

Helse Vest RHF

Postboks 303, Forus  
4066 Stavanger

Vår ref:  
2010/1986 - 31203/2010

Deres ref:

Saksbehandler:  
Geir Øyvind Bakka

Dato:  
18.08.2010

### **Høring - NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Innstilling fra utvalg for bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge**

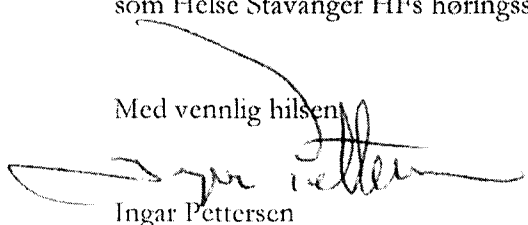
Vi viser til høringsbrev med vedlegg, datert 19.04.10 – mottatt 16.06.10, fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Høringsdokumentene er forelagt divisjonene og det er gitt tilbakemelding fra Psykiatrisk divisjon, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Kvinne- og barnedivisjonen – Barnehabilitering Østerlide og fra Fag- og foretaksutvikling, Seksjon for samhandling.

Vi har ingen prinsipielle eller generelle kommentarer til utredningen, men vil gjerne bemerke forhold som er omtalt i kapittel 6, samt gi en kort kommentar til kapittel 2.7.2 og 5.4. Dette dreier seg om bruken av individuell plan, koordinering av tjenester og forhold i de små kommunene.

Våre synspunkter og konkrete kommentarer, fremgår av de tre vedlagte notatene, og disse er å anse som Helse Stavanger HF's høringssvar i saken.

Med vennlig hilsen



Ingar Pettersen  
administrerende direktør

Vedlegg:

- notat, 05.07.10, fra Psykiatrisk divisjon
- notat, 22.07.10, fra Fag- og foretaksutvikling
- notat, 16.08.10, fra Kvinne- og barnedivisjonen

**Stavanger Universitetssjukehus**  
**Helse Stavanger HF**

Psykiatrisk divisjon - Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

## Notat

Til:

Geir Øyvind Bakka

Kopi til:

Dato: 05.07.2010

Fra: Lars Conrad Moe

Arkivref: 2010/1986 - 27989/2010

---

Høring - NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Innstilling fra utvalg for bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

Jeg har ikke noe og kommenterer på de innledende kapitlene, men ønsker å komme med kommentarer på kapittel 6.

6.2 Individuell plan: Da det er definert at alle som har langvarige og sammensatte vansker skal ha en individuell plan, burde dette innebære at alle som blir henvist til spesialisthelsetjenesten hadde fått påbegynt en individuell plan. Dette hadde i større grad synliggjort behandlingsansvaret som det kommunale hjelpeapparatet har med tanke på å ta imot pasienten når de var ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Dette ville også synliggjort de ressursene kommunen har når de henviser et barn. I tillegg ville det også vært klarert hvem som i stor grad har en koordineringsansvar i en startfase av barnets vansker. Den personlige koordinatoren kan byttes, hvis det viser seg at barnet skal ha sine primære tjenester fra spesialhelsetjenesten.

Slik en kan forstå individuell plan i dag skal en ha utredet barnet både med tanke på diagnose og behov, før barnet tilfredsstiller kriteriene for individuell plan i de enkelte kommuner. Hvis dette var mer definert med tanke på koordineringsansvaret mellom instansene, ville rettigheten til individuell plan være mer knyttet sammen med at koordineringen. Dette ville gitt omsorgspersonene en trygghet på at koordineringsansvaret lå mer på instansene og ikke på brukerne slik en ofte kan erfare i dag. Ved at alle har et ansvar kan dette være med på å pulverisere ansvaret.

