoren ved innsetting av spiral. Veiledende retningslinjer for forholdsregler i slike tilfeller er grundig beskrevet i de internasjonale retningslinjene som er henvist til foran. Kravene til kontinuerlig kyndighet og forsvarlighet i praktiseringen er nedfelt i de ulike lands lovgivninger på området på samme måte som i den norske lovgivningen for helsepersonell. [15 21 84 85 81]

Spiral:

NFA mener at innsett av spiral krever legekompetanse. Det er også reist bekymring for at norske jordmødre ikke vil oppnå tilstrekkelig faglig kompetanse i gynekologisk undersøkelse - blant annet for å kunne avdekke patologi i forbindelse med innsett av spiral.

Den norske jordmorutdanningen omfatter i dag opplæring i gynekologisk undersøkelse – og selv om skoleringen spesielt tar sikte på kompetanseopplæring i undersøkelse av gravide, har jordmorstudentene også en grunnopplæring i gynekologisk sykdom. Utdanningen omfatter dessuten basistrening enten gjennom obligatorisk praksis ved gynekologisk poliklinikk eller ved at studentene får sin opplæring gjennom den svenske jordmorutdanningen (som for eksempel ved Høgskolen i Vestfold). Obligatorisk praksis inkluderer opplæring i cytologisk prøvetaking.[86] Den svenske utdanningen inkluderer skolering i gynekologisk sykdom og undersøkelse, samt praktisk trening i innsett og fjerning av spiral på et nivå som er akseptabelt for godkjenning av Socialstyrelsen.[82]

Mange jordmødre skaffer seg i dag sin praktiske kompetanse i innsett av spiral gjennom opplæring og trening ved polikliniske tilbud her eller i Sverige med bred erfaring i praktisering av LARC. Dessverre er det bare mulig å gi minimumstall på hvor mange det dreier seg om. I og med at det ikke er sertifiseringskrav for innsett av spiral i Norge, har jordmorforeningene bare kjennskap til de få som sender inn dokumentasjon på opplæringen – pr i dag 270 av jordmødrene som er medlemmer av Den norske jordmorforening. I tillegg kommer svenske jordmødre som arbeider i Norge. Foreningen planlegger en kartlegging av jordmødrenes virksomhet og i den forbindelse kan det være nyttig å innhente en mer systematisk oversikt over hvor mange jordmødre som i dag har kompetanse og praktiserer innsett av spiral.

Implantat

Implantat settes inn subderminalt i overarmen med applilkator. Dette krever en noe annen teknikk enn den som brukes ved å sette sprøyte. Allmennlegeforeningen mener at innsett av implantat krever legekompetanse. Det svenske Läkemedelsverket anbefaler imidlertid at både leger og jordmødre bør få grundig opplæring av fagpersonell med god erfaring i innsett og fjerning av implantat før de praktiserer denne metoden.

Läkemedelsverket anbefaler også, at leger og jordmødre deltar i de aktuelle legemiddelfirmaenes kurser med praktisk trening i innsettings- og uttakningsteknikk før de setter implantat på kvinner.[87] Jordmødre i Norge som har fått sin praksis gjennom den svenske jordmorutdanningen fra 2004 vil i dag ha kompetanse til å sette implantat. Hvor mange det dreier seg har vi ikke oversikt over. Forslag til hvordan opplæringsbehovene til helsesøstre og jordmødre for rekvirering av implantat kan ivaretas beskrives nærmere i kapittel 8.

Konklusjon

Direktoratet vurderer at det vil være hensiktsmessig at de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene, LARC, som omfatter kopperspiral, hormonspiral og implantat, kan bli mer anvendt i Norge, fordi de er kostnadseffektive, gir bedre "compliance" i prevensjonsbruk og bedre sikkerhet mot graviditet enn andre prevensjonsmetoder.

Under forutsetning av at kompetansekrav er tilfredsstilt og kvalitetssikret gjennom dokumentert høgskoleutdanning og praksis vurderer Helsedirektoratet at det vil være hensiktsmessig og faglig forsvarlig at

- *helsesøstre og jordmødre kan rekvirere og praktisere innsett av implantat*
- *jordmødre – men ikke helsesøstre – kan rekvirere og praktisere innsett av spiral*

7.3 Forsøksordning – rekvirering og praktisering av LARC metodene

Direktoratet har ansvar for større utredninger som skal finne gode løsninger på hvordan primærhelsetjenestene i kommunene kan styrkes fremover. I denne sammenheng er det av betydning å få kartlagt konsekvenser av ulike former for oppgaveforskyvning innen helsetjenesten.

Når det gjelder helsesøsters og jordmors rekvirering og praktisering av LARC metodene er det blant annet viktig å få belyst om en slik oppgaveforskyvning vil bety en avlastning for fastlegen slik det er skissert i kapittel 5, eller om den kan bidra til å svekke fastlegeordningen. Det er også viktig å belyse hvorvidt helsesøsters og jordmors rekvirering og praktisering av LARC metodene kan bidra til at færre kvinner benytter seg av screeningtilbudet hos fastlegen i masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

Direktoratet ønsker å få oversikt over hvilken innflytelse jordmor og helsesøsters rekvireringsrett på de langtidsvirkende prevensjonsmetodene vil ha - spesielt på den pågående masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, på fastlegeordningen og oppgavefordelingen i helsetjenesten i kommunene. Det vil derfor være hensiktsmessig at det i første omgang høstes erfaringer med jordmor og helsesøstres rekvireringsrett på LARC metodene gjennom en tidsavgrenset forsøksordning i enkelte fylker. Direktoratet kan eventuelt utarbeide forslag til hvordan forsøket kan legges opp.

Konklusjon

Direktoratet anbefaler at det settes i gang en tidsavgrenset forsøksordning i enkelte fylker der helsesøstre og jordmødre med dokumentert kompetanse kan rekvirere og praktisere innsett av implantat, og jordmødre kan rekvirere og praktisere innsett av spiral, før det tas stilling til om en slik oppgaveforskyvning bør gjennomføres på landsbasis. Direktoratet kan eventuelt utarbeide forslag til hvordan forsøket kan legges opp.

8 Konsekvenser for høgskoleutdanningene ved utvidelse av rekvireringsretten

Kompetansegivende utdanning for rekvirering av prevensjon er integrert i helsesøster og jordmorutdanningen ved samtlige høgskoler. Kompetansekravene og krav til utdanningene i dag er beskrevet i rundskriv 1-3/2002, som gir retningslinjene for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til kvinner i alder 16 tom 19 år. Retningslinjene presiserer at kursene skal ha et omfang på 36 - 40 timer og omfatte følgende:

- gjeldende regelverk og retningslinjer for rekvireringsretten
- ungdom og seksualitet - prevensjon og prevensjonsmidler for ungdom
- prevensjonsveiledning til minoritetsungdom – etniske og seksuelle minoriteter
- etiske problemstillinger - kommunikasjon og veiledning
- farmakologi, anamnese og journalføring
- sykdomslære - SOI og forebygging av SOI
- forebygging av uønskede svangerskap og abort
- kjønnslemlestelse og tvangsekteskap
- praktisk trening i prevensjonsveiledning med ungdom

Utdanningen skal gi helsesøstre og jordmødre kompetanse i å sette unge kvinnelige klienter i stand til å foreta en god vurdering av alle prevensjonsmetoder som er aktuelle i forhold til deres spesifikke behov, og til å takle vanlige sideeffekter og problemer med den prevensjonen de velger. Utdanningen skal gi kompetanse i veiledning av grupper med særlige behov og gjøre profesjonene kyndige i å vurdere og foreta risikoavveininger – også ved problemer der samarbeid med lege og/eller henvisning til spesialist er nødvendig eller påkrevd.

