

Til Barne- og likestillingsdepartementet  
Postboks 8036 Dep  
0030 OSLO



Oslo, 1. september 2010  
Vår ref: 744/3900/2010 AS/hs

## **HØRING - NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt.**

### **Innstilling fra utvalg for bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge**

Utvalget gir en god beskrivelse av oppgaver og ansvarsdeling, samhandling i tjenester, taushetsplikt og sentrale utfordringer.

Vi mener fokuset på *tidlig* og *samordnt* innsats, slik det er beskrevet i utredningens kapittel fem, er vesentlige for å fremme livsvilkår for barn og unge, å skape et godt tilbud for dem med sammensatte behov for hjelp.

#### **Kapittel 6.2. Koordinerende instans**

Individuell plan er etablert som verktøy for samordning av tiltak og bør videreutvikles. Vi støtter derfor utvalget i at individuell plan er et verktøy som kan bidra til bedre samordning av tiltak. Vi mener også det er grunn til å vurdere om koordineringsfunksjonen kan styrkes gjennom forskriftsfesting av denne som et kommunalt ansvar. Nærhet og kontinuitet er viktig. Det er kommunen som i størst grad kan ivareta dette.

Våre medlemmer erfarer at det er en risiko at en koordinator for individuell plan ikke har tilstrekkelig autoritet og myndighet slik at planen blir et effektivt og dynamisk verktøy for et helhetlig og sammenhengende tilbud til brukeren. Det bør i arbeidet med en forskriftsfesting vurderes hvordan dette kan sikres. En koordinatorfunksjon må være tillagt en person i den enkeltes tiltaksapparat for å unngå at denne funksjonen blir en anledning til ansvarsfraskrivelse blant aktører og behandlere involvert i hvert enkelt tilfelle. Det bør bl.a. vurderes hvordan denne funksjonen skal sees i sammenheng med *fastlegens ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling* (jf Forskrift om fastlegeordning i kommunen, § 7).

Ved å hjemle individuell plan også i Barnehage- og Opplæringslov vil det bli en bedret sammenheng mellom individuelle opplæringsplaner og de mer overgripende individuelle planer. Det vil likevel være nødvendig å presisere retten til individuell plan, slik at denne retten ikke utvannes gjennom at "alle" skal ha en individuell plan. Dette har vært et problem i forhold til individuell opplæringsplan og retten til spesialundervisning.

Norsk Psykologforening mener det i tillegg til å utvikle verktøy som fremmer brukermedvirkning og koordinering, bør arbeides for størst mulig grad av samlokalisering av ulike tjenester. Det finnes lokale legesentre som er utviklet til å bli tverrfaglige helsesentre. I Australia er det vist at samlokalisering av lege og psykolog medfører mer effektiv hjelp til dem med psykiske plager,

medikamentforbruket sank og allmennlegen ble mindre belastet . I Trondheim har Sjøsidens legesenter blitt til Sjøsidens Familiesenter med fastlege, psykolog, pedagog, helsesøster m.m. Både Legeforeningen og Psykologforeningen støtter dette prosjektet.

På barnefeltet finnes [gode](#) eksempler på at etablering av familiesentre/familiens hus virker samarbeidsfremmende. Vanligvis har det vært vanskelig å få fastlegene med i slikt samarbeid.

### **Kapittel 6.3 Bedre tilgang til psykisk helsehjelp der barn/unge bor**

Norsk Psykologforening støtter utvalget i at det er nødvendig å etablere tilgang til psykisk helsehjelp der barn og unge bor. Hjelpen må ytes så tidlig som mulig og være tilstrekkelig kompetent til å drive adekvat kartlegging, forebygging, utredning og behandling i tråd med LEON-prinsippet. Slik Norsk Psykologforening ser det er psykologer en nødvendig personellgruppe i kommunale tjenester dersom dette skal sikres.

#### **Forslag om lovfesting av psykisk helsearbeid i kommunehelseslov**

Til tross for Opptrappingsplanen for psykisk helse og de nye stimulerings tiltakene for å rekruttere psykologer til kommunene, er kommunen en usikker tilbyder av nødvendig psykisk helsehjelp. Det er flere eksempler på kommuner som har foreslått kutt i det psykiske helsearbeidet. Dette gjelder også psykologers tilbud til befolkningen. Dette skjedde når de statlige øremerkede midlene til psykisk helse opphørte. Flere av våre medlemmer har rapportert om at deres nye stillinger i kommunen som er etablert gjennom tilskuddsmidlene, kun vil videreføres så lenge den statlige stimuleringsordningen varer ved. ([Se dessuten Helsedirektoratets rundspørring til fylkesmennene, 14.12.09.](#)) Det er derfor helt nødvendig at det sikres en lovfesting av psykisk helsehjelp i kommunen, og at psykologer lov - eller forskriftsfestes som en nødvendig personellgruppe. Behovet for å lovfeste psykisk helsehjelp på like linje med somatisk helsehjelp understøttes av de omfattende folkehelseutfordringer på dette området som er dokumentert av Folkehelseinstituttet (2009). Foreningen støtter derfor utvalgets forslag om å lovfeste psykisk helsehjelp i kommunehelsesloven, og forventer at regjeringen legger frem forslag om dette i den nye kommunale helse- og omsorgsloven som skal legges frem allerede 1. oktober 2010.

#### **Øremerket finansiering**

Det er lite realistisk å forvente utbygging av et stabilt psykologisk lavterskeltilbud for befolkningen i hele landet uten forankring i lov og uten en målrettet finansieringsordning. Vi mener det er nødvendig å sørge for en finansieringsordning for psykologer i kommunale allmennhelsetjenester på linje med lege- og fysioterapitjenester. Midlertidige stimuleringsstilskudd, eller øremerket tilskudd som del av en opptrappingsplan vil ikke ha ønsket effekt over tid. Dette gir ustabile vilkår, og vil ikke sikre lik tilgang til nødvendig psykisk helsehjelp i hele landet.

Helsedirektoratets foreslo i 2008 å utrede en finansieringsordning (IS-1565 Psykologer i kommunene). Dette bør igangsettes raskt. Det haster med å etablere ordninger som sikrer at det som nå bygges opp gjennom statlige stimuleringsstilskudd, ikke forsvinner sammen med stimuleringsstilskuddet om få år.

En varig finansieringsordning må sikre at nødvendig forebygging og tverrfaglig arbeid vil finne sted, samtidig med at effektive korttidsbehandlinger og god oppfølging av utsatte personer med behov for kompetent hjelp over tid, stimuleres.

## **Opptrappingsplan for psykologer i kommunen**

Psykologforeningen mener det er viktig å se behovet for å etablere psykologtjenester i kommunene i sammenheng med behovet hele befolkningen har for psykisk helsehjelp med lav terskel. Både barn og unge, voksne og eldre har udekkede behov på området (Folkehelseinstituttet 2009). Erfaringen i mange kommuner som har etablert en psykologtjeneste /psykisk helsetjeneste for barn og unge er at det i svært mange tilfeller der barn og unge sliter, også er foreldre som sliter, uten å oppfylle diagnostiske kriterier for hjelp i spesialisthelsetjenesten.

Nødvendig rekruttering av psykologer til kommunalt psykisk helsearbeid bør sees i sammenheng med behovet for å styrke forebygging, tidlig hjelp og helhetlig oppfølging av utsatte barn og unge, voksne og eldre.

### **Kapittel 6.4 Tidlig innsats**

Vi støtter forslaget om å innføre nasjonale kartleggingsrutiner, basert på observasjoner fra de som kjenner barnet best. Vurdering i et normalmiljø (hjemme eller i barnehage/skole) er en viktig hovedinnsats når sosial-, emosjonell og atferdsmessig utvikling skal vurderes. Vi mener det likevel er grunn til å nyansere dette forslaget:

For det første er det ikke etisk forsvarlig å gjennomføre kartlegging dersom det ikke er tilgjengelig kompetanse og kapasitet til å iverksette intervensjoner. Tjenestetilbudet må være på plass før kartleggingen starter. Det er nødvendig å kartlegge barnets utvikling bredt, men minst like viktig å kartlegge risiko- og beskyttelsesfaktorer i barnets familie og sosial nettverk.

Videre mener vi at *vurdering av kartleggingsresultater*, og samtale med barn og familie om disse, bør gjennomføres i tverrfaglig samarbeid med personell med spesifikk kompetanse. Dette bør imidlertid skje i nært samarbeid med barnehage og skole – og evt. andre relevante instanser der foreldre gir sitt samtykke til dette. Psykologenes kompetanse vil i tillegg til medisinsk og pedagogisk kompetanse i kommunen være viktig og nødvendig i vurderingsarbeidet og som en del av tilbudet som bør være tilgjengelige ved avdekking av psykiske og psykososiale problemer.

Det er en utfordring hvem som skal ha kartleggingsresultatene i en segregert modell som i dag – fastlege, helsestasjon, barnevern eller PPT – eller en ny psykisk helsetjeneste? Og hvem skal ha ansvaret for oppfølging og hjelp når hjelpebehovet er sammensatt? Dette burde vært beskrevet tydeligere, igjen også med mulige tverrfaglige organiseringer av oppfølgingsansvar.

### **Kapittel 6.5 Sammenslåing av barnevern og psykisk helsevern for barn og unge**

Barn og unge bør ikke bli kasteballer mellom ulike tjenester og institusjoners ansvarsområder og ansvarsfraskrivelser slik situasjonen synes å være i for mange tilfeller i dag.

Flatø-utvalget har foreslått noen løsninger på samarbeidsproblemer mellom BUP og Barnevern. Forslagene fremstår uhensiktsmessige og utilstrekkelig utredet. De ulike tjenesters samfunnsoppdrag sammenblandes på en uheldig måte. Forslaget tar heller ikke hensyn til utviklingen i tilbudet til barn og unge i psykisk helsevern, i retning av mer behandling i hjemmet, i nærmiljø, eller at alle er pålagt å ha ambulante team. Det er faglig begrunnet både nasjonalt og internasjonalt at behandling til barn og unge i størst mulig grad bør skje uten innleggelse.

## **Felles institusjoner**

Utvalget har ikke godgjort at dette er den beste måten å løse problemet på. En slik løsning krever omfattende utredning og avklaring av de ulike lovverkens status i forhold til hverandre.

Det er dessuten viktig å skille mellom alles rett til egen bolig der barn og unge sikres en trygg bosituasjon med potensial for egenutvikling og modning. En barnevernsinstitusjon er barnets bolig. Denne retten må alltid gjelde også når en er innlagt på sykehus som en institusjonsplass i psykisk helsevern er. Retten til nødvendig helsehjelp fra psykisk helsevern er også en rett som må sikres alle som vurderes etter gjeldende regelverk. Alle barn har rett til behandling i BUP dersom de har behov for det, uansett bosituasjon. Dermed må barnevernet sikre kvalitativt gode nok hjem/bolig til barn under barnevernets omsorg – noe som ofte vil kreve betydelige menneskelige og faglige ressurser for å lykkes.

Kommunene må betale en betydelig egenandel ved plassering i statlige barnevernsinstitusjoner, mens plassering i helseforetak ikke koster noe. Dette kan bli en motivasjonsfaktor for sammenslåing som må unngås.

## **Fylkesnemnda kan fatte vedtak om plassering i institusjonsplass i psykisk helsevern**

Norsk Psykologforening vil fraråde et slikt forslag, og viser her blant annet til merknaden fra utvalgets mindretall. Lovverksmessig og rettsikkerhetsmessig vil dette medføre klare, viktige og uløste problemstillinger, i tillegg til at det ikke vil være mulig eller hensiktsmessig å bemanne fylkesnemnda med tilstrekkelig kompetanse til å fatte et slikt vedtak. En sengeplass i psykisk helsevern er ikke et botilbud over tid til utsatte barn og unge, men plasser som er ment å tas i bruk der det er behandlingssmessig indisert behov for det.

