



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

BARNE-, LIKESTILLINGS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET	
Arkivkode:	431.10
Dato:	27/8-10
Saksnr:	2010/03011-037

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet  
Postboks 8036  
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 10/3533

Dato: 24.08.2010

## **Hørings svar: NOU 2009: 22 Det du gjør, gjør det helt.**

Det vises til høringsbrev av 19. april 2010 vedrørende ovennevnte høring. Legeforeningen takker for anledningen til å uttale seg. Høringsdokumentet har vært sendt til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og hørings svaret er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Overordnet finner Legeforeningen det positivt og viktig at det legges opp til et bedre samordnet helsetilbud til den aktuelle gruppen. Vi har imidlertid flere innspill til det videre arbeidet; dels generelle merknader og dels kommentarer til utvalgets konkrete forslag (kapittel 6 i innstillingen).

Vi tillater oss å gjøre oppmerksom på Legeforeningens statusrapport av april 2010 "Da lykkeliten kom til verden... - om belastninger i tidlige livsfaser", som vi vedlegger denne uttalelsen. Legeforeningen har med denne rapporten ønsket å øke forståelsen av hvordan tidlige belastninger kan påvirke barns helse, og hvordan vi kan forebygge og iverksette tiltak for bedre helse i tidlige livsfaser. Det foreslås flere tiltak av relevans for temaene som tas opp i foreliggende høring, herunder i forhold til samarbeid og informasjonsutveksling mellom tjenester som skal ivareta barn. Mange av våre merknader nedenfor er ytterligere utdypet og begrunnet i rapporten.

### **1 Generelle merknader**

#### *Målgruppen*

Utvalget definerer målgruppen "utsatte barn og unge" som barn og unge med sammensatte vansker og problemer, og som over tid har behov for tjenester og tilbud fra flere instanser fra flere nivåer. Dette er en vid definisjon som i praksis vil omfatte ulike grupper, herunder de fleste barn med alvorlige og kroniske lidelser (både de som er primært kroppslige lidelser og kroniske fysiske lidelser og funksjonshemminger).

Utvalget har konsentrert seg om barn og unge 0-18 år. Dette oppleves som en hensiktsmessig avgrensning, i tråd med et ønske om harmonisering av aldersgrensen ved norske barneavdelinger.

Barn ”med psykiske vansker” omtales kun som dette. En slik omtale kan tilsløre virkeligheten der det (som kjent) finnes barn og unge med alvorlige / invalidiserende psykiske lidelser (psykoser, depresjoner, bipolare tilstander, posttraumatiske tilstander, spiseforstyrrelser mfl.). Disse trenger omfattende OG spesifikke tiltak, delvis innenfor helsevesenet og i stor grad også fra de andre instanser. Samhandlingen og hvordan denne tenkes utviklet i forhold til disse gruppene må utdypes videre.

Mest utsatt (av de ”aller mest utsatte”) må være de aller minste, dvs. alvorlig syke spedbarn og babyer som lever i omsorgsvikt og mishandling. Som Legeforeningen har påvist i den allerede omtalte statusrapporten ”Om belastninger i tidlige livsfaser” trenger disse en helt egen årvåkenhet og egne tiltak direkte rettet mot seg. Samhandling blir også et nøkkelord her.

#### *Helseperspektivet i innstillingen*

Innstillingen omhandler ”barn og unge med sammensatte vansker og problemer som over tid har behov for tjenester og tilbud fra minst to av de instanser som er nevnt i mandatet”. Disse instansene er avgrenset til hovedsakelig å omfatte barnevern, skole, barnehage, helsetjenester (fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling), pedagogisk psykologisk tjeneste, justissektoren og Arbeids- og velferdsetaten.