8.1 Er utdanningene tilfredsstillende og likeverdig ved de ulike høgskolene

Opplegget for utdanningen er justert på bakgrunn av løpende studentevaluering og drøftinger mellom høgskolene og Helsedirektoratet i perioden 2002-2003. Fra 2003 er opplæringen knyttet til anamnese og virkninger/bivirkninger av hormonell prevensjon betydelig utvidet og samtlige høgskoler har arbeidskrav med dokumentasjon om veiledningspraksis – enten gjennom praksis på helsestasjon/skolehelsetjeneste i minst 8 timer eller i form av kollegabasert veiledning med observasjon.

Gjennom justeringene er utdanningene ved de ulike høgskolene blitt stadig mer lik og likeverdig, både med hensyn til struktur og kvalitativt innhold. Ved utvidet rekvireringsrett kan direktoratet og høgskolene vurdere dette på nytt for å sikre at det finnes et enhetlig opplæringstilbud uavhengig av hvor i landet helsesøstre og jordmødre velger å ta sin utdanning.

I Sverige kreves det at jordmor skal ha minst 30 timers undervisning i prevensjonsveiledning for å få rekvireringsrett på prevensjon, i tillegg til sin teoretiske utdanning. Dette handler for en stor del om praktisk opplæring i innsetting/fjerning av spiral og implantat. Selv om den formelle opplæringen i de to land er forskjellige vurderer direktoratet at grunnopplæringen i de norske helsesøster og jordmorutdanningene er faglig likeverdig med den svenske. Den engelske utdanningsordningen som i tillegg omfatter rekvirering av et stort antall reseptbelagte legemidler er ikke relevant å sammenligne med her.

Utdanningene og representanter for sentrale fagmiljøer som er direkte involvert i opplæringen vurderer i likhet med direktoratet, at omfang og innhold i dagens grunnutdanning vil være faglig tilfredsstillende ved en utvidelse av rekvireringsretten til alle typer hormonell prevensjon for friske kvinner opp til 35 år. Ved en utvidelse av rekvireringsretten vurderer direktoratet og fagmiljøene at det bør foretas enkelte justeringer av temaene i opplæringen slik at det legges mer vekt på følgende:

- Generelle forhold vedrørende kvinnehelse og spesielt prevensjonsveiledning til kvinner frem mot menopausen
- Særlige forhold ved rekvirering av hormonell prevensjon for kvinner over 35 år
- Alvorlige bivirkninger ved prevensjon og forholdsregler ved mistanke om alvorlige bivirkninger – dette inkluderer behov for god pasient kommunikasjon og samarbeid/henvisning til spesialist eller lege

Helsesøsterutdanningene og - foreningen mener imidlertid at helsesøstre som ønsker å praktisere utvidet rekvireringsrett fullt ut bør ha mer kompetanse på kvinnehelse enn det som kan tas høyde for innen et 40 timers grunnkurs i prevensjon. De vil derfor ikke ha tilstrekkelig uttelling for denne rettigheten uten ytterligere kompetansegivende opplæring. Slik opplæring kan imidlertid skje innenfor dagens overordnede rammer for jordmor- og helsesøsterutdanningene.[88] Det står utdanningene fritt å foreta nødvendige endringer og justeringer. Vurdering og godkjenning av NOKUT vil derfor ikke være påkrevd.[89]

Konklusjon:
Ved utvidet rekvireringsrett anbefaler direktoratet at dagens grunnopplæring for helsesøstre og jordmødre justeres slik, at det legges mer vekt på kvinnehelse, særlige forhold vedrørende prevensjon og veiledning til kvinner over 35 år samt tema knyttet til alvorlige bivirkninger ved hormonell prevensjon. Direktoratet kan samarbeide med høgskolene om nødvendige endringer og utvikling av et revidert program med felles normer for undervisning og praksisveiledning.

Det står utdanningene fritt å foreta nødvendige endringer og justeringer innen for de overordnede rammene for helsesøster og jordmorutdanningene. Vurdering og godkjenning av NOKUT vil derfor ikke være påkrevd. Dersom helsesøstre ønsker mer kompetanse innen sentrale kvinnehelsetema for å kunne praktisere en eventuell utvidet rekvireringsrett fullt ut, kan direktoratet bistå med løsninger for hvordan det kan legges til rette.

8.2 Spiral og implantat – teoretisk utdanning og praktisk opplæring utenom høgskoleutdanningen

Med forbehold om resultatene av forsøksordningen som er beskrevet i kapittel 7, har Helsedirektoratet følgende prinsipielle vurderinger når det gjelder hvordan teoretisk og praktisk utdanning for helsesøstre og jordmødre bør legges opp for å tilfredsstille kompetansekrav for rekvirering og praktisering av de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene:

Spiral

Jordmorutdanningen må endres/justeres slik at den følger de internasjonale anbefalingene når det gjelder spiral – dvs at den må inneholde minimum 25 – 30 timers teoretisk opplæring i relevante gynekologiske undersøkelser. Ved en eventuell utvidelse bør det vurderes hvordan opplæring i de praktiske ferdigheter ved innsett av spiral kan integreres i utdanningen. Ved høgskolen i Vestfold inngår som nevnt praktisering av spiral ved den svenske jordmorutdanningen som en del av opplæringen. Det bør drøftes praktiske løsninger med høgskolene om og hvordan skolering av samme standard kan gjennomføres ved høgskoler som har jordmorutdanning. Igjen er det et krav at den praktiske opplæringen tilfredsstiller de internasjonale retningslinjene for innsett av spiral. [15 21 90 91 92 11]

Implantat

Fellesutdanningen i prevensjon for helsesøstre og jordmødre må justeres slik at implantat er grundig behandlet. Dette innbefatter opplæring i kontraindikasjoner, komplikasjoner og samarbeid med lege/kompetent fagmiljø. På samme måte som for de øvrige prevensjonsmetodene som dekkes av utdanningen i dag (p-piller, p-ring, p-plaster og p-sprøyte) skal opplæringen i implantat være slik at kompetansekrav for rekvirering er tilfredsstillende kvalitetssikret og dokumentert.

Når det gjelder praktiske ferdigheter anbefaler det svenske Läkemedelsverket som nevnt at både leger og jordmødre deltar i de aktuelle legemiddelfirmaenes kurser med praktisk trening i innsettings- og uttakningsteknikk før de setter implantat på kvinner. Disse kursene arrangeres også i her i landet. Läkemedelsverket anbefaler videre at helsepersonell skal ha tilstrekkelig opplæring av lege eller jordmor med god erfaring i å praktisere denne metoden. Direktoratet vurderer at den svenske modellen er overførbar for praktisk opplæring av helsesøstre og jordmødre i Norge, og at den tilfredsstiller de internasjonale anbefalingene for innsett av implantat. [15 21 85 90 92 11] Dette er i tråd med det norske Legemiddelverkets vurderinger.

Generelt vil videre praktisk opplæring og vedlikehold av kompetanse i LARC metodene være den enkelte helsesøsters, jordmors og deres arbeidsgivers ansvar. Helsedirektoratet kan eventuelt samarbeide med aktuelle fagmiljøer om organisering av et mer systematisk tilbud om praktisk opplæring for jordmødre og helsesøstre som ønsker å praktisere LARC metodene.

