

Barn med ADHD får medikamentell behandling av sykepleiere

Medikamentell behandling er en del av tilbudet til mange barn med ADHD. I et nytt prosjekt er oppfølgingen delegert til sykepleiere, som jobber i team med leger.

Vårin Albrigtsen

Psykiatrisk sykepleier

Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

Lisa Vårdal

Forskningssykepleier

Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

Lisbeth Sandtorv

Lege

Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

Irene Elgen

Professor

Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

Atferd

Barn

Behandling

Mestring

Sykepleien 2022;110(89378):e-89378

DOI: 10.4220/Sykepleiens.110.89378

Hovedbudskap

For mange barn med ADHD er medikamentell behandling en del av behandlingstilbudet. Barna trenger støtte til å håndtere sine utfordringer i et livslangt perspektiv. Hensikten med dette prosjektet er å utarbeide og evaluere en ny modell der sykepleiere brukes i behandling av barn med ADHD i en generell barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

ADHD er en tilstand som kjennetegnes av kjernesymptomene konsentrasjonsproblemer, oppmerksomhetsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet med medfølgende funksjonsnedsettelse på ulike arenaer i barnets liv (1).

Totalt 2–5 prosent av alle barn og ungdommer har ADHD, og det er en av de hyppigst forekommende tilstandene i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. ADHD er en tilstand som varer hele livet for mange (2).

Behandlingstilbudet er omfattende og består av psykoedukasjon, foreldretreningsprogrammer og tilretteleggingstiltak i hjemmet, skolen og fritiden samt medikamentell behandling (3).

Barn med ADHD har en økt risiko for å utvikle sekundære tilstander som problemer med akademiske prestasjoner, sysselsetting og relasjoner. Tidlig oppdagelse og behandling er viktig for å forebygge dette (2). Barn med ADHD trenger støtte til å håndtere sine utfordringer i et livslangt perspektiv.

Noen oppgaver kan utføres av andre profesjoner

Studier har identifisert at mangel på barne- og ungdomspsykiatere ofte kan utgjøre en flaskehals i å utrede og følge opp av barn med ADHD (4). Som et ledd i å sikre gode og forsvarlige forløp samt effektiv ressursbruk er det viktig å vurdere hvilke oppgaver som kan utføres av andre profesjoner.

En ny studie (4) viser utbredt bruk av sykepleiere for å utrede og følge opp barn med ADHD i Storbritannia og USA. Så vidt vi vet, er sykepleiere lite brukt i behandling av barn og unge med ADHD i Norge.

Leger delegerer oppgaver til sykepleiere

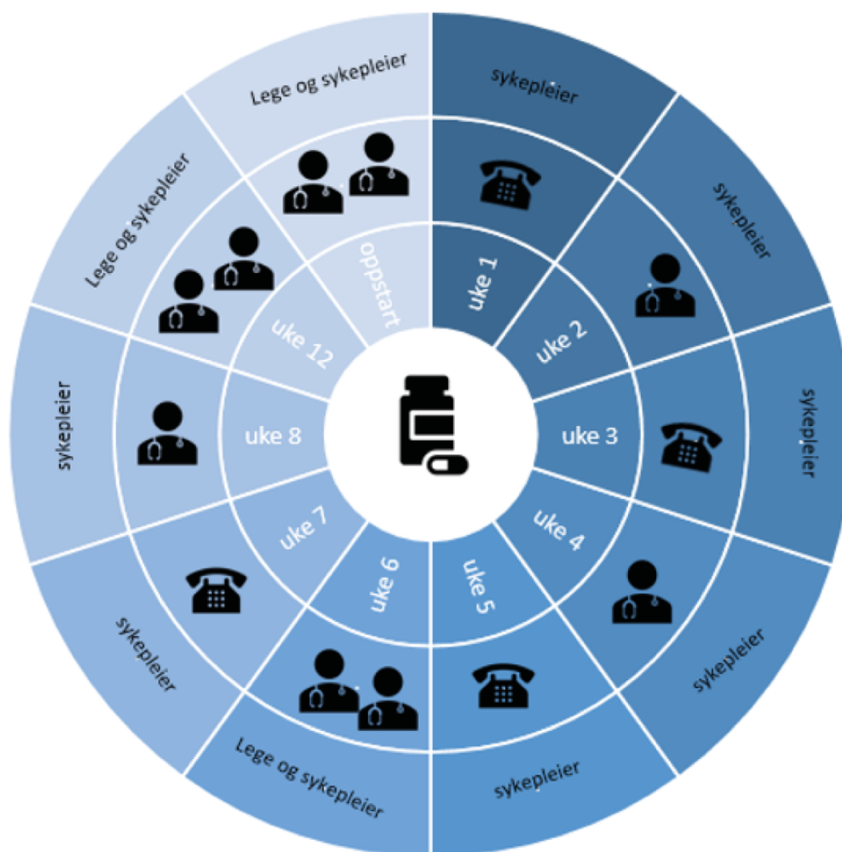
Klinikk for psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen, ønsket å pilotere en oppgavegliding ved å bruke sykepleiere i oppfølging av barn og unge i en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Klinikken la opp til at sykepleieren og legen skulle arbeide i team med hyppige fellesmøter.

