

Rådmannen

SAKSFRAMLEGG

Deres ref.:

Vår ref.:

10/2384 /34692/10-F40
&13

Saksbehandler:

Wenche Figenschow

Dato:

09.08.2010

Telefon:

77 79 06 67

Saken skal behandles i følgende utvalg:

HELSE-OM
KIO

HØRING- NOU 2009:22 DET DU GJØR, GJØR DET HELT. INNSTILLING FRA UTVALG FOR BEDRE SAMORDNING AV TJENESTER FOR UTSATTE BARN OG UNGE

::: Sett inn innstillingen under denne linja IKKE SLETT LINJA ↓

Innstilling til vedtak:

Tromsø kommune slutter seg til hovedmålsettingen til utvalget om bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.

Viktige forhold i det videre arbeidet er:

- Barn og unge med sammensatte problemer har behov for sammensatte og samordnede tjenester fra kommunens side.
- Arenaer innen fritidssektoren og frivillig sektor er sentrale hverdagsarenaer for utsatte barn og unge og bør få et sterkere fokus.
- For å sikre tidlig tverrfaglig innsats overfor utsatte barn og unge, er det behov for evaluerte og anbefalte modeller for sektorovergripende strukturer på kommunalt nivå.
- For å utvikle kunnskap om koordinering og tverrfaglig samhandling overfor utsatte barn og unge, må samarbeid mellom kommuner og utdannings- og forskningsinstitusjoner styrkes.
- Veiledningsverktøyet for personlige koordinatore (jfr. punkt 6.2.3 i utredningen) må beskrive hva som er relevant kompetanse for en personlig koordinator.
- Fokus på forankring og myndiggjøring av rollen som personlig koordinator er viktig.
- Ut fra hensyn til forankring av funksjonen og viktigheten av tillit og relasjon til brukeren, er vi ikke enig i ordlyden side 77 i utvalgets utredning; *..den personlige koordinator er fortrinnsvis tjenestemottakers saksbehandler i en av de involverte hjelpeinstanser*
- Det er ikke alle barn og unge med individuell plan som mottar tjenester fra det kommunale hjelpeapparatet. Om kommunen i slike situasjoner skal ha myndighet til å utpeke koordinator utenfor det kommunale systemet, må eventuelt utdypes.

- Det er usikkerhet på hva en *norm* betyr. Vi ser det vanskelig å telle antall planer/koordineringsoppdrag pr. personlig koordinator, da de ulike planene ikke alltid krever samme ressurs (jfr. Punkt 6.2.3 i utredningen)
- I forslaget sies det *rett* til personlig koordinator. Det er viktig at forskriftene tydeliggjør brukerens klagemuligheter.
- Forankring av Individuell Plan i opplæringsloven og barnehageloven, fører til bruk av IP på nye arenaer med nye aktører. Derfor er det viktig å sikre forskningsdokumentert kunnskap om IP og personlig koordinator gir positiv effekt direkte overfor de utsatte barna og kommer de utsatte barna direkte til gode.
- En ny deltjeneste i kommunehelsetjenesten § 1-3 "*en tjeneste for psykisk helsearbeid*" bør ikke avgrenses kun til profesjonen psykolog. Ressurser bør sees i et folkehelseperspektiv hvor helsefremmende arbeid kommunen inngår i alle deltjenester nevnt i kommunehelsetjenesteloven.
- Det er behov for grenseoppgang mellom behandling i kommunens psykiske helsevern og behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Skolehelsetjenesten trenger et løft. Spesielt vil vi her peke på behovet hos utsatte ungdommer i ungdomskole og videregående skole som sliter med sammensatte problemer.
- Det er viktig å sette fokus på hvordan fastlegeordningen kan styrkes overfor utsatte barn og unge Kommunepsykologfunksjonen må sees i sammenheng med fastlegefunksjonen for å unngå at den nye funksjonen (psykolog) bidrar til fragmentering i førstelinjen.
- Fagmiljøene i barnehage og skole må videreutvikle egen kompetanse til tidlig avdekking og hvordan følge opp utsatte barn og unge. Dette vil styrke deres observasjons - og handlingskompetanse i tidlig innsats.
- Igangsetting av kartlegging i stor skala, slik utvalget foreslår, må derfor sees i sammenheng med fagpersoners egne observasjoner i barnas hverdagsliv i barnehage og klasserom.
- Kartleggingsverktøy må kvalitetssikres slik; faglig vurdering av de verktøy som skal brukes, kartleggingen må gjennomføres av kvalifisert personale, selve verktøyet må kvalitetssikres, det må stilles krav om kompetanse.
- Erfaringene med implementering av kartleggingsverktøy tilsier at det er ressurskrevende å gi et stort antall fagpersoner i flere sektorer opplæring. I enkelte sektorer krever det alltid vikarressurser for å gjennomføre opplæring.
- Felles lovverk vil gi mulighet for *ett* samlet vedtak på kommunalt nivå. Og terskelen for informasjonsutveksling vil slik bli senket overfor utsatte barna. Dette vil styrke kommunens utvikling med tidlig og tverrfaglig innsats. Det anbefales likevel å avgrense vurderingen til sammenslåing av sosialtjenestelovens resterende del og kommunehelsetjenesten. Og avvente vurdering av barnevernloven inn i et eventuelt felles lovverk. Vi viser her til at Barne, likestillings-og inkluderingsdepartementets (BLD) er gang med en vurdering av om barnevernloven bør bli en rettighetslov.
- Det lages svar på høringsbrevet fra BLD med utskrift av de politiske vedtakene kap. 3 fra dette saksfremlegget.

::: Sett inn innstillingen over denne linja IKKE SLETT LINJA↑

Gøril Bertheussen
rådmann

... Sett inn saksutredningen under denne linja IKKE SLETT LINJA↓

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	4
1.1	Høringsbrevet	4
1.2	Utvalgets sammensetning:	4
1.3	Utvalgets mandat.	5
1.3.1	Områder som utvalget skulle vurdere:	5
2	Kort sammendrag av utredningen	5
2.1	Oppsummering av forslagene	7
3	Høringsuttalelse fra Tromsø kommune	8
3.1	Innledning	8
3.1.1	Sammensatte problemer krever samordning	8
3.1.2	Arenaer i barn og unges hverdagsliv	8
3.1.3	Økning i antall klienter	8
3.1.4	Kommunens strukturer – barn og unges behov for samordning	9
3.2	Kommentarer til koordinatorfunksjonen	9
3.2.1	Samarbeidskunnskap	10
3.2.2	Koordinatorrollen	10
3.2.3	Evalueringsforskning	11
3.3	Kommentarer til "Lavterskeltilbud"	11
3.3.1	Kommunal psykisk helsetjeneste versus spesialisthelsetjeneste	12
3.3.2	Målgruppen i kommunalt psykisk helsevern	13
3.3.3	Psykiske lidelser versus psykiske vansker	13
3.3.4	Fastleger versus kommunepsykologer	14
3.4	Kommentarer til "Tidlig innsats"	15
3.4.2	Implementering av kartleggingsverktøy - ressurskrevende	17
3.5	Kommentarer til "Samordning av lovverk"	17
3.6	Kommentarer til "Finansieringsordninger"	18
3.7	Kommentarer til "Henvisningsrett"	19
4	Hvordan kommunen har arbeidet med høringen	19
5	Oppsummering	20

Saksutredning:

1 Bakgrunn

1.1 Høringsbrevet

I høringsbrevet fra Barne, likestillings-og inkluderingsdepartementet datert 19.4.2010, inviteres det fra flere departementer(Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet) til en bred høring. Se vedlegg nr. 1 Høringsbrevet og vedlegg nr. 2; NOU 2009:22.

Departementene er opptatt av å ha et helhetsperspektiv på barn og unge og deres hverdag og ønsker derfor å se de ulike tjenestene for barn og unge i sammenheng.