Overordnet savner vi en klarere og tydeligere drøftelse av **helsetjenestens** rolle. Barneavdelingens rolle er nevnt i avsnittet om samordning, men utover dette er pediatrik spesialisthelsetjeneste / barnelegerollen ikke særskilt omtalt. Selv om innstillingen vanskelig kan omtale alle tjenester til barn og unge i samme detaljgrad, er det videre vanskelig å forstå at man ikke i større grad omtaler innholdet i tjenestene fra fastlegene. Der de andre tjenestene er omtalt med sitt innhold, er fastlegeordningen bare omtalt med kommunens styring av denne. Dette på tross av at fastlegene har en helt grunnleggende rolle i forhold til helsetilbudet og koordinering av tjenester for barn og unge. Det kan synes som om utvalget har manglet kunnskap om innholdet i fastlegens tilbud. Det fører blant annet til at det hevdes at ved psykiske problemer er det flere som får tjenester fra spesialisthelsetjenesten (49 000) enn som får tjenester fra kommunen (40 000). Her er ikke tatt med de som får hjelp for psykiske problemer hos fastlegen.

Legeforeningen anser den begrensede omtale av helsetjenestens rolle som en svakhet ved innstillingen. Det kan oppfattes slik at utvalget bare i noen grad ser psykiske, sosiale og pedagogiske problemer i sammenheng med somatiske symptomer og lidelser. Det er imidlertid sentralt i forhold til foreliggende arbeid at man ser mennesket (barnet) under ett, hvor kropp og sinn påvirker hverandre gjensidig og kontinuerlig. Barn med psykiske, sosiale og pedagogiske problemer har også en betydelig overhyppighet av kroppslige symptomer og plager, og tilbudene som bygger på allmenmedisinsk kompetanse (fastlege og legevakt) håndterer begge deler. I strid med dette har utvalget omtalt kommunal legevakt som ”somatisk” legevakt.

Utvalget har i tråd med dikotomien kropp-sinn valgt å se det ene helt atskilt fra det andre. Denne dikotomien er sterkt i strid med at mennesket er helt, hvor kropp og sinn påvirker hverandre gjensidig og kontinuerlig. En ser for eksempel klare tegn på at ulike typer psykiske og sosiale belastninger setter biologiske spor og gir økt risiko for sykdommer som tradisjonelt har vært ansett som ”somatiske”. Dikotomien kropp-sinn er i strid med oppdatert kunnskap.

Vi bemerker for ordens skyld at det for mange av brukerne av de aktuelle tjenestene rapporten omhandler, ikke gjør seg gjeldende et behov for samhandling. Typisk behandles et stort flertall av pasienter med psykisk lidelse av fastlegen alene. Fokus på og tilrettelegging for bedre samhandling må ikke gå på bekostning av tilbud til pasienter som får et fullgodt tilbud hos en av instansene alene.

## **2 Merknader til utvalgets konkrete forslag (kapittel 6)**

### *Kap 6.2 Koordinerende instans*

*Forslag kap 6.2.4: Bestemmelse om individuell plan forankres i opplæringsloven og barnehageloven. Alle mottakere av individuell plan skal ha rett til å få oppnevnt en personlig koordinator. Den personlige koordinators plikter presiseres i forskrift.*

Individuell plan kan i prinsippet være et godt virkemiddel og Legeforeningen finner det positivt at individuell plan omtales utførlig i innstillingen. Vi er imidlertid noe usikre på om det vil gi bedre samordning å forankre bestemmelse om individuell plan i enda flere lover. Det er allerede en utfordring at forankring av individuell plan i flere lover gir uklarhet om hvem som skal ta ansvar for planen. Et ansvar som flere har, er det i praksis ofte ingen som tar. Det vil således være helt avgjørende at det tydelig forskriftsfestet både hvem som har rett til en slik plan og hvem som har plikt til å utarbeide den, og at berørte aktører i tillegg orienteres godt om systemet. Legeforeningen støtter at ansvaret for forankring og gjennomføring ligger hos kommunen, gjerne med mulighet for å finne andre forankringer der dette er praktisk.

Vi er usikre på om en personlig koordinator knyttet til individuell plan gir noe ekstra i forhold til dagens bestemmelse om at planen skal ha en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen. En personlig koordinator må ikke kunne tillegges faglig ansvar for noe annet enn sitt eget fagområde.