Behov for etterutdanningskurs

På bakgrunn av vurderingene i avsnitt 8.1 vedrørende dagens fellesopplæring i prevensjon vurderer Helsedirektoratet at det ikke er behov for å arrangere nye felles etterutdanningskurs ved høgskolene for helsesøstre og jordmødre som allerede har gjennomgått utdanningen. Det er enhver helsepersonells ansvar å holde seg forsvarlig faglig oppdatert, og det er en forutsetning at helsesøstre og jordmødre med utvidet rekvireringsrett etterlever kravene i helsepersonellloven. Dette gjelder med unntak av LARC.

Dersom utvidet rekvireringsrett vil omfatte spiral bør høgskoler med jordmorutdanning kunne tilby etterutdanning som omfatter både teoretisk og praktisk opplæring i spiral for jordmødre som i dag ikke har denne utdanningen. Når det gjelder implantat bør det drøftes nærmere om og hvordan legemiddelselskapene og eventuelt høgskolene kan arrangere tilbud om etterutdanning for jordmødre og helsesøstre som ønsker å praktisere metoden med p-stav.

Konklusjon:

Ved en utvidelse som omfatter at jordmor kan rekvirere spiral anbefaler Direktoratet at jordmorutdanningen justeres slik at den følger de internasjonale anbefalingene, og at det utarbeides løsninger for hvordan den teoretiske og praktiske opplæringen kan integreres, slik at den norske jordmorutdanningen blir likeverdig med den svenske.

Ved en utvidelse som innebærer at helsesøstre og jordmødre kan rekvirere implantat må fellesutdanningen i prevensjon for helsesøstre og jordmødre justeres slik at opplæringen tilfredsstiller kompetansekravene for rekvirering på samme måte som for de øvrige prevensjonsmetodene. Praktiske ferdigheter må dokumenteres gjennom deltakelse i legemiddelselskapenes kurs og opplæring av helsepersonell med bred erfaring i å praktisere innsett av implantat.

Dersom utvidelse av rekvireringsretten vil omfatte LARC metodene bør utdanningene legge til rette for etterutdanningskurs som gir kvalifisert kompetanse for jordmødre og helsesøstre som i dag ikke har denne opplæringen.
Opplegg for hvordan opplæringsbehov skal ivaretas for helsesøstre og jordmødre som skal delta i en eventuell forsøksordning kan eventuelt direktoratet utdype i et eget iverksettingsforslag.

8.3 Sertifisering

Direktoratet mener ikke det er behov for en egen sertifiseringsordning for nyutdannende jordmødre og helsesøstre med utvidet forskrivningsrett på prevensjon. I utgangspunktet er vitnemål tilstrekkelig dokumentasjon på teoretiske og praktiske kvalifikasjoner for høgskoleutdannet helsepersonell med tilleggsutdanning. Helsesøstre og jordmødre som i dag har rekvireringsrett på hormonell prevensjon til 16 tom 19 åringer dokumenterer sin kompetanse ved at høgskolene sender bekreftelse på bestått kurs til Helsepersonellregisteret. Det kan eventuelt vurderes om det bør lages et system for dokumentert praksis når det gjelder LARC metodene.

Konklusjon
Direktoratet vurderer at det er ikke behov for en egen sertifiseringsordning dersom helsesøstre og jordmødre får utvidet rekvireringsrett. Det kan eventuelt vurderes om det bør lages et system for dokumentert praksis når det gjelder LARC metodene hvis disse inkluderes i ordningene.

9 Vedlegg: Brev fra Landsgruppen av helsesøstre NSF

LANDSGRUPPEN AV
HELSESØSTRE NSF

Helsedirektoratet
Avd. miljø og helse
P.boks 7000 St.Olavs Plass
0130 Oslo

01.04.08

UTVIDET REKVIRERINGSRETT FOR HORMONELL PREVENSJON FOR HELSESØSTRE OG JORDMØDRE
Som en oppfølging av møtet før påske vedr. utvidet rekvireringsrett for hormonell prevensjon, oversendes her Landsgruppen av helsesøstre sitt offisielle syn på de foreslåtte endringene i ordningen. Dette er basert på innspill fra enkeltmedlemmer, lokale faggruppeledere og styremedlemmer. Vi har forsøkt å ta hensyn til både direktoratets og legemiddelverkets ønske om en enhetlig ordning, samt våre medlemmers ønsker om rammene for ordningen særlig knyttet til vårt arbeidsområde og nødvendig etterutdanning.

Landsgruppen av helsesøstre ønsker at helsesøstre skal få utvidet sin rekvireringsrett for hormonell prevensjon til å gjelde alle kvinner i fertil alder.
Alle kvinner i fertil alder, hvorfor?
Jenter i aldersgruppen 20 – 25 år har det høyeste antall aborter. Det er derfor viktig å sikre enkel tilgang på sikker prevensjon og kvalifisert prevensjonsveiledning til denne gruppen. Dette mener vi i stor grad bør skje gjennom utbygging av studenthelsetjenesten, hvor både helsesøster, lege og jordmor har naturlige funksjoner. Mange av dagens studenter er over 25 år, og det vil være unaturlig å ikke kunne forskrive prevensjon også til disse.
Vi mener at det er godt begrunnet at helsesøstre gjennom sin sykepleier- og helsesøsterutdanning (og de gjennomførte etterutdanningstilbudene) har den nødvendige faglige kompetanse til å gi prevensjonsveiledning og forskrive hormonell prevensjon til en utvidet målgruppe. Det foreligger ingen forskning som tilsier at det er økt risiko for komplikasjoner ved at helsesøstre og jordmødre har rekvireringsrett.
LaH mener at rekvireringsretten for helsesøstre skal omfatte alle kvinner i fertil alder, men at den fortrinnsvis skal benyttes til aldersgruppen 16 – 25 år og fortrinnsvis innenfor rammene av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
Dette begrunnes i at vår målgruppe i utgangspunktet er barn og ungdom fra 0 – 20 år, og at vår arbeidsarena primært er helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dagens

ressurssituasjon tilsier også at det er de yngste brukerne helsesøstre fortsatt skal og bør prioritere. En utvidet rekvireringsrett gir oss imidlertid en *mulighet* til også å nå andre målgrupper i gitte situasjoner.

Når vi velger å anbefale utvidet rekvireringsrett til alle kvinner i fertil alder, er dette med bakgrunn i erfaringsbasert praksis, hvor helsesøstre ofte oppsøkes av voksen ungdom med behov for prevensjon. Dette skjer både gjennom helsestasjoner for ungdom og i skole-/studenthelsetjenesten. En utvidet rekvireringsrett gir brukerne et bedre og mer reelt lett tilgjengelig tilbud.
En utvidet rekvireringsrett er en mulighet og en rett, ikke en plikt. Som ved dagens ordning skal man i hvert enkelt tilfelle gjøre en faglig vurdering, og ved tvil konsultere lege. Imidlertid mener vi at helsesøstre er godt kvalifiserte og har den nødvendige, selvstendige kompetanse til å forskrive hormonell prevensjon også til kvinner utenfor aldersgruppen 16-20 år.
LaH mener at om rekvireringsretten for helsesøstre skal omfatte implantat og spiral, vil dette kreve kompetanse på gynekologisk undersøkelse og detaljkunnskap i gynekologi som ikke inngår i dagens helsesøsterutdanning, og heller ikke i etterutdanningstilbudet i prevensjonsforskrivning. Vi ønsker derfor at opplæring i dette inngår i egne etterutdanningstilbud, som det er opp til den enkelte helsesøster å gjennomføre.

