



BARNEOMBUDET

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref:

Vår ref:
06/00518-3

Saksbeh:
FH

Arkivkode:
008

Dato:
27.06.2006

Nasjonal helseplan (2007-2010)

Barneombudet viser til høringsnotat av 22. mai i år om nasjonal helseplan med høringsfrist 23. juni. Barneombudet vil først påpeke at en måneds høringsfrist på denne typen høringer er svært kort. Ombudet er klar over at det ble sendt ut et brev med informasjon om helseplanen i mars. Det er imidlertid ikke mulig å forberede et hørings svar før selve høringsnotatet sendes ut.

Barneombudet skal arbeide for at barn og ungdoms behov, interesser og rettigheter blir ivaretatt på alle samfunnsområder. Ombudet skal følge med i utviklingen av barns oppvekstkår, og på eget initiativ eller som høringsinstans ivareta barn og ungdoms interesser i forbindelse med planlegging og utredning på alle felt. Ombudet har et særlig ansvar for å bidra til at norsk rett og forvaltningspraksis samsvarer med de forpliktelser Norge har etter FNs konvensjon om barnets rettigheter. Det vises i denne sammenheng særlig til konvensjonens artikkel 3, 4, 12 og 24.

Barneombudet har, bl.a. på grunn av den korte fristen, ikke hatt anledning til å gå systematisk igjennom dokumentet med henblikk på å kommentere de ulike punktene. Det har heller ikke vært mulig å gi en uttømmende oversikt over temaer Ombudet mener bør være med i en slik plan når det gjelder barn. Nedenfor følger imidlertid en oversikt over enkelte temaer som Barneombudet mener er relevante i denne sammenheng.

1. Barn som eget tema

Det knytter seg særlige utfordringer i forhold til barns helse. Barn er bl.a. i stor grad prisgitt foreldrenes valg, og kan ikke på samme måte som voksne gjøre egne valg med hensyn til helse. Dette skyldes bl.a. at foreldre gjennom sitt foreldreansvar og omsorg for barnet tar mange valg i det daglige som påvirker barnets livssituasjon. Videre har barn pga manglende samtykkekompetanse i mindre grad selv anledning til å oppsøke helsehjelp ved behov.

Barns helsesituasjon er også annerledes enn voksne, med andre behov og utfordringer. Dette tilsier at barns helse bør drøftes særskilt, og ikke kan anses ivaretatt gjennom en generell drøfting av helse for hele befolkningen.

Folkehelseinstituttets rapport 2005:6 Barns helse i Norden gir en oversikt over barnebefolkningens helse. Rapporten baserer seg i all hovedsak på tradisjonelle mål på somatisk helse. Forhold som klart kan berøre barn og ungdoms helse, som for eksempel forhold i arbeidslivet og endrede familiemønstre berøres ikke. I konklusjonen sies det at "Det mer moderne, men dessverre "ulne" området som gjelder barns trivsel og mentale helse, har vi bare sparsom viten om". Rapporten etterlyser flere undersøkelser med gode data på barns livsløp, og hvilke perioder i livet som er mest viktig. Etter vår oppfatning understreker denne rapporten behovet for en bredere tilnærming til barn og ungdoms helse.

Barneombudet vil på bakgrunn av dette foreslå at det blir satt av et eget kapittel til barn i den nasjonale helseplanen.