Departementene arbeider på ulike måter med tiltak for å styrke koordineringen av tjenester. Et eksempel er oppfølgingen av NOU 2009:18 *Rett til læring* som var på høring høsten 2009. Noen av forslagene i NOU 2009:18 tilsvarer omtrent forslagene i NOU 2009:22. Dette dreier seg blant annet om rett til å få oppnevnt personlig koordinator, innføring av bestemmelser om individuell plan i barnehageloven og opplæringsloven og ulike former for kartlegging av barn og unge. Også *Samhandlingsreformen*, rett til behandling på rett sted til rett tid foreslår en rekke tiltak som gjelder bedre samhandling.

Da Barne, likestillings - og inkluderingsdepartementet er i ferd med en bred vurdering av om barnevernloven bør bli en rettighetslov, ber departementene høringsinstansene i denne omgang å se bort fra utvalgets forslag om barnevernloven som rettighetslov.

Høringsfristen er satt til 1.september 2010. Det gis ikke utsatt høringsfrist.

1.2 Utvalgets sammensetning:

Utvalget som fikk som oppgave å utrede en bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge ble oppnevnt av regjeringen 20. september 2008, og hadde følgende sammensetning:

- Avdelingsdirektør (nå administrerende direktør) Lars Erik Flatø
- Regiondirektør (nå fylkesnemndsleder) Geir Kjell Andersland
- Barne- og ungdomspsykiater Kirsten Djupesland
- Avdelingsdirektør Eva Khan
- Rektor Thomas Koefoed
- Fylkesmann Svein Ludvigsen
- Sosial- og barnevernleder (nå barnevernleder) Hilde Rakvaag
- Generalsekretær Randi Talseth
- Politioverbetjent Geir Tveit

1.3 Utvalgets mandat.

1.3.1 Områder som utvalget skulle vurdere:

1. Gjennomgå dagens muligheter for og krav til samarbeid og samordning både mellom kommunale tjenester og mellom kommunale og statlige tjenester.
2. Vurdere hvordan tjenestene kan organiseres på en måte som gjør at barn og foreldre opplever at det er «en dør inn» når de trenger hjelp fra flere tjenester. Utvalget skal vurdere strukturer utover dagens organisering.
 - Hvordan kan samarbeidet organiseres for at en instans skal ha koordineringsansvaret
 - Hvordan oppnå forankring av forpliktende samarbeid både på politisk og administrativt nivå
 - Hvordan kan samarbeid og samordning ivaretas i små kommuner.
3. Vurdere hvordan plikten til samarbeid kan nedfelles i lovverket og hvordan de ulike lovene må harmoniseres på dette området.
4. Gjennomgå dagens lov- og regelverk på området, herunder spørsmålet om hvordan taushetsplikten praktiseres.
 - Foreslå eventuelle lovendringer i tråd med hovedmålsettingen
5. Gjennomgå rutiner og eventuelle økonomiske hindringer for samarbeid
 - Foreslå eventuelle endringer
6. Vurdere økonomiske og administrative konsekvenser for utvalgets tilrådinger. Minst ett av endringsforslagene skal bygge på forutsetningen om uendret eller redusert bruk av ressurser.

2 Kort sammendrag av utredningen

Kapittel 2 gir en samlet fremstilling av dagens oppgave- og ansvarsfordeling mellom de instanser som yter tjenester til barn og unge. Dette gjelder barnevernet, helse- og omsorgstjenester, barnehager og skoler, justissektoren og øvrige tjenesteområder som NAV-kontorene, utekontakter, familievernkontorer, m.m.

I **kapittel 3** gis det en beskrivelse av samhandlingen mellom de samme tjenestene som er presentert i kapittel 2, basert på den forskning som er gjort om dette i Norge.

Kapittel 4 består av en gjennomgang av taushetspliktsbestemmelsene og den betydning disse har når det gjelder mulighetene til å utveksle informasjon i samarbeids- og samhandlingssituasjoner.

I **kapittel 5** gis det en samlet fremstilling av de mest sentrale utfordringene man står overfor for å kunne gi helhetlig og koordinert hjelp på lavest mulig nivå og til rett tid.

Kapittel 6 gir en samlet fremstilling av utvalgets forslag, inndelt i en rekke delkapitler hvor de enkelte forslag er nærmere omtalt og begrunnet.

I **kapittel 6.2** har utvalget sett på koordinering av tjenesteytingen. Utvalget har samlet seg om følgende to forslag på dette området:

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.

I **kapittel 6.3** omtales behovet for et lavterskeltilbud når det gjelder psykisk helse. Utvalget har to forslag i denne forbindelse: For å sikre et godt psykisk helsetilbud til barn og unge, endres kommunehelsetjenestelovens § 1 – 3 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.

I **kapittel 6.4** behandler utvalget hvilke tiltak som kan settes inn for å sikre tidlig avdekking av de utfordringer og problemer barn og unge kan ha, med påfølgende tidlig innsats for å hindre at disse utfordringene og problemene øker i omfang og alvorlighetsgrad uten at barnet eller ungdommen det gjelder får adekvat hjelp. Utvalget ser følgende tiltak som viktige i denne sammenhengen: 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.

I **kapittel 6.5** har utvalget sett spesielt på samhandlingen mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien, med særlig fokus på hvordan det kan legges til rette for et godt samarbeid overfor barn og unge som har behov for døgnbasert hjelp. Med unntak av tredje punkt nedenfor står utvalget samlet bak følgende forslag:

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. Ett utvalgsmedlem har tatt dissens mot dette forslaget. 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.

I **kapittel 6.6**ⁱ har utvalget sett nærmere på barnevernloven, med fokus på barnet som selvstendig rettssubjekt. Utvalget har funnet det riktig å fremme følgende forslag på dette området: Formålsbestemmelsen i barnevernloven endres slik at barnevernloven blir å forstå som en rettighetslov sett fra barnets ståsted.

I **kapittel 6.7** har utvalget sett på om det er mulig å skape bedre rammebetingelser for samhandling og samarbeid gjennom en bedre samordning av lovverkene. Utvalget fremmer følgende forslag i denne forbindelse:

Sosialtjenestelovens resterende del, kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnvernloven etableres som ett felles lovverk, jf. NOU 2004:18.

I **kapittel 6.8** kommer utvalget tilbake til taushetsplikten, med fokus på utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet. Utvalget fremmer ett

ⁱ I høringsbrevet fra BLI blir høringsinstansene bedt om å se bort fra dette forslaget fordi departementet er i ferd med å foreta en bredere vurdering av om barnevernloven bør bli en rettighetslov, og hvordan dette eventuelt skal reguleres i loven.

forslag i denne forbindelse: 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.

I **kapittel 6.9** setter utvalget fokus på finansieringsordninger og den betydning dette kan ha for samarbeid og samhandling. Utvalget har kommet til at det ikke er behov for særlige reformer på dette området, men fremmer likevel ett forslag som kan være av noe betydning: Det foretas en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene innen det psykiske helse-vernet for barn og unge med tanke på om prissettingen kan påvirke omfang av samarbeidet med andre tjenester.

I **kapittel 6.10** setter utvalget fokus på henvisningsretten til barne- og ungdomspsykiatrien. Utvalget har samlet seg om følgende forslag i denne forbindelse:

PP-tjenesten, psykologer og helsesøstere gis henvisningsrett til avdeling for det psykiske helsevernet for barn og unge.

Kapittel 6.11 består av en kortfattet oppsummering av forslagene i de forutgående kapitlene.

I **kapittel 7** gjennomgås administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene i kapittel 6.

2.1 Oppsummering av forslagene

På Kommunenes Sentralforbunds hjemmeside(Ref: www.ks.no, lokalisert 16.7.10) presenteres forslagene slik fra pressekonferansen 3.12.09, sitat;

Vilje til samarbeid

Da Lars Erik Flatø, utvalgets leder presenterte innstillingen 3. desember, startet han med å si at vi med den ikke får løsningen til samordningsgåten. Det er ikke mulig å organisere seg til samhandling og samarbeid. Løsningen handler først og fremst om holdning for og vilje til samarbeid sa utvalgslederen. Utvalget har lagt frem forslag som skal bidra til bedre samordning. Disse er presentert i NOU 2009:22, og omhandles her kort.