Hva med de under 16 år?

LaH ser behovet for å kunne tilby enkelt tilgjengelig og sikker prevensjon også for aldersgruppen under 16 år. Med en utvidet rekvireringsrett for alle fertile kvinner, vil også de yngste brukerne ivaretas.

Vi mener imidlertid det er viktig at vi fremstår som tydelige voksne som kan bidra til redusert seksuelt press for de yngste ungdommene.

Samtidig skal vi tilby sikker prevensjon og god, ikke-moraliserende prevensjonsveiledning også for de yngste i de tilfellene hvor det er nødvendig. Dette mener vi best ivaretas ved at helsesøster som er den som ofte har tettest kontakt med de yngste jentene, tilbyr prevensjonsveiledning og også har mulighet for å forskrive prevensjon. Et godt og nært samarbeid med lege på helsestasjon for ungdom, i skolehelsetjenesten eller med ungdommens fastlege er imidlertid viktig særlig når det gjelder de yngste jentene.

Rekvireringsrett knyttet til profesjon

LaH mener at rekvireringsretten skal være knyttet til profesjon, og ikke til arbeidssted.
Dette innebærer at når du som utdannet helsesøster har fått nødvendig undervisning innenfor området og er ”sertifisert”, er kompetent til å rekvirere hormonell prevensjon uavhengig av om du faktisk jobber på helsestasjon, helsestasjon for ungdom eller i skolehelsetjenesten.
Vi ønsker at en utvidet rekvireringsrett knyttes opp til en økt vektlegging av de medisinske aspektene ved hormonell prevensjon i helsesøsterutdanningen. Dette er en utfordring da dagens utdanning allerede er svært presset i forhold til de mange tema det skal undervises i. Det vil være naturlig at direktorat og departement ser på helsesøsterutdanningens lengde i lys av stadig nye oppgaver som helsesøstre skal ivareta, blant annet rekvireringsretten.
Det skal være krav til gjennomført helsesøsterutdanning for å få rekvireringsrett. Dette er et viktig moment all den tid helsesøster ikke er en beskyttet tittel, og sykepleiere og andre går inn i helsesøsterstillinger uten å ha den påkrevde utdanning og kompetanse.

Vedlikehold av kompetanse
Vi ser det som ønskelig at det etableres et system for jevnlig oppdatering av kunnskap og
”re - sertifisering”. Dette vil bidra til å sikre at helsesøstre som praktiserer rekvireringsretten i det daglige, holder seg faglig oppdatert til enhver tid. Videre at helsesøstre som ikke praktiserer rekvireringsretten jevnlig, må sørge for å holde seg oppdaterte og sannsynliggjøre et gitt kompetansenivå for å opprettholde rekvireringsretten.
Alle etterutdanningstilbud innenfor dette området må være kompetansegivende, dvs. gi studiepoeng.
Automatisk utvidet rekvireringsrett
LaH mener at det må sikres et system hvor helsesøstre og jordmødre - på lik linje med leger- automatisk får utvidet sin rekvireringsrett til å omhandle nye hormonelle prevensjonsmidler som fortløpende godkjennes for bruk i Norge.

Astrid Grydeland Ersvik
Leder Landsgruppen av helsesøstre NSF

10 Vedlegg: Tilbakemelding fra Norsk forening for allmennmedisin(NFA)

Tilbakemelding på referat fra miniseminar 25.februar 2008, SHDir, om Utvidet rekvireringsrett – hormonell prevensjon- for helsesøstre og jordmødre fra NFA ved Helen Brandstorp.

1. Kort om bakgrunn og erfaringer

NFA er usikker på om det er SHDir (Nå HDir) sin offisielle policy at helsesøstre og jordmødre skal kunne rekvirere hormonell prevensjon til kvinner i alle aldersgrupper og at rekvireringsretten ikke skal være knytte til arbeidssted, men profesjon.

Videre er det ikke sikkert at kvinner under 16 og over 20 ønsker prevensjon /konsultasjon hos helsesøster. Rapporten dette bygger på viser at jenter vil til helsesøster og gutter til fastlege. Det er første og fremst en kjønnsdimensjon her. Kvinner over 20 år bruker helsestasjon for ungdom bare flyktig, og har ganske sikkert fastlegen som sin hovedkontakt.

2. Utvidelse til kvinner i ulike aldersgrupper – faglige innspill

Her mangler referatet NFA's påpekning av en mangel i Steinar Madsens resonnement. Madsen trekker, på den ene siden, frem at p-piller burde kunne skrives ut av andre enn leger pga lav bivirkningsforekomst, men undrer seg på den andre siden over at når alvorlige bivirkninger oppstår, så svikter diagnostiseringen utenfor sykehus, dvs legevaktslegene tenker ikke på blodpropp pga p-piller. NFA forklarte at når forskrivningsretten fragmenteres vil fastlegenes medikamentoversikt bli mangelfull og p-pillebruk usynliggjort.

Det er heller ikke tatt med at det ikke stemmer at det er vanskelig for studenter å bytte fra fastlege i hjemkommunen til fastlege på studiestedet. Det ble understreket fra NFA's side at kvinner over 19 år som studerer er voksne og ikke bør behandles og beskrives av direktoratet som "unge jenter".

Et svært viktig argument som heller ikke er tatt med i referatet er SHDir sitt ønske om å tilby gratis helsetjeneste for friske kvinner, mens syke kvinner må betale egenandeler. Hvordan rimer det med et helhetlig prioriteringsansvar som hviler på direktoratet. Hva er helsegevinsten ved å bruke en betydelig del av fellesskapets ressurser på de friske og ressurssterke?

Tromsø, 14.mars 2008

Helen Brandstorp

11 Vedlegg: Referat fra møte i Shdir 26.02.08

Møte om: Utvidet rekvireringsrett - hormonell prevensjon – for helsesøstere og jordmødre.

Møteleder Ole Trygve Stigen 10.03.08

Referent: msr

Til stede: Se vedlagte deltakerliste
Kopi til:

Miniarbeidsseminar 25.02.08

Sak	Diskusjon
1. Kort om bakgrunn og erfaringer	Ulla Ollendorff (Shdir) orienterte kort om bakgrunn og erfaringene med rekvireringsrett for jenter 16 – 19 år (se vedlegg): ▪ Høye aborttall bakgrunn for bestemmelse i 2002. ▪ På bakgrunn av tidligere vurderinger er Shdirs ståsted at: helsesøstre og jordmødre skal kunne rekvirere hormonell prevensjon til kvinner i alle aldersgrupper og rekvireringsretten skal være knyttet til profesjon og ikke arbeidssted. ▪ Høgskolene har etter forespørsel fra HOD konkludert med at rekvireringsretten kan utvides til kvinner i aldersgruppen 20-24 år uten endringer i utdanningsinnholdet. Kan utvides ytterligere med styrking av utdanningen på enkelte områder. ▪ Shdir skal etter oppdrag fra HOD gi en faglig vurdering på utvidet rekvireringsrett mht. alder, type prevensjonsmiddel og lokasjon. Shdir skal særlig se på om utdanningen pr. i dag er tilfredsstillende i forhold til en eventuell utvidelse. ▪ Hensikt med ordningen for tenåringer – økt tilgjengelighet til prevensjon for jenter. Gode erfaringer med dagens ordning som viser: Økt bruk av hormonell prevensjon i aldersgruppen 16-19 og nedgang i abortraten blant tenåringer frem til 2005. Svak oppgang i 2006. ▪ Større undersøkelser viser at kvinner under 16 og over 20 ønsker prevensjon/konsultasjon hos helsesøster/jordmor Steinar Madsen, Statens Legemiddelverk orienterte kort om bivirkninger av hormonell prevensjon (se vedlegg): ▪ 350 meldinger siden 2003, hvorav 2/3 var alvorlige. De fleste