2. Endrede familiemønstre

Barn og ungdoms situasjon i forhold til familien har endret seg dramatisk på noen få tiår. Antall skilsmisser er mer enn 4 doblet siden starten på 60 tallet, og over dobbelt så mange barn opplever skilsmisse i dag som på begynnelsen av 1970 tallet. Totalt 21 000 barn opplevde samlivsbrudd i 1999. Vi har også sett en radikal økning i antall samboere i løpet av de siste 30 år. Samtidig tyder tilgjengelig forskning på at samboerskap er mindre stabile enn ekteskap. Dette betyr at barnets forankring i familien er endret, og på mange måter kanskje er blitt løsere. Kontakten med biologiske foreldre er for mange barn mer oppstykket og mindre stabil. Mange barn opplever også konflikt mellom foreldrene om hvordan kontakten med dem skal være. I tillegg kommer at det dannes nye familier, slik at det på godt og vondt blir flere voksne barnet må forholde seg til, og som har interesser i forhold som berører barnets hverdag. Det kan ikke være tvil om at dette er endringer i barns levekår som kan ha stor betydning for barn og ungdoms helse. Et samlivsbrudd kan være en stor belastning, for eksempel hvis barnet må reise langt og ofte mellom mor og far. Også barn i intakte ekteskap og samboerforhold kan tenkes å føle mer usikkerhet omkring grunnleggende forhold i livet når så mange jevnaldrende opplever samlivsbrudd.

Parallelt med disse endringene i familiestrukturer har vi fått økt kunnskap om vold og seksuelle overgrep mot barn innenfor familien. Samlet skaper dette dels en økning i, og dels en synliggjøring av ulike typer interessekonflikt mellom barn og voksne.

Dette tilsier at vi trenger en samlet oversikt over helseplager som knytter seg til belastninger barn og ungdom kan oppleve i familien, så vel i forbindelse med samlivsbrudd som vold og overgrep.

3. Endringer innen arbeidslivet

I innledningen til St. meld. Nr 16 (2002 – 2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen) sies det blant annet at sammenhengen mellom helseforhold og andre sektorers og politikkområders ansvar skal tydeliggjøres. Her savner Barneombudet en drøfting av sammenhengen mellom helse i oppveksten og utviklingen innen arbeidslivet. I meldingens kapittel 7 vises det til NOU 2002:27 (Sandmannutvalget) som tar opp en mulig sammenheng mellom at flere opplever jobbsituasjonen som negativt stressende og økt sykefravær og uførepensjonering. Dette drøftes i forhold til dårlig organisering og tilretteleggelse, tidspress, dårlige samarbeidsforhold, mobbing, vold og nedbryting av relasjoner.

Slike utviklingstrekk burde også vært koblet til helse blant barn og ungdom, som vil bli påvirket av det gjennom familien. Når foreldres helse og tilknytning til arbeidslivet endres, vil det kunne få konsekvenser for barn og ungdoms helse. Dette igjen vil kunne få konsekvenser for hvordan helsetilbud til barn, ungdom og familier bør være utformet. Det vil også kunne få konsekvenser for utforming av permisjonsordninger og ordninger for fravær

ved barns sykdom. Vi ser også eksempler på bonusordninger i arbeidslivet som belønner arbeidstagere for å ikke ha sykefravær. Dette gir grunn til bekymring både når det gjelder foreldres muligheter til å være hjemme når barna er syke og deres ivaretagelse av egen helse. Dersom foreldre skulle få alvorlige helseproblemer som følge av slike ordninger vil dette også kunne bli en belastning for barna.

4. Barn og unge med flerkulturell bakgrunn

I Folkehelsemeldingen nevnes fattigdom og arbeidsledighet som forhold der ikke-vestlige innvandrere skiller seg ut ved en høyere andel enn befolkningen for øvrig. Etter Barneombudets oppfatning vil det også kunne være aktuelt å se på helsemessige konsekvenser for barn og unge med flerkulturell bakgrunn i forhold til bl.a. det å være del av en minoritetsgruppe og i forhold til migrasjons- og integreringsprosessen i et flergenerasjonsperspektiv. Fenomener som tvangsgifte og kjønnslemlestelse kan for eksempel tenkes å skape usikkerhet og psykososiale problemer blant visse grupper innvandrerungdom utover de direkte følgene av slike handlinger for berørte enkeltpersoner. Det kan være grunn til å spørre om slike forhold skaper helseproblemer som i liten grad fanges opp av helsevesenet.

5. Organisering av lokale tjenester

Det fremgår av høringsnotatet at det kommunale tilbudet til psykisk syke barn er for dårlig med køer og lang ventetid. Samtidig påpekes det at lokalbaserte tjenester nettopp skal være kjernen i hvordan samfunnet skal ivareta personer med psykiske problemer.