- *Noen må ha et definert ansvar for å koordinere tilbudet fra ulike hjelpeinstanser på vegne av den enkelte tjenestemottager. Alle barn og unge med langvarige og sammensatte hjelpebehov skal ha rett til en personlig koordinator og skal kobles til eksisterende ordning med Individuell Plan.*
- *Barn og unge med psykiske vansker må få bedre hjelp der de bor. Kommunene gjennom endring i kommunehelseloven, skal pålegges å etablere tilbud for psykisk helse, og det foreslås en handlingsplan for styrket psykologtjeneste i kommunene.*
- *Barn med høy risiko for å utvikle alvorlige og sammensatte problemer, må fanges opp tidlig. Forslag fra utvalget om at det skal innføres obligatorisk kartlegging av barns sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utvikling, basert på vitenskapelig dokumenterte verktøy. Det er tenkt at det er kommunene som skal ha ansvar for å gjennomføre kartleggingen.*
- *Lovverket må bli mer oversiktlig. Forslag om å etablere sosialtjenesteloven, kommunehelselov og barnevernlov som ett felles lovverk. Formålsbestemmelsen i barnevernloven endres slik at den forstås som en rettighetslov.*
- *Barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien må integreres bedre. Utvalget forslår at det bla etableres felles barnevern- og barne- og ungdomspsykiatriske institusjonsplasser.*
- *Det bør igangsettes en gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt.*

- *Det foreslås opprettet et tvisteløsningsorgan som kan løse uenighet mellom det psykisk helsevernet og barneverntjenesten vedr type institusjon barnet skal få plass i.*
- *Henvisningsretten foreslås endret slik at ppt, psykologer og helsesøstere gis henvisningsrett til avdelig for psykisk helse for barn og unge.*
- *Utvalget foreslår en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene innen psykisk helsevern barn og unge med tanke på at prissetting kan påvirke omfang av samarbeidet med andre tjenester.*

Lokale løsninger

Utvalget fremmet et syn om at lokale forhold betinger lokale løsninger, og at de ikke har landet på noen bestemte modeller for organisering for samordning av tjenester til utsatte barn og unge, altså ikke et "barne NAV". Det ble vektlagt at dette synes for tidlig, og at det er ønskelig å avvete erfaringer med etablering av NAV kontorer for videre vurdering av hensiktsmessige modeller.

3 Høringsuttalelse fra Tromsø kommune

3.1 Innledning

Først følger noen generelle betraktninger og kommentarer. Deretter gir vi konkrete kommentarer til *noen* av utvalgets forslag. Vi følger strukturen i utredningens kapittel 6 (se punkt 6.11 i utredningen).

3.1.1 Sammensatte problemer krever samordning

I mandatet for utredningen blir målgruppen beskrevet som barn og unge med store og sammensatte problemer med behov for hjelp fra flere tjenester. Det er snakk om uttrygge oppvekstvilkår, psykiske vansker, lærervansker, atferdsvansker. Barn med tiltak i barneverntjenesten har oftere psykiske problemer og læreversker enn andre barn.

- Det er altså snakk om barn og unge med sammensatte problemer og dermed en del av barne- og ungdomsbefolkning som har behov for sammensatte og samordnende tjenester fra kommunens side.

3.1.2 Arenaer i barn og unges hverdagsliv

Utvalget løfter frem helsestasjon, barnehage og skole som sentrale arenaer i alle barn og også utsatte barns hverdagsliv. Disse tjenestene må i større grad bidra til å oppdage og sikre tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid. Slik kan kommunen unngå økt klientmengde i barneverntjenesten.

- I tillegg til ovennevnte hverdagsarenaer for utsatte barn og unge, vil vi også løfte frem arenaer innen fritidssektoren og frivillig sektor. Kommunen samhandler med for eksempel idretten og bymisjonen for å sikre tidlig innsats og inkludering av utsatte barn og unge. I det videre arbeid med utredningen bør frivillig sektor og fritidssektoren fokuseres.

3.1.3 Økning i antall klienter

Utvalget viser til følgende statistikk (jfr. punkt 2.7.2 i utredningen); Antall barn og unge med barnevernstiltak har økt fra knapt 30.000 til rundt 40.000 i løpet av ti år. I samme periode har antall barn under 18 år økt med 8 prosent.

Antall barn og unge med tilbud fra det psykiske helsevesenet har økt fra 20.000 til rundt 50.000 i løpet av ti år. Det har også vært en markant økning i antall brukere av kommunalt psykisk helsearbeid.

Antall elever med spesialundervisning i grunnskolen har økt fra rundt 30.000 til rundt 45.000 i løpet av femten år. Antall barn mellom 6 og 15 år har økt med 16 prosent i denne perioden. På alle de tre områdene har det vært en langt kraftigere økning i antallet brukere enn veksten i antall barn skulle tilsi. Årsaksforklaringene er sammensatte, men utvalget viser til at behovet for koordinering av tjenester har dermed økt vesentlig.

3.1.4 Kommunens strukturer – barn og unges behov for samordning

Utvalget viser til (jfr. punkt 3.2.6 i utredningen) at overgang til flat organisering i kommunene kan ha svekket samordningen. En mulig konsekvens av økt ansvarliggjøring av tjenesteledere er at enhetene "blir seg selv nok" og at sektorovergripende hensyn dermed blir mindre ivare tatt. Utvalget viser til forskning (jfr. punkt 3.2.6 i utredningen) hvor forskerne har funnet eksempler som grenser mot "enhetsegoisme" med kontinuerlige diskusjoner om hvilke brukere som hører hjemme hvor, og hvilke enheter som har ansvar for hvilke oppgaver.

- Etter forsøk og evaluering anbefaler Helsedirektoratet norske kommuner etablering av Familiens Hus med Åpen barnehage og helsestasjonstjenester (Ref: Familiens Hus. Et tverrfaglig lavterskeltilbud, Rbup nord, 2008). I Tromsø kommune etableres Familiens Hus med Åpen barnehage og helsestasjonstjenester (Bydelspilot nordøya) og tverrfaglige møteplasser for å sikre tidlig innsats overfor førskolebarn. Dette er eksempler på sektorovergripende tiltak i vår kommune.

Utvalget avgrenser seg fra å foreslå strukturelle tiltak, og viser til kommunelovens bestemmelser om kommunal frihet i valg av organisering.

- Imidlertid er det behov for eksempler på gode strukturer for å sikre tidlig innsats og god tverrfaglig koordinering. Det er altså behov for anbefalinger om gode (evaluerte) modeller på sektorovergripende strukturer som sikrer tidlig og tverrfaglig innsats på barns arenaer (som for eksempel Familiens Hus).

3.2 Kommentarer til koordinatorfunksjonen

- Utvalgets forslag, jfr. punkt 6.11, sitat:

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

- I høringsuttalelse til NOU 2009:18 *Rett til Læring* uttalte Tromsø kommune at "Det bør vurderes om IP skal hjemles i barnehage- og opplæringsloven." (jfr. Sak 85/09 Kultur, idrett og oppvekstkomiteen).
- I arbeid med tidlig innsats og tverrfaglig arbeid overfor utsatte barn er det vesentlig å styrke tidlig avdekking og hjelp til barna på arenaene barnehage og skole. Og slik unngå en vente-å-se-holdning. En vente-å-se-holdning ivaretar ikke barns rettigheter (FN barnekonvensjonen).
- I Tromsø kommunes Sjumilssrapportⁱⁱ til Fylkesmannen i Troms (2009) drøftes hvordan styrke barn og unges rettigheter i barnekonvensjonen. En rød tråd i denne drøftingen er tidlig tverrfaglig innsats på barns arenaer.
- Forslaget om individuell plan i opplæringsloven og barnehageloven, og rett til personlig koordinator, vil være med å styrke utsatte barn og unges rettigheter etter barnekonvensjonen.

ⁱⁱ Kommunestyresak 183/09. FN barnekonvensjonen 20 år i 2009.