	meldingene omhandlet pasienter i aldersgruppen 15-25. ▪ 70 tilfeller av blodpropp siden 2003 – 13 dødsfall. Dette gir en frekvens på 5-10 tilfeller per 10 000. Dødelighet på om lag 2 prosent. ▪ Særlige risikofaktorer er: 1. Oppstart 2. Bytte 3. Overvekt 4. Røyking 5. Arvelige blodpropptendenser 6. Andre sykdommer ▪ Meldinger Statens legemiddelverk ikke får er svikt av tablett prevensjon og problemer som fører til manglende etterlevelse. ▪ Vanskelig å forhindre bivirkninger fordi syke- og familiehistorier sjelden gir de nødvendige opplysninger og fordi diagnostikk kan være en utfordring. ▪ Konkluderer med at det neppe er grunn til å tro at en utvidet forskrivningsrett vil føre til flere bivirkninger.
2. Utvidelse til kvinner i ulike aldersgrupper-faglige innspill. **Særlige diskusjonstema – jenter under 16 år og kvinner over 35 år**	▪ Steinar Madsen, Statens legemiddelverk mener at det neppe er grunn til å ikke utvide rekvireringsretten så lenge reglene blir overholdt. Stikkordet er å utvise forsvarlighet i henhold til kravene i Helsepersonell loven. Mener at en utvidelse til de under 16 pr i dag er et politisk/moralsk spørsmål. Faglig sett er dette helt greit. Stiller et mulig spørsmålstegn ved om grensen bør trekkes ved 35. Dette på grunn av økt risiko ved bruk av hormonell prevensjon etter fylte 35. Stiller derfor andre krav mht. til kunnskap. ▪ Kjerstin Møllebakken, Landsgruppen av helsesøstre stilte spørsmålstegn ved om det er riktig at fokus flyttes fra barn til mor ved helsestasjonen – ved evt. forskrivning av prevensjon ved småbarnskontroller. Ønsker utvidet rett til å foreskrive. Men, mener i utgangspunktet ikke at det er viktig å utvide til alle kvinner i fertil alder. Helsesøstre jobber i dag primært med målgruppen 0-25 år. I det daglige ser de behovet først og fremst for de under 16. Behovet finnes for yngre jenter. Understreker forskjellen mellom helsesøstere og jordmødre. Mer fokus på kvinnehelse for jordmødre og dermed mer aktuelt for jordmødrene å sette inn spiral. Mener det er viktig at helsesøsterutdanningen blir supplert med mer fokus på kvinnehelse iht til at det er lite fokus på dette i utdanningen i dag. Viktig at alle utdanningene er så homogene mht dette som mulig. Svært viktig at en har muligheten til å tilby en god studenthelsetjeneste også for de over 25. ▪ Britt Ingjerd Nesheim, UiO opplyste om at det fra 2000 er konsensus innenfor fagmiljøet at p-piller kan være reseptfri. Problemet ligger hos legemiddelindustrien. Jordmødre og helsesøstre kan selvsagt forskrive hormonell prevensjon. Er enig med Steinar Madsen i at det er oppfyllelse kravet om forsvarlighet som betyr noe. Går inn for utvidelse av retten til alle kvinner i fertil alder. Hovedprinsipp prevensjon til friske kvinner. Ikke noe problem å skrive ut prevensjon til friske jenter som har hatt sin første menstruasjon. Mer kunnskap om forbehold ved forskrivning til kvinner over 35 år. ▪ Helen Brandstorp, repr. for allmennlegeforeningen og forening for allmennmedisin er skeptisk til en praksis som kan føre til en ufarliggjøring av p-piller. Hun påpekte fastlegenes ansvar for helhetlig behandling og oversikt og det betenkelige i at dette innbærer en særordning utenom fastlegeordningen ▪ Anne Marie Lillengen, HIAK: Jordmorutdanningene er gledelig

	overrasket over utviklingen og mener at den går riktig vei. Ser at det viktig å fokusere mer på kvinnehelse i utdanningen, mener at de er et stykke på vei med i og med at utdanningen er utvidet med ett år. ▪ Marit Heiberg, Jordmorforeningen mener at 15 år er et kunstig skille. Ønsker en utvidelse til alle kvinner i fertil alder. Tilgjengelighet er stikkordet her. ▪ Ulla Ollendorff, Shdir peker på at unge kvinner over 20 år ofte studerer og har ikke tilgang på fastlege i hverdagen. Det er derfor et viktig tiltak å styrke studenthelsetjenesten. ▪ Turid Sundar, Diakonova mener at det uheldig å ha et skille mellom jordmødre og helsesøstre. Bør ikke ha ulike rettigheter. ▪ Jorunn Austad, Shdir peker på at det ikke det ikke er krav til å foreskrive selv om man har muligheten. Det som er viktig å legge vekt på er forsvarlighet. ▪ Anders Smith, Shdir peker på bestemmelsene i Helsepersonell loven § 4. Forskrivning må være knyttet til profesjon og ikke arena. Understreker kravet om forsvarlighet i yrkesutøvelsen som er den enkelte helsepersonells ansvar. Kan ikke se at det er noe til hinder for utvidelse av forskrivning til alle aldersgrupper. Hvis forholdene ikke ligger til rette for det på arbeidsplassen er det ikke forsvarlig å foreskrive. Det er den enkelte virksomhetsansvarlige som vurderer om det er forsvarlig. Det kan vurderes om det fra direktoratets side kan være aktuelt å lage en retningslinje i forhold til rekvirering. **Oppsummering:** Møtedeltakerne, med unntak av allmennlegeforeningen går inn for en utvidelse av forskrivningsretten for helsesøstre og jordmødre til alle kvinner i fertil alder. Aldersgrupper under 16 år er ikke problematisk. Kvinner over 35 år krever særskilt oppmerksomhet. Det er enighet om at utdanningene må vektes med økt fokus på kvinnehelse og på forhold vedr. rekvirering til kvinner over 35. Det sentrale er forsvarlighet. Det er ikke nødvendig å foreskrive selv om en har rettigheter. Med rettigheter følger også plikter i forhold til kunnskap og praksis. Det er den enkelte yrkesutøver og arbeidsplassen som skal påse at krav om forsvarlig praksis er oppfylt. Representanten fra allmennlegeforeningen/Foreningen for Allmennmedisin understreker legens særlige ansvar og kompetanse.
3. Hvilke typer prevensjonsmidler skal inngå i ordningen? **Særlige diskusjonstema – Innsetting av spiral og implantat**	▪ Steinar Madsen, Legemiddelverket understreker at det viktige er igjen graden av forsvarlighet. Prevensjonsmidlene som helsesøstre og jordmødre kan rekvirere i dag er ikke noe problem ved utvidelse til alle aldersgrupper. Er du opplært i å sette implantater og spiraler kan du gjøre det, hvis ikke er det ikke forsvarlig. Forsvarlighet i fokus, ingen begrensning i forhold til type prevensjonsmiddel. Skal man stille krav om praksis eller en sertifiseringsprosess? Understreker at med utvidelse av rekvireringsretten følger det med et økt ansvar for melding om skader/bivirkninger. ▪ Høgskolene peker på at veilederne i forhold til hormonell prevensjon er utdaterte og vanskelig å finne oppdaterte lister på Legmiddelverkets nettsider om hvilke midler helsesøstre og jordmødre kan rekvirere. ▪ Helen Brandstorp, Almennlegeforeningen/ foreningen for allmennmedisin er uenig i grunnholdningen. Påpeker legens rolle som hovedansvarlig for oversikt over behandling/bruk av medikamenter og som gruppeleder. Legen har en spesiell posisjon i lovverket. Viser også til at det ikke er enkelt å få ut et implantat. Mener at dette er en legeoppgave. ▪ Anders Smith, Shdir mener at HB blander legerollen som rådgiver