### *Kap 6.3 Barn og unge må få bedre tilgang til psykisk helsehjelp der de bor*

*Forslag kap 6.3.5: For å sikre et godt psykisk helsetilbud til barn og unge, foreslås kommunehelsetjenestelovens § 1–3 endret ved at det tas inn en bestemmelse som tydeliggjør kommunenes ansvar for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid. Det etableres en handlingsplan for styrket psykologtjeneste i kommunene finansiert ved øremerkede midler.*

Vi etterlyser omtale av fastlegen og kommunal legevakt som lavterskeltilbud, all stund disse tjenestene i størst grad må anses å oppfylle kriteriene for et slikt tilbud. Især fastlegen er en betydelig ressurs for barn og unge med psykiske lidelser, og disse pasientene bør heller ha en større enn en mindre del av fastlegenes tid og oppmerksomhet. At egenandelene kan begrense fastlegens og legevaktens tilgjengelighet for ungdom, burde vært løst ved at det ble gitt egenandelsfritak også for denne gruppen.

Legeforeningen støtter forslaget om å tydeliggjøre ansvaret for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid ved en endring i kommunehelsetjenestelovens § 1–3, og imøteser en utdypning av ansvaret ved forskrift. Forslaget må sees i sammenheng med tiltak for å etablere miljøer som kan rekruttere og beholde fagfolk.

Økt rekruttering av psykologer i kommunene er et godt tiltak for bedret tilbud til pasienter med psykisk sykdom, men det er avgjørende at dette skjer i et tett samarbeid med fastlegene. En modell med psykolog samlokalisert med fastlege vil ivareta dette på en god måte. Pasienter med psykiske plager vil ofte ha behov for sammensatte medisinske tjenester. Det bør også vurderes om skolehelsetjenesten bør knyttes til modellen.

Generelt bemerkes at styrking av kommunehelsetjenesten må samordnes slik at kvaliteten på tjenesten forbedres og ikke fragmenteres. En frittstående særomsorg for psykiske lidelser vil kunne svekke så vel tilbudet og innebære dårligere, ikke bedre, samordning. Omfattende forskning viser at fragmentering av helsetjenestene ikke er gunstig. Det er vist at direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten fører til dårligere og dyrere tjenester. Det er videre vist at særskilte tjenester for utvalgte problemstillinger, det være seg egne klinikker for smittsomme sykdommer, belastningssykdommer eller psykiske lidelser, med egne programmer og uten henvisningsplikt, ikke har effekt i samme grad som et helhetlig helsevesen med langvarig kontakt med samme omsorgsgiver som så henviser til spesialisert hjelp på indikasjon. Denne forskning er omfattende og med tydelige resultater, og den har i stor grad fått gjennomslag i utredningen bak samhandlingsreformen. Vi savner henvisning til denne forskning i utvalgets innstilling.

#### *Kap 6.4 Tidlig innsats*

*Forslag kap 6.4.3: Kommunene gis ansvar for at det gjennomføres en generell kartlegging i form av en sjekklister for å identifisere barn og familier med risikofaktorer. Kartleggingen må foretas med faste intervaller. Kartleggingen skal omfatte barnets sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling. Hensikten med kartleggingen skal være å fastslå mestring av forventede milepæler, og tidlig identifisering av barn med behov for en grundigere kartlegging og oppfølging av et samlet hjelpeapparat.*

Legeforeningen er enig i prinsippet med tidlig innsats slik at barnet kan få hjelp før problemene sementeres.

I dag fanges for få barn opp av hjelpeapparatet. Årsaker til dette kan blant annet være manglende verktøy og kompetanse for å iverksette tidlig intervensjon, samt sviktende samhandling. Legeforeningen mener det er behov for å øke kunnskapen om betydningen av tidlig identifisering i alle deler av hjelpeapparatet, samt øke systematikken i bruken av kartleggingsverktøy.

