



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF

Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet
Postboks 8036 Dep
0030 Oslo
Att.: Tone G. Smith

Vår saksbehandler: age
Vår ref: høringer

Vår dato: 27.08.10
Deres ref.: 201000615

HØRINGSSVAR NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt

Landsgruppen av helsesøstre NSF har hatt utredningen til høring blant medlemmer, lokale faggrupper og sentralt styre.

Vi vil gi honnør for intensjonene med utredningen, men ser dessverre ikke at utredningen i tilstrekkelig grad besvarer de utfordringene man ønsket å belyse. Det sies på departementets nettside at "Departementene er opptatt av å ha et helhetsperspektiv på barn og unge og deres hverdag." Som vi vil komme tilbake til, mener vi at man ikke har lyktes tilstrekkelig med dette i den foreliggende utredningen. Utredningen mangler et helhetlig helseperspektiv, er overveiende problemfokusert og har i all hovedsak fokus på psykisk helse. Barn med sammensatte behov som følge av fysiske helseplager/funksjonsnedsettelse omtales så å si ikke. Dette er en klar svakhet ved utredningen.

Våre kommentarer får ut fra dette hovedfokus på psykisk helse.

Vi viser for øvrig til høringssvar fra Norsk Sykepleierforbund.

Kommentarer til innledende kapitler

Utvalgets oppnevning, sammensetning, mandat og arbeidsmåte

Vi vil innledningsvis peke på henvendelsen vi gjorde til daværende barne- og likestillingsminister Anniken Huitfeldt 18.11.08., hvor vi stilte spørsmålstegn ved sammensetningen av det såkalte Flatø - utvalget. Vi pekte på at utvalget i liten grad ivaretok det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet for barn og unge, som en vesentlig del av de tjenestene man ønsker det skal være "en dør" inn til. Videre var vi spørrende til om utvalget kun skulle omhandle barn med adferdsproblemer, eller også barn med behov for samordnede tjenester av annen grunn. Vi understreket også behov for at minoritetsperspektivet ble grundig ivare tatt. Ut fra vårt synspunkt avspeilet ikke utvalgets sammensetning helheten i tjenestetilbudet til utsatte barn og unge.

Dette mener vi også avspeiles i den nå fremlagte utredningen. Den har i all hovedsak fokus på psykisk helse, og mangler et helhetlig helseperspektiv. Barn med sammensatte behov som følge av fysiske helseplager/funksjonsnedsettelse omtales i liten grad. Dette er uheldig all den tid om lag 10 – 15 prosent av barn mellom 6-15 år har varig sykdom/funksjonshemming som påvirker hverdagen i noen eller høy grad¹.

Det er også forhold knyttet til de juridiske sidene ved tverrfaglig samarbeid, som vi ut fra helselovgivningen mener er mangelfullt belyst.

Vi kan ikke ut fra høringsbrev/-notat finne hvem som har vært involvert i departementets referansegruppe, og slik vite om helsestasjons- og skolehelsetjenesten har vært trukket med i arbeidet. LaH NSF har ikke vært invitert til de møtene som har vært avholdt med ulike instanser og organisasjoner.

Vi finner det underlig og uheldig at man tilsynelatende ikke har sett behov for å få inn det perspektivet som helsestasjons- og skolehelsetjenesten representerer. Denne tjenesten gir oppfølging til 1,2 millioner barn og unge fra 0 – 20 år, også de utsatte barna og ungdommene.

¹ Rapport 2010:2 Folkehelse rapport 2010, Folkehelseinstituttet



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tøllbugt. 22

Postboks 456 Sentrum

0104 Oslo

Telefon: 22 04 33 04

Telefaks: 22 04 32 40

E-post: post@sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no

Bankgiro: 1600 49 66698

Org.nr.: NO 960 893 506 MVA

Fakturaadresse:

Postboks 1535

7435 Trondheim

Det er viktig å understreke at denne mangelen er uheldig fordi man dermed mister et viktig perspektiv på barn og unge i utredningsarbeidet, ikke fordi vi ønsker å fremheve helsestasjons- og skolehelsetjenesten som svaret på alle utfordringer.

Kapittel 2 Dagens oppgave- og ansvarsfordeling

Pkt. 2.2.3 Organisering og finansiering

Det sies at "Kommunene har ansvar for å drive generell forebyggende virksomhet og for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer. I loven er ansvaret lagt til kommunen og ikke barneverntjenesten. Dette er gjort for å unngå at andre etater som er i kontakt med barn, kan fraskrive seg ansvar for å avdekke uheldige forhold eller sette i verk nødvendige tiltak".

Dette er en mangelfull beskrivelse av kommunens ansvar for forebyggende virksomhet. Gjennom Kommunehelsetjenesteloven, Forskrift nr. 450 og veileder² til denne har kommunen et helt klart ansvar for å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester, hvor i inngår barnets rett til helsehjelp og helsekontroller samt rett til individuell plan for å nevne noe. Helsepersonelloven tydeliggjør helsepersonells dokumentasjons- og opplysningsrett- og plikt, samt taushetsplikt.

Kommunen skal med andre ord ikke drive generell forebyggende virksomhet kun for å unngå ansvarsfraskrivelse i forhold til utsatte barn og unge, men fordi helsefremmende og forebyggende helsetjenester er en egen, selvstendig rettighet barn og unge har.