	vs. individ. Leger er best til å se ting i sammenheng. Det betyr nødvendigvis ikke at jordmødre og helsesøstere ikke kan rekvirere hormonell prevensjon. Spørsmålet er om dette krever samarbeid på lagledernivå. Når det gjelder meldeplikt har enhver i helsetjenesten en selvstendig meldeplikt. ▪ Marit Heiberg, Jordmorforeningen peker på at jordmødre har en spesiell kompetanse. Kan gjøre det vel så bra som fastleger. Kunnskap om kvinnehelse er stikkordet. ▪ Britt Ingerd Nesheim, UiO viser til at innsetting av spiral er avhengig av praksis. Har du gjort det mange ganger blir du god på det. Mener at jordmødre kan gjøre dette, men dette er avhengig av tilstrekkelig praksis. ▪ Jorunn Austad, Shdir gjør oppmerksom på det utvidede ansvaret i forhold til meldeplikten. ▪ Kjerstin Møllebakken, Landsgruppen av helsesøstre peker på at det er viktig med opplæring. Mener at helsesøstre og jordmødre kan gjøre dette like bra som leger. Praksis er stikkordet. **Oppsummering:** ▪ Enighet om at hormonelle prevensjonsmidler utenom spiral og implantat ikke er problematisk ved utvidelse av rekvireringsretten for helsesøstre og jordmødre. Påpeker at dette medfører et utvidet ansvar i forhold til meldeplikten om bivirkninger og skader. Allmenlegeforeningen er bekymret for at en fragmentering av rekvireringsretten kan føre til at fastlegen får vansker med å ivareta helhetlig behandling av pasienten og at alvorlige bivirkninger dermed ikke oppdages i tide. Tilstrekkelig praksis er avgjørende i forhold til innsetting av spiral og implantat, det gjelder også helsesøstre og jordmødre. Enighet om at denne opplæringen må skje gjennom praktisk etterutdanning – ikke gjennom de ordinære utdanningene. Opplæringen vil være arbeidsgivers ansvar i og med at arbeidsgiver har ansvar for å påse at de ansatte er skikket til å sette inn spiral og implantat. Representanten for Allmennlegeforeningen/foreningen for allmennmedisin mener at innsetting av implantat og spiral bør være legens oppgave. Representanten for Landsgruppen av helsesøstre mener at det ikke er viktig for dem å kunne sette inn spiral eller implantat. Enighet om at metodeboka til Klinikk for seksuell opplysning som benyttes i prevensjonskonsultasjoner på landsbasis bør oppdateres og kvalitssikres på enkelte felt – konsultasjon og p pille bruk.
4. Lokasjon-rekvirering uten om helsestasjon og skolehelsetjeneste	▪ Ulla Ollendorff, Shdir viste til flere arenaer hvor det vil være nyttig for brukerne at helsesøstre og jordmødre kan rekvirere prevensjon – for eksempel fødeavdelinger ved sykehusene, hos privatpraktiserende jordmødre, hos lokalkontorene ved Amathea, hos studenthelsetjenestene. ▪ Kjerstin Møllebakken, Landsgruppen av helsesøstre mener det er viktigere å fokusere på profesjon fremfor lokasjon. Viser til at samhandling og kommunikasjon mellom lege og helsesøster i noen tilfeller blir mangelfull. Spørsmål om dette er et problem i forhold til utvidet rett. Ønsker et tettere samarbeid med fastlegene. ▪ Helen Brandstorp, Almennlegeforeningen/ Foreningen for allmennmedisin viser til at det er fastlegene i Norge som har mest ansvar, og mener det er problematisk hvis rekvireringsretten utvides til andre profesjoner og arenaer. Holder fast ved at det er et problem at samhandlingen ikke fungerer tilfredsstillende i dag. Viser til at elektronisk samhandling ble initiert av legene. ▪ Anders Smith, Shdir mener at det er et sidespor når en snakker

	om datasystemer og samhandling. Viser igjen til helsepersonellovens bestemmelser om forsvarlighet og at forskrivning må være knyttet til profesjon og ikke arena ▪ Britt Ingjerd Nesheim, UiO sier seg enig med Anders Smith, forskrivning må være knyttet til profesjon og ikke arena og minner om at legene en kan spørre pasienten selv om p-pille bruk. ▪ Anne-Marie Lilleengen, Høgskolen i Akershus påpeker at det er viktig at kvinner som har født ønsker å komme tilbake til etterkontroll hos den jordmoren hun gikk til mens hun var gravid. Da vil hun få muligheten til å få prevensjonsveiledning og resept på et sted. Det er på grunnlag av dette viktig at rekvisjonsretten utvides til alle kvinner i fertil alder. **Oppsummering:** Møtedeltakerne, med unntak av legeforeningen, er enig i at utvidelse av rekvireringsretten for helsesøstre og jordmødre bør knyttes til profesjon ikke til hvor man arbeider - lokasjon/arena. Igjen bør hovedfokus være på den enkeltes forsvarlighet i forhold til kunnskap og praksis. Representantene for Allmennlegeforeningen/Foreningen for allmennmedisin og Landsgruppen av helsesøstre mener det er problematisk med dårlig samhandling og ønsker at Shdir skal ta opp problemet med samhandling i helsetjenesten.
5. Konsekvenser for utdanningen- hvilke endringer vil trenges? **Særlige diskusjonstema – Setifisering**	▪ Høgskolene mener at både jordmor og helsesøsterutdanningen må fokusere mer på kvinnehelse ved utvidet rekvireringsrett. Helsesøsterutdanningen har mindre praksis i studiet i forhold til jordmorutdanningen. Utdanningen til helsesøstre er konsentrert om målgruppen 0 – 20 år og deres familier. Det er lite trolig at rekvirering til kvinner over 35 vil være problematisk for utdanningens rammeplan. Muligvis må Utdanningsdepartementet inn i bildet. Den praktiske treningen i forhold til spiral og implantat kan ikke ivaretas innen de generelle studiene. Hvis dette blir aktuelt må utdanningen suppleres med praktisk opplæring i regi av arbeidsgiver. ▪ Jordmorutdanningen mener at helsesøstre må kunne ha muligheten til å sette inn implantat og spiral. Særlig er dette viktig på store helsestasjoner. Det stilles spørsmålstegn ved at leger pr i dag ikke har et spesifikt krav om slik praksis, mens man samtidig diskuterer et krav til praksis for andre grupper. Dersom det kreves en "sertifiseringsordning" for helsesøstre/jordmødre bør det også gjelde for leger. Ellers trenges det ikke store endringer i utdanningen. ▪ Kjerstin Møllebakken, landsgruppen av helsesøstre mener at det ikke er et ønske fra helsesøstrene sin side å lære å sette inn en spiral og implantat. Kan gjerne overlate dette til leger og evt. jordmødre. ▪ Marit Heiberg, Jordmorforeningen mener det er viktig å fokusere på praksis. Pr i dag har mange jordmødre praksis fra Sverige i innsetting av spiral Faglig forsvarlighet er viktig. Er positive til innsetting av implantat og spiral av jordmødre. Det som er viktig er erfaring og ikke profesjon. ▪ Britt Ingjerd Nesheim, UiO mener at det er arbeidsgivers ansvar å påse at de ansatte kan sette inn en spiral eller implantat på en forsvarlig måte. Det teoretiske i utdanningen i forhold til kvinnehelse kan være ett ledd i den generelle utdanningen. Mener at det ikke er nødvendig med en sertifiseringsordning. Peker på at leger ikke har det i dag. Det er heller ikke nødvendig med karanteneregler for helsesøstere eller jordmødre. ▪ Anders Smith, Shdir mener at det igjen er et spørsmål om forsvarlighet. Det er viktig å dokumentere at den enkelte har