6.5 Koordinering av døgnbasert hjelp fra barnevernstjenesten og det psykiske helsevernet: Det er bekymringsfullt at det skal være lovfesting av sektorovergrepene plassering fra fylkesnemnda. En støtter dissensen fra utvalgsmedlem Kirsten Djupesland. I tillegg ønsker en å legge til at en bør ha som prinsipp at barn og unge ikke skal vokse opp på psykiatrisk institusjon. Ved å åpne opp for at en kan plasseres på institusjon innenfor psykisk helsevern med karensdager kan dette føre til at barn og unge blir værende lengre en de burde i en slik institusjon. En bør være spesielt

oppmerksom på denne problemstillingen da BUFetat gjennom sin reorganisering bygger ned sine institusjoner, noe som totalt reduserer institusjonsplasser der barn og unge bor utenfor hjemmet i perioder. For de fleste barn og unge som har tiltak fra barnevernstjenesten kan de fleste få behandling gjennom de polikliniske tjenestene. Vanskene og konflikten mellom barnevern og psykisk helsevern er etter vår erfaring ofte i sammenheng med at i en rekke barnevernsinstitusjoner ikke kan låse døren til barn og unge som utsetter seg for uønsket atferd som rus, prostitusjon og lignende. Ved å gi barnevernsinstitusjonene mulighet til å hindre barn og unge i å utsette seg for slik destruktiv atferd ville konflikten, etter vår mening, i flere tilfeller være redusert mellom barnevernstjenesten og psykisk helsevern.

6.10 Enklere prosedyrer for henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge: En bør fortsatt være oppmerksom på at flere av de lidelsene som utvikler seg til psykiske lidelser kan ha andre medisinske årsakssammenhenger. Det er derfor viktig at de fleste barna er undersøkt av lege og at det er gjort en primær medisinsk vurdering av hvilke barn som skal henvises til psykisk helsevern. Da såpass mange barn trenger tilbud innefor psykisk helsevern burde fastlegene ha høy kompetanse på henvisningsrutinene for henvisning til psykisk helsevern. Fastlegen burde også i større grad være oppdatert på hvilke undersøkelser de burde foretatt før en henviste videre. Som et minstekrav burde det være bestemt at fastlegen ikke kan henvise videre til spesialisthelsetjenesten før en har gjort en medisinsk undersøkelse/vurdering av den en henviser videre og at en har sett barnet.

Da fastlegen er definert som den som skal ha et koordinerende ansvar for helsetjenestene, burde også være slik at fastlegen har ansvar for henvisningen. Vi har også erfaring med at fastlegene ikke tar dette ansvaret bevisst, men vi tror ikke at svaret ligger i å ta bort dette koordineringsansvaret, men styrke det.

## Notat

Til:  
Geir Øyvind Bakka

Kopi til:

Dato: 22.07.2010  
Fra: Agnes Lea Tvedt  
Arkivref: 2010/1986 - 29832/2010

---

### Høring - NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Innstilling fra utvalg for bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

Jeg viser til ditt notat av 27.05.10, og er bedt av Sissel Hauge om å gi en uttalelse på vegne av Seksjon for samhandling. Jeg ønsker å kommentere følgende:

#### Individuell plan, punkt 6.2.2

Individuell plan (IP) beskrives som et verktøy og en arbeidsmetode. IP blir generelt brukt i alt for liten grad. En kartlegging foretatt av praksiskonsulentsykepleier i Stavanger kommune og psykiatrisk divisjon, SUS viste at de største utfordringene var knyttet til ulik forståelse av hva en individuell plan er og hvordan den skal brukes, samt ulike elektroniske løsninger og manglende tilganger som gjør at de ulike aktørene ikke kan bruke samme plan. Følgende tiltak foreslås derfor:

1. Nasjonal standardisering av mal for IP, - universell elektronisk løsning som er tilpasset ulike elektroniske pasientjournalssystem.
2. Fra nasjonalt hold bør det avsettes ressurser til opplæring i arbeidsmetoden og bruk av verktøyet som IP er. Standardisering bør vektlegges for å sikre lik praksis.

Videre bør det gjøres en lovendring slik som Berntutvalget foreslår, - en kobling mellom individuell plan og det samlede kommunale vedtak, slik at individuell plan skal utgjøre det sentrale grunnlaget for det samlede vedtak. Dette vil kunne tvinge frem bruk av IP i større grad enn i dag.