Innledningsvis spurte vi et utvalg BUP-leger om hva de ønsket å inkludere i en delegert sykepleieoppgave. Vi intervjuet en gruppe på fem barn med ADHD og deres foresatte for å kartlegge familienes behov og tematikker.

Legene ønsket å delegere følgende til sykepleierne: måle puls og blodtrykk (BT), måle vekt og registrere effekter og eventuelle bivirkninger av ADHD-medisin. Familiene til barn med ADHD ønsket utvidet psykoedukasjon, herunder mer støtte i hverdagsutfordringene, hjelp til å regulere følelser og søvn samt «avspenning».

Modellen i figur 1 er beskrevet ut fra kontaktpunkter for pasienter og pårørende. Ved oppstarten av medisinerings av barn med ADHD ble medikamentet, dosen og opptrappingsplanen gjennomgått med barnet og foreldrene.

Figur 1. Utprøving av ADHD-medisin og konsultasjoner med sykepleiere og leger



Figuren viser logistikk for konsultasjoner med leger og sykepleiere i en tolv ukers prøveperiode med ADHD-medisin. Konsultasjonene er enten direkte eller indirekte per telefon.

Sykepleieren kontrollerte somatiske forhold som blodtrykk, puls, høyde og vekt. Dersom det var nødvendig å endre dosen fordi barnet ikke hadde god effekt eller fikk plagsomme bivirkninger, ble det satt opp ny konsultasjon med legen sammen med sykepleieren.

Gjennom hele forløpet ble virkninger og eventuelle bivirkninger fulgt opp gjennom å fylle ut skjemaer og ha samtaler med barnet og foreldrene. Flere bivirkninger kan forekomme. De vanligste er tap av appetitt, innsovningsvansker, hodepine, kvalme og følelsesmessig nedstemthet når medisinen går ut av kroppen.

Det kan også forekomme puls- og BT-økning, og sykepleieren monitorerte dette etter en standard prosedyre. Hvis det var en økning på mer enn 20 prosent i forhold til utgangsverdien, rapporterte sykepleieren det til legen, som gjorde en ny vurdering.

Sykepleieren la til rette for refleksjoner

I helsepersonelloven kommer det frem at informasjonsinnhenting kan gjøres av annet helsepersonell enn leger, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 5 (5). Det samme gjelder enkle undersøkelser som å måle vekt, puls og blodtrykk hvis den aktuelle medarbeideren er sykepleier eller vernepleier.

Informasjon journalføres og forelegges den ansvarlige legen for vurdering. I nasjonale retningslinjer fremkommer det ikke spesifikt at sykepleiere kan brukes i behandling av ADHD (3).

«Informasjon journalføres og forelegges den ansvarlige legen for vurdering.»

I kontakten mellom sykepleieren og familien var det mulighet for en samtale om eventuelle endringer som følge av medisinene. Måling av blodtrykk, puls, høyde og vekt var en legitim ramme rundt en konsultasjon.

Sykepleieren la til rette for at barnet og foreldrene kunne reflektere rundt hvordan medisinen virket fra dag til dag. Mulighetene og utfordringene medisinen skapte, ble også fine temaer for samtaler. Med to ukers intervaller hadde barnet mulighet til å huske hva som hadde skjedd siden sist, og gjenkalle følelser knyttet til disse hendelsene.

Samtalerommet var barnevennlig

Opplevelser relatert til positive endringer i barnets konsentrasjon, bedre konflikthåndtering, følelsesregulering og impuls kontroll kunne gi gode samtaler. Barnet kunne fortelle om mestring og fikk positive tilbakemeldinger fra foreldrene og sykepleieren.

Også det å snakke om ubehag knyttet til matinntak, innsovningsvansker og andre utfordringer som oppstår i denne fasen, ga en inngang til å finne adekvate tiltak som kunne iverksettes.

Tegnesaker, spinnere og formingsmaterieell gjorde rommet barnevennlig og ga barnet mulighet for en alternativ vinkling under samtalene. Samtidig kunne dette virke som en avlastning på eventuell manglende impuls kontroll under samtalene.

I utviklingen av modellen kom det frem fire områder som barna og foreldrene ønsket at skulle være tema i oppfølgingstimen: matinntak, innsovningsvansker, regulering av følelser og avspenning. Dette var temaer som både foreldrene og barna tok opp.

Barna og foreldrene delte erfaringer om ernæring og søvn

Flere av medisinene som brukes i forbindelse med ADHD, kan ha nedsatt appetitt som bivirkning, og barnet blir mindre interessert i mat. Skolematen kommer ofte hjem igjen uspist.

Det var viktig å finne ut hvordan skolen og hjemmet kan tilrettelegge for at barnet får tid og mulighet til å spise på skolen, og bruke ernæringsrik mat som frister appetitten til det enkelte barnet.

«Skolematen kommer ofte hjem igjen uspist.»

Gjennomgang av søvnbehov, døgnrytme, vaner og atferd sammen med barnet og foreldrene kunne gi holdepunkter for tiltak som var til hjelp for barnet.

Hjelpemidler fra kognitiv atferdsterapi brukes

Hjelpemidler fra kognitiv atferdsterapi, for eksempel «følelsestermometeret», ble introdusert for å regulere følelser. Ved hjelp av slike visualiserende hjelpemidler klarte barna i større grad å fortelle om ulike situasjoner og ble bevisst på sine mestringsområder og hvor de hadde behov for støtte.

Foreldrene deltok i dette og kunne være med på å bekrefte mestring de hadde observert hos barnet, og tilrettelegge for nye mestringsopplevelser.

Avspenningsøvelser er nyttig

Tiden fra medisinen går ut av kroppen om ettermiddagen til barnet skal legge seg om kvelden er sårbar for mange. Barnet kan bli mer urolig, og mange kan ha tunge og triste tanker før leggetid.

Avspenningsøvelser som er tilpasset barnet, og som foreldrene og barnet kan gjøre sammen, viste seg å være svært nyttig for flere. Rammen rundt avslutningen av konsultasjonen var preget av å gjøre noe sammen og å gi barnet den utviklingsstøtten det trengte.

Vi utarbeidet illustrasjoner av hvilke områder i livet til barnet hvor vi håpet at medisinene ville kunne være til hjelp, og hva vi måtte passe på når det gjaldt virkninger og bivirkninger.

Vi utarbeidet også informasjonsmateriell om kosthold og søvn, forslag til avspenningsøvelser og mindfulness-øvelser. Dette gjorde vi for å hjelpe barna med å forklare hva som gjaldt for dem. Hjelpemidler relatert til reguleringsvansker hentet vi fra KAT-kassen (6).

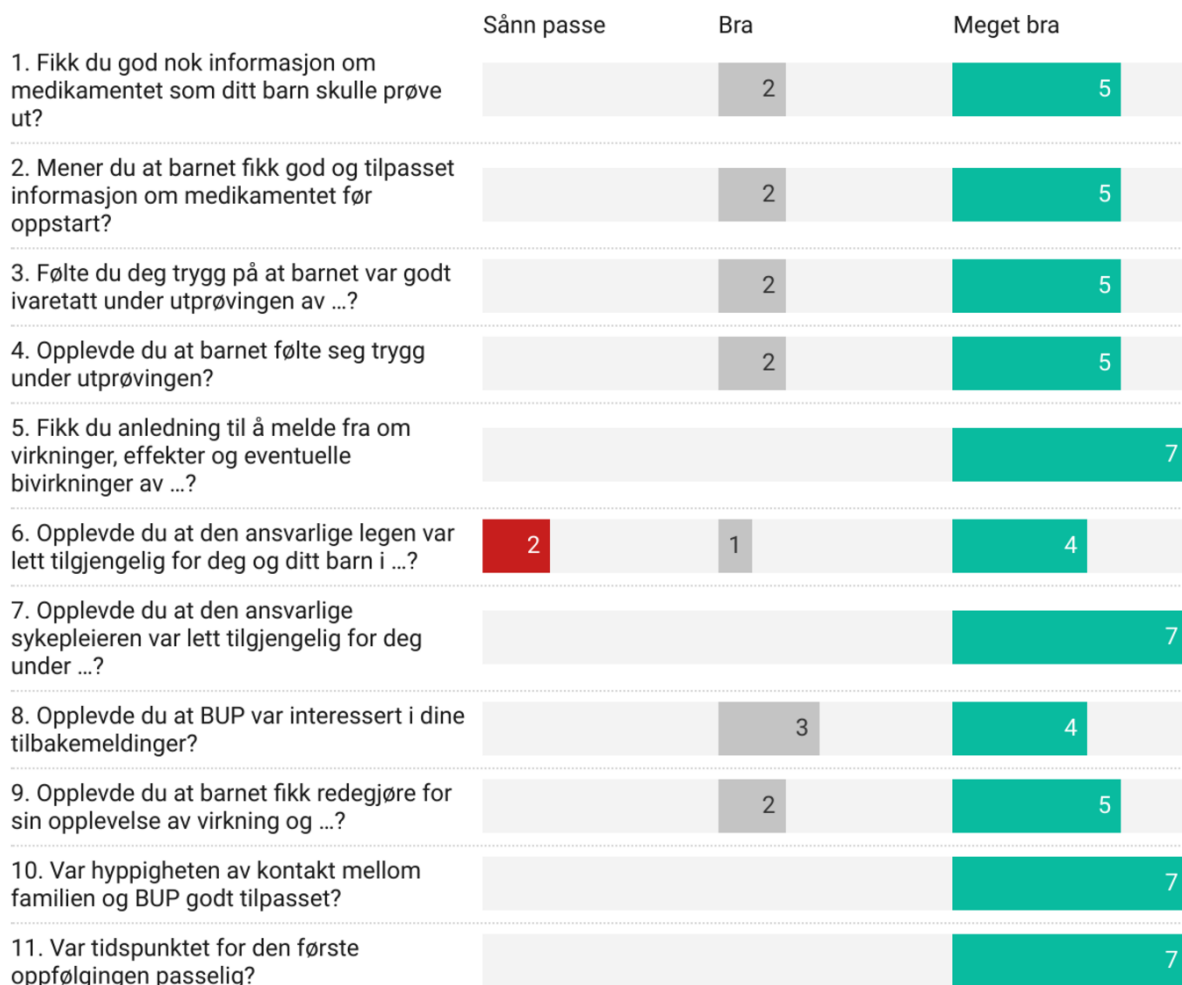
Familiene følte seg godt ivaretatt

I tabell 1 oppsummeres foreldrenes svar på oppfølgingen. Skalaen gikk fra 1–5, hvor 1 er dårlig og 5 er meget bra.

Tabell 1. Resultater fra spørreskjemaet om oppfølgingen etter at barna begynte med ADHD-medisiner

Ingen valgte svaralternativene "Ikke i det hele tatt" og "Litt".

■ Sånn passe ■ Bra ■ Meget bra



Grafikk: Sykepleien • Laget med Datawrapper

I intervjuene kom det frem at familiene generelt var svært fornøyde og følte seg godt ivaretatt. Informasjonsutvekslingen var tilpasset barnas og familiens øvrige behov. De uttrykte ikke behov for flere legekonsultasjoner, men følte seg trygge på at sykepleieren og legen samarbeidet tett.

«Det har vært veldig profesjonelt og fint. Det var veldig betryggende å ha de møtene med sykepleieren, og vi kunne ha med nye spørsmål som har kommet opp de siste to ukene. Dette ble vår datters egen prosess» (far til jente på sju år).

Denne faren fortalte i fortsettelsen at jenta hadde meninger om hvem som skulle vite at hun gikk på medisiner, hvordan dette skulle fortelles, og hvordan hun skulle støttes. Sammen med foreldrene tolket vi det som at hun hadde et sunt eierforhold til sin egen tilstand og prosess. Foreldrene hadde latt henne bestemme dette selv.

«Informasjonsutvekslingen var tilpasset barnas og familiens øvrige behov.»

Disse foreldrene verdsatte også hyppigheten av konsultasjonene fordi de kunne ta opp ting mens de enda var ferske, og diskutere og reflektere over endringer i barnets opplevelser av seg selv. Nye mestringsopplevelser eller opplevde nederlag kunne bli gjenstand for felles refleksjon med barnet.

Slik opplevde foreldrene at deres egen omsorgsevne knyttet til det å snakke med barnet om ADHD og medisiner, ble styrket. Deres egen vurderingsevne relatert til virkninger, bivirkninger, vekt og søvn ble også bedre.

Legen og sykepleieren snakket direkte til barnet

Flere foreldre kommenterte at det var viktig at både legen og sykepleieren snakket direkte til barnet og involverte dem i prosessen:

«Men jeg tror det hadde med å gjøre at han ble snakket til, det ble ikke bare snakket til meg. At han ble spurt spørsmål, at både sykepleieren og legen så rett på han når de snakket, og ikke bare på meg. For det er ofte noe som skjer» (mor til gutt på ni år).

Denne gutten hadde tidligere hatt flere runder med medisnutprøving som var avsluttet på grunn av bivirkninger eller liten virkning.

Videre uttrykte alle foreldrene at de hadde fått en god forståelse av ADHD og dermed et «eierskap» som ble mindre tabubelagt i møte med andre i deres sosiale omgangskrets.

Sykepleierne organiserte, undersøkte og ga omsorg

Modellen med å bruke sykepleiere i behandlingen av barn med ADHD i en generell barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ble utformet og pilotert etter at forslag til oppgaver for sykepleiere ble innhentet fra både pårørende og leger.

Sykepleiernes rolle var å organisere konsultasjoner og somatisk undersøke BT, puls og vekt. I tillegg skal de utøve omsorg i oppfølgingen av det enkelte barnet og familien gjennom hele prosessen.

Samtidig kan sykepleieren undervise og støtte barnet og familien med tanke på å forebygge, å redusere komplikasjoner og å styrke positive helse- og livsstilsvalg i denne prosessen.

Dette erfarte vi at hadde stor betydning, særlig for temaer som kosthold, innsovning, avspenning og følelsesregulering. Betydningen av samhandling mellom sykepleieren og legen når det gjaldt ernæring, var også vesentlig (7).

Jevnlige møter med sykepleieren var positivt

Når det gjelder å delegerer oppgaver og organisere oppfølgingen, var det positivt for familien at sykepleieren møtte barnet og foreldrene hver 14. dag, noen ganger alene og noen ganger sammen med legen.

Ingen av foreldrene mente at det var for ofte, selv om det kunne være en utfordring å ta fri fra jobb for å komme til BUP. Det var heller ingen som oppga at det var for sjelden.

«Organiseringen av tilbudet ble en viktig del av sykepleierens arbeidsoppgaver.»

Organiseringen av tilbudet ble en viktig del av sykepleierens arbeidsoppgaver (8). Å ha dette ansvaret for regelmessigheten ga et arbeidsrom som sykepleierne opplevde som meningsfullt.

Endringer i barnets opplevelse av mening knyttet til medisinene de tok, ble gjenstand for refleksjon sammen med foreldrene. Å begynne på medisiner fordi man er urolig og ukonsentrert, kan være utfordrende for barn i alderen seks til ti år. De trenger å forstå hvorfor de skal ta medisiner når de ikke opplever at de er syke.

Foreldrene er gode støttespillere for barnet

Sykepleierne må ha søkelys på hva foreldrene, skolen og barna selv har av forventninger til effekt av medisinene, og hva vi må passe på ved medikamentkontrollene når det gjelder eventuelle bivirkninger.

Både sykepleieren og legen snakket direkte til barnet. Virkninger og bivirkninger av medisineren ble drøftet av sykepleieren, foreldrene og barnet selv. Foreldrene var gode «støttespillere» for barnet, som fikk en opplevelse av å mestre sitt eget liv ut fra sine egne forutsetninger.

Opplevelsen av å kunne utføre en viktig omsorg for små barn i en sårbar periode i deres og familiens liv var stor i dette prosjektet. Det å starte medisinering for ADHD kan være en mulighet for barnet til selv å mestre livet sitt på tross av tilstanden.

Et viktig aspekt er at barnet «spiller på lag» med medisinene, og får hjelp til å håndtere de utfordringene tilstanden gir. Tidlig aksept og mestring kan gi gode forutsetninger for dette. En god helsetjeneste i oppstarten av medisineren kan være avgjørende.

Konklusjon

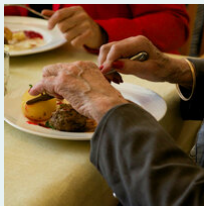
Denne piloteringen støtter tidligere studier som konkluderer med at flere oppgaver i ADHD-oppfølging kan delegeres til en sykepleier som arbeider i team med en lege.

I tillegg har vi fått nye innsikter i behovet for bedre støtte, omsorg og informasjon i utprøvningsfasen ved medikamentell behandling. På denne bakgrunnen anbefaler vi videre utvikling av og forskning på å bruke sykepleiere i ADHD-behandling.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Forekomst og kjønnsforskjeller ved ADHD [Nasjonal faglig retningslinje]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/om-diagnosen-adhdhyperkinetisk-forstyrrelse/forekomst-og-kjonnsforskjeller-ved-adhd> (nedlastet 30.04.2021).
2. Halmoy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *Journal of Attention Disorders*. 2009;13(2):175–87.
3. Helsedirektoratet. ADHD Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.

4. Kleve L, Vårdal L, Elgen IB. The Nurse Role in the Management of ADHD in Children and Adolescent: a Literature Review. *Front Psychiatry*. 2022;13:676528. DOI: [10.3389/fpsyt.2022.676528](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.676528)
5. Lov 2. juli 1999 nr. 65 om helsepersonell m.m. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (nedlastet 30.04.2021).
6. Callesen K, Nielsen A, Attwood T. KAT-kassen. København: Psykologisk Forlag; 2002.
7. Kuven BM, Giske T. Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleien*. 2017;12(64510):e-64510. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.64510](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64510)
8. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Olsvold N. Hva er sykepleie? *Sykepleien*. 2016;104(8):64–66. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.58491](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58491)



LES OGSÅ

Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernærings-tilstanden til sykehjemspasienter

LES OGSÅ

Hva er sykepleie?

LES OGSÅ

Dagliglivet i familier med barn med ADHD og helsesøstres oppfatninger av sin rolle

LEDER SYKEPLEIEN

Fins ingen unnskyldning for ikke å prioritere barn og unges psykiske helse

Barn og unge har betalt en skyhøy pris for pandemien. Nå må en samlet helsetjeneste prioritere disse barna foran det aller meste.

Anne Hafstad

Ansvarlig redaktør

Sykepleien

Psykisk helse

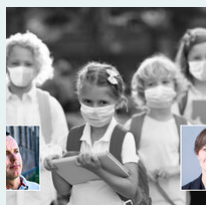
Ukom

Det var et dystert bilde Undersøkelseskommisjonen for helsetjenesten (Ukom