3.2.1 Samarbeidskunnskap.

- Utdanningsinstitusjonene gir god undervisning i teori. Imidlertid bør undervisning i handlingskompetanse og tverrfaglig arbeid overfor utsatte barn bør styrkes. Dette overlates i for stor grad til arbeidsgivere alene. Fordi ansatte og daglige ledere trenger pedagogisk støtte og kunnskapsbaserte metoder for å utvikle koordinering og tverrfaglig samhandling overfor utsatte barn, må et samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og arbeidsgivere styrkes (brobygging). Det er også behov for flere aktører på banen for å oppnå bredde i styrking av samarbeidskompetansen for eksempel fra Fylkesmannen og direktoratene.
- I fagmiljøene er det en viss usikkerhet og ulike meninger om hva samhandlingskompetanse er. Hva kreves av relasjonskompetanse? Hva kreves av juridisk kompetanse? Hva kreves av annen kompetanse for å kvalitetssikre samhandlingen mellom aktører med ulik fagspesifikk kompetanse? Hva kreves av kompetanse på brukermedvirkning? Det er viktig at veiledningsverktøyet for personlige koordinatore (jfr. utvalgets forslag punkt 6.2.3) beskriver hva som er relevant kompetanse for en personlig koordinator. I denne sammenheng vil vi vise til Statens Helsetilsyn rapport (2008) som peker på at det i kommunene, i tillegg til at arbeidet ikke er koordinert godt nok, er det dokumentert manglende kjennskap til hverandres tilbud.
Vi vil også vise til oppsummering av kunnskapsstatus i kapittel 13 ”Individuell plan” (Ref:NOU 2010:3, Drap i Norge 2004-2009”) som anbefaler systematisk opplæring og undervisning, både til personalet og brukere, samt utvikling av felles rutiner når det gjelder arbeidet med IP. Vi mener begge rapportenes fakta og vurderinger er relevante i det videre arbeidet med utvalgets forslag.

3.2.2 Koordinatorrollen

- Det kan for mange være utydelig hva en personlig koordinator skal være. Når det nå foreslås forankring av funksjonen i barnehagelov og opplæringslov, gjør det at flere fagpersoner i barnehage og skole skal bekle, for dem, en ny rolle.
- Mange barn og familier kan ha sammensatte problemer. Omsorgssvikt og/eller familievoldsproblematikk er eksempler på dette. Funksjonen som personlig koordinator kan av den grunn være utfordrende å inneha. En personlig koordinator skal på den ene siden være en som brukeren har tillit til. Og når det gjelder små barn er det snakk om tillit og en god relasjon med både foreldre og barn. På den annen side må funksjonen ha en god forankring i organisasjonen. Utpeking av koordinator bør ta hensyn til ”maktposisjon” så vel som det å være nærmest brukeren og ha brukerens tillit. I praksisfeltet er det eksempler på at koordinator ikke alltid er den som har mest med barnet å gjøre.
- Noen kommunale tjenester(barnevern) har mer formell makt og myndighetsutøvelse enn andre (barnehager). Fokus på forankring og ”myndiggjøring” av koordinatorrollen er derfor viktig om personlige koordinatore skal fungere i de ulike tjenestene.
- Ut fra hensyn til forankring sett i sammenheng med tillit og relasjon til brukeren, er vi derfor ikke enig i ordlyden side 77 ”..den personlige koordinator er fortrinnsvis tjenestemottakers saksbehandler i en av de involverte hjelpeinstanser”. Dette vil skape for liten handlefrihet i utpekingen av personlige koordinatore. Lærere og barnehagepersonell er for eksempel ikke saksbehandlere og heller ikke ansatt i en hjelpeinstans.

- Imidlertid er det viktig å ikke gjøre rollen som personlig koordinator for komplisert. Fordi det kan hemme rekruttering til en slik funksjon. Derfor bør juridiske fullmakter og forventinger til relevant fagkunnskap og egnethet i rollen som personlig koordinator vektlegges. Dette mener vi vil være med å sikre positiv interesse til denne type oppdrag.
- Utvalget presiserer under punkt 6.2.3 i utredningen hvordan *Forskrift om IP* må styrkes vedrørende retten til personlig koordinator. Her står det blant annet at ”*det er kommunalt ansvar å utpeke personlig koordinator*”. Dette er ikke i alle tilfeller gunstig. Det er ikke alle barn og unge med individuell plan som mottar tjenester fra det kommunale hjelpeapparatet. Det er jo da ingen i det kommunale systemet som kjenner til brukeren. Eller at kommunen ikke er den mest sentrale aktøren i saken. Elever i videregående skole eller voksne/unge der NAV er inne, eventuelt i tillegg til helseforetak er eksempler på slike tilfeller. Om kommunen i slike situasjoner skal ha myndighet til å utpeke koordinator utenfor det kommunale systemet, må eventuelt utdypes. Hvordan skal dette foregå i praksis? En slik utpekingsfunksjon i kommunen kan ha negativ effekt inn på samhandlingen med aktører i statlige tjenester og gi en opplevelse av skyving av ansvar over på kommunen. Det vil ha effekt inn på brukernes forventninger, samt gi effekt på ressurser og økonomi i samhandlingen.
- Utvalget drøfter også en norm(jfr. punkt 6.2.3 i utredningen) for anbefalt antall tjenestemottakere pr koordinator. Dette er vi litt usikker på hva betyr. Vi ser at man ikke kan telle antall planer/koordineringsoppdrag, da de ulike planene ikke alltid krever samme ressurs.
- I forslaget sies det *rett til* personlig koordinator. Det er viktig at forskriftene tydeliggjør brukerens klagemuligheter. Det vil ha betydning for brukerens rolle i samspillet med offentlige aktører. Klargjøring vil også sikre at IP fungerer ut fra formålet om helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud til tjenestemottakeren m.v.

3.2.3 Evalueringsforskning

- Det finnes lite forskning om nytteeffekten av IP (Ref: NOU 2010:3, *Drap i Norge i perioden 2004-2009*). Får barn og unge det de trenger? Vet man at verktøyet fungerer? I kapittel 13 (Ref: NOU 2010:3), argumenteres for at bruken av individuell plan søkes kartlagt. En slik rapportering kan bidra til økt bevissthet og stimulere til innsats slik at lovkravet om individuell plan blir oppfylt. Dette kan også være viktig for å kunne studere effekten av og suksesskriteriene for IP.
- Videre sier NOU 2010:3 at det eksisterer lite forskningsbasert kunnskap om hvilken effekt individuelle planer har. Om den faktisk medvirker til å sikre kontinuitet, helhet og kvalitet.
- Forankring av Individuell Plan (IP) i opplæringsloven og barnehageloven, fører til bruk av IP på nye arenaer med nye aktører. Og det å sikre forskningsdokumentert kunnskap er vesentlig. Gir verktøyet IP og personlig koordinatorfunksjon positiv effekt direkte overfor de utsatte barna?

3.3 Kommentarer til ”Lavterskeltilbud”

- Utvalgets forslag (jfr. punkt 6.3.5), sitat:

- *For å sikre et godt psykisk helsetilbud til barn og unge, endres kommunehelsetjenestelovens § 1 – 3 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.*

Utvalget definerer hva som menes med lavterskeltilbud (jfr. punkt 6.3.3 i utredningen), sitat;
en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, - der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandlingstid.

Utvalget viser også til begrepene universelle og målrettede tiltak.

Universelle forebyggende tiltak;

rettes mot alle barn og unge uansett risikosituasjon.

Målrettede tiltak;

rettes mot barn og unge som enten ut fra kjente risikofaktorer har betydelig risiko for å utvikle psykiske lidelser (selektive forebyggende tiltak), eller er i ferd med å utvikle psykiske problemer, men ennå ikke har utviklet en diagnostiserbar lidelse (indiserte forebyggende tiltak). Og tiltak rettet mot dem som allerede har utviklet psykiske vansker (behandling) (jfr. punkt 6.3.3 i utredningen).