	praksis med innsetting av spiral og implantat. Mener det er uheldig å skille mellom helsesøstere og jordmødre. ▪ Steinar Madsen, Legemiddelverket mener at det bør være et krav om løpende etterutdanning som allmennleger har. Dette er arbeidsgivers ansvar. Mener at en skal passe seg for å lage ordninger med lite innhold. Peker på at helsesøstrene og jordmødrene skal konsulterer friske kvinner, mener derfor at det ikke er nødvendig med store endringer i utdanningen. Et unntak for kvinner over 35. Innstilt på å oppheve alle restriksjoner. Forsvarlighet er igjen stikkordet. ▪ Sigrun Heskestad, Shdir mener at arbeidsgiver har ansvar for å legge til rette for at de ansatte er faglig oppdaterte bl.a. gjennom etterutdanningskurs og lignende. Stiller spørsmålstegn ved ytringer om behov for nye tilsynsordninger for å sikre nødvendige kvalifikasjoner av helsesøstre og jordmor eller nye godkjenningsordninger av disse grupper av helsepersonell. Dette blir ivaretatt av eksisterende lovverk. ▪ Helen Brandstorp, Almennlegeforeningen/ Foreningen for allmennmedisin mener at dette kan være problematisk hvis en starter privat praksis. Hvem har ansvaret for å kvalitetssikre de ansatte hvis en er sin egen arbeidsgiver? Mener at oppgaven med rekvirering bør tilhøre fastlegen. Viser til at dette krever en spesiell faglig kompetanse som legen er alene om å ha. Er generelt skeptisk til lavterskel tilbud til alle kvinner. ▪ Ulla Ollendorff, Shdir viser til at brevet til HOD bør reflektere dagens praksis. Minner om at mer enn 2000 helsesøstre og jordmødre allerede har rekvireringsrett. **Oppsummering:** Generell enighet om utdanningen i dag er tilstrekkelig på de fleste punkter. Det vil trenges et økt fokus på kvinnehelse og et økt fokus på forholdsregler/praksis ved rekvirering av prevensjon til kvinner over 35 år. Når det gjelder helsesøsterutdanningen må målgruppen for helsesøstrenes virksomhet justeres – noe som kan kreve endringer i rammeplaner og hovedrammer for utdanningen generelt. Utdanningsdepartementet må eventuelt vurdere dette. Etterutdanning, oppdatering og opplæring i praktiske ferdigheter er den enkelte helsepersonells ansvar og knyttes til lovens krav om forsvarlighet. Praktisk opplæring og etterutdanning er også arbeidsgiveransvar. Opplæring i innsetting av spiral og implantat må skje i form av praksis utenom de ordinære helsesøster- og jordmorutdanningene. Generell enighet i at sertifisering ikke er nødvendig. Alle må kunne fremlegge god dokumentasjon på sin praktiske kompetanse. Representanten fra Allmennlegeforeningen/Foreningen for allmennmedisin mener at ansvaret bør ligge hos fastlegen.

Flere etterlyste oversikten til legemiddelverket over listen over prevensjon som kan forskrives av helsesøstre og jordmødre – den finnes på

http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____59886.aspx

12 Litteratur – referanser

1 Folkehelseinstituttet (2007): Legemiddelstatistikk 2007. Legemiddelforbruket i Norge 2003 - 2007

2 Helsedirektoratet (2007): Utviklingstrekk rapport

3 Opplysning fra Statens autorisasjonskontor, februar 2008

4 Helsedirektoratet (2004): Oppsummering av erfaringer fra ordningene med lett tilgjengelig prevensjon til unge jenter. Brev til Helsedepartementet 06.05 2004

5 Skjeldestad FE (2003): Utvikling i aborttala. Innspill til handlingsplan 2004-2008

6 Ollendorff U (2003): Utviklingen i aborttallene i Norden mot årtusenskiftet. Hva skyldes forskjellene? Innspill til handlingsplan *2004-2008*

7 Brev fra Olafiaklinikken til Helsedirektoratet 20. april 2002

8 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

9 Folkehelseinstituttet (2008): Rapport om svangerskapsavbrudd for 2007 (foreløpige tall)

10 IPPF EN (2005): Reimbursement and prescription of hormonal contraception in Europe. Information compiled following a request from Duarte Vilar, Portugal to some EN Member Associations

11 WHO (2002): Selected practice recommendations for contraceptive use. Evidence-based guidelines for family planning

12 WHO (2002): Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care

13 Sundström – Feigenberg K (1984): Swedish midwives – a case of professional domination of family planning provision for women. Planned Parenthood in Europe Regional Information Bulletin Apr;13 (1)

14 Svenska barnmorskeförbundet: Barnmorska – utbilding och kompentens. Tilgjengelig på www.barnmorskeforbundet.se.

15 SOSFS 1996:21: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte

16 LVFS 1997:10: Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel m m.

17 FPA EN (2002): Factsheet, Family planning services in UK. Tilgjengelig på www. fpa.org.uk

18 The Prescription Only Medicines (Human Use) Amendment Order 2002. Statutory Instrument 2002, no 549.

19 The National Health Service (Pharmaceutical Services) and (General Medical Services) (No. 2) Amendment Regulations 2002.

20 Royal college of nursing (2004): Sexual health competencies: an integrated career and competency framework for sexual and reproductive health nursing

21 Nurse and Midwifery Council (2007): Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers

22 Queensland Sexual and Reproductive Health Nursing Officer Practice Guidelines, June 2007

23 The royal womens hospital Victoria (2007): Prescription of oral contraceptives: Women's health nurse practitioners management

24 Health Act 1937 Health (Drugs and Poisons) Regulation 1996. Reprinted as in force on 15 December 2006. Tilgjengelig: www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/H/HealDrAPoR96.pdf

25 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

26 WHO (2005): Pharmaceuticals Newsletter 2005, No. 02. Tilgjengelig på www.who.int/medicinedocs/

27 Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell m.v. Tilgjengelig på www.lovdata.no

28 Statens helsetilsyn (2001): Høringsuttalelse til forslag om rekvireringsrett på hormonell prevensjon for helsesøstre og jordmødre

29 Sosial-og Helsedirektoratet (2003): Unge kvinners bruk av ordningene med lett tilgjengelig prevensjon. Abstract/ innlegg på European Contraception Society konferanse, Budapest, okt 2003

30 Undersøkelsen er gjentatt februar 2008 og en foreløpig oppsummering støtter opp om resultatene fra 2003. Publiseres sommeren 2008

31 Helse- og omsorgsdepartementet (2003): Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2003-04-03)

32 Se referat fra arbeidsseminar om utvidelse av rekvireringsretten 28.02 2008

33 Helsetilsynet (2003): Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport

34 Helsetilsynet (2004): Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. Rapport

35 Elin Skretting Lunde (2007): Hva slags problemer går vi til fastlegen med. Samfunnspeilet nr. 3, 2007

36 Træen B, Stigum H, Magnus P (2003): Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002. Folkeheleinstituttet. www.fhi.no

37 Folkehelsa, reseptregisteret (2008): tall fra reseptregisteret oppgitt i direktoratets utkast til svar på spørsmål 732 til Stortingets spørretime angående forskrivning av hormonell prevensjon – p-piller til unge jenter 15.02 2008

38 Boyer CB, Tschann JM, Shafer MA. (1999): Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *J Adolesc Res.*;14:448-465.