Ved en gjennomgang av lovverket, burde man også tydeliggjøre hvem som har ansvaret for å utarbeide individuell plan. Iflg § 6 i forskrift om individuell plan er ansvaret delt mellom helseforetak og kommunens helse- og sosialtjeneste. Praksis har vist at man gjerne skyver ansvaret over på hverandre. Ansvaret for å utarbeide plan bør ligge på ett forvaltningsnivå. Erfaringsmessig har det vist seg at det er mest hensiktsmessig at kommunens helse- og sosialtjeneste har dette ansvaret. Videre bør det defineres hvilket ansvar de ulike aktørene/bidragsterne skal ha i utarbeidelse av planen.

### **Fastlegens rolle**

Stortingsmeldingen refererer til en undersøkelse (Andersson m.fl.(2008)) hvor det kommer frem at helsestasjonen opplever at samarbeidet med fastlegen er det som fungerer svakest. Slik helsetjenesten er organisert i Norge, skal fastlegen skal ha et koordinerende ansvar for helsetjenesten og en portvakt funksjon i forhold til spesialisthelsetjenesten. Jeg har derfor følgende kommentarer når det gjelder finansieringsordninger og henvisningsrett.

#### **Finansieringsordninger, punkt 6.9.4**

Like viktig som en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene innen det psykiske helsevernet for barn og unge, er det å se på refusjonstakstene til fastlegene. Refusjonstakstene må stimulere til tverrfaglig samarbeid med andre etater. Samtidig bør man øke antallet fastleger og sette listetak, slik som Stortingsmelding nr. 47 (Samhandlingsreformen) legger opp til.

#### **Henvisningsrett, punkt 6.10.2**

Ser at det kan være hensiktsmessig å utvide henvisningsretten til andre typer helsepersonell som gjerne har tettere kontakt med utsatte barn/unge over tid. Jeg tror likevel det er viktig at man heller tydeliggjør fastlegens ansvar og rolle, jf avsnittet over. Fastlegen har et koordineringsansvar for helsetjenestene og en utvidet henvisningsrett kan vanskeliggjøre ivaretagelse av dette ansvaret. Videre kan en utvidet henvisningsrett fører til større etterspørsel av spesialisthelsetjenester.

### **Særskilte utfordringer i små kommuner**

Punktene 2.7.2 og 5.4. berører små kommuners særskilte utfordringer. Mange av tjenestene til utsatte barn og unge er relativt spesialiserte tjenester som krever økte krav til kompetanse og ressurser på en rekke områder. Det er, særlig for små kommuner, en utfordring å rekruttere fagpersoner med tilstrekkelig kompetanse innen de berørte fagområdene. Samarbeid mellom kommunen og interkommunale løsninger vil være nødvendig.

Det bør etableres økonomiske incitament som stimulerer til interkommunalt samarbeid, da oppfordring til kommunal velvilje gjerne viser seg å ikke være tilstrekkelig. For eksempel kan det tildeles øremerkede midler til opprettelse av ulike typer fagstillinger forutsatt et gitt befolkningsgrunnlag.

## Notat

**Til:**

Geir Øyvind Bakka

**Kopi til:**

Sissel Moe Lichtenberg

**Dato:** 16.08.2010  
**Fra:** Randi Schiøtz  
**Arkivref:** 2010/1986 - 31367/2010

---

### **Høring - NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Innstilling fra utvalg for bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge**

#### **Individuell plan, punkt 6.2.2.**

IP blir generelt brukt i liten grad både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Koordineringsansvaret mellom instansene er fortsatt uklart. I spesialisthelsetjenesten er det fortsatt ulik forståelse av hva en individuell plan er, og hvordan den skal brukes.

I kommunene er det ulike elektroniske løsninger og manglende tilganger som gjør at de ulike instansene som bør samarbeide ikke kan bruke samme plan. Det bør derfor utarbeides Nasjonal standard for IP, - en løsning som er tilpasset ulike elektroniske pasientjournalssystemer.

Det bør avsettes ressurser til opplæring i arbeidsmetoden, og bruk av verktøyet som IP er.

Det bør gjøres en lovendring, - en kobling mellom individuell plan og det samlede kommunale vedtak, slik at individuell plan vil kunne utgjøre det sentrale grunnlaget for samlede vedtak.