Utvalget avgrenser seg fra å foreslå organisatorisk endringer i kommunestrukturer, da dette er opp til den enkelte kommune (jfr. kommuneloven). Utvalget foreslår imidlertid virkemidler av juridisk og økonomisk art;

Juridisk ved at det i kommunehelsetjenesteloven også listes opp funksjonen "en tjeneste for psykisk helsearbeid".

Økonomisk ved eksisterende øremerkede tilskudd til forsøk med psykologer i kommunehelsetjenesten blir en handlingsplan for styrking av psykologtilbudet i kommunene (jfr. punkt 6.3.4 i utredningen)

3.3.1 Kommunal psykisk helsetjeneste versus spesialisthelsetjeneste

- I Tromsø kommune etableres nå kommunepsykologfunksjon knyttet til helsestasjon (finansiert via øremerkede midler fra Helsedirektoratet). Dette er en positiv styrking av kompetansen og tilbudet innen kommunens psykiske helsearbeid.
- Ressurser for å styrke tjenestetilbudet innen psykisk helse, bør imidlertid ikke avgrenses til en profesjon, altså psykologer. Ressurser bør sees i et folkehelseperspektiv hvor helsefremmende arbeid i kommunen inngår i arbeidet til alle deltjenester nevnt i kommunehelsetjenesteloven §1-3. En ny deltjeneste i kommunehelsetjenesteloven § 1-3; "en tjeneste for psykisk helsearbeid" bør da ikke avgrenses til psykolog.
- Det er behov for en grenseoppgang mellom behandling i kommunen og behandling i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen forventes å tydeliggjøre slike grenseoppganger. Utvalgets forslag bør derfor sees i sammenheng med Samhandlingsreformen.

3.3.2 Målgruppen i kommunalt psykisk helsevern

- Tromsø kommune har erfaring med Psykhjelpa på Tvibit (helsestasjon for ungdom, lokalisert til ungdommens hus). Et lavterskeltiltak for ungdom med psykologisk rådgivning gitt av viderekomne psykologistudenter. Formålet er å gi ungdommen et mer helhetlig helsetilbud på deres egen arena og øke ungdommens egen kompetanse i å søke hjelp for psykososiale vansker. Altså et rådgivningstilbud med vekt på å styrke ungdommens egne ressurser og tjenlige mestringsstrategier (Ref: Wang, E. Catharina m.fl., *Psykhjelpen på Tvibit; Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2006, nr.43). Med andre ord det er snakk om å normalisere og ikke sykeliggjøre de som oppsøker Psykhjelpa. Tromsø kommune har også Ungdomsteamet (rus-og psykiatritjenesten) opprettet som et ledd i Opptrappingsplan psykisk helse. Her er også formålet å fokusere på mestringsstrategier for å unngå sykeliggjøring. Ungdommene sliter med for eksempel angst, depresjon, psykoser, spiseforstyrrelser m.v.
- I grenseoppgangen mellom kommunepsykologfunksjon og BUP er det derfor viktig at en ikke risikerer å dra spesialisthelsetjenesten inn i førstelinjen. Det er ikke alltid det er rett hjelp til rett tid med terapi for tidlig. Det er viktig å holde fast ved folkehelseperspektivet, og gjøre noe med friskfaktorene og unngår sykeliggjøring. Det å styrke helsestasjonene og andre lavterskeltiltak (for eksempel Familiens Hus med Åpen barnehage og helsestasjonstjenester) med psykologisk rådgivning, vurderes som formålstjenelig. Med andre ord argumenteres det ikke mot kommunepsykologfunksjonen, men det tas til ordet for grenseoppganger til behandling i regi av helseforetakene.

3.3.3 Psykiske lidelser versus psykiske vansker

- Folkehelseinstituttet (Ref: Mathiesen m.fl., *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*, 2009) skiller mellom psykiske lidelser og psykiske vansker. Psykiske lidelser kjennetegnes ved at symptombelastningen er så stor at det kvalifiserer til diagnoser som generalisert angstlidelse, alvorlig depresjon, anoreksi, ADHD eller psykose. I Norge er forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge mellom 3 og 18 år ca 8% (70.000).
- Psykiske vansker er når barn og unge har symptomer som i betydelig grad går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriene for diagnoser er tilfredstilt. Folkehelseinstituttet antar at 15-20 % av barn og unge under 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker i Norge.
- Barna med psykiske vansker skal ikke inn i spesialisthelsetjenesten, men bør få tidlig hjelp på de arenaer de ferdes som barnehage og skole. Altså som en del av kommunens psykiske helsevern tilgjengelig for barn og unge på deres arenaer. Kommunepsykologfunksjonen må forsterke dette helsefremmende arbeidet i kommunen.
- Sosiale forskjeller i helse øker i dagens Norge, og dette skaper store utfordringer som må møtes med effektive og kunnskapsbaserte forebyggende tiltak. I tillegg til å bedre oppvekstmiljøer til alle barn, må vi spore opp barn som er særlig utsatt og sette inn tiltak før problemene er blitt kroniske. Folkehelseinstituttet (Ref: Mathiesen, m.fl. 2009) anbefaler at tiltak for å sikre alle barn og unge kompetent støtte må være lett tilgjengelig (lavterskel), årlige hjemmebesøk til førskolebarn, kunnskapsbaserte metoder. Videre må tiltakene deles inn etter målgrupper og arenaer som bomiljø, barnehage og skole. Og til sist må barn som lever med foreldre med psykiske lidelser, misbruker rusmidler og er voldelige, få mer oppmerksomhet.

- Kommunepsykologfunksjonen må støtte opp om et helsefremmende arbeid i kommunen med fokus på de arenaene barn og unge ferdes på for eksempel hverdagslivets arenaer; barnehage og skole.
- Skolehelsetjenesten trenger et løft. Spesielt vi vil her peke på ungdommer i ungdomsskole og videregående skole som sliter med sammensatte problemer med risiko for marginalisering. Den nye kommunepsykologfunksjonen kan være med å styrke denne helsetjenesten. Vi viser her til drøfting av skolehelsetjenesten i St. m nr. 19 (2009 - 2010) *Rett til læring*, hvor det tas til ordet for å utvikle skolehelsetjenesten til et lavterskeltilbud som blant annet skal bidra til at barn og unge med problemer skal få hjelp på riktig nivå så tidlig som mulig (Ref: punkt 5.2.2 *Samhandlingsreformen* og punkt 5.2.3 *Skolehelsetjenesten og legemiddelhåndtering i skolen*, St. m nr. 29,2009-2010).
- Familievernkontoret er et annet viktig lavterskeltiltak(Bufetat). Det er viktig å se kommunepsykologen som et komplementært tilbud også til dette lavterskeltiltaket.

3.3.4 Fastleger versus kommunepsykologer

- Det er viktig å se psykologfunksjonen i sammenheng med fastlegenes funksjon. Som også er et lavterskeltiltak. Det er viktig å spørre hvordan kan fastlegeordningen styrkes overfor for eksempel barn og psykisk syke og rusmiddelavhengige? Det er mye uutnyttet potensial i fastlegefunksjonen. Kommunepsykologfunksjonen må sees i sammenheng med fastlegefunksjonen, for å unngå at den nye funksjonen (psykolog) bidrar til fragmentering i førstelinjen.
- Fastleger er viktig for ungdom etter fylte 18 år. Da trer et "nytt system" inn som overtar på grunn av myndighetsalder Fastlegen kan man som pasient beholde inn i tidlig voksen alder og også i et lengre livsløp. Kontinuitet er viktig for utsatte unge.
- Utvalget viser til(jfr. punkt 6.10 i utredningen) at barn og unge i mange sammenhenger opplever primærlegen som et unødig mellomledd. Dette bekreftes i en uttalelse fra Rådet for psykisk helse (Ref: lokalisert på internett 25.6.2010, www.godpsykiskhelse.no)som argumenterer for en førstelinje ut fra ungdoms egne opplevelser. Barn og unge vil at psykisk helse skal settes i sentrum for en tjeneste som finnes der barn og unge er på dagtid. Altså i barnehage og skole. Familiens Hus (Bydelspilot nordøya) er et eksempel på tilgang på psykisk helsehjelp der barna er.
- Barneombudet (Innspill til Flatø-utvalget juli 2009) understreker at; sitat
det må bedre samhandling mellom fastlege, barnets psykolog, fysioterapeut, helsesøster, barnevern m.fl. Det synes for ombudet å være en utfordring at skolen ikke opplever å ha noen plikt til å underordne seg andre fagmiljøer og deres kompetanse og at skolen tror de står fritt i å velge tiltak.
- I følge fagmiljøene etterlyser BUP ofte somatiske utredning fra fastlegen i forbindelse med henvisninger.
- Barn og unge uttrykker ofte sine psykiske vansker med vondt i magen, vil ikke gå på skolen og lignende kroppslige uttrykk. Helhetlige utredninger og hjelpetiltak hvor både det somatiske og psykiske er sett i en sammenheng er vesentlige i kommunens psykisk helsevern
- Vi mener fastlegens kompetanse bør løftes bedre frem når det gjelder det å styrke samordning rundt utsatte barn og unge og sikre et godt kommunalt psykisk helsevern..
- I Legeforeningens rapport "Da lykkeliten kom til verden – om belastninger i tidlige livsfaser" (Ref: Den norske legeforening, vedtatt i sentralstyret 28.4.2010) behandler

