

Vi viser til høringsbrev fra Helse og omsorgsdepartementet om endring av forskrift av 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med høringsfrist 20.02.20.

Dere henviser til en «*fragmentert og søyleorganisert helse- og omsorgstjeneste med for lite koordinering mellom tjenestene*», samt «*et manglende eller vanskelig tilgjengelig lavterskel helsetilbud for behandling og oppfølging av lettere psykiske og somatiske tilstander*». Dette ønsker HOD å løse med en endring av forskrift slik at helsestasjons- og skolehelsetjenesten **kan gi nødvendig behandling og oppfølging av lettere psykiske og somatiske tilstander**.

Vi synes det er uklart hva HOD definerer eller mener med lettere psykiske og fysiske tilstander, men slik vi forstår det har vi følgende innspill til høringen:

I helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber vi primært helsefremmende og forebyggende. I den forbindelse avdekker vi en del som krever oppfølging eller behandling. Vi gir allerede noe behandling når det er mest hensiktsmessig å løse problemet på lavest mulig nivå og ressursene strekker til. Men det gjøres en individuell vurdering hver gang ut fra hva man har kapasitet, kompetanse, utstyr og ressurser til å tilby og hva som bør henvises videre. Vi har lovpålagte helsefremmende og forebyggende oppgaver som må prioriteres i tjenesten.

Se Helsedirektoratets veileder for tjenestens lovpålagte oppgaver:

Helsedirektoratet: Nasjonalfaglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>

Helsedirektoratet: Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

I tillegg avgjør kommuneøkonomien og tilskuddsmidler hvor mye ressurser vi har i tjenesten.

Forslaget til endring av forskrift frarådes av Forebyggende helsetjenester i Ås kommune på følgende grunnlag:

I praksis ser vi for oss at det dere beskriver som «muligheter» raskt vil bli «må-oppgaver». Det kan skape krav og forventinger hos samarbeidspartnere i helse og omsorgstjenesten, samt økt behov for kompetanseheving i tjenesten.

Vi frykter endringen kan skape en dreining fra forebyggende til behandlende tjeneste. Behandling er mer tid- og ressurskrevende og rettet mot enkeltindividet. Ved forebyggende arbeid når man flere av gangen ved. f.eks. veiledningsgrupper, undervisning i klasser/foreldremøter. Å sitte med familier/brukere over tid, i stedet for å henvise de videre, vil ta av tiden til lovpålagte forebyggende og helsefremmende oppgaver. Endringen kan føre til at man ikke finner eller avdekker; tidlig utviklingsavvik, rus og psykisk helse, vold, overgrep, omsorgssvikt, selvskading, elever møter en lukket dør og foreldrene må vente lenger på konsultasjoner på helsestasjonen. Man får mindre tilgjengelig helsesykepleier fordi hun/han sitter opptatt med oppfølgingstimer med behandling/støttesamtaler/koordinering av andre tjenester. I praksis er dette et mindre tilgjengelig lavterskeltilbud.

Pr. dags dato sitter vi med støttesamtaler inntil brukerne får time på BUP, DPS etc. men har begrenset kapasitet til å sitte med de lengre enn dette uten at det går ut over de andre brukerne. Vår tjeneste skal tilby det samme tilbudet til alle barn og deres familier. Det er ikke nødvendigvis slik at de som har mest utfordringer og behov er de som oppsøker oss mest. Når vi bruker mer tid på noen må vi skyve på innkallelser til andre som vi også har en lovpålagt oppgave ovenfor.

I høringsnotatet vurderer HOD at det *«ikke medfører økte kostnader for kommunen.»*

Forebyggende helsetjenester mener at en endring av forskrift i praksis vil påføre oss mer arbeid uten økte ressurser.

Ikke alle kommuner får tilskuddsmidler når det søkes om dette og ikke alle kommuner følger anbefalte normtall ved ansettelse av helsesykepleiere. Vi frykter dette vil gi ulikt tilbud i de ulike kommunene, ut fra kommuneøkonomien. Dette vil igjen føre til et vanskelig tilgjengelig lavterskeltilbud for brukerne, som vil variere fra hvilken kommune man bor i.

Vi stiller spørsmålsteget ved å fremme et forslag om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan gi nødvendig behandling og oppfølging av lettere psykiske og somatiske tilstander, samtidig som det presiseres at vi ikke skal gå utover den faglige forsvarligheten. Hvem skal avgjøre hva vi skal kunne behandle og ikke? Hva defineres som lettere psykiske og fysiske tilstander? Vi forstår det slik at hvis det skal ha noe relevans så må vi behandle mer enn det vi gjør i dag. Derfor anser vi det som nødvendig å måtte heve kompetansenivået til de som skal utføre tjenesten. Dette vil kreve mer ressurser eller endret utdanningsforløp med økt forskrivningsrett og henvisningsrett til helsesykepleiere.

Vårt forslag til å møte utfordringene:

-øremerkede midler til psykiskhelsetilbud/ team i kommunen tilknyttet helsestasjonen. (I Ås kommune kaller vi dette Familieteam). Lavterskeltilbud til familier og elever/ungdommer som strever psykisk.

-øremerkede midler til å ansette 100 % kommunepsykolog tilknyttet helsestasjon- og skolehelsetjenesten, gjerne tilknyttet team som nevnt over. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lovpålagt å samarbeide med psykolog og kommunenes øvrige psykiske helsetjenester.

- styrke BUP og DPS slik at ventetiden går ned og de har ressurser til å delta på tverrfaglige team, ansvarsgrupper, samarbeidsgrupper etc. i kommunen. Dette for å sikre en mindre fragmentert oppfølging av brukeren som trenger hjelp på «høyt» og «lavt» nivå.

-øremerkede midler til å ansette en 100% fysioterapi stilling knyttet til helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

-øremerkede midler til flere fastlegehjemler i kommunene. Dette er riktig og mest kompetente lavterskeltilbud for behandling og utredning av somatiske tilstander med riktig utstyr, henvisningsmuligheter og forskrivningsrett. Helsestasjons og skolehelsetjenesten har allerede et lovpålagt samarbeid med fastlegene.

-sikre at alle kommunene har en overordnet koordinerende enhet som fordeler koordinatrollene ut i fra hvilken «hjelper» familien har mest kontakt med, og ut fra hva familien/brukeren trenger.

Dette for å sikre et helhetlig og et mindre fragmentert tilbud til brukerne. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har allerede et lovpålagt samarbeid med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

-Utvidet henvisningsrett for helsesykepleiere slik at de kan henvise BUP.

-Øremerkede midler til foreldreveiledningskurs i fra svangerskap til småbarnsperioden.

Med vennlig hilsen

Kim Christophersen, Enhetsleder, Forebyggende helsetjenester, Ås kommune

Katrine Flinder, Avdelingsleder, Forebyggende helsetjenester, Ås kommune

Kjersti M. Kvarving, Fagleder, Forebyggende helsetjenester, Ås kommune