Barneombudet har i lang tid sett med bekymring på situasjonen i de kommunale helsetjenestene. Et hovedinntrykk er at viktige lokale lavterskeltilbud som helsestasjons- og skolehelsetjenesten har svært varierende kapasitet og tilgjengelighet fra kommune til kommune. Tilbakemeldinger fra ungdom indikerer at for eksempel helsesøster kan være til stede på skolen så få timer per uke at det i praksis blir svært vanskelig å få hjelp. Dette har bl.a. vært tatt opp på et møte mellom utdanningsministeren og Barneombudets ungdomsråd. Også kilder som Rådet for psykisk helse og Landsgruppen av helsesøstere i Norsk Sykepleierforbund bekrefter dette bildet.

Barneombudet er svært bekymret når det gjelder barn og unges tilgang på helsesøstere i skolen. Dette er et meget viktig lavterskeltilbud, ikke minst for de som sliter med psykiske problemer. Særlig bekymringsfullt er det at Ombudet har fått informasjon som kan tyde på at enkelte kommuner ansetter blant annet helsesøstere for midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse, for deretter å fjerne stillinger som kommunen har hatt fra før. På denne måten får man ikke den kapasitetsøkningen som opptappingsmidlene er forutsatt å gi.

Dagens situasjon oppleves som svært uholdbar og som meget problematisk i forhold til Barnekonvensjonens artikkel 3, 4 og 24. Etter vår oppfatning er gode, lett tilgjengelige helsetjenester i lokalmiljøet helt avgjørende for å kunne ta vare på sin egen helse.

Vi ber derfor om at det snarest utarbeides en plan for å etablere et slikt helsetilbud som er like godt uansett hvor i landet man bor. Det må settes en klar, realistisk tidsplan for når dette målet skal være nådd. Planen må være basert på tiltak som med sikkerhet forplikter kommunene til å bygge ut tjenestene til et adekvat nivå innen denne tidsrammen.

Dersom det kommunale selvstyre står i veien for å få til en planmessig, forutsigbar opprustning av adekvate, lokale helsetjenester må en statlig organisering og finansiering av også de lokale helsetjenestene vurderes.

6. Psykisk helse

Barneombudet har i lang tid sett med bekymring på at mange barn har måttet vente svært lenge for å få nødvendig psykisk helsehjelp. Ombudet er derfor glad for at det nå er satt i gang et arbeid for å få raskere hjelp til barn med psykiske lidelser og rusavhengighet. Ombudet har ikke hatt anledning til å lese rapporten som er levert Helse- og omsorgsminister Brustad, men vil på generelt grunnlag understreke betydningen av å fortsette å holde intensiteten oppe når det gjelder å bygge ut og følge opp tiltak innen det psykiske helsevernet i tiden framover, også etter opptrappingsplanen.

På bakgrunn av de henvendelser som kommer til Barneombudets kontor, synes det som at det er et særlig behov for å se nærmere på kommunikasjon og samarbeid mellom det psykiske helsevernet og andre etater, eksempelvis barnevernet. Barn med sammensatte problemer faller lett mellom de ulike etatenes ansvarsområder. Det er videre et problem at mange har ansvar for noe, men ingen har ansvar for at det helhetlige tilbudet blir bra. Dette kan få svært uheldige utslag for den enkelte. En bedre samordning mellom ulike etater bør være et viktig punkt i en nasjonal helseplan.