2.2.4 Brukere

Det pekes på at antall bekymringsmeldinger til barnevernet har økt med hele 85 % fra 1996 til 2008, og at dette innebærer en betydelig økning i aktiviteten til barnevernet. Det er interessant at man ikke belyser den økende aktiviteten og innsatsen dette også innebærer for de tjenester som står for meldingene, enten gjennom direkte meldinger eller gjennom motivasjon av foreldre til selv å melde. Det ligger ofte en betydelig og ressurskrevende innsats forut for en bekymringsmelding.

2.3 Helse- og omsorgstjenester

Vi registrerer at man velger å belyse spesielt "... det psykiske helsevernet for barn og unge fordi denne tjenesten anses som særlig viktig i forhold til mange av dem som trenger koordinerte tjenester." Som tidligere påpekt, ser man her bort fra en stor gruppe av barn og unge med behov for sammensatte og koordinerte tjenester som følge av fysisk funksjonsnedsettelse og/eller sykdom. Så lenge mandatet ikke klart uttrykker at det kun er barn og unge med behov for hjelp i psykisk helsevern utredningen skal omfatte, finner vi dette svært mangelfullt.

Kartlegging (tidsmatriser) gjort i bla. Harstad kommune, viser at helsestasjons- og skolehelsetjenesten bruker mer av sin tid på oppfølging av barn med ekstra behov, deltagelse i ansvarsgrupper, koordinatorrolle i forbindelse med IP/ansvarsgrupper, tverrfaglige møter enn på ordinært brukerrettet og generelt forebyggende arbeid. Modeller for bemanningsnormer³ anslår at i helsestasjonen har 25 % av barna behov for ekstra oppfølging/IP. Dette understreker at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en sentral rolle i forhold til mange av dem som trenger koordinerte tjenester. Se også kommentar under 3.2.6.

2.3.5 Forskjeller mellom kommunene

Her – samt i pkt. 2.7.2 - belyses ikke de til dels store forskjellene mellom kommunene - og bydelene i større kommuner - i forebyggende helsetilbud for barn og unge, og de utfordringer dette gir. Dette er en utvikling som etter vår mening bidrar til en forsterkning av tendensene til sosial ulikhet i helse, som ikke minst rammer gruppen av utsatte barn og unge. Mens man som helsesøster i større kommuner har anledning til å spisse både kompetanse og innsats inn mot eks. kun sped- og småbarn, kun skolebarn eller kun ungdom vil de fleste helsesøstre i små kommuner (som det er flest av) måtte ivareta hele alders- og problemspekteret i hele målgruppen 0 – 20 år.

Dette er en utfordring som stiller krav til system for tverrfaglig samarbeid innad i kommunen, gode og varige system for opprettholdelse og utvikling av den enkelte helsesøsters kompetanse, samt modeller for interkommunalt samarbeid også innen deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Her vil vi vise til et pågående pilotprosjekt i regi av Norsk Sykepleierforbund

² Veileder IS – 1154, Sosial- og helsedirektoratet 2004

³ Rapport IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010

og Landsgruppen av helsesøstre NSF⁴, som skal utvikle et opplegg for systematisk veiledning og etterutdanning av helsesøstre. Dette vil naturligvis også berøre tjenester til utsatte barn og unge.

2.3.7 Kommunenes helsearbeid

Det vises til at utgiftene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2001 til 2008 har økt med 24 prosent, mens antall barn under 15 år kun har økt med 2 prosent.

Det påstås videre at kommunene har økt den forebyggende innsatsen rettet mot barn og unge. Dette er tall og statistikk som kan leses og forstås på flere måter. Det er videre allment kjent at KOSTRA-tallene er lite pålitelige i så måte.

I helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser⁵ totaltallene at den reelle økningen i årsverk i Opptrappingsplanperioden er 120 årsverk lavere enn økningen via OP skulle tilsi, noe som indikerer at kommunene parallelt har foretatt nedskjæringer i egenfinansierte stillinger (jfr. også pkt. 2.3.8).

Videre hadde Norge i 2009 det høyeste fødselstallet siden 1972, og det er i 2020 forventet en økning i antall fødte på i overkant av 8000 barn i forhold til 2008.

Selv om norske barn og unge i global sammenheng er friske og med god helse, er det tendenser som tydelig indikerer behov for økt forebyggende innsats – både i forhold til den fysiske og psykiske helsen. Det er derfor rimelig å peke på at behovet for ressurser, planlegging og tilrettelegging for forebyggende helsetjenester rettet mot barn og unge og spesielt helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vil være økende i årene som kommer.

Kapittel 2.6 Andre tjenester

Her savner vi omtale av tilbud for unge, mindreårige asylsøkere samt tilbud til barn med foresatte i fengsel.

Kapittel 3 Beskrivelse av samhandling om tjenester for utsatte barn og unge

Også i dette kapitlet omtales kun barn med psykiske vansker eller adferdsvansker.