flere av tema som gjelder utsatte barn og unge. Legeforeningen påpeker behovet for kompetanse i helsetjenesten til å møte og tilby støtte til utsatte familier og potensielt marginale omsorgspersoner. Videre at de vesentligste arenaene for helsefremmende og forebyggende arbeid ligger utenfor helsetjenesten selv. Resultatene av mangelfull forebygging og helseskadelig atferd havner imidlertid ofte på helsetjenestens bord.

- Legeforeningen understreker at fastlegens rolle i svangerskapsomsorgen må opprettholdes og styrkes. Og at det er behov for en bedre samhandling og informasjonsutveksling mellom tjenester som ivaretar barn. Foreldrerollen må understøttes mer aktiv enn i dag. Og alle kommuner må ha et lett tilgjengelig og dekkende tilbud om foreldreveiledning av fagpersoner med nødvendig kompetanse.
- Vi mener Legeforeningens synspunkter er relevante i det videre arbeid med utvalgets forslag (jfr. punkt 6.3.6 i utredningen).

3.4 Kommentarer til "Tidlig innsats"

- Utvalgets forslag (jfr. punkt 6.4), sitat:

Kommunene gis ansvar for at det gjennomføres en generell kartlegging i form av en sjekkliste 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 mestrings- og forventede milepæler, og tidlig identifisering av barn med behov for en grundigere kartlegging og oppfølging av et samlet hjelpeapparat

3.4.1 Kartlegging og tiltakskjede – to sider av samme sak.

- Vårt utgangspunkt er at kartlegging av barn og unge må alltid sees i en sammenheng med tiltakskjede for oppfølging av barna etter kartlegging

Utvalget (jfr. punkt 6.4.2 i utredningen) understreker at systematiske observasjon innebærer en etisk forpliktelse til å igangsette tiltak for dem som trenger det, med de krav til vedtak som dette innebærer.

Utvalget argumenterer for møteplasser for tverretattlig/tverrfaglig samarbeid hvor PPT, det psykiske helsevernet for barn og unge, kommunehelsetjenesten og barneverntjenesten kan bidra til kunnskapsheving ved informasjon om hva de ansatte i barnehage og skole skal være oppmerksomme på. Hva det er viktig å observere og hva som kan være tegn på avvikende utvikling.

- Vi er enig i den komplementære kompetansen som fagpersoner med spisskompetanse kan by på overfor barnehager og skoler. Imidlertid vil vi understreke at fagmiljøene i barnehage og skole må videreutvikle egen kompetanse til tidlig avdekking og hvordan handle ut overfor utsatte barn.
- De senere år er kunnskapsgrunnlaget om risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og symptomer blitt sikrere (for eksempel vold i nære relasjoner og barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige). I Tromsø kommune er et av tiltakene i Plan mot vold i nære relasjoner å sikre en bedre kompetanse om effektene av vold i nære relasjoner hos

- alle som har treffpunkter med barn og unge i deres hverdagsliv. Det skal derfor utarbeides veiledningsmateriell og gis tilbud om undervisning til flest mulig ansatte.
- Fagpersoner i barnehager og skoler må altså styrke sin kompetanse overfor barn i risiko. Dette vil styrke deres observasjonskompetanse og handlingskompetanse. Igangsetting av kartlegging i stor skala må derfor vurderes opp mot fagpersoners egne observasjoner i barnas hverdagsliv i barnehage og klasserom.
 - Barneombudet(Ref: Innspill til Flatø-utvalget, juli 2009) ser det som en utfordring at lærere har ansvar for å håndheve barnets rett til et godt psykososialt miljø i skolen, jf opplæringsloven kapittel 9 a, uten at læreren samtidig har kompetanse i å kartlegge og observere elever. Denne manglende kompetansen sier Barneombudet fører til at heller ikke andre tjenester blir kontaktet.
 - Ved å bygge ut tverrfaglige møteplassere eller team/korps får barnehager og skoler flere ”drøftingsstasjoner” for sine observasjoner. Det å styrke koblingen mellom barnehager og helsestasjon har et stort potensial i seg for felles observasjoner. Det samme gjelder det å styrke skolehelsetjenesten for å oppnå bedre førstelinje i psykisk helsevern. Det er i dag få treffpunkter mellom barnehager og helsestasjoner i alderen 1 – 2,5 år. Overgangen fra barnehage til skole er også en utfordring.
 - Det er også en utfordring at barn går i barnehager på forskjellige steder, som ikke alltid er i nærområdet til helsestasjonene. Det frie barnehagevalget er slik sett en utfordring for samordning av arbeidet rundt utsatte barn i tverrfaglige team og korps. Helsesøster som for eksempel vet mye om mors svangerskap og tiden etter fødsel og kjenner til eldre søsken, er ikke nødvendigvis lokalisert i nærområdet til barnehagen hvor barnet går.
 - I St.m.nr. 41 (2008-2009) *Kvalitet i barnehagen* (Ref: punkt 12.4 *Vurdering og kartlegging av barns språk i barnehagen*) vises til at barnehagen er i en unik posisjon til å oppdage om barn har forsinket eller mangelfull språkutvikling. En nasjonal kartlegging viser at 92 prosent av kommunene har tiltak for å kartlegge barns språk i kommunale barnehager. Det er i all hovedsak pedagogiske ledere som utfører kartleggingen (97 prosent), men halvparten svarer at også assistentene gjennomfører kartleggingen. TRAS (Tidlig registrering av språk i dagliglivet) er det mest utbredte kartleggingsverktøyet. I tillegg er systematisk observasjon og vurdering mye brukt. Videre sier St.m.nr. 41 at Kunnskapsdepartementet har merket seg at det eksisterer faglig uenighet om kvaliteten på ulike kartleggingsverktøy. Departementet skal derfor sette ut et oppdrag for å foreta en faglig vurdering av de verktøy som brukes i språkkartlegging i barnehager. Videre sies det (Ref: punkt 12.6.1 i St. m. nr.41) at kartlegging ikke er et mål i seg selv, men et utgangspunkt for tidlig hjelp. Og at språkkartlegging må gjennomføres av kvalifisert pedagogisk personale. Kartleggingen må gjennomføres ved bruk av kvalitetssikret kartleggingsverktøy. Slik generell språkkartlegging i barnehager vil ikke bli gjennomført før en faglig vurdering av verktøyene er gjennomført og veiledningsmateriellet er utarbeidet. Dette vil være gjennomført i løpet av 2010. Kunnskapsdepartementet skal vurdere om det skal fastsettes krav om kompetanse for å sikre at kartleggingen blir gjennomført på en god måte, og at de som gjennomfører kartleggingen også har kompetanse til å vurdere hvilke språkstimuleringstiltak som bør iverksettes.