PP-tjenesten har en viktig rolle i å fange opp og gi riktig og god hjelp til barn som har behov for denne typen tjenester. Tilbakemeldinger til Barneombudet kan tyde på at der PP-tjenestene fungerer godt, har dette positive ringvirkninger også i andre deler av systemet. Eksempelvis vil spesialisthelsetjenesten ha fordel av at det gjøres en god faglig vurdering hos PP-tjenesten som medfører at det enkelte barn blir henvist rett sted. Barneombudet har imidlertid fått mange tilbakemeldinger om at PP-tjenesten ikke fungerer godt nok. Det er meget beklagelig dersom det er tilfellet. For at PP-tjenesten skal ha en reell mulighet til ikke bare å fungere som en pedagogisk tjeneste, må PP-tjenesten få en bemanning som overskrider det minimum som skal til for å skrive sakkyndige utredninger. Dermed kan PP-tjenesten også bli i stand til å håndtere helserelaterte spørsmål.

Barneombudet har fått mange henvendelser som tyder på at barns behov for å ha arenaer der de kan ta opp problemer mv. ikke er dekket. Det synes for eksempel som at det er et behov for flere lavterskeltilbud for barn som lever med små eller store belastninger i familien. Dette kan for eksempel være samtalegrupper for barn på skolen som lever med skilte foreldre. Det vises i den forbindelse til Bærum kommune som har innført denne typen tiltak. Arenaer for å snakke om ting barn og unge sliter med, er bekymret for el.lign. kan være svært viktige i et forbyggende perspektiv. Det vises i den sammenheng til punktet ovenfor om endringer i familiemønstre og hvilke utfordringer det skaper. Barns behov for å snakke om problemer de har under profesjonelle rammer kan komme i konflikt med foreldres rett til å bestemme og samtykke til helsehjelp. Dette bør utredes nærmere, se også punktet nedenfor om samtykke til helsehjelp.

7. Samtykke til helsehjelp

Det følger av barnekonvensjonen artikkel 24 at Norge anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Norge har også forpliktet seg til å bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester. Myndighetene har særlig forpliktet seg til å iverksette tiltak for å sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg til alle barn.

Samtidig er det som hovedregel foreldrene eller andre med foreldreansvaret som kan samtykke til at det gis helsehjelp til barn under 16 år. De fleste foreldre vil handle ut i fra det de mener er barnets beste og samtykke til helsehjelp når barnet trenger det. Det kan imidlertid tenkes en konflikt mellom barnets behov for helsehjelp og foreldres mulighet til å la være å samtykke til slik helsehjelp. Dette kan både skyldes at foreldrene ikke klarer å se hva som er

barnets beste eller at de faktisk har en mer eller mindre legitim grunn til å ikke samtykke til helsehjelpen, for eksempel fordi man er motstander av den typen helsehjelp. Problemet kommer særlig på spissen der to foreldre med foreldreansvar ikke lever sammen og hvor den ene mener helsehjelpen er nødvendig, mens den andre ikke vil samtykke til slik hjelp.

Etter dagens lovverk vil den ene forelderens kunne trenere at helsehjelp gis, med mindre det foreligger en nødrettssituasjon eller barnevernet kan fatte vedtak om at helsehjelp skal gis.

Barneombudet berørte dette temaet i sin høringsuttalelse til endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Ombudet skrev bl.a. følgende:

”Barneombudet vil understreke at spørsmål om helsehjelp som den klare hovedregel skal være en del av myndighetsområdet for den/de med foreldreansvar. Det har imidlertid vist seg i praksis at en del barn som klart bør ha psykiatrisk behandling ikke får dette fordi den ene forelderens ikke samtykker. Barnet får dermed ikke hjelp til tross for at helsetjenesten anbefaler at barnet får helsehjelp, og den andre forelderens ønsker at barnet mottar hjelpen. Dette gjelder både de tilfeller der forelderens nekter å samtykke, nekter å svare på henvendelser eller er vanskelig å få tak i. At barnet i disse tilfellene ikke får hjelp er etter Barneombudets oppfatning svært problematisk og ikke nødvendigvis i tråd med bakgrunnen for foreldrenes bestemmelsesrett, nemlig at foreldrene skal ivareta barnets interesser fordi barnet ikke selv er i stand til å gjøre det. Det er også problematisk i forhold til at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle avgjørelser vedrørende barn, jf barnekonvensjonen artikkel 3.