3.2.2 Samordning av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Det vises til at brukere i mindre kommuner er mer tilfredse med samhandlingen mellom tjenestene enn brukere i større kommuner. Dette er et tankekors i en tid med stadig økende fokus på større enheter og sammenslåing av kommuner. Vi ser klart utfordringen med små kommuner, gjennomsliktige forhold og mangelfull/manglende kompetanse, men mener at det er nødvendig å ta læring også av de positive sidene – ikke minst fra brukerståsted – ved mindre enheter og kommuner. Riksrevisjonen (jfr. 3.2.5) har også pekt på at manglende kompetanse i små kommuner til dels blir kompensert med økt veiledning fra poliklinikkene.

3.2.6 Tjenester som inngår formelt og uformelt samarbeid

Figur 3.2 viser at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en av hovedaktørene i formelt samarbeid rundt barn, unge og familier, og at helsestasjon/helsesøster er den tjenesten som har størst grad av uformelt samarbeid. Dette forsterker våre innledende anmerkninger om manglende deltagelse fra denne tjenesten i utredningsarbeidet.

At skolehelsetjenesten her kommer noe dårligere ut er naturlig i og med at den er marginalt bemannet i mange kommuner.

3.3.4 Kunnskap og kompetanse

Et viktig aspekt ved tverrfaglig samarbeid er at man er utdannet og arbeider innenfor ulike kulturer, verdier og forståelsesmodeller og at alle må oppleve verdsetting av disse i en tverrfaglig sammenheng. Ofte forsøker man å utviske disse ulikhetene fremfor å trygge fagfolk på at forskjellene er verdifulle og bør eksistere og videreutvikles, samtidig med at man bygger bro mellom de ulike profesjonene. Vi erfarer at brukerne ønsker tydelige fagfolk og oversiktlige organisasjonsmodeller.

3.4.3 Andre erfaringer med verktøy og organisering av samarbeid

Familiens Hus

Omtalen av Familiens Hus finner vi mangelfull. Modellen innebærer ikke kun en samling av tilbud til barn og unge med spesielle behov, det er *en modell for alle barn og unge og deres familier*.⁶ Modellen sikrer nettopp gjennom det såkalte "preventive paradoks" (det at man ved å

⁴ Pilot helsestasjons og skolehelsetjeneste, www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

⁵ Rapport IS – 1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, april 2010

⁶ Familiens Hus Et tverrfaglig lavterskeltilbud. Hefte fra R-bup Nord 2008

gi tilbud til alle barn, også finner de med ekstra behov), at man tilbyr lett tilgjengelig hjelp på ett og samme sted. Videre utgjør åpen barnehage og helsestasjon grunnpilarene i tilbudet, supplert med tjenester som forebyggende barnevern (og evt. tiltaksbarnevern), PPT, psykisk helsevern, frivillige organisasjoner osv.

Kapittel 4 Taushetsplikten – utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet

Vi har en generell uro for at den profesjonsbaserte taushetsplikten for helsepersonell er i ferd med å uthules, og at man i den gode hensikt (enklere tverrfaglig samarbeid) tilsidesetter viktige prinsipper vedrørende ivaretagelse av taushet om sensitive personopplysninger. Betydningen av å ikke uthule denne taushetsplikten er påpekt i flere sentrale dokument⁷. Helsepersonell har i tillegg til en plikt til å tie, også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til pasientopplysninger. I henhold til Pasientrettighetsloven er våre brukere pasienter og har sine rettigheter regulert gjennom denne.

4.3 Unntak fra taushetsplikten ved samarbeid mellom ulike tjenestefelt

Det sies her at "Det er gjort unntak fra taushetsplikten i alle regelsettene ved at de ulike personene som gir tilbud innen en og samme tjeneste, gis anledning til å utveksle nødvendig informasjon". Dette er en forenkling. I henhold til Rundskriv IS-7/2006⁸ (som også omhandler kommunehelsetjenesten), gjelder også taushetspliktreglene mellom helsepersonell. Videre: "At man er ansatt som helsepersonell i en virksomhet, medfører således ikke tilgang til opplysninger om alle pasientene der". Unntak er ved pasientens samtykke. Utvalget peker selv på disse forholdene i et senere punkt; Unntak fra helsepersonells taushetsplikt. Samtykke, samtykkekompetanse og de særlige kravene til innhenting av samtykke omtales i liten grad av utvalget, noe som kan gi et forenklet bilde av forholdene rundt utveksling av sensitiv informasjon.

Kapittel 5 Sentrale utfordringer – utvalgets vurderinger

Et forhold som ikke belyses/problematiseres, er det mange frykter er en økende diagnostiserings- og medikaliseringskultur, også i forhold til barn og unge. Dette har vi for lite kunnskap om i dag, men FNs barnekomite peker blant annet på det de omtaler som en overmedikalisering i forhold til barn med ADHD:

"The Committee also recommends that the State party carefully examine the phenomenon of over-prescription of psycho-stimulants to children and take initiatives to provide children diagnosed with ADHD, as well as their parents and teachers, with access to a wide range of psychological, educational and social measures and treatments."

Det fastslås at ingen har koordineringsansvar overfor brukerne. Mange instanser har et faktisk ansvar, men utfordringen er ofte at kommunene ikke fordeler dette ansvaret slik at det blir praktisk gjennomførbart å følge opp den enkelte bruker. Vi erfarer eksempelvis helsesøstre som har koordineringsansvar for 10-15 individuelle planer, mens skoler og barnehager i liten grad ønsker å påta seg denne type oppgaver og ansvar. Dette medfører en skjevbelastning på tjenestene, som også får uheldige konsekvenser for brukerne.