Oppsummert er føringene for kvalitetssikring av språkkartleggingsverktøy i St. m nr. 41;

**faglig vurdering av de verktøy som skal brukes*

**språkkartlegging må gjennomføres av kvalifisert pedagogisk personale*

**kvalitetssikring av kartleggingsverktøy*

**krav om kompetanse*

- Disse føringene mener vi er et godt utgangspunkt for det videre arbeid med utvalgets forslag i punkt 6.4 Tidlig innsats.
- Legeforeningen (Ref: *Da lykkeliten kom til verden...*24.4.2010) viser til at både i primær-og spesialisthelsetjenesten er det forholdsvis liten kjennskap til hvordan emosjonelle vansker, atferdsvansker og ulike former for utviklingsavvik sped-og småbarnsalder kommer til uttrykk og hvilken betydning de har. Det finnes ennå lite systematisert kunnskap om hvordan kartleggingsverktøy fungerer ved bruk i helsetjenesten i Norge. Og at helsestasjonene trenger informasjon om dette for å finne fram til barn med økt risiko og for å kunne sette inn riktige hjelpetiltak så tidlig i forløpet som mulig.
- Legeforeningens påpekninger;
**lite systematisk kunnskap om hvordan kartleggingsverktøy fungerer ved bruk i helsetjenesten*
**helsestasjonene trenger informasjon*
 mener vi er viktig i det videre arbeid med utvalgets forslag i punkt 6.4 Tidlig innsats.

3.4.2 Implementering av kartleggingsverktøy - ressurskrevende

- Tromsø kommune implementerer generell kartlegging av mødre med nyfødte barn i forhold til fødselsdepresjon (Edinburgh postnatal depression scale -EPDS). Her gir helsesøster første oppfølgingssamtale ved behov. I kommunen drøftes det hvordan få videre tiltakskjede på plass. Fastlegen er her viktig fordi fastlegen i mange tilfeller har helhetlig oversikt over mødres tidligere sykehistorie.

Utvalget viser til at kartleggingstidspunktene bør være 1-, -3.-7 og 12 årsalder. Målet må være at kartleggingen skal kunne gjennomføres uten at det er nødvendig å tilføre barnehagene, helsestasjonene og skolene ekstra ressurser.

- Tromsø kommune er med i Modellkommuneforsøket(barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige). Sentral prosjektledelse(Barne- ungdoms- og familiedirektoratet) introduserer og anbefaler prosjektkommunene nye kartleggingsverktøy, blant annet EPDS.
- Erfaringen med kartleggingsverktøyet EPDS er at implementeringen er ressurskrevende. Alle helsesøstere skal ha opplæring i flere undervisningsbolker av kompetente undervisere fra spisskompetansesenter ved universitet. Barnehager og skoler er også eksempel på instanser som må ha vikar når fagpersoner skal på opplæring.
- Barnehager er også instanser med mange ufaglærte. Dette er en sentral problemstilling når det er snakk om opplæring i kartleggingsverktøy.

3.5 Kommentarer til "Samordning av lovverk"

- Utvalgets forslag(jfr. Punkt 6.9) sitat;

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

Satsingen på å bygge ut sosialtjenesten viste at barnevernsaker på åttitallet mange steder ble underprioritert. Som en konsekvens av dette ble det vedtatt en egen lov om barneverntjenester som trådte i kraft 1.1.1993. Det ble altså besluttet å *ikke* legge fram utkast til ny barnevernlov som en del av et utkast til samlet sosialtjenestelov. Dette hang sammen

med daværende regjerings ønske om å rette et særlig søkelys mot utsatte barn og unges livssituasjon (Ref: St.meld.nr. 39 1995-96).

Ny lov om barneverntjeneste styrket rettsikkerheten ved oppnevning av fylkesnemnder for barnevern og sosiale saker, samt senket terskelen for å få hjelp sammenlignet med den gamle loven.

Nytt i dagens situasjon er iverksettelse av Lov om sosiale tjenester i arbeids-og velferdsforvaltningen fra 1.1.2010. De sosiale tjenester som er knyttet til sikring av livsopphold og bolig i sosialtjenestelovens § 4-5, kapittel 5 og kapittel 5 A, innlemmes i NAV-systemet. De øvrige tjenester som reguleres av sosialtjenestelovens kapittel 4 er fortsatt forankret i sosialtjenesteloven. Og forvaltes i vår kommune ved Tildelingskontoret og Koordinerende enhet. Dette gjelder de tiltak som er mest vanlig å vurdere i forhold til barn og unge, så som støttekontakt, avlastningstiltak, tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver og bolig i heldøgns omsorgsinstitusjon.

Utvalget foreslår derfor at denne gjenværende delen av sosialtjenesteloven slås sammen med kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnevernloven til et felles lovverk. Og utvalget viser til NOU 2004.18 (Berntutvalget).

Et annet *nytt* forhold er at ny Lov om sosiale tjenester i arbeids-og velferdsforvaltningen fikk, under behandlingen i Stortinget, slik tilføyelse i sin formålsparagraf (§ 1, 2.ledd); *Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.*

- I arbeidet med høringen er det i barnevernets fagmiljø uttrykt uenighet i utvalgets forslag om å etablere et felles lovverk. Fagmiljøet understreker at formålet med å styrke rettsikkerhet til barna med en egen lov om barneverntjeneste i 1992. Og at det fortsatt må være slik. På tross av det kun er snakk om en resterende del av sosialtjenesteloven. Fagmiljøet uttrykker også bekymring for at et felles lovverk vil være så ressurskrevende å implementere at det vil ramme klientarbeidet.

Det arbeides i kommunen med å styrke det tverrfaglige arbeidet overfor utsatte barn og unge med tiltaksutvikling, kompetanseutvikling og nye strukturer for tverrfaglig samarbeid (Bydelspilot). Kommunen har flere planer med tiltak under gjennomføring som gjelder utsatte barn og unge (Plan for koordinering av tjenester, Handlingsplan for psykisk helsearbeid, Plan mot vold i nære relasjoner med flere)

- Juridiske virkemidler med felles lovverk som vil gi mulighet for et samlet vedtak på kommunalt nivå og slik også senkning av terskel for informasjonsutveksling om de utsatte barna, passer slik sett inn i et større bilde. Men ut fra en samlet vurdering vil vi anbefale i det videre arbeid med utvalgets forslag å prioritere det å slå sammen sosialtjenestelovens resterende del og kommunehelsetjenesten. Og avvente, som også i ligger i utvalgets egen formulering; ”eventuelt barnevernloven”. Vi er her spesielt avventende til om barneverntjenesteloven blir en rettighetslov eller ikke.

3.6 Kommentarer til ”Finansieringsordninger”

- Utvalgets forslag (jfr. Punkt 6.9.4), sitat;

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

- Vi viser til våre innspill til punkt 2.6 *Henvisningsrett* og foreslår at også fastlegens honorar for samhandling med tverretatlige og tverrfaglige aktører gjennomgås med tanke på å sikre koordinering overfor utsatte barn og unge.

