

BarnUnge21 - strategien

Supplerende innspill fra Norsk Sykepleierforbund

Vi viser til vårt innlegg på innspillmøtet 13.oktober (vedlagt), samt møte med arbeidsgruppe 4 som så på *Å bruke forskningsbasert kunnskap i praksis*, i februar-20. Vi viser også til vårt høringssvar til Kunnskapsdepartementet på *Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud – Samarbeid, samordning og barnekoordinator*. Dette høringssvaret er ikke offentlig enda. Vi kan imidlertid si at vi mener forslagene isolert sett er gode, men at de ikke svarer opp kompleksiteten og de faktiske behovene. Vi har løftet fram at barn og unges involvering og medbestemmelse må tydeliggjøres. Videre mener vi at ressursbehovet er grovt undervurdert.

Det er ikke vond vilje som ligger bak manglende eller mangelfullt samarbeid. Folk vil samarbeide! Å etablere gode samarbeidskulturer og – strukturer er tid- og ressurskrevende. Jo enklere, koordinert og sømløst tjenestetilbudet skal fremstå for brukerne, jo mer arbeid ligger bak. Å få alle nivå til å jobbe sammen, kan reguleres gjennom lover og forskrifter. Det må imidlertid oppmuntres og muliggjøres gjennom kompetanse, ressurser, rammevilkår og god ledelse. Folk må oppleve at de kan ivareta egen faglig integritet, og at ikke samarbeid innebærer at alle skal gjøre det samme. Vi må utnytte den enkeltes særlige kompetanse.

Vi har gode eksempler på at strukturert samarbeid gir uttelling særlig for de mest sårbare¹. Familiens Hus/familiesentrene² er en slik modell, som vi tenker har et stort potensial, som kan videreutvikles gjennom nærmere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, men som også trenger ytterligere evaluering. Mange samarbeidsmodeller utvikles og utprøves i kommunene, men ofte svikter evalueringen. Vi vet rett og slett for lite om *hva* som virker og *hvorfor* det virker. Vi gjør sannsynligvis mye som virker, men også mye som ikke har beviselig effekt. Erfaringsinnhenting og forskning er derfor avgjørende for å kunne utnytte kompetanse og ressurser bedre.

Barn og unge vi møter i våre tjenester

BarnUnge21-strategien omfatter «alle utsatte barn», dvs. både de med alvorlig, kronisk somatisk sykdom, alvorlig psykisk sykdom, enslige mindreårige asylsøkere/flyktninger i tillegg til barn med mer «tradisjonelle» utfordringer. Våre profesjonsgrupper – primært helsesykepleiere, barnesykepleiere og jordmødre – møter disse barna og ungdommene i ulike faser av livet og ulike faser av et problem-/sykdomsforløp.

I møtene vi har hatt med dere, ble vi bedt om å særlig vektlegge helsestasjon- og skolehelsetjenestens tilbud og rolle inn mot utsatte barn og unge. Vi viser derfor til notatet til innspillmøtet (se vedlegg). Vi vil allikevel trekke fram denne tjenestens særpreg: at den retter seg mot alle barn og unge, også de «utsatte», at den har et klart helsefremmende og forebyggende mandat, og at den skal ivareta både den fysiske, psykiske og seksuelle helsen til barn og unge. Vi vil

¹ https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/tilbud-til-barn-og-unge-med-behov-for-langvarig-sammensatt-oppfolging/Rapport%20evaluering%20samhandlingstiltak.pdf/_attachment/inline/535d7f1f-1ac4-42c1-b18e-5424874dfe5c:4ca79da51552ad682367f488edc03cf284f33a99/Rapport%20evaluering%20samhandlingstiltak.pdf

² <https://uit.no/Content/98626/Familiens>

også poengtere behovet for kompetanse- og utviklingssenter for tjenesten, samt uavkortet masterløp for helsesykepleiere. Dette er avgjørende faktorer for å styrke kompetanse- og kvalitetsutviklingen i tjenesten. Tjenesten forventes i økende omfang å ivareta koordineringsansvaret for barn og unge med behov for sammensatte tjenester. Det innebærer behov for en betydelig ressursøkning.

Pr. 2016 var det registrert rundt 14 500 barn under 18 år som var mottakere av helse- og omsorgstjenester. Det er en økning av barn og ungdom med middels til stort og omfattende bistandsbehov. De kjennetegnes ofte av å ha sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander, og har dermed behov for omfattende tjenester fra flere deler av hjelpeapparatet. Det er anslått at 10 prosent mellom 0–18 år har minst én funksjonsnedsettelse. Det er til enhver tid rundt 3500 barn og unge med behov for palliativ oppfølging. Disse utgjør en stor andel av barna med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. NSF har vært tydelige på behovet for å etablere og videreutvikle tilbudet om avansert hjemmesykehus for barn med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom, samt etablering av regionale/lokale palliative team. Barnesykepleiere har kompetanse til å kunne ivareta rollen som barnekoordinator for disse gruppene, men det finnes i dag knapt barnesykepleiere i kommunene.