At informasjon om tjenester og tiltak er vanskelig tilgjengelig, skyldes delvis at det er et utall organisasjonsmodeller, hvor det er vanskelig å finne logikken i hvor tjenestene forefinnes. I en kommune er eks. helsestasjonen lagt under oppvekst, i en annen under helse, i en tredje under barn og familie, osv. osv. Fagspesifikke titler er radert ut, slik at brukerne heller ikke vet hvem eller hvilken kompetanse de forholder seg til.

Ambisjonene om samarbeid på tvers er ofte for store til at de er reelt gjennomførbare i en hverdag preget av knappe tids- og personellressurser. Det er en utfordring at stadig mer tid går med til ikke brukerrettet virksomhet, som tverrfaglige møter, planlegging og administrasjon fremfor tid til brukerne.

Det pekes i kapitlet på de særlige utfordringene som er i små kommuner, mens man ikke belyser utfordringene i mellomstore/store kommuner. Dette er et tankekors all den tid undersøkelser viser at brukerne ofte er bedre fornøyd med tjenestene de mottar i små kommuner.

⁷ NOU 2009:1 Individ og integritet, NOU 2009:18 Rett til læring.

⁸ Rundskriv IS 7/2006 Rundskriv vedrørende tilgang til og utlevering av opplysninger i elektroniske pasientjournaler, Sosial- og helsedirektoratet

Kapittel 6 Utvalgets forslag til tiltak

6.1 Innledning

Utvalget foreslår mange tiltak, med til dels store potensielle konsekvenser for både brukere og tjenesteytere. Vi opplever ikke at alle forslag er tilstrekkelig belyst i forhold til den kompleksiteten de rommer og de konsekvenser foreslåtte tiltak vil kunne ha.

Økt grad av samorganisering er ofte helt nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å lykkes med et enklere og mer sømløst samarbeid på tvers av profesjon, tjenester og etater. Ofte vil en samlokalisering av sentrale tjenester også være nødvendig, slik eksempelvis modellen med Familiens Hus legger opp til. Det kommunale selvstyret er i mange sammenhenger en styrke, men vi erfarer at det i økende grad bidrar til store ulikheter i tjenestetilbud – både i forhold til omfang, innhold og kvalitet. Det fører til at foreldre ser seg tvunget til å flytte mellom kommuner for å få tilfredsstillende oppfølging av sine barn. Lik rett til tjenester uavhengig av bosted blir dermed ingen realitet. Det er også ressurskrevende for den enkelte kommune å skulle prøve og feile seg fram til mer eller mindre vellykkede samarbeidsmodeller.

LaH NSF mener at man fra sentralt hold bør anbefale noen evaluerte samarbeidsmodeller – deriblant Familiens Hus - som kommunene kan velge blant, og bistå med veiledning og opplæring i innføring av disse modellene.

6.2 Koordinerende instans

6.2.3 Personlig koordinator

Utvalget viser til "såkalte" veiledere som ikke etablerer noen rettslige forpliktelser for tjenesteutøvere eller rettigheter for tjenestemottakere. Veiledere generelt er nasjonale faglige styringssignaler som selv om de er å anse som anbefalinger og råd, forventes oppfulgt for at man skal oppfylle kravene til faglig forsvarlighet og god praksis. Sammen med nasjonale faglige retningslinjer er veiledere viktige styringsdokument i daglig praksis.

Slik utvalget har skissert koordinators rolle og oppgaver, vil det for mange fagfolk være uforenlig med dagens ressurser og de øvrige primæroppgaver som skal utføres.

Kartlegging av ressursbruk blant helsesøstre foretatt i blant annet Harstad kommune⁹, viste at helsesøstre bruker mer av sin arbeidstid på ansvarsgrupper, deltagelse og koordinatorsansvar for individuell plan enn på andre brukerrettede oppgaver. Med andre ord vil ytterligere krav til koordinatrollen oppleves uforenlig i forhold til det totale ansvars- og arbeidsområdet helsesøstre har. Dette vil vi også tro gjelder andre profesjoner. Uten ressurstilførsel og en begrensning av omfanget av koordinatorsaker for den enkelte ansatte, vil forslagene ikke la seg praktisk gjennomføre. Utvidede lovfestede rettigheter vil ha liten verdi i praksis hvis tjenesteapparatet ikke har ressursene til å oppfylle lovkravene.

Vi vil her vise til at det i rapporten Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IS-1798), er foreslått beregninger/modeller for norm slik utvalget foreslår.

Å skolere og ansette egne koordinatører kan være en løsning, særlig i større kommuner. Dette kan bidra til økt kompetanse hos spesielt skolerte koordinatører og bedre ressursbruk. Ulempen kan være at den som jobber nærmest barnet/ungdommen, mister noe av oversikten. Det er derfor viktig å sikre at den/disse deltar i arbeidet med utformingen av IP, og at det blir mulig med andre løsninger i mindre/små kommuner.

En tydeliggjøring av hvem som har rett til IP kan utilsiktet virke begrensende, fordi det vil være problematisk å få en utdypende liste/spesifisering av hvem som har en slik rett.

Forskriftens merknader kan imidlertid tydeliggjøre hva som menes med langvarige og koordinerte tjenester.

LaH NSF mener at selv om dagens forskrift tydelig peker på ansvaret for å utarbeide individuell plan, kan retten til koordinator med fordel tydeliggjøres i forskriftens paragraf 4.

Videre støttes utvalgets forslag om at det må settes en norm for anbefalt antall tjenestemottakere pr. koordinator.

LaH NSF mener at Forskriftens merknader kan tydeliggjøre hva som menes med langvarige og koordinerte tjenester.

Forslaget om standardisering, anvendelse og videreutvikling av løsninger som godkjent mal og elektroniske løsninger, støttes.

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

LaH NSF er enige i at barn og unge må sikres bedre tilgang til psykisk helsehjelp der de bor. Imidlertid er det mange måter å oppnå dette på.

6.3.3 Et lavterskeltilbud

6.3.4 Hvordan realisere et lavterskeltilbud

Definisjonen som brukes her, er interessant. Lavterskeltilbud er så vidt vi kjenner til langt mer enn *tjenester som tilbyr sekundærforebyggende tiltak*.

Vi stiller spørsmålsteget ved om den beste løsningen for å fremme barn og unges psykiske helse, er å etablere en egen kommunal særtjeneste for psykisk helsearbeid for barn og unge. Vi mener det er viktig å tydeliggjøre det kommunale ansvaret for psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge, men at styrkingen av et slikt tilbud bør skje innenfor rammene av eksisterende tjenester og tilbud, som eksempelvis helsestasjons- og skolehelsetjenesten og Familiens hus – modeller/tjenester som det fra nasjonalt hold er anbefalt en styrking av.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et viktig tilbud ikke bare i forhold til primærforebyggende tiltak, men i stadig økende grad også i forhold til sekundær- og tertærforebygging og til dels behandling.

Ved å splitte tjenester for psyke og soma, bidrar vi til å vanskeliggjøre en helt nødvendig helhetstenkning i tilnærmingen til utsatte barn og unge. Vi frykter at nok en spesialisert tjeneste innebærer økt byråkrati, økt tids- og ressursbruk for å administrere og samordne tjenester og personell. I små kommuner (som det er flest av), vil dette knapt kunne realiseres med faglig god nok kvalitet.

Fra vårt ståsted er det en langt bedre løsning å ruste opp eksisterende tjenester til å gi bedre tilbud i forhold til både forebygging og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge. Dette kan skje i form av økte og styrkede ressurser på psykisk helse, innenfor rammene av helsestasjons- og skolehelsetjenesten/Familiens Hus. Videre må psykisk helsevern i kommunene styrkes i forhold til kompetanse på barn og unge slik at de kan være et reelt tilbud for hjelpetrengende barn og unge, og psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten bør ha langt større grad av samarbeid med og veiledning av førstelinjetjenesten.

Vi ser heller ikke at "en tjeneste for psykisk helsearbeid" hører inn under deltjenester som nevnt i Kommunehelsetjenestelovens paragraf 1-3, som stiller krav til hvilke profesjonstjenester kommunen faktisk skal tilby som ledd i sine helsetjenester.

Man foreslår videre å øremerke midler til et lavterskeltilbud til barn og unge. Vi antar at man da forholder seg til definisjonen av lavterskeltilbud som tjenester som tilbyr sekundærforebyggende tiltak?

Vi anbefaler at man her samkjører forslagene med Helsedirektoratets forslag til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jfr. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten¹⁰. Vi siterer:

"Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lokale lavterskeltilbud til 1,1 millioner barn og unge og deres foreldre. Helsestasjonen benyttes i dag av nær 100 % av befolkningen. ...Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge i alderen 0 – 20 år, ved å forebygge sykdom og skade og fremme god fysisk og psykisk helse. Tjenesten skal også bidra til å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til målgruppen".

Her foreslås konkret styrking av lovverk og bemanning for å oppruste tjenesten til å være et reelt lavterskeltilbud for barn og unge.

Vi mener at man ved å satse på denne tjenesten kan ivareta et enda bedre psykisk helsetilbud for barn og unge, bedre samordning og tverrfaglig samarbeid samtidig som man unngår økt byråkrati og mindre oversikt for både brukere og profesjonelle.

¹⁰ Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Rapport IS-1798, Helsedirektoratet

Vedrørende øremerking av midler for å oppnå en styrket psykologtjeneste i kommunene, er forslaget så vidt overfladisk behandlet at vi finner det vanskelig å mene mye om det. Generelt mener vi at midler til barn og unge, og spesielt til forebygging i langt større grad bør øremerkes. Dette for å sikre at midlene faktisk blir brukt til det de er tiltenkt. Dette gjelder imidlertid midler til både helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barneverntjenesten like mye som til økt psykologtjeneste. Psykologer kan tilføre kommunene profesjonsspesifikk kompetanse, eksempelvis utredningskompetanse, muligheter for testing osv., men har ikke fagbakgrunn som gir grunnlag for å oppdage somatiske tilstander. Helsesøstre har derimot gode forutsetninger for å fange opp tilstander i grenseland mellom kropp og psyke som utmattelsessyndrom, hodepine, stress, angsttilstander, overgrepssymptomatik, spiseforstyrrelser, enuresis/enkoprese, med mer. Helsesøstre besitter en breddekompetanse som er svært nyttig i møte med denne gruppen (kunnskap om kropp, helse, ernæring, utviklingspsykologi, normalutvikling, forebygging etc). Det er dessuten mange helsesøstre som har tatt videre-/etterutdanninger som gir kompetanse innen systematisk kartlegging og terapeutiske intervensjoner overfor utsatte barn og unge. Helsefaglig kompetanse og psykologfaglig kompetanse kan i en kommunal psykisk helsetjeneste skape en god bredde som vil være en fordel i møte med spekteret av problemstillinger. Andre profesjoner med relevant utdanning som familierapi, kognitiv terapi, PMTO – terapeuter etc. vil også kunne være gode bidragsytere innenfor et kommunalt lavterskeltilbud. Derfor bør kommunene ikke bare tilstrebe å få på plass psykologer, men etablere tverrfaglige miljø som også favner bredden av problemstillinger. En øremerking av midler til lavterskeltilbud innenfor rammene av helsestasjons- og skolehelsetjenesten/Familiens Hus støttes.

LaH NSF støtter utvalgets forslag om å styrke det psykiske helsetilbudet til barn og unge der de bor, men støtter ikke at dette skjer gjennom opprettelse av en egen særtjeneste for psykisk helse.

Øremerking av midler bør omhandle mer enn psykologtjeneste i kommunene.

6.4 Tidlig innsats

6.4.2 Utvalgets vurderinger

Det er et paradoks at barnehagene står for en så vidt liten andel av bekymringsmeldingene til barnevernet, når hovedtyngden av norske barn etter ettårsalder er i barnehage.

Det påstås at det er et større potensiale for å fange opp barn som trenger ekstra oppfølging og tilrettelegging i barnehagene enn på helsestasjonene. Vi ser behov for å nyansere dette bildet.

For det første er tallene for gjennomførte 4årskontroller som det vises til, upålitelige da enkelte kommuner gjennomfører (og dermed ikke rapporterer) 4årskontrollen til andre tidspunkt – gjerne forskjøvet pga. tidspress. En del barn med sammensatte behov (gjør som følge av fysisk funksjonsnedsettelse/sykdom) velger bort legekontroller på helsestasjonen pga. tett medisinsk oppfølging for øvrig.

De yngste barna – under 1 år – er det i hovedsak helsestasjonen som har jevnlig oppfølging av. Vi vet at potensialet er stort for å finne barn med ekstra behov for oppfølging blant de aller yngste. Det krever imidlertid at helsestasjonen får tilstrekkelig ressurser til å oppfylle krav til oppfølging av barns fysiske og psykiske helse, i henhold til Forskrift nr. 450¹¹.

Selv om barnehagedekningen er økende, er det fortsatt barn som av ulike årsaker ikke går i barnehage, og for disse er helsestasjonen helt sentral som oppfølgingsarena.

Vi undres over at man med et ønske om styrket tidlig innsats ikke i større grad vektlegger betydningen av første leveår.

Det pekes på viktigheten av at kartlegging og observasjon av barn skal skje under så trygge og forutsigbare rammer som mulig, dvs. fortrinnsvis barnehage/skole eller i hjemmesituasjon.

LaH NSF har oppfordret til at hjembesøk skal benyttes i langt større utstrekning av helsesøstre, men dette setter bemanningen begrensninger for.

Videre mener vi det har en nytteverdi å observere barn også i situasjoner som ikke er dagligdagse. Det gir nyttig informasjon om et barns utvikling hvordan det håndterer en uforutsett situasjon med personer de ikke ser i det daglige. Når eksempelvis alle 4åringer møter den samme utfordringen, vil det vise oss hvem som evner å håndtere en slik situasjon og ikke. Basert på foreliggende forskning (eks.fremmedsituasjonstesten som benyttes for å observere

¹¹ Forskrift av 3.april 2003 nr. 450 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

barns tilknytningsstrategi¹²), kan det hevdes at det vil være lettere å observere tegn på avvik der barnet **ikke** er i sine vante omgivelser.

Vi opplever at utvalget har en noe overdreven tro på kartlegging som verktøy for å finne alle barn med ekstra behov. Barnets utvikling og foreldres samspill med sine barn skal naturligvis observeres, kartlegges og dokumenteres. Kartlegging kan være gode verktøy for systematisering av observasjoner. Våre innvendinger går på det totale omfanget av kartlegginger som etter hvert foreslås innført.

For helsestasjonen er det verdt å stille spørsmålsteget ved om den utvikler seg til primært å bli en kartleggingsarena, fremfor et sted hvor foreldre får råd og veiledning for å ivareta foreldrerollen på en god nok måte. Fokuset dreies da uvilkårlig mot å finne feil og mangler fremfor ressurser, noe som gir grunn til bekymring sett fra et overordnet og helhetlig folkehelseperspektiv.

For mange i foreldregruppen gir det en negativ gjenklang når barn – og foreldre - til stadighet skal kartlegges. Kartleggingsverktøy er ikke tilstrekkelig for å identifisere barn med vansker, her er relasjonen som opprettes mellom foreldre og profesjonell av vesentlig betydning.

Vi er spørrende til vikarierende motiv bak innføring av ulike kartleggingsverktøy, deriblant de kommersielle interessene.

Vi stiller spørsmålsteget ved hvilken kunnskapsbasert praksis som ligger til grunn for å anbefale at kartlegginger skal foregå ved 1, 3, 7 og 12 årsalder, og at slik kartlegging fortrinnsvis bør foregå i barnehager og skoler.

Videre er forslaget lite konkret på hva slags type(r) kartlegging man ser for seg, og hvordan man rent praktisk skal løse gjennomføringen av kartleggingen(e). Det snakkes om ett kartleggings skjema som det bør utvikles en veileder til. Vi har en rekke spørsmål knyttet til dette forslaget.

- Hvem skal stå for utvelgelse og kvalitetssikring av kartleggingsverktøy?
- Hvordan skal opplæring i bruk og fortolkning av resultat foregå?
- Hvem skal journalføre bruk av og resultat fra en kartleggingsundersøkelse når denne foreslås flyttet over til barnehagen? Skal barnehagen dokumentere deler av kartleggingen mens helsestasjonen skal journalføre det som defineres som helserelatert – og som faktisk inkluderer alle de forhold man her ønsker kartlagt?

Det sies at målet er at kartleggingen skal kunne gjennomføres uten at det er nødvendig å tilføre barnehagene, helsestasjonene og skolene ekstra ressurser. Det er en velkjent argumentasjon når nye metoder og tiltak skal innføres, men praksis viser at innføring av nye verktøy/metoder/arbeidsmåter faktisk krever ekstra ressurser. I dette tilfellet snakker man om en generell kartlegging av barns mestring og utvikling, og det inngår i dag i helsestasjons- og skolehelsetjenestens sentrale oppgave og er slik ikke en tilleggsoppgave.

Hvis man imidlertid mener at helsesøster skal ut i barnehagene og foreta denne kartleggingen, vil det utvilsomt kreve en betydelig økning i ressurser – både tid og personell, samt ren økonomi. Mange kommuner i distrikt - Norge har store reiseavstander og en desentralisert barnehage- og skolestruktur, som vil kreve at fagfolk bruker mer av sin tid på å reise ut fremfor å være tilgjengelig på en eller få helsestasjoner. I denne sammenhengen er det viktig å minne om at helsestasjonen skal ivareta en lang rekke andre lovpålagte oppgaver enn kartlegging av barn.

LaH NSF kan ikke stille seg bak forslaget om at kartlegging av barnet på generell basis skal foregå i barnehagen. Selv om intensjonen er god, mener vi at forslaget ikke ivaretar barnets rett til helsehjelp, hensynet til taushetsplikt og personvern. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal tilby barn og ungdom 0 – 20 år blant annet helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov. I merknadene til denne bestemmelsen understrekes at *med helseundersøkelser menes undersøkelser – både somatiske og psykiske – av enkeltindivider for å avdekke risiko for sykdom og/eller utviklingsavvik ut fra opplysninger om allmenntilstand, livsstil, risikofaktorer, kliniske undersøkelser og prøver.*

Plikten til helseundersøkelse går dermed ut over det som er formålet med den foreslåtte kartleggingen av barnets sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling. Barnets rett til forebyggende og helsefremmende helsetjenester er senest understreket i FNs barnekommissjons kommentarer til Norges rapport på Barnekonvensjonen.

Vi vil i denne forbindelse peke på Helsedirektoratets svar på en henvendelse fra LaH NSF vedr. forsøk med 2- og 4årskontroller (helseundersøkelser) lagt til barnehager, i brev av 02.03.2009.¹³

¹² Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C, Waters, E. & Wall,S. (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

¹³ Helsedirektoratets vurderinger, ref. 08/403.

Her gis en rekke faglige anbefalinger, og det sies blant annet:

”Direktoratet ser det ikke som en ønskelig utvikling at man endrer helsestasjonens profil og målsetting om å være et lavterskeltilbud for alle barn 0 – 20 år til å bli en tjeneste bare for barn med ekstra behov. Helsedirektoratet ønsker å profilere og opprettholde helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en helsefremmende og forebyggende tjeneste for alle barn.”

Dette understøttes i den nylig utgitte Utviklingsrapporten (fotnote 10).

LaH NSF støtter utvalgets forslag om at det skal gjennomføres en generell kartlegging for å identifisere barn og familier med risikofaktorer, og at kartleggingen skal foretas med faste intervaller. Vi mener at denne oppgaven allerede ligger under ansvaret helsestasjons- og skolehelsetjenesten har, jfr. Forskrift nr. 450, og at kartleggingen skal skje i regi av denne tjenesten.

Vi støtter dermed ikke forslaget om at kartlegging av barnet på generell basis skal foregå i barnehagen.

LaH NSF er positive til at kartlegging skjer i nært og systematisk samarbeid med barnehage og skole, slik intensjonen også er med dagens ordning. Vi ser at det er behov for å styrke og utvikle dette samarbeidet, uten at det går på bekostning av barnets rett til helsekontroll og hensynet til ivaretagelse av personvern og taushetsplikt.

6.6 Barnevernloven som rettighetslov

Årsaken til det relativt lave antallet bekymringsmeldinger til barnevernet er sammensatte. Stadig flere foreldre tar selv kontakt – gjerne etter langvarig motivasjonsarbeid fra helsesøster, lærer og andre -, manglende oppfølging fra barnevernet eller en opplevelse av at omsorgssvikt ikke følges opp gjør at fagfolk ”gir opp” å melde, manglende eller mangelfull kompetanse og manglende samarbeidskultur bidrar også i dette bildet.

Vi er usikre på om barnevernsloven som rettighetslov vil bidra til å endre dette bildet i vesentlig grad, men mener at det ut fra et perspektiv om ivaretagelse av barns egne rettigheter (jfr. Barnekonvensjonen og Barneloven) er fornuftig å endre barnevernloven til en rettighetslov sett fra barnets ståsted. En slik endring vil kunne ivareta barnets behov på en bedre måte enn i dag, men vil ha liten praktisk effekt hvis det ikke følger nødvendige ressurser med til kommunene.

6.7 Samordning av lovverk

LaH NSF og Norsk Sykepleierforbund har i hørings svar til NOU 2004:18 (Bernt-utvalget) klart uttrykt at man ikke støtter en sammenslåing av lovverkene i sosial- og helsetjenestene.

Vår hovedbegrunnelse for å opprettholde dagens system, men i en harmonisert utgave er at det bidrar til:

- at helseperspektivet tydeliggjøres og blir bedre ivaretatt
- at målet om en sømløs helsetjeneste som sikrer pasientene/brukerne rett helsehjelp uavhengig av forvaltningsnivå kan oppnås
- at viktige oppgaver gis prioritet gjennom lov, og at likhet og tilgjengelighet til velferdstjenester sikres. Kommunal frihet må ses på som et virkemiddel – og ikke et mål i seg selv
- at forebyggende tiltak fortsetter å spille en betydelig rolle

Vi viser for øvrig til kommentarer til kap.4.

LaH NSF støtter ikke utvalgets forslag til ett felles lovverk.

6.8 Nærmere om taushetsplikten

Utvalget foreslår at det skal igangsettes en samlet gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge. Vi antar at dette er forhold som belyses når en revidert versjon av Bernt-utvalgets lovforslag kommer på høring, sannsynligvis høsten 2010.

LaH NSF viser til våre kommentarer under kap. 4 og punkt 6.7, og ønsker å avvente en høring på oppfølgingen av Bernt-utvalgets forslag.

Vi ønsker å peke på henvendelser LaH NSF har gjort til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn vedrørende ivaretagelse av personvern og taushetsplikt.¹⁴

6.9 Finansieringsordninger – virkemiddel som motvirker eller stimulerer til samarbeid

Det er positivt at man velger å se på ulike finansieringsordninger, men vi finner beskrivelsen relativt begrenset. Blant annet belyses ikke refusjon for henviser til psykisk helsevern for barn og unge. LaH NSF har lenge arbeidet for at blant annet helsesøstre skal ha selvstendig henvisningsrett (slik utvalget foreslår), men også at dette skal utløse selvstendig refusjonstakst. I dag er det ofte slik at helsesøster gjennomfører hovedtyngden av kartlegging og samtale med barn/ungdom og evt. familie, skriver henvisning som legen så signerer og får takst for. Dette oppleves som faglig devaluerende og gir ikke ønsket insentiv for denne type arbeid.

Det er også viktig å legge økonomisk til rette for at psykisk helsevern for barn og unge kan bidra ut i kommunene, med både veiledning og deltagelse i samarbeidsmøter uten at det nødvendigvis er opprettet konkret sak på et barn/ungdom.

LaH NSF støtter utvalgets forslag om en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene, men mener denne også må omfatte refusjonstakster innen kommunale helsetjenester for barn og unge.

6.10 Enklere prosedyrer for henvisning til avdeling for psykisk helse barn og unge

Vi viser til kommentarer til pkt. 6.9.

LaH NSF mener det vil være et viktig bidrag til en lavere terskel for hjelp at psykologer, helsesøstre og PP- tjenesten får selvstendig henvisningsrett til psykisk helsevern for barn og unge.

Mange kommunale instanser opplever det vanskelig å få legen på banen og en slik endring i henvisningsrutinen som utvalget forslår, kan føre til at legen blir enda mer perifer i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Vi ser derfor betydningen av at barnet/ungdommens fastlege i den utstrekning barnet(evt. foreldre) og ungdom ønsker det, involveres i henvisningsprosessen, enten gjennom aktiv deltagelse eller kopi av henvisning og epikriser.

For helsesøstre vil det i all hovedsak være snakk om henvisning til poliklinisk konsultasjon, ikke til avdeling/institusjon. I sistnevnte tilfeller vil det være påkrevd med en vurdering også av fastlege, evt. lege ved helsestasjon for ungdom.

LaH NSF støtter forslaget om at psykologer, helsesøstre og PP- tjenesten gis henvisningsrett til psykisk helsevern for barn og unge.

7. Økonomiske og administrative konsekvenser

Dette er i hovedsak kommentert under de aktuelle kapitler/underkapitler. Vi sier oss enige i at økt tidlig innsats overfor utsatte barn og unge, vil gi store samfunnsmessige gevinster.

Med hilsen

Astrid Grydeland Ersvik
Leder LaH NSF

Kopi: Fagpolitisk avdeling NSF v/Kirsten Aunaas

¹⁴ Brev fra Statens helsetilsyn, ref. 2009/2837-736.0