3.7 Kommentarer til "Henvisningsrett"

- Utvalgets forslag (jfr. punkt 6.10), sitat:

PP-tjenesten, psykologer og helsesøstere gis henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge

- Det er positivt å gi flere henvisningsrett til psykisk helsevern. Dette vil styrke førstelinjetilbudet til barn og unge i psykisk helsevern. Og er også i tråd med hva barn og unge ønsker seg i uttalelsen fra Rådet for psykisk helse (Ref: www.psykiskhelse.no, lokalisert 25.6.10).
- Fagmiljøenes erfaring er imidlertid at barne-og ungdomspsykiatrien ber om somatisk sjekk hos fastlege før henvisning til BUP, for slik å få et helhetsbilde av barnets helse.
- Fastlegens funksjon bør trekkes sterkere inn i tverrfaglig samarbeid overfor utsatte barn.
- Tromsø kommune har rutiner for informasjonsutveksling mellom fastlegene og helsesøstere. Vi vil peke på mulighetene til å legge nasjonale føringer for at det inngås avtaler mellom BUP (Ref: Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, Helsedirektoratet, IS-1570) og kommuner, om hvordan sikre helhetlig(psykisk og somatisk) helseinformasjon om barnet fra kommune og inn i helseforetakene.
- Legeforeningen(Ref: *Da lykkeliten kom til verden...* 24.4.2010) viser til at fastleger forteller at de får oversendt ferdige henvisninger til barne-og ungdomspsykiatriske poliklinikker fra PPT, barnevern og helsesøstere. Mange gir uttrykk for at det er faglig lite tilfredsstillende å skulle henvis en pasient de ikke har sett. Ofte får de heller ikke informasjon om at et barn på deres liste har psykososiale vansker og mottar tiltak fra PPT, barnevern, pediatrik eller barnpsykiatrisk hold. De andre instansene som forholder seg til barn med vansker, involverer altså ofte ikke fastlegen. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå følges ikke, og fastlegenes gode utgangspunkt for å gi barn og unge helhetlig helsetjeneste blir ikke utnyttet. Legeforeningen viser til Helsetilsynets rapport i 2008 som sier problematikken er tosidig, der andre deler av helsetjenesten i for liten grad anerkjenner og stiller krav til fastlegenes koordinerende rolle, og at fastlegene i større grad må prioritere tverrfaglig samarbeid rundt pasienter med sammensatte behov. Legeforeningen foreslår at arbeidsoppgavene i kommunehelsetjenesten og grenseflaten mot spesialisthelsetjenesten gjennomgås med sikte på å utnytte fastlegens kompetanse og kapasitet på best mulig måte.
- Vi sier oss enig i Legeforeningens synspunkter og at dette tas med i det videre arbeidet med utvalgets forslag punkt. 6.10 *Henvisningsrett*.

4 Hvordan kommunen har arbeidet med høringen

Arbeidsgruppe for tverrfaglig arbeid med barn og unge drøftet i møte 11.juni hvordan det skulle arbeides med høringen. Det har vært gjennomført tverrfaglige drøftingsmøter med enhetsleder Tromsøya nord barnehager, plan-og systemkoordinator Tildelingskontoret, fagkonsulent Barneverntjenesten, enhetsleder PPT, prosjektleder Modellkommuneforsøket (barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige), medarbeider i Ungdomsteamet i rus-og psykiatritjenesten, hovedtillitsvalgt Utdanningsforbundet, enhetsleder Forebyggende helsetjenester, Leder av Utekontakten i rus-og psykiatritjenesten, Kommuneoverlege barn og ungdomsmedisin, rådgiver pleie – og omsorg og rådgiver forebyggende barnevern. Noen av deltakerne har levert skriftlige notater. Innspillene inngår som materiale i høringsuttalelsen.

5 Oppsummering

Her følger en oppsummering av de forhold vi mener er viktig å ha med seg i det videre arbeid med utredningen. Oppsummeringen danner grunnlag for forslag til vedtak overfor de politiske komiteene. Med utgangspunkt i de politiske vedtakene samt kapittel 3 i saksfremlegget, lages det et svar på høringsbrevet innen fristen 1.9.2010.

- Barn og unge med sammensatte problemer har behov for sammensatte og samordnende tjenester fra kommunens side
- Arenaer innen fritidssektoren og frivillig sektor er sentrale hverdagsarenaer for utsatte barn og unge og bør fokuseres sterkere
- Det er behov for informasjon og anbefalinger om dokumenterte sektorovergripende strukturer (modeller) på kommunalt nivå som sikrer tidlig tverrfaglig innsats overfor utsatte barn og unge
- Det er behov for pedagogisk støtte og kunnskapsbaserte metoder for å utvikle koordinering og tverrfaglig samhandling overfor utsatte barn. Samarbeid mellom kommuner og utdannings- og forskningsinstitusjoner må styrkes (brobygging).
- Veiledningsverktøyet for personlige koordinatore (jfr. punkt 6.2.3 i utredningen) må beskrive hva som er relevant kompetanse for en personlig koordinator. Det gjelder både juridiske fullmakter så vel som forventninger til relevant fagkunnskap og egnethet i rollen.
- Om personlige koordinatore skal fungere i de ulike tjenestene er fokus på forankring og myndiggjøring av rollen viktig
- Ut fra hensyn til forankring sett i sammenheng med tillit og relasjon til brukeren, er vi derfor ikke enig i ordlyden side 77 i utvalgets utredning; *..den personlige koordinator er fortrinnsvis tjenestemottakers saksbehandler i en av de involverte hjelpeinstanser*
- Det er ikke alle barn og unge med individuell plan som mottar tjenester fra det kommunale hjelpeapparatet. Om kommunen i slike situasjoner skal ha myndighet til å utpeke koordinator utenfor det kommunale systemet, må eventuelt utdypes.
- Det er usikkerhet på hva en norm (jfr. Punkt 6.2.3 i utredningen) betyr. Vi ser det vanskelig å telle antall planer/koordineringsoppdrag da de ulike planene ikke alltid krever samme ressurs.
- I forslaget sies det *rett* til personlig koordinator. Det er viktig at forskriftene tydeliggjør brukerens klagemuligheter.
- Forankring av Individuell Plan i opplæringsloven og barnehageloven, fører til bruk av IP på nye arenaer med nye aktører. Det å sikre forskningsdokumentert kunnskap om verktøyet IP og personlig koordinatorfunksjonen gir positiv effekt direkte overfor de utsatte barna. er da vesentlig.
- Ressurser bør sees i et folkehelseperspektiv hvor helsefremmende arbeid i kommunen inngår i arbeidet til alle deltjenester nevnt i kommunehelsetjenesteloven §1-3. En ny deltjeneste i kommunehelsetjenesten §1-3 *"en tjeneste for psykisk helsearbeid"* bør da ikke avgrenses kun til profesjonen psykolog.
- Det er behov for en grenseoppgang mellom behandling i kommunen og behandling i spesialisthelsetjenesten. Det argumenteres altså ikke i mot kommunepsykologfunksjonen, men det tas til ordet for grenseoppganger til behandling i regi av helseforetakene.
- Skolehelsetjenesten trenger et løft. Spesielt vil vi her peke på behovet hos ungdommer i ungdomskole og videregående skole som sliter med sammensatte problemer og dermed risiko for marginalisering. Den nye kommunepsykologfunksjonen må styrke skolehelsetjenesten.

- Det er viktig å sette fokus på hvordan fastlegeordningen kan styrkes overfor utsatte barn og unge? Kommunepsykologfunksjonen må sees i sammenheng med fastlegefunksjonen for å unngå at den nye funksjonen (psykolog) bidrar til fragmentering i førstelinjen.
- Fagmiljøene i barnehage og skole må videreutvikle egen kompetanse til tidlig avdekking og hvordan følge opp utsatte barn og unge. Dette vil styrke deres observasjons - og handlingskompetanse i tidlig innsats. Igangsetting av kartlegging i stor skala må derfor vurderes opp mot fagpersoners egne observasjoner i barnas hverdagsliv i barnehage og klasserom.
- Kartleggingsverktøy må kvalitetssikres ved faglig vurdering av de verktøy som skal brukes, kartleggingen må gjennomføres av kvalifisert personale, og selve verktøyet må kvalitetssikres og det må stilles krav om kompetanse.
- Erfaringene med implementering av kartleggingsverktøy er at det er ressurskrevende å gi for eksempel alle helsesøstere opplæring i nye verktøy. I enkelte sektorer som barnehage og skole kreves det så å si alltid vikarressurser når opplæring skal gjennomføres.
- Juridiske virkemidler med felles lovverk vil gi mulighet for *ett* samlet vedtak på kommunalt nivå. Terskelen for informasjonsutveksling vil da bli senket overfor de utsatte barna. Dette passer inn i det ”store bildet” om å utvikle tidlig og tverrfaglig innsats. Imidlertid vil vi anbefale at en først vurderer å slå sammen sosialtjenestelovens resterende del og kommunehelsetjenesten. Og avvente, avvente departementets utredningsarbeid med om barnevernloven skal bli en rettighetslov.

... Sett inn saksutredningen over denne linja IKKE SLETT LINJA↑