Fylkesnemnda har etter barnevernloven § 4-10 anledning til å fatte vedtak om at et barn skal undersøkes og behandles mot foreldrenes ønske. Vårt inntrykk er imidlertid at denne bestemmelsen i liten grad blir benyttet og ikke fanger opp de tilfeller som nevnt ovenfor.

For å ivareta barn som har behov for helsehjelp, men samtidig ta på alvor at foreldre kan ha legitime grunner for å nekte å samtykke til at barnet mottar en spesifikk helsehjelp, mener Barneombudet det kan være hensiktsmessig å innføre en ordning der den forelderens som ønsker at barnet får helsehjelpen kan bringe saken inn for et overordnet organ som kan avgjøre at barnet skal få helsehjelp til tross for at den ene forelderens ikke samtykker. Denne funksjonen kan for eksempel tillegges helsetilsynet i fylket. Det bør settes kriterier som sikrer at en med foreldreansvar kun kan overprøves der barnet har et klart behov for behandling. Det bør også vurderes om det er behov for egne kriterier i tilfeller hvor det er snakk om behandling av eksperimentell eller omstridt karakter.”

Også andre høringsinstanser har tatt opp dette som et problem, men departementet har ikke foreslått endringer som løser situasjonen.

I NOU 2003: 31 Retten til et liv uten vold punkt 8.4.7 står det at i saker der en far nekter et barn å bli undersøkt eller underlagt medisinsk behandling fordi undersøkelsen av barnet kan avsløre fars voldsutøvelse, foreligger det klart motstridende interesser mellom far og barn. I slike tilfeller antas det at man kan oppnevne en setteverge som kan beslutte at undersøkelse/behandling skal gjennomføres. Barneombudet er imidlertid ikke kjent med at denne ordningen benyttes. En slik ordning vil heller ikke løse de situasjoner der forelderens manglende samtykke ikke bunner i en åpenbar interessekonflikt mellom forelder og barn eller der det er behov for langvarig behandling, eksempelvis behandling på BUP.

Barneombudet får mange henvendelser som tyder på at dagens ordning ikke er god nok. Selv om spørsmålet er vanskelig, vil Ombudet understreke at barn har rett til nødvendig helsehjelp og at det må være mulig å finne en løsning som sikrer barn rett til undersøkelse og

behandling der det er nødvendig samtidig som man ivaretar foreldrenes behov for å være delaktig i sine barns helsespørsmål.

8. Bruk av medisiner

Det foreligger forskning som påviser økt bruk av paracetamol og antibiotika på barn i løpet av de 10 siste år (Lagerløv et.al, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr.12, 2004: 1620 - 3). Den høyeste sykdomshyppigheten og bruk av paracetamol var i aldersgruppen 1 – 2 år. Forskerne kommenterer funnet med at når begge foreldre er yrkesaktive etter endt fødselspermisjon, kan noen føle behov for å gi barnet behandling med paracetamol for å redusere tiden man må være hjemme med barnet.

Etter det Barneombudet kjenner til har det skjedd en økning av bruk av sentralstimulerende medisiner til barn og ungdom med diagnosen ADHD. Det har den senere tid vært satt fokus på dette gjennom media, der svært ulike oppfatninger har kommet til uttrykk.

Barneombudet har ikke tatt standpunkt til hvorvidt økt bruk av ulike typer medisiner er heldig eller ikke. Ombudet mener imidlertid det kunne være hensiktsmessig å sette fokus på medisiner av barn i en nasjonal helseplan nettopp for å få økt bevissthet og kunnskap om dette viktige feltet.

9. Barn som pårørende

Høringsnotatet trekker fram pårørende som sentrale i pasienters videre utvikling. Pårørende har også en rolle i seg selv, med egne behov for å bli ivaretatt.

Barn som pårørende, enten foreldrene har en psykisk eller fysisk sykdom, er i en spesielt sårbar situasjon. Samtidig vet vi at denne gruppen pårørende har vært særlig forsømt. Dette har bl.a. kommet fram i en rapport utarbeidet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør for Barne- og likestillingsdepartementet.