## **Tvisteløsningsorgan**

Etter vårt syn er det vanskelig å se hvordan en skal kunne sette sammen et slikt organ for å ivareta den sentrale, faglige vurderingen som må være tilstede dersom organet skal kunne treffe tilnærmet riktige, faglig beslutninger. I tillegg vil saksbehandlingstiden by på utfordringer. I dag løses uenigheter ved dialog mellom etatene, en ordning som bør fortsette. Det kan være behov for å vurdere tiltak for å sikre at de ulike tjenestene har en klar forståelse av sitt samfunnsoppdrag og pålegges å utvikle samarbeidsrutiner og løsninger i saker der det systematisk forekommer svikt. I dette arbeidet vil det være viktig å samarbeide med bruker- og pårørendeorganisasjoner og kommunale etater som kan bidra til at det utvikles formålstjenelige rutiner som sikrer en best mulig sammenheng for dem det gjelder.

## **Kapittel 6.7 Samordning av lovverk**

Det er naturlig å tenke at en samordning av lovverk kan føre til et mer samordnet tjenestetilbud. Samtidig kan det å arbeide etter ulikt lovverk klargjøre de ulike rollene ulike hjelpere innehar. Vi mener det er riktig at alle tilbys én dør inn i hjelpeapparatet, og at det innenfor døra skjer en koordinering.

Det er derfor bra at utvalget ikke foreslår en sammenslåing av alle de kommunale tjenestene under samme lovverk. Skole, barnehage og PP-tjeneste dreier seg om pedagogiske tiltak, og hører naturlig sammen under Barnehage- og Opplæringslovene. Helseundersøkelser, behandling og sosiale tjenester kan lett sees som et allment tilgjengelig tjenestetilbud basert på den enkeltes ønske om bistand. Mange av barnevernets hjelpetiltak kan også sees på linje med disse. Barnevernet har imidlertid også undersøkelsesplikt og muligheter for tvangsvedtak mot brukerens eller foreldres vilje.

Vi anser derfor at Barnevernsloven ikke bør inngå i et felles kommunalt sosial- og helselovverk. Eventuelt kan deler av Barnevernslovens hjelpetiltak legges inn i et felles lovverk, mens undersøkelses- og omsorgsovertakelsesdelene beholdes i en egen lov.

Både samlivsproblemer, og i særlig grad samværsproblemer, er i høy grad relevant for barns og unges psykiske helse. Det er i dag overlappende ansvar mellom det kommunale hjelpeapparatet og det statlige familievernnet i forhold til barn som lever med konflikter mellom foreldre, enten disse lever sammen eller hver for seg. Vi har i dag nok kunnskap til å si at dette er en vesentlig risikofaktor for psykisk uhelse og sosiale vansker. Dette er hyppig forekommende familievansker som ofte bør behandles der folk bor. Vi mener det derfor bør vurderes om Lov om Familievern bør tas med i en slik samordning.

## **Kapittel 6.8 Taushetsplikt**

Våre medlemmer rapporterer om et behov for at det utvikles et kvalitetssikret og standardisert skjema som kan benyttes til å innhente *informert* samtykke. Dette bør utvikles straks og uten å avvente en omfattende gjennomgang av lovverk, rettsoppfatninger og hvordan dette gjennomføres i praksis. Det grunnleggende prinsippet for utveksling av konfidensiell informasjon bør skje i samråd med brukerne.

## **Kapittel 6.9 Finansieringsordninger**

De største samarbeidsutfordringene i kommunen finner vi i forholdet til fastlegene, og det er svært ulike erfaringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Begge instanser er lite tilgjengelige for drøftinger på telefon, det er manglende systemer for sikker elektronisk kommunikasjon, og det er sjelden møter eller felles konsultasjoner med disse instansene. Problemet er ikke alltid at det ikke finnes refusjonstakster for samarbeid med fastlegene, men at samarbeid tar mer tid enn enkeltkonsultasjoner. Når det da er stor etterspørsel etter vanlige konsultasjoner og de samtidig betales bedre i forhold til tidsbruk, er det vanskelig å få til samarbeid. En gjennomgang av finansieringssystemet for både fastleger og psykisk helsevern for barn og unge kan derfor bidra til en forbedring av samarbeid.

Vi støtter utvalgets punkt 6.9.4 om å gjennomgå de polikliniske refusjonstakstene for å vurdere uheldige vridningseffekter i forhold til nødvendig samarbeid med andre tjenester. Det er ikke bare taksten i seg selv (kronebeløp) det er viktig å se nærmere på. For tjenesten er det viktig at det blir satt takst på ønsket virksomhet da denne aktiviteten telles opp og blir styringsindikatorer som tjenesten måles på innad i helseforetaket. Det er i dette lys bedre med en lav refusjonstakst som gir aktivitetsmessig uttelling, enn høyere takst som gir få tiltak.

## **Kapittel 6.10 Henvisning av barn og unge til spesialist helsetjenesten**

Psykologer i kommunal tjeneste og privatpraktiserende psykologer med og uten avtale opplever ofte at de gjør utredninger og vurderinger som legges til grunn når fastleger henviser til BUP. Det er i disse tilfellene kompliserende for brukeren at det er fastlegen som må foreta den formelle henvisningen. For psykologene innebærer dette at de mister muligheten til å bidra til helhetlig oppfølging av den det gjelder. Enten det er et avslag i BUP, behov for nye opplysninger, samarbeid eller epikriser, vanskeliggjøres samarbeid når henvisende instans/fastlegen ikke er (eller ikke oppleves som) en naturlig del av behandlingsskjeden.

Vi mener imidlertid at forslag om å gi henvisningsrett både til psykologer, PP-tjenesten og til helsesøstre avdekker at det er svært uklart hvilke kriterier som skal ligge til grunn for å ha henvisningskompetanse eller henvisningsrett. Utvalgets forslag er en sammenblanding av tjeneste og profesjon, og det legges ikke til grunn faglige forsvarlige vurderinger av hvorvidt noen har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten eller ikke.

Psykologforeningens vurdering er at utvalgets forslag løsriver henvisningsretten fra diagnostisk kompetanse og dermed også fra kravet om faglig forsvarlighet. Det vil kunne føre til høyst varierende kvalitet på henvisningene til BUP; noe som i neste omgang kan medføre avslag fra BUP og forringe brukerens mulighet til å få innfridd retten til nødvendig helsehjelp. Erfaringsmessig vil psykologer som en del av kommunal psykisk helsearbeid bidra til høyere grad av riktige henvisninger, og færre som avvises i BUP.

Lege og psykolog har diagnostisk kompetanse og begge disse helsepersonellgruppene bør ha henvisningsrett. Ved at kommunene tilføres psykologkompetanse som har nært samarbeid med allmennlegetjenestene og de andre kommunale tjenestene, vil behovet for gode henvisninger kunne løses ved at lege eller psykolog alltid skal inn i saken før henvisning til BUP. Dette sikrer forsvarlighet og at hjelpen blir gitt på riktig tjenestenivå og vil bidra til at kommunale tjenester samarbeider bedre.

### ***Økonomiske og administrative konsekvenser***

Vi mener at mange av forslagene kan bidra til samfunnsmessige besparelser på sikt, men det vil være et stort behov for å tilføre kommunene ressurser dersom forslagene vedtas. Forslagene fra utvalget vil gi betydelige økonomiske og administrative konsekvenser gjennom lovendringer, behov for organisatoriske endringer og heving av den kommunale kompetansen.

Med vennlig hilsen  
Norsk Psykologforening



Tor Levin Hofgaard  
President