39 Millstein SG, Moscicki AB. (1995): Sexually-transmitted disease in female adolescents: effects of psychosocial factors and high risk behaviors. *J Adolesc Health.* 17:83-90.

40 Moseng B (2005): *Skeive dager 2003*. Novarapport 03/05

41 WHO, IPPF (2007): Sexual awarenes for Europe. A guide for developing policies on sexual and reproductive health and rights of young people

42 Folkehelseinstituttet (2003): UNG PROFIL 2002, 2003: Tallgrunnlag og resultattabeller. www.fhi.no

43 Boyer CB, Tschann JM, Shafer MA. (1999): Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *J Adolesc Res.*;14:448-465.

44 Skjeldestad, FE (2001): Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000. Hovedrapport. SINTEF Unimed, Trondheim

45 Justisdepartementet: Ot. prp. nr. 28 (1999-2000)

46 Helse- og omsorgsdepartementet(1999): Pasientrettighetsloven

47 Department of health (2004): Best practise guidance for doctors, and other health professionals on the the provision of advice and treatment to young people under 16 on contraception, sexual and reproductive health. (gateway ref: 3282)

48 Royal college of obstetricians, Factulty of family planning and reproductive healthcare, clinical effectiveness unit (2004): FFPRHC Guidance. Contraceptive choices for young people

49 British medical association (2003): Consent Toolkit (2nd edition). Tilgjengelig på www.bma.org.uk

50 Nesheim, B og Svendsen K B(1997): Håndbok i prevensjonsveiledning og abortrådgivning for allmennleger

51 Klinikk for seksuell opplysning (2006) Metodebok 2006

52 WHO, Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health (2004): Selected practise recommendations for contraceptive use. Second edition. Tilgjengelig på www.who.int/reproductive-health/

53 WHO, Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health (2004): Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Third edition – 2004. Tilgjengelig på www.who.int/reproductive-health/

54 Royal college of obstetricians & Gynaecologists, Faculty of Family planning and reproductive health care. Clinical effectiveness unit. (2005): FFPRHC Guidance contraception for women aged over 40 years

55 SSB Statistikkbanken 2006 – befolkningsstatistikk

56 SSB (2001): Aktuell utdanningsstatistikk 9/2001. Artikkel SSB. www.ssb.no

57 SSB (2004): Utdanningsstatistikk. Studenter ved universiteter og høgskoler 2004.

58 NRF (2006) Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd

59 Helse- og omsorgsdepartementet (2004): Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år

60 Norges Forskningsråd (2006): Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter.

61 Helsedirektoratet (2006): Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Oppsummering av erfaringer og resultater på sentrale fokusområder

62 Beddari E og Bjerck K (2007): Studenthelsestasjonen i Tromsø. Evalueringsrapport 2006 – 2007. Høgskolen i Tromsø, avdeling for helsefag

63 Årsrapporter fra studenthelsetjenestene til Helsedirektoratet I 2006 og 2007. Tallene er også gjengitt i referater fra direktoratets årlige møte med prosjektene

64 Statististisk sentralbyrå (2003): Utdanningsbarometeret 2002

65 Department of health (2004): Choosing health. Making healthy choices easier. Gjengitt i RNC (2004) Sexual health competencies. Tilgjengelig på www.rnc.org

66 Innlegg med powerpoint presentasjon ved Fylkesmannen i Sør-Trøndelag på møte om helsestasjon og skolehelsetjenesten 08.05 2008

67 Den norske legeforening (2008): helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Innspill til utredningsgruppen for fremtidige legetjenester i kommunene

68 Helse- og omsorgsdepartementet (1998): Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek m vedlegg (endret i 2002 og 2006). Tilgjengelig på www.lovdata.no

69 The Nursing and Midwifery Council (2006): Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers. Tilgjengelig på www.nmc-uk.org

70 Department of health (2006): National practitioners program, Medicine matters. A guide to mechanisms for the prescribing, supply and administration of medicines, July 2006. Tilgjengelig på www.npc.co.uk

71 Queensland Nursing Council (QNC). (2006). Drug Therapy Protocol: Sexual & reproductive Health Program

72 Royal college of obstetricians and gynecologists (2006): Faculty of family &reproductive health care clinical guidance. First prescription of combined oral contraception. (Oppdatert jan 2007). Tilgjengelig på: www. www.ffprhc.org.

73 Madsen S: Bivirkninger ved hormonell prevensjon. Innlegg på arbeidsseminar 28.02 2008

74 Statens legemiddelverk (2008): Bivirkningsrapport 2007. Seksjon for legemiddelovervåking

75 National institute for health and clinical excellence (2005). Long acting reversible contraception. Clinical guideline 30

76 Royal college of gynaecologists and obstetricians . Clinical effectiveness unit (2007): Interuterine contraception

77 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. Gjenngitt fra WHO I samarbeid med John Hopkins, Bloomberg school of public health : Family planning. A global handbook for providers. Tilgjengelig på: www.infoforhealth.org

78 Royal college of nursing (2007): Fitting intrauterine devices. RNC guidance for nurses and midwives

79 Royal college of nursing (2007): Inserting and removing subdermal contraceptive implants

80 Royal college of nursing (2007): Contraception and sexual health in primary care

81 Läkemedelsverket (2007): Produktresume og veiledning – implanon. Läkemedelsverket anbefaler at leger og jordmødre følger Organons kurser for kompetanse i innsett og fjerning av implantat. Tilgjengelig på www.lakemedelsverket.se

82 Socialstyrelsen (2006): Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska

83 Läkemedelsverket (2005). Information om implanon. I Information från Läkemedelsverket 2:2005

84 Queensland Nursing Council (QNC). (2005). Scope of Practice: Framework for Nurses and Midwives. Tilgjengelig på www.qnc.qld.gov.au

85 Royal College of Nursing (2004): Sexual health competencies. Tilgjengelig på www.rnc-uk.org og

86 Fagplaner for jordmorutdanningene ved de ulike høgskolene er tilgjengelig på høgskolenes nettsider

87 Läkemededelsverket (2007): Produktinformasjon – Implanon. Tilgjengelig på lakemedelverket.se

88 Se referat fra arbeidsseminar 25.02 2008 s.

89 NOKUT har gitt tilbakemelding om at høgskolene står fritt til å endre innhold så lenge dette skjer innen de overordnede rammene for utdanningene, eller det ikke dreier seg om etablering av nye utdanninger

90 Queensland Nursing Council (QNC). (2005). Scope of Practice: Framework for Nurses and Midwives. Tilgjengelig på www.qnc.qld.gov.au

91 Royal College of Nursing (2004): Sexual health competencies. Tilgjengelig på www.rnc-uk.org og

92 Nursing and midwifery council (2002): Code of professional conduct. Oppdatert 2008. Tilgjengelig på www.nmc.uk og www.anmc.au