For at et barn skal kunne takle en forelders sykdom, har barnet behov for et minimum av informasjon om situasjonen. Videre har de behov for å bli sett og møtt på en god og omsorgsfull måte. Normalt blir dette tatt hånd om av forelderen selv eller andre i familien, med bistand fra helsepersonell.

Det er imidlertid dessverre slik at barn ikke alltid blir tilstrekkelig ivaretatt i disse situasjonene. Det kan for eksempel være at barna ikke får den informasjon som er nødvendig for at de skal forstå hva som skjer, eller de kan føle seg oversett i kontakt med helsevesenet. Det kan derfor stilles spørsmål ved om foreldre bør ha plikt til å gi barn informasjon som er nødvendig for at barna skal forstå og takle foreldrenes sykdom. Det motsatte vil være at den syke forelderen fritt kan velge å holde tilbake informasjon fra barn som er modne nok til å håndtere informasjonen, til tross for at dette ikke vil være til barnets beste og vanskeliggjøre barnets håndtering av foreldrenes sykdom.

Det kan videre reises spørsmål ved i hvilken grad foreldre bør ha en plikt til å informere den andre forelderen om forhold som er av avgjørende betydning for at denne forelderen skal kunne gi barna forsvarlig omsorg. Dette er særlig aktuelt der foreldrene ikke bor sammen. Videre finnes det eksempler der syke foreldre som er i konflikt med den andre forelderen ikke gir nødvendig informasjon om sin sykdom til barna fordi de frykter at barna vil fortelle dette videre til den andre forelderen. Her settes dermed barnets behov tilside for foreldrenes ønske om at den andre forelderen ikke skal få vite.

Det er etter Barneombudets oppfatning behov for å se nærmere på hvordan barn kan bli bedre ivaretatt som pårørende generelt - og særlig i de situasjonene der pasienten vanskeliggjør oppfølging av barna.

Barn bør anerkjennes som pårørende (nærstående) til sine foreldre. Det betyr ikke at barn bør ha samme pårørendestilling som voksne, med det ansvar og kompetanse som følger en slik posisjon. Det bør imidlertid tydeliggjøres i lovverket at barn også har en rolle som pårørende, med bl.a. behov for informasjon.

Videre må det foreligge systemer som sikrer at barn blir fulgt opp i akutsituasjoner, for eksempel dersom en forelder akutt legges inn i psykiatrien. Det betyr at helsepersonellet må ha plikt til å forhøre seg om pasienter som blir innlagt har barn og forsikre seg om at noen tar vare på barna, evt. kontakte barnevernet dersom man er i tvil om det blir gjort. Barneombudets inntrykk er at dette ikke fungerer optimalt i dag.

Det bør også vurderes å gi helsepersonell et lovfestet ansvar for å se til at barna fikk helt avgjørende informasjon og oppfølging, uavhengig av hva den syke forelderen mente, dersom dette ble ansett som viktig for barnet.

Barneombudet er kjent med at det er i ferd med å utarbeides en veileder til tjenesteapparatet for å ivareta barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. Det er veldig positivt. En slik veileder kan være ett skritt på veien for å gjøre situasjonen for disse barna bedre. Tilsvarende veiledere bør lages for tjenesteapparatet som jobber med foreldre med somatiske sykdommer.

10. Skolemåltid

Innføringen av skolemåltid, har vært Barneombudets hovedfokus når det gjelder kosthold for barn og unge.

Barneombudet tror og mener at ved å gi alle elever et godt, delikat og næringsrikt måltid i løpet av skoledagen, vil vi bidra til å skape bedre bevissthet rundt "riktig" mat, gi grunnlaget for et bedre kosthold og bedre helse. Samtidig vil vi få økt konsentrasjonen i løpet av skoledagen. Barneombudet mener at skolemåltidet på lengre sikt, vil kunne bidra til å redusere helseplager knyttet til dårlige matvaner.

Erfaringer fra Finland viser at finske barn har lært hva en sunn tallerken mat skal inneholde. De vet hvordan å legge opp tallerkenen slik at den blir næringsrik. Gjennom informasjon og merking knyttet til maten, vet de hvor maten kommer fra, og hvordan den er blitt til. Maten er dessuten kortreist, styrt sentralt og utført lokalt fra storkjøkken eller andre lokale løsninger. Barneombudet mener dette er en modell å etterfølge, både pedagogisk, økonomisk og ernæringsmessig. Her får vi støtte av Bondelaget.

Skolemåltidet må være gratis, det er en forutsetning. Et gratis måltid vil hindre sosiale forskjeller, som vi ser at den eksisterende betalt frukt- og grønt ordningen og melkeordningen allerede skaper. De som kanskje trenger det mest, deltar ikke.

Maten i et skolemåltid må være delikat slik at elevene ønsker å spise den, ellers har den ingen funksjon. Varm eller kald mat har ikke Barneombudets tatt stilling til, annet enn at vi vet at varm mat er lettere å variere.

Barneombudet håper at med skolemåltidet vil de som ikke har med seg mat få et tilbud utover boller fra nærmeste kiosk. Frisk, delikat og smakfull mat vil forhåpentligvis erstatte den

matpakka som havner i søppelet. Skoleelever ønsker lunsjen som en sosial setting, vekk fra arbeidspulten med et godt og variert tilbud, slik lunsjen har blitt etablert på arbeidsplassen.

11. Nyfødt intensiv

Barneombudet har fått opplyst at sykehusene i dag normalt er slik utformet at premature og mødre skilles fra fødselen. Barnet blir liggende på nyfødtintensiv mens mor blir overført til barsel. Deretter må mor dra hjem og kun komme på besøk. Nyfødtavdelinger har frem til nå **ikke** vært utformet med tanke på at foreldrene skal være hos barna sine hele døgnet.

Det er av stor betydning både for foreldre og barn å få være sammen hele døgnet etter fødsel. Det burde derfor tilrettelegges på alle sykehus for at foreldre med premature kan bo på sykehuset slik at de kan være sammen med barnet sitt hele døgnet. Dette bør det på sikt legges til rette for på alle sykehus. Det bør uansett tas hensyn til dette ved bygging av nye sykehus.

12. Oppsummering:

- Barn bør gis et eget kapittel i den nasjonale helseplanen
- Det er behov for en samlet oversikt over helseplager som knytter seg til belastninger og problemer barn og ungdom kan ha i familien.
- Det bør ses nærmere på sammenhengen mellom foreldres jobbsituasjon og barns helse.
- Det bør vurderes om det er behov for å se nærmere på spesielle forhold knyttet til helse og barn med flerkulturell bakgrunn.
- Det må snarest utarbeides en plan for å ruste opp lokale helsetjenester som skolehelsetjenesten
- Det må settes et særlig fokus på samhandling med helsetjenesten og andre etater.
- PP-tjenesten må gis tilstrekkelig midler
- Det må utarbeides flere lavterskeltilbud til barn, eksempelvis samtalegrupper for barn med skilte foreldre.
- Det bør utarbeides en ordning som sikrer at barn med behov for undersøkelse og behandling får dette i de tilfeller der det er nødvendig til tross for at én med foreldreansvar ikke samtykker, samtidig som man ivaretar foreldrenes behov for å være delaktig i sine barns helsespørsmål.
- Barn og bruk av medisiner er et viktig tema som det bør settes fokus på i helseplanen.
- Det er behov for å se nærmere på hvordan barn kan bli bedre ivaretatt som pårørende generelt, og særlig i de situasjoner der pasienten vanskeliggjør oppfølging av barna.
- Det bør innføres et gratis måltid i skolen.
- Det bør legges bedre til rette for at foreldre med premature barn på sykehus kan være sammen med barnet sitt hele døgnet.

Med vennlig hilsen

Knut Haanes
nestleder

Frøydis Heyerdahl
rådgiver