I tilfeller der et par/en gravid venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne bør jordmor informeres av samarbeidende helsetjenester. Tidlig hjemmebesøk av jordmor vil videre være et forebyggende tiltak for hele familiens fysiske og psykiske helse³. Paret bør tilbys videre oppfølging hos jordmor i barseltiden, parallelt med annen oppfølging dersom dette er hensiktsmessig. Jordmor vil kunne ha en viktig koordinatorfunksjon i samarbeid med kvinnen og paret. Dette bør være et tilbud som er satt i system.

Mange enslige mindreårige asylsøkere har behov for psykiske/psykiatriske helsetjenester på bakgrunn av alvorlige krigstraumer og andre skadelige/traumatiske opplevelser før ankomst til Norge. Andre har ulike grader av funksjonsnedsettelser eller sosiale/språklige utfordringer. Forskning peker på at «en ikke ubetydelig andel EMA lider av post-traumatisk stress, angst og depresjon». Den psykiske helsen blir ikke bedre de første to årene i Norge. Dette tilsier behov for økt oppmerksomhet på disse barna og ungdommenes psykiske og fysiske helse, og utvikling av målrettede tilbud, samt inkludering av ungdommene i de universelle tilbudene.

Utfordringer og behov slik vi vurderer de

Brukerne (barn, unge og familier)

- **Koordinering og kontinuitet:** Tjenestene er i for liten grad, og for dårlig, koordinert – oftest som følge av mangel på ressurser og rammevilkår.
- **Likeverdige tilbud:** For store forskjeller i tjenestetilbudet, både geografisk og ut fra sosial ulikhet. Foreldre med alvorlig syke barn flytter til kommuner med bedre tjenestetilbud. Enslige mindreårige asylsøkere faller i for stor grad utenfor de universelle tjenestetilbudene.

Tjenestene (kommunale tjenester og spesialisttjenester)

- **Rammevilkår:** Fagfolk har ikke rammer og tid til å prioritere helsefremming og forebygging, arbeid med IP og koordinering. Lovpålagte oppgaver og forventninger samsvarer ikke med ressursene.

- **Sammenheng og kapasitet:** Kommunale tjenester avdekker og oppdager, men hva så? Endring av BUP sine inntakskriterier gjør at færre slipper gjennom nåløyet for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten. BUP henviser til samhandlingsreformen; at tiltak skal være prøvd ut i førstelinja og evaluert før barnet/ungdommen/familien får hjelp i spesialisttjenesten. Dermed får fastleger og skolehelsetjenesten komplekse og sammensatte saker i retur, uten ressurser til å følge opp. Vi ser til dels alvorlige konsekvenser av dette. Vi erfarer også at samhandlingen rundt de barna og ungdommene som BUP tar inn til vurdering og behandling, ofte svikter. Unge som er lite motiverte for behandling – slik mange i tenårene ofte er – «kastes ut», ofte uten at eks. skolehelsetjenesten får beskjed. Mange ganger er det tilfeldigheter som gjør om/at vi får vite at den vi er bekymret for er ute av BUP-systemet igjen.
- **Kompetanse/utdanning:** Tjenestene prioriterer ikke alltid kompetanse som svarer opp lovkravene. Eksempelvis mangler det både helsesykepleiere, jordmødre og barnesykepleiere, og utdanningskapasiteten er for lav.

Sentrene (Kunnskaps- og kompetansesentrene)

- **Kompetanseutvikling og – deling:** Den største helsetjenesten for barn og unge - helsestasjons- og skolehelsetjenesten – mangler et eget kompetanse- og utviklingssenter.
- **Kunnskap:** har for lite kunnskap om hva som virker, ikke minst innenfor forebygging og helsefremming.

Myndighetene (myndigheter og tilskuddsforvaltning)

- **Samordning:** på alle nivå – også mellom departement og direktorat, ikke kun som krav til kommuner og spesialisttjenester. Her er det utfordringer.
- **Finansiering:** som gjenspeiler lovkrav, rettigheter og krav til faglig forsvarlighet.

Tiltak for å bidra til sammenhengende og likeverdige tjenester

Generelle:

- Riktig og nok kompetanse i alle ledd.
- Ledere som tar initiativ til og leder samarbeidsprosesser.
- Barn og unge (og foreldre) må i større grad involveres i kunnskaps- og tjenesteutvikling.
- Mer forskning på hva som virker, og ikke virker.
- Våge å velge, og reelt prioritere noen modeller - spesielt i kommunene, men også mellom kommuner og spesialisttjenester.
- Vi kommer ikke utenom ressurser og rammevilkår:
Forutsigbar og langsiktig finansiering, færre kortsiktige prosjekt.
Øremerking nødvendig i noen tilfeller.

Spesielle:

- Etablere et kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjon- og skolehelsetjenesten.
- Etablering og videreutvikling av avansert hjemmesykehus og barnepalliative team.
- Evaluering og videreutvikling av Familiens Hus/familiesentre, utvidelse av tilbudet til å omfatte barn og unge opp til 23 år, dvs. også skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.
- Få på plass uavkortet masterutdanning for helsesykepleiere og barnesykepleiere.
- Normering av stillinger for helsesykepleiere og jordmødre.

