

**Barne- og likestillings- og inkluderingsdepartement**  
**Postboks 8036 Dep**  
**0030 Oslo**  
**Att. Oddbjørn Hauge**

BARNE-, LIKESTILLINGS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET	
Offisrskode:	431.10
Dato:	7-9-2010
201003 011 - 119	

Vår ref.  
2010/308 - 5435/2010

Deres ref.  
201000615

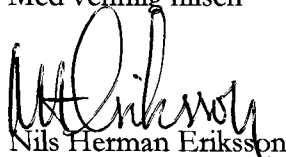
Saksbehandler  
Sigrid Aas,

Dato  
19.08.2010

**Høringssvar Høring - NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt.**

Oversender høringssvar fra Helse Midt-Norge RHF.

Med vennlig hilsen



Nils Herman Eriksson

Direktør for helsefag, forskning og utdanning

Sigrid Aas  
rådgiver

## **Høringsuttalelse fra Helse Midt-Norge RHF vedr NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt**

NOU 2009:22 omhandler og forslår forbedringer i samarbeid og tjenestetilbud på områder som møter spesielt utsatte barn på deres behov.

Det er gjort en god gjennomgang av oppgave og ansvarsfordeling, samhandling, taushetsplikten og utfordringer de tjenesteytende instanser står overfor i kapitlene 2 – 5. Dette gir et informativt innblikk i de problemstillingene en senere gir forslag til forbedringer på.

### **Kap 6.2 Individuell plan og koordinator**

Det har lenge vært etterlyst fra både spesialisthelsetjeneste og kommuner at individuell plan også forankres i opplæringsloven og barnehageloven. Forslaget støttes.

Retten til koordinator har for så vidt allerede vært til stede, men håndteringen av dette har variert veldig fra kommune til kommune. En nærmere presisering av retten til koordinator og dennes plikter/arbeidsoppgaver støttes. Videre erfares at til og med koordinatorene, der dette oppnevnes, har kort virketid på grunn av turnover, sykemeldinger og lignende. Kommunene bør derfor treffe tiltak for å skape bedre kontinuitet overfor barn, der problematikken oftest er brudd og tillitsbrudd overfor voksne over mange år.

### **Kap 6.3 Behov for et lavterskeltilbud for psykisk helse**

Endring i kommunehelsetjenesteloven og handlingsplan for styrket psykologtjeneste i kommunene støttes.

### **Kap 6.4 Tidlig avdekking av behov, tidlig innsats**

Forslaget støttes, men innsatsen er ikke tidlig når den starter ved 2 – 3 – 4 års alder. Barne- og ungdomspsykiatrien har svært få henvisninger på barn under 3 – 4 år. Innsats før 2 år har best effekt både for barnet og foreldrene.

Tidlig avdekking og innsats bør defineres til å skje i 0 - 1 – 2 års alder. Viser til Håndbok for spe- og småbarn psykiske helse som nettopp har kommet ut. I første (og delvis andre) leveår er det i stor grad helsestasjonene som har mulighet for å utføre denne jobben. Helsestasjonene bør få mulighet for spesiell opplæring i tidlig avdekking og de bør være forpliktet til å ta i bruk standardiserte verktøy for utredning og dokumentasjon allerede fra fødselen av. Kartleggingen bør omfatte medisinske og motoriske forhold i tillegg til sosial, emosjonell og atferdsmessig utvikling. På indikasjon bør PPT trekkes med i samarbeidet allerede før barnet går i barnehage.

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

Det er viktig at det settes inn tiltak som gir utsatte barn lik tilgang på helsevesenets tjenester sammenlignet med andre barn. Felles institusjonsplasser for barnevern og psykisk helsevern støttes, selv om det er mange spørsmål som må utredes nærmere omkring hvordan dette kan gjøres.

Det er naturlig at de regionale helseforetakene (RHF), med "sørge for"-ansvar, deltar i samarbeidet for å få dette på plass og også har et ansvar for samarbeid med regional

barnevernsmyndighet på systemnivå. Helseforetakene (HF) vil nødvendigvis bli de viktigste faglige samarbeidspartnere.

#### **Tvisteløsningsorgan**

Målet burde være at en ved tettere samarbeid og muligheter for flere løsninger med hensyn til tiltak, ville gjøre et tvisteløsningsorgan overflødig. Det er nødvendig at barnets behov imøtekommes og at en unngår unødig tidsspille på bakgrunn av uenighet mellom barnevern og psykisk helsevern. Det er mulig å forstå at det er dissens på området, og rettssikkerheten til barnet/den unge må sikres.

Døgnbaserte tilbud bør ta imot barn uansett alder og tilbudet skal være i kontinuerlig drift. Prinsippet om lik tilgjengelighet bør gjelde også i forhold til alder på barnet og når behovet oppstår i tid. Fordi alderen på barnet taes med i de faglige vurderingene om hvilket tilbud som er best, kan konklusjonen likevel variere ut fra alder.

#### **Kap 6.6 Barnevernlov som rettighetslov**

Forslaget støttes.

#### **Kap 6.7 Samordning av lovverk**

Forutsetter god oversikt og systematisk oppbygging av felles lovverk, ellers ingen kommentar.

#### **Kap 6.8 Taushetsplikten**

Utredningen peker på at taushetsplikten ikke er til hinder for et godt samarbeid, men at det dreier seg om ulike tolkninger og "personlig praksis". Bevisst og samarbeidende lederskap og faste samarbeidsstrukturer bør kunne avhjelpe problemet.

#### **Kap 6.9 Finansiering av de ulike forslagene**

Gjennomgang av polikliniske refusjonstakster støttes. Vilje til samarbeid bør understøttes med økonomiske virkemidler. For oppbygging av nye/flere institusjonstilbud vil de økonomiske sidene kreve en større utredning. Økt bruk av koordinatorene i kommunene vil sannsynligvis kreve at flere får anledning til å bruke tid på det. Kommunale koordinatorene bør også ha tilgang på veiledning. En tviler på at dette kan taes av eksisterende ressurser.

#### **Kap 6.10 Henvisningsretten til psykisk helsevern for barn og unge**

Det er riktig at PPT, psykologer og helsesøstre bør kunne henvise på eget initiativ, det gir et riktigere bilde også av de faktiske forhold. Det er imidlertid viktig at det skjer en tverrfaglig vurdering i kommunene der fastlegen er deltakende. Det som kan utredes i førstelinjen, bør utføres der. Et tverrfaglig team i førstelinjen bør få sjansen til å bli kjent med barnet og familien, dette er igjen nødvendig for en god tverrfaglig oppfølging i ettertid.