Utvalget fremhever barnehagene som en viktig ressurs for kartlegging av barn. Legeforeningen er enig i dette. Barnehagene må videreutvikles som arenaer for mestring, pysko-sosial utvikling, allsidig fysisk aktivitet og god ernæring. Legeforeningen anser også at kartlegging av barn som vekker bekymring med barnehagen som utgangspunkt kan være en hensiktsmessig tilnærming. Dette forutsetter i så fall at barnehagen i samarbeid med foreldrene gis gode fagressurser i kommunen å spille på (PPT, helsestasjon, fastlege, kommunepsykolog, barnevern). Helsestasjonen har kunnskap, tradisjon og tillit, og har så langt hatt en sterk rolle i mange kommuner som en også må utnytte.

Når det konkret gjelder utvalgets skisserte kartleggingsforslag, oppfattes dette i realiteten som et forslag om innføring av screening. Legeforeningen stiller seg skeptisk til dette. Når slike verktøy brukes isolert, dvs. uavhengig av klinisk kontakt med samtale og undersøkelse, er det risiko for at for mange defineres til å være i risikozonen. Dette betyr at for mange barn/familier som ikke har vansker eller er i risikozonen, står i fare for å bli stigmatisert før

videre utredning kan avkrefte resultatet. Slike ”merkelapper” kan oppleves belastende og vanskelige å kvitte seg med. Samtidig viser det seg ofte at de man egentlig ønsker å nå, er overrepresentert i gruppen man ikke får tak i ved denne type tiltak. Legeforeningen bemerker at utvalgets forslag burde vært vurdert opp mot WHO's kriterier for screeningundersøkelser. Slik forslaget fremstår oppfyller dette neppe disse kriteriene. (WHO har satt strenge krav til universell screening, som svært få tilgjengelige metoder tilfredsstillende.) Selv med et betydelig utviklingsarbeid for å utvikle gode sjekklister vil sjekklister neppe oppnå gode nok verdier for sensitivitet og spesifisitet til å være anvendbare i screening. Andelen falsk positive og falsk negative med denne screeningmetoden vil bli svært høy i forhold til de som faktisk lykkes å identifisere med behov for oppfølging.

Legeforeningen anser at det er behov for mer kunnskap om effekten av ulike metoder i og verktøy som anvendes i det forebyggende arbeidet på alle nivå. Vi mener videre at det bør igangsettes systematisk utprøving av et begrenset utvalg kartleggingsverktøy som ledd i målrettede helseundersøkelser av barn.

Det er viktig at barn som pga situasjoner som nødvendiggjør innsats fra barnevern eller helsetjeneste ikke faller ut av skolesystemet. Derfor er det også viktig at barnet umiddelbart etter at behovet er påvist får rett til tilrettelagt undervisningsopplegg/spesialundervisning. Så vidt vi kjenner til er budsjettssystemet i skolen slik at det er først i budsjettåret etter at et slikt behov er beskrevet at det følger bevilgninger til å dekke behovet. En slik forsinkelse kan føre til at barnet faller ytterligere ut av skolesituasjonen, og dermed mister kontakt med sitt kanskje eneste fungerende sosiale nettverk.

#### *Kap 6.5 Koordinering av døgnbasert hjelp fra barneverntjenesten og det psykiske helsevernet.*

*Forslag kap 6.5.5: Det statlige barnevernet og helseforetakene oppretter felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling. Omfang og organisering av slike institusjoner vurderes nærmere. Det tas inn en lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet om institusjonsplassering av barn og unge. Det tas inn en bestemmelse i psykisk helsevernloven hvor helseforetakene forpliktes til å fremskaffe institusjonsplass i de situasjoner hvor fylkesnemnda treffer vedtak om plassering i institusjon underlagt det psykiske helsevernet. Det opprettes et eget tvisteløsningsorgan som kan løse uenighet mellom det psykiske helsevernet og barneverntjenesten der det er avklart at barnet er i behov for døgnplass, men der uenigheten er knyttet til spørsmålet om hvilken type institusjon barnet skal få plass i. Det presiseres i spesialisthelsetjenesteloven § 3 – 1 andre ledd at et døgnbasert tilbud til barn og unge skal være tilgjengelig uavhengig av tjenestemottakers alder, og at tilbudet skal være under kontinuerlig drift.*

Ungdom med alvorlige atferdsvansker representerer en betydelig utfordring. Ungdommen og deres pårørende har ofte et høyt lidelsestrykk, behandlingen er krevende, både faglig og ressursmessig, men de personlige og samfunnsøkonomiske konsekvensene av vellykket behandling kan være store. Legeforeningen er i utgangspunktet positiv til at en søker å utvikle institusjoner der psykiatri og barnevern samarbeider om å gi disse barna/ungdommene et tilbud. Dette kan samtidig gi interessante muligheter for å hente erfaringer, både faglig og administrativt i hvordan tilbudet til denne gruppen kan bedres. Slike forsøk bør prosjektoorganiseres.

Utvalget går inn for en mulighet for forvaltningsmessig/sektovergrepene plassering. Bakgrunnen for dette er at utvalget anser det som en lite hensiktsmessig rettslig begrensning når den fagansvarlige ved en døgnenhet vil kunne nekte å ta imot en pasient på faglig grunnlag ("asylsuvereniteten"), selv om det skulle være truffet et vedtak etter barnevernloven om at barnet/ungdommen skal ha en slik plass. Utvalget foreslår således at de regionale helseforetakene pålegges å ta i mot barn og unge hvor det er truffet vedtak om plassering i det psykiske helsevernet for barn og unge med hjemmel i barnevernloven. Det foreslås at fylkesnemnda skal kunne treffe slike vedtak, og at nemnda i disse sakene vil kunne settes sammen med et fagkyndig medlem som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri.

Her foreslås bestemmelser som vil være i strid med at det er pasientens behov for helsehjelp som skal være avgjørende for spesialisthelsetjenestens tilbud. Legeforeningen fraråder sterkt at pasienter skal kunne plasseres i institusjon under psykisk helsevern basert på beslutning av et administrativt organ. Beslutning om slikt tiltak må skje på faglig grunnlag, etter vurdering av barne- og ungdomspsykiater. Slik forslaget foreligger er den faglige fundering ikke tilstrekkelig. Legeforeningen frykter at forslaget kan svekke pasientens integritet og rettssikkerhet, og vil åpne mulighet for at problematferd av mange forskjellige slag psykiatriseres. Sengeplasser er for øvrig knappe ressurser både i barne- og ungdomspsykiatri og i barnevern. Flere steder er ungdomsavdelinger truet av nedleggelse pga mangel på fagfolk. Med den foreslåtte ordningen vil faglig ledelse i institusjoner innen psykisk helsevern få en umulig prioriteringsoppgave, ved at de i praksis bli fratatt mulighet til å prioritere i gitte situasjoner.

Utvalgsmedlem Kirsten Djupesland har tatt dissens i dette spørsmålet, og Legeforeningen støtter denne. Tvangsplassering i en helseinstitusjon som ikke tilfredsstillende kravene til psykisk helsevernlov må ikke aksepteres. Utvalget selv peker på at Kontrollkommisjonene kan spille en mer aktiv rolle her, og det bør heller vurderes om barnevernet skal få en rett til å klage over et avslag på institusjonsplass på samme måte som politi og sosialtjenesten. Det kan også være aktuelt å tydeliggjøre "sørge-for" ansvaret fra spesialisthelsetjenesten for barnevernsinstitusjoner i det regionale helseforetaks ansvarsområde.

Problemstillingen vil i praksis gjelde barn og unge med alvorlige atferdsvansker og samtidig psykiske lidelser som posttraumatiske tilstander, tilknytningsforstyrrelser og autismespektertilstander. Dette er ungdom (og av og til barn) som trenger langvarig tilbud i miljøterapeutiske institusjoner. I forbindelse med forslaget om et eget tvisteløsningsorgan er det ingen forslag om hvordan plasseringen skal planlegges og hva som skal skje med ungdommene over tid. "Behandling" som i stor grad handler om miljøterapeutiske tiltak vil ofte måtte være langvarig, dvs. over år. Det vil oppstå spørsmål om hvor lenge den enkelte skal oppholde seg i psykiatrisk avdeling, og håndtering av denne problemstillingen må tas i betraktning.

#### *Kap 6.6 Barnevernloven som rettighetslov*

*Forslag kap 6.6:3 Formålsbestemmelsen i barnevernloven endres slik at barnevernloven blir å forstå som en rettighetslov sett fra barnets ståsted.*

Høringsinstansene er bedt om ikke å kommentere dette tiltaket nærmere i denne omgang.

#### *Kap 6.7 Samordning av lovverk*

*Forslag kap 6.7.4 Sosialtjenestelovens resterende del, kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnevernloven etableres som ett felles lovverk, jf. NOU 2004:18.*

Det er etter vårt syn en viss fare for at forslaget kan skape flere problemer enn det løser, og Legeforeningen bemerker at et felles lovverk ikke er noen forutsetning for å kunne gi et samordnet tilbud. Det må unngås at et eventuelt felles lovverk baseres på en overvurdering av andelen som har behov for tjenester fra flere instanser, og som medfører at tilgjengeligheten og tilbudet for dem som har et fullgodt tilbud hos en instans blir dårligere. I denne forbindelse nevnes at et stort flertall av pasientene med behov for tjenester etter kommunehelsetjenesteloven, ikke har behov for øvrige tjenester.

#### *Kap 6.8 Nærmere om taushetsplikten*

*Forslag kap 6.8.3 Det igangsettes en samlet gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge. Et slikt arbeid må ses i sammenheng med de forslag som ble fremmet i NOU 2004:18 om ny felles helse- og sosiallovgivning på kommunalt nivå.*

Det ligger et stort utviklingspotensial i å sikre bedre kunnskap om ansvarsoppgaver, taushetsplikt og regelverk på tvers av faggrensene. En slik gjennomgang kan således være nyttig.

Legeforeningen deler utvalgets oppfatning om at det er usikkerhet ute i tjenestene rundt den praktiske anvendelsen av taushetsplikt- og opplysningspliktreglene. Det bør etter vårt syn utvikles konkret og lett tilgjengelig informasjon som kan brukes i den daglige virksomheten.

Det bør utvises varsomhet med å legge til grunn en oppfatning om at taushetsplikten er til hinder for samarbeid. Taushetsplikten er helt grunnleggende for å ivareta den enkelts personvern og tillit til helsetjenesten. Betydningen av en strengt praktisert taushetsplikt for pasienten kan neppe overvurderes. En mer systematisk innhenting av godt informert og begrunnet samtykke vil etter vårt syn trolig løse de fleste samarbeidsutfordringene. Personell i helse- og sosialtjenesten kan gjennom gode relasjoner til barn og foresatte skape tillit, som så kan gi grunnlag for samtykke til god informasjonsutveksling mellom ulike tjenester. Legeforeningen er skeptisk til at opplysninger skal kunne utveksles i større grad enn nå, dersom pasienten ikke selv ønsker det.

Hva gjelder informasjonssikkerhet anser vi at prinsippene som er foreslått for behandlingsrettede helseregistre i *forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre*, er relevante også innen barnevernet, herunder prinsippene om begrensninger i tilgang etter ”need to know”-prinsippet og med krav til autorisasjon/autentisering og loggføring.

#### *Kap 6 Finansieringsordninger*

*Forslag kap 6.9.4: Det foretas en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene innen det psykiske helsevernet for barn og unge med tanke på om prissettingen kan påvirke omfang av samarbeidet med andre tjenester.*

Legeforeningen stiller seg undrende til at utvalget ikke har drøftet egenandelsspørsmålet i forbindelse med finansieringsproblematikken. Utsatt ungdom har begrenset tilgang til

fastlegen sin på grunn av egenandelen, noe som burde vært løst med egenandelsfritak opp til 20 år.

*Kap 6.10 Enklere prosedyrer for henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge*  
*Forslag kap 6.10.1: PP-tjenesten, psykologer og helsesøstre gis henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge.*

Vi er kjent med at mange aktører ønsker seg utvidete rettigheter i forhold til henvisning. Forslaget vil imidlertid etter Legeforeningens syn gi et dårligere, ikke bedre, tilbud for pasientene. I denne forbindelse viser vi til Helsetilsynets oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer fra 2002, der det ble omtalt som et omfattende problem at barn ble henvist uten legeerklæring. Fra gjennomgangen siteres:

*”Tilsynet viste at en fjerdedel av kommunene henviser til PPT eller poliklinikken uten at legeundersøkelse av barna foretas, og mer enn halvparten av kommunene sikrer ikke at det gis informasjon til fastlegen.”*

*”Det kan stilles spørsmål ved hvordan fastlegenes ansvar og oppgaver i forhold til disse barna kan ivaretas når informasjonsutvekslingen svikter.”*

*”Om fastlegene skal kunne ha en koordinerende rolle i forhold til sine pasienter, forutsetter det at de har tilstrekkelig informasjon til å handle ved behov.”*

*”Etter Helsetilsynets vurdering tilsier forsvarlighetskravet at barn og unge som viser tegn til psykiske problemer, alltid skal undersøkes av lege.”*

*”Dersom legeundersøkelse ikke foretas før henvisning videre, kan annen sykdom bli oversett og spesialisthelsetjenestens vurdering kan bli forsinket. Barnet kan også henvises til feil del av spesialisthelsetjenesten. Barn og unge som viser tegn til psykiske problemer skal derfor alltid undersøkes av lege før henvisning til spesialisthelsetjenesten eller til PPT.”*

Det er for øvrig overraskende at utvalget foreslår å etablere flere dører inn i spesialisthelsetjenesten. Et poeng med foreliggende arbeid er å sikre ”en dør inn” for brukerne, og det naturlige etter Legeforeningens syn må i denne sammenheng være å styrke fastlegenes rolle i forhold til barn og unge.

Utvalget anser at forslaget vil gi ressursbesparing for fastlegen. Legeforeningen tror imidlertid ikke forslaget vil ha en slik effekt, og viser til at det aldri er ressursbesparende å bli holdt uvitende om noe man før eller siden uansett må forholde seg til. Barn med psykiske, sosiale og pedagogiske problemer er vanligvis ofte i kontakt med sin fastlege. Ikke sjelden holdes fastlegen likevel ikke orientert om tilbud og tiltak fra de øvrige instansene som utsatte barn har kontakt med. Legeforeningen antar at dette problemet klart vil kunne øke med dette forslaget.

Fastlegen er klart mest hyppige henviser til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Som nevnt må fastlegen imidlertid ofte skrive sin henvisning uten å bli orientert om andre kommunale instansers tilbud til barnet, hvilket for en stor del forklarer at fastlegens henvisninger angis å være dårligere enn henvisninger fra PP-tjenesten og barnevernet. Det forklarer også at fastlegene iblant henviser til spesialisthelsetjenesten for utredning som kunne vært gjort på kommunalt nivå. Legeforeningen anser at informasjonsflyten på dette området må bedres.



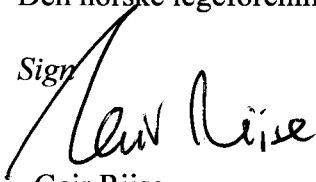
*Kap.7 Økonomiske og administrative konsekvenser*

Sengeplasser er knappe ressurser både i barne- og ungdomspsykiatri og i barnevern, mange steder ikke-eksisterende. Det overrasker oss at utvalget ikke mener at et utvidet tilbud til disse unge menneskene vil ha økonomiske konsekvenser.

Dersom psykiatrien skal inneha en beredskap for og i økende grad gi et behandlingstilbud ved innleggelse til den aktuelle gruppen vil en trenge utvidelse av behandlingsskapasitet både plassmessig, i forhold til fagfolk og kompetanse.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Sign



Geir Riise  
Generalsekretær



Anne Kjersti Befring  
Direktør  
Forhandlings- og helserettsavdelingen

Saksbehandler: Aadel Heilemann

Vedlegg: Da Lykkeliten kom til verden – om belastninger i tidlige livsfaser (Den norske legeforening, 2010)