BarnUnge21 - strategien

Notat til informasjons- og innspillmøte 13.10.20, i regi av Forskningsrådet.

Fra Norsk Sykepleierforbund: Ann Karin Swang, Landsgruppen av helsesykepleiere NSF.

Takk for muligheten til å delta her i dag! Jeg vil innledningsvis berømme arbeidet som er gjort.

Vi har hatt ett møte med arbeidsgruppen som så på *Å bruke forskningsbasert kunnskap i praksis*, og vårt innspill i dag tar opp igjen og utdyper den presentasjonen.

Med utgangspunkt i helsestasjon- og skolehelsetjenesten som gir helsetjenester til alle barn og unge – også de utsatte barna - fikk vi avklart at arbeidet omfatter «alle utsatte barn», dvs. både de med alvorlig, kronisk somatisk sykdom, alvorlig psykisk sykdom, enslige mindreårige asyløkere/flyktninger i tillegg til de mer «tradisjonelle» barna som defineres som utsatte. Vi ser imidlertid at de ulike delrapportene har noe ulik definisjon av dette – blant annet omhandler ikke delrapport 2 gruppen barn med alvorlig, kronisk somatisk sykdom eller funksjonsnedsettelse. Vi tenker det er viktig å tydeliggjøre i det videre hva man definerer som utsatte barn og unge.

Slik vi leser dette, betyr det at strategien berører flere av våre spesialgruppers arbeid med målgruppen. Primært helsesykepleiere, men også jordmødre og barnesykepleiere. Den nye AKS-utdanningen (avanserte kliniske sykepleiere) har også læringsutbytte knyttet mot barn med store omsorgsbehov i kommunehelsetjenesten. Ulike spesialsykepleiere forsker på ulike sider ved helseoppfølging av barn og unge; her kan blant annet nevnes innen barnepalliasjon og ungdoms psykiske helse og oppfølgingen i skolehelsetjenesten.

Med tanke på målet med strategien; *å skape en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon for utsatte barn og unge*, hadde vi sett det naturlig at våre grupper var representert/involvert i arbeidet. I og med at det i liten grad har vært tilfelle, konsentrerer jeg dette innlegget om hvordan våre grupper kan bidra i oppfølgingen av strategien, og hvordan tjenestene bør styrkes for å bidra. Vi vil i et utdypende notat belyse også andre forhold vi tenker er viktige i en BarnUnge-strategi. Jeg vil også vise til NSF sitt hørings svar til forslaget til *Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud*.

Utfordringsbildet slik vi ser det, er blant annet at vi:

- vet for lite om den faktiske situasjonen; behov og tilbud
- har for lite kunnskap om hva som virker, ikke minst innenfor forebygging og helsefremming
- ikke har rammer og tid til å prioritere helsefremming og forebygging
- erfarer at tjenestene er for lite, og for dårlig koordinert – ikke som følge av vond vilje, men som følge av mangel på tid og rammevilkår
- har for store forskjeller i tjenestetilbudet, både geografisk og ut fra sosial ulikhet
- ser at lovpålagte oppgaver og forventninger ikke samsvarer med ressursene
- avdekker og oppdager, men hva så?

Her vil vi trekke fram tre forhold som vi mener vil være avgjørende for å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge, ikke minst den helsefremmende og forebyggende innsatsen overfor disse barna og ungdommene. Vi trenger:

1. Et kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Fordi: Dette er den eneste helsetjenesten som utelukkende retter seg mot alle barn og unge (og deres familier), og med formål å fremme god helse og forebygge uheldig utvikling. Det er barnas egen helsetjeneste. Vi trenger mer kompetanseutvikling og deling av kompetanse for å utvikle denne tjenesten i tråd med det myndighetene ønsker, og for å utvikle likeverdige tjenester.

2. Mer forskning på helsefremmende og forebyggende faktorer, ikke kun på kartlegging, risiko og tiltak. Denne forskningen bør ha sitt utspring både i nasjonale faglige føringer for tjenestene, og lokale og brukerdefinerte behov.

Fordi: det forskes alt for lite på dette feltet, noe vi ser gir en tendens til at det kurative og problemfokuserede «seirer», også innenfor helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Også når vi snakker om utsatte barn og unge, må vi tenke helsefremming og forebygging – både for den enkelte og på systemnivå. Da må vi vite hva som virker, hva som er hensiktsmessig og forsvarlig.

3. Masterutdanning for helsesykepleiere og barnesykepleiere.

Fordi: Dette vil bidra til å fremme forskning med basis i, og relevans for praksis. Det vil sikre utdanningskrefter for framtiden og bidra til en kunnskapsbasert utvikling av tjenestene, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det mener vi vil komme utsatte barn og unge til gode på lang sikt, gjennom at vi får fagfolk med bedre kompetanse på deres behov og hvordan møte disse på en god måte. Det vil bidra til nytenking og tjenesteutvikling, og vektlegging av brukermedvirkning. Helsesykepleiere og barnesykepleiere møter disse barna og ungdommene, både i hverdagen og i særlig sårbare perioder av livet, og de har ofte koordinerende funksjoner. Derfor er deres kompetanse avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet.