

Det kongelige barne-, likestillings- og  
inkluderingsdepartement  
Postboks 8036 DepKlinikk psykisk helse og avhengighet  
Senter for psykisk helse barn og ungdom

0030 Oslo

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
	201000615	Senterleder Terje Lund	1.9.2010

## HØRINGSSVAR NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt (bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge)

### Om hørings svar fra OUS/SPHBU

Senter for psykisk helse barn og ungdom står ikke på lista over høringsinstanser, men vi har fått tilsendt anmodning om uttalelse til Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. Ettersom virksomheten nå drives videre av Senter for psykisk helse barn og ungdom, som en del av Oslo universitetssykehus HF, tillater vi oss likevel å sende inn en høringsuttalelse. Senteret har pt. ca 450 ansatte, og inkluderer 7 distriktpoliklinikker ("BUP"er) + dag- og døgnbehandlingstilbudet til en barne- og ungdomsbefolkning på ca 127000.

### Kort om behov for samordning av et helhetlig tilbud til utsatte barn og unge

Vi vil innledningsvis slutte oss til ønsket om bedre samordning av et helhetlig tilbud til utsatte barn og unge, spesielt til de som har behov for sammensatte tjenestetilbud mellom barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Slik sett er foreliggende utredning (NOU 2009:22) et velkomment og interessant bidrag i debatten rundt/og utformingen av samordning av tiltak. Ikke minst er gjennomgangen av dagens oppgave- og ansvarsfordeling, og beskrivelser av tiltak og erfaringer, en viktig oppsummering av et bredt og sammensatt tjenestetilbud til utsatte barn og unge. Forståelig nok er det ikke mulig å samle alle erfaringer på samarbeidstiltak mellom barnevernet og psykisk helse for barn og unge (spesialisthelsetjenesten), og vi gjør derfor oppmerksom på et viktig samarbeidsprosjekt mellom Barne- og familieetaten i Oslo kommune og Senter for psykisk helse – barn og unge (SHBU), - hvor psykologer med bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten arbeider som veiledere og behandlere i barnevernsinstitusjoner. Vi vil også i sakens anledning vise til prosjektet "Psykisk helse i Oslo-skolene" hvor det er lagt opp til et utstrakt og bredt samarbeid mellom en rekke aktører (bl.a. barnevernet og psykiske helsevern for barn og unge (spesialisthelsetjenesten)).

Dessverre er utredningen skjemmet av tendensiøse framstilling av en konkret sak vi kjenner godt, (boks 3.1). Det underslås at barnet hadde intensive døgn- og dagbehandlingstilbud over en 3 års periode før man satte ned foten og påpekte at omsorgssituasjonen var uholdbar i forhold til barnets problematikk. Utvalgsmedlemmet Riedel var i denne sammenhengen foreldrenes advokat. Det kommer ikke fram at Fylkeslegen avviste det kravet han fremmet på vegne av foreldrene, om at barnet skulle vokse opp i en psykiatrisk institusjon i stedet for i barnevernstiltak. En må spørre seg i hvilken grad Riedel med slike eksempler har lagt noe av

premissene for utvalgets forslag om tiltak vedr. døgnplasser.

### **Nærmere om utvalgets forslag til tiltak (kap. 6)**

Utvalget vurderer i kap. 5 noen sentrale utfordringer, som danner utgangspunkt for utvalgets forslag i kap. 6. Det mest kontroversielle forslaget gjelder barnevernets bruk av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, og vi vil kommentere dette først.

### **Koordinering av døgnbasert hjelp fra barnevernstjenesten og det psykiske helsevernet**

SPHBU støtter dissensen og begrunnelsen som er gitt fra utvalgsmedlem Kirsten Djupesland fullt ut. Vi oppfatter forslaget som et i og for seg velment forsøk på å løse barnevernets krise gjennom å pålegge spesialisthelsetjenesten omsorgsoppgaver, i stedet for å bygge ut kompetanse og kapasitet som setter barnevernet selv i stand til å løse sine oppgaver.

Det finnes selvsagt ulike modeller for å organisere de funksjonene som barnevernet og psykisk helsevern har i dag. Blant annet ble det for få år siden gjort forsøk med samorganisering, uten at dette løste problemene. I forbindelse med helsereformen ble det så avgjort at psykisk helsevern for barn og ungdom skulle være en del av spesialist-helsetjenesten, og ikke en del av sosialtjenestene. Dette ga en føring for hvilken rolle fagfeltet skulle ha i framtida. På samme måte som for den øvrige spesialisthelsetjenesten, er primære omsorgsoppgaver ikke er tillagt psykisk helsevern for barn og ungdom. Vi forstår dette slik at barn har krav på et hjem eller en omsorgsbasis utenfor behandling sin institusjon, selv om omsorg selvsagt er et element i all døgnbehandling. Dette gjelder for barn med alvorlige fysiske funksjonshemminger, og det gjelder barn med psykiske lidelser.

Konfliktene mellom barnevern og spesialisthelsetjeneste gjelder ofte forståelsen av barnet/ ungdommens grunnlidelse og årsaksforhold knyttet til denne: Er det primære å få *behandlet* et menneske med alvorlig atferdsforstyrrelse, eller er det primære å få endret en destruktiv omsorgssituasjon som forårsaker og forverrer atferdproblemer? Atferdsforstyrrelser er ikke uten grunn lovfestet som en del av barnevernets ansvarsområde, selv om det også er en pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten. Atferdsforstyrrelser er en av de vanligste reaksjonene på sviktende omsorg, selv om det også er andre konstitusjonelle elementer som gjør seg gjeldende, for eksempel dårlig impuls kontroll, kraftig temperament, oppmerksomhetsvansker etc. Derfor er må barnevernets institusjoner / tiltak være bemannet og kvalifiserte til å kunne håndtere ungdom med atferdsvansker på en konstruktiv måte.

Det bør sies at alvorlige atferdsforstyrrelser hos ungdom ikke er noen lett oppgave å behandle, og det er heller ingen lett oppgave å ta omsorg for disse barna. Men et omsorgsprosjekt skal i alle fall i prinsippet ha langsiktig perspektiv, og forsøke å etablere nye tilknytningsforhold som kan gi de unge en ny type erfaring, i beste fall motivasjon for mer prososial atferd. Derfor er tidlig hjelp viktig i disse sakene, og det er viktig å forstå at et psykiatrisk behandlingstilbud ikke skal være et slikt omsorgstilbud, men skal støtte opp om det, evnt. bidra til å stabilisere situasjonen gjennom en begrenset innleggelse, og foreslå videre tiltak.

Forslaget om å opprette felles institusjoner, som på Hamar, er interessant, men etter å ha besøkt denne institusjonen sammen med Barne- og familieetaten i Oslo kommune, var konklusjonen at dette ikke har løst problemet med "grensetilfellene". Det er i realiteten to institusjoner under ett tak og en ledelse, men med helt separate inntakspremisser og opplegg for barna. Vår konklusjon var derfor at en institusjon med omsorgsansvar og behandlingskompetanse best kunne drives i barnevernets regi. Det trengs ingen lovendringer for å ruste opp barnevernet, og det ville være innenfor spesialisthelsetjenestens mandat å bidra med faglig kompetansebygging i en slik institusjon.

Økonomiske betraktninger er dessverre også en del av bildet: Det er gratis for bydelene i Oslo å "plassere" barn i psykiatrisk institusjon, mens det er kostbart å plassere i barnevernstiltak. Vi kunne komme med en rekke eksempler på at dette forholdet spiller inn i forhold til bydelenes preferanser. Vi må spørre oss hva konsekvensene ville bli dersom bydelene fikk et lovmessig grunnlag for å legge opp saker til fylkesnemda med siktemål å pålegge spesialist-helsetjenesten døgnplassering.

Forslaget om innføring av et tvisteløsningsorgan kan ha mye for seg, dersom det får som formål å løse tvister gjennom å ansvarliggjøre ledere og belyse vanskelige saker på en nyansert måte med siktemål å oppnå konsensus. Et slikt organ kunne i tillegg til å drøfte spørsmål om innleggelse også brukes til å drøfte saker der barnevernet henlegger bekymringsmeldinger fra psykisk helsevern. Det ville fortsatt måtte være faglige og juridiske premisser for avgjørelser både om innleggelser og om omsorgsplasseringer.

Så til øvrige tiltak som foreslås.

### **Individuell plan og personlig koordinator**

SPHBU støtter utvalgets forslag slik det fremkommer i kap. 6.2 (6.2.2/6.2.3/6.2.4).

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

SPHBU er enig at det er behov for et utvidet førstelinjetilbud for psykisk helse, slik at barn og unge kan få enklere og raskere tilgang til psykisk helsehjelp der de bor. Vi støtter derfor utvalgets forslag til juridiske og økonomiske virkemidler. Videre støtter vi utvalgets forslag til en *kommunal psykologtjeneste*. Vi vil samtidig påpeke at også spesialisthelsetjenesten har mulighet til å arbeide desentralisert og nær barnets bosted i bystrøk. Overordnede politiske og faglige føringer har utvidet virksomheten i denne retningen de siste åra, mens antallet døgnplasser er holdt tilnærmet konstant.

### **Tidlig innsats**

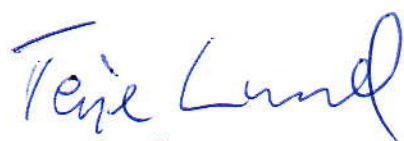
Det foreslås en mer systematisk kartlegging på kommunalt nivå, bl.a. ved hjelp av en sjekklister for å identifisere barn og familier med risikofaktorer. Dette høres nyttig ut, men praktisk gjennomføring og valg av verktøy bør drøftes med aktuelle kommunale instanser for å finne fram til metodikk som er tjenlig og overkommelig.

### **Finansieringsordninger**

SPHBU støtter utvalgets forslag til gjennomgang og vurdering av polikliniske refusjonstakster inne det psykiske helsevernet for barn og unge. Vår erfaring er at det er såpass mange tidskrevende samarbeidsformer knyttet til polikliniske tjenester, som ikke avspeiler den reelle ressursinnsatsen, og som burde ha gitt høyere refusjonsinntekter.

### **Enklere prosedyrer for henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge**

SPHBU støtter at henvisningsretten til psykisk helse for barn og unge (spesialisthelsetjenesten) utvides til også å gjelde PP-tjenesten, kommunalt og privat ansatte psykologer, og helsesøstre. Selv om dette kan undergrave fastlegenes funksjon, mener vi at gevinstene i fht. tilgjengelighet vil være viktigere, spesielt for ungdom.



Terje Lund  
Senterleder