



Helse- og omsorgskomiteen

09.10.19

Emne: Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse

Vi ønsker en sterkere forpliktelse til en reell opptrapping med en sterk statlig styring og statlig forpliktelse overfor det enkelte barn. En opptrappingsplan bør være gjennomgående og hardtslående med en økonomisk forpliktelse over år, slik som blant annet den forrige opptrappingsplanen på psykisk helse var. Vedtaket fra Stortinget angående denne planen sier at det skal være en *økonomisk forpliktende* opptrappingsplan (jmfør vedtak nr. 108.54, 5 desember 2016). Et av våre hovedspørsmål er hvordan en kan sikre at kommunene følger opp intensjonene i opptrappingsplanen, når mye av planen bygger på tilskuddsordninger og pilotprosjekter blant annet?

Forebyggende arbeid i kommunen

60% av landets kommuner rapporterer at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet, og kun 32 prosent oppgir at dette var blant områdene der kommunene hadde iverksatt flest tiltak.¹ Dette illustrerer en tydelig diskrepans mellom problem og innsats. Videre rapporterte kommunene at de mangler kunnskap om hva som virker, og at de mangler tiltak og verktøy. Et av regjeringens svar på dette i opptrappingsplanen er folkehelseprogrammet.

I følge opptrappingsplanen skal barn og unge være en prioritert målgruppe i folkehelseprogrammet, og kommunene skal selv utvikle forslag til hvordan barn og unges psykiske helse og livskvalitet kan styrkes. Dette betyr at ansvaret i hovedsak ligger hos kommunen for å utvikle tiltak og sikre en reell opptrapping. Vi etterspør systematikk i måten programmet er lagt opp på. Lokalpolitikk kan ikke avgjøre hvorvidt barna får den hjelpen de trenger. Barnas nedfelte rettigheter må avgjøre at de får hjelp, og vi må unngå situasjoner der disse rettighetene kan krenkes av en kommunal prioritering.

Barn som lever i vedvarende fattigdom

I opptrappingsplanen står det at mye av grunnen til økningen i barnefattigdom også i familier som ikke er av innvandrerbakgrunn skyldes at barn i lavinntektsgruppen bare har én forsørger. Dette er en faktor som utgjør en del av helheten, men ved å fremheve det som forklaringsmodell så viser man ikke til hele bildet. Det at forskjellene øker og at barnetrygdens realverdi ikke har steget i takt med prisnivået er vel så viktige forklaringsfaktorer.

Tiltakene som adresserer barnefattigdom er i hovedsak lindrende fremfor forebyggende. Det er foreldrenes inntekt som er årsaken til barnefattigdom. Vi etterspør et mer målrettet fokus på å hjelpe foreldrene til å komme i posisjon til å forbedre inntektsgrunnlaget for at barna skal unngå problemene og marginaliseringsrisikoen som kommer med det å vokse opp i en lavinntektsfamilie. Videre etterspør vi en forpliktelse til å øke barnetrygden, i samsvar med Fagrådet for sosial ulikhet i helse sin [anbefaling](#).

Vi trenger en mer holistisk tilnærming til feltet, som også tar innover seg den enorme risikoen for psykisk uhelse knyttet til fattigdom. Vi etterspør en tydeligere satsning på de bakenforliggende årsakene til barnefattigdom. Det er de universelle tiltakene som har størst effekt på den sosiale gradienten i helse og dermed på folkehelsen i sin helhet.

¹ S. 12 i opptrappingsplanen

Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hvirle Ørn, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse - LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Norsk Tourette Forening, Rådgiving om spiseforsrynneser, Spiseforsrynneseforeningen, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Kirkens Sosialjeneste, Norges Røde Kors, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen (FO), Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Høgskolen i Sørøst-Norge, NTNU - Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Agder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Behandlingstilbud

Stortinget har vedtatt at kurative tiltak er en del av det denne opptrappingsplanen skal adressere. Videre står det i selve planen at «*at de som trenger det skal få et godt behandlingstilbud.*» I det henseende synes vi i Rådet for psykisk helse det er bemerkelsesverdig at flere behandlingsutfordringer ikke er adressert.

Kommunalt nivå

SINTEF sin [rapport](#) på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for 2018 viser at tilbudet til barn og unge med alvorlig problematikk er dårligere enn tilbudet til voksne. Kommunene rapporterer at de mest alvorlige syke barna og ungdommene har det *dårligste* tilbudet². I tillegg, 67% av kommunene vurderer ikke deres tilbud som godt eller svært godt for barn og unge med alvorlige langvarige problemer/lidelser³, noe som viser til et stort gap i behandlingsapparatet vårt. Videre rapporteres det i mange kommuner om et behov for en utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Vi forventer at opptrappingsplanen som et minimum omfatter dette behandlingsgapet. Vi kan ikke akseptere at de mest sårbare barna våre har det dårligste tilbudet. Planen må være klar på en nødvendig utbygging av dette tjenestetilbudet.

Spesialistnivå

Spesielt problematisk er det manglende tilbudet til barn og unge med de alvorligste psykiske lidelsene. I dag er det behandlingposter for ungdom med alvorlige psykiske lidelser i *under halvparten av helseforetakene*⁴. Det er en alvorlig mangel ved planen at denne type statistikk ikke nevnes. Det er en svært sårbar gruppe unge mennesker som ikke får tilstrekkelig spesialisert behandling i dag.

Kapittel fem i planen som adresserer behandlingsapparatet har tre hovedmål: to av målene adresserer brukermedvirkning og et går på kunnskapsbaserte tjenester – mål vi støtter og stiller oss bak. Samtidig er kunnskapsbaserte tjenester ingen garanti på gode tjenester. Forholdene som ligger til grunn er også avgjørende i denne sammenheng. Vi mener at planen må ha et hovedmål om at barn og unge skal få god oppfølging og oppleve sammenhengende tjenester.

Samhandling

I Helse Sør-Øst sin [rapport](#) angående samhandling mellom barnevern og helsetjenestene kommer det frem at det bør etableres spesialiserte tverrfaglige team. Vi etterspør en klar plan på å satse på de spesialiserte tverrfaglige teamene for akkurat denne gruppen.

I overnevnte rapport fra Helse Sør-Øst kommer det også frem at lange ventetider gjør at mange ungdommer ikke samtykker til henvisning, eller har trukket samtykke i ventetiden. De konkluderer med at det er behov for nye henvisningsrutiner og ventetidsordninger. Vi håper regjeringen vil prøve ut nye ventetidsordninger for å sikre at færrest mulig barn og unge faller fra et potensielt behandlingsopplegg grunnet lang ventetid.

Individuell plan er et viktig samhandlingsverktøy. I opptrappingsplanen står det at disse verktøyene må utvikles og tas i bruk i tjenestene. Her har de regionale helseforetakene og relevante kompetansesentre en viktig rolle.»⁵ Videre står det at regjeringen vil legge til rette for dette. Hva slags styring kan vi forvente fra statlig hold for å sikre at IP tas mer i bruk og videreutvikles? Vi etterspør en tydelig plan og styring fra statlig hold for å sikre at slike samhandlingsverktøy tas i bruk.

Helseoppfølging av barn i barnevernet

I tillegg vil vi fremme et forslag angående akuttvedtak. Det bør foreligge et krav om vurdering eller samtale med en psykolog for barnets del dersom det fattes et akuttvedtak. Per dags dato har barnet ved en akutt plassering kun rett på et tilsyn av lege innen det første døgnet (i tillegg til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling). Et akuttvedtak tilsier en krisesituasjon som det er prekärt å tilrettelegge for, i

² S. 53 i opptrappingsplanen

³ SINTEF Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

⁴ <https://www.nrk.no/rogaland/xl/mammas-mareritt-1.14407744>

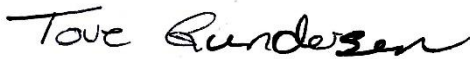
⁵ S. 44

tillegg til at vi må sikre at barnets psykiske helse ivaretas i slike situasjoner. Akuttvedtak er veldig belastende for barnet som blir hentet ut av hjemmet. Det bør også være psykologer tilgjengelig for foreldre innenfor en viss tidsramme i tilknytning til hastevedtaket.

I overnevnte rapport fra Helse Sør-Øst fastslår de «*hvor viktig det nettopp er at ungdommer som plasseres på institusjon får tilgang til psykisk helsehjelp ved plassering, og særlig ved akutt plasseringer i barnevernet. En uavklart situasjon er en god mulighet for å vurdere hvilke behov ungdommen har, både i forhold til omsorg og psykisk helse. I denne perioden vil man kunne utrede muligheter og utfordringer hos ungdommen og i systemene rundt. På denne måten vil man kunne sikre bedre plasseringer videre.*» Noe som igjen understreker viktigheten av en forsterket psykiske helseoppfølging rundt et akuttvedtak. Vi mener at psykologen bør være med i hele prosessen, fra iverksettingen av vedtaket, til uthenting og følge opp barnet i etterkant av vedtaket.

Vennlig hilsen

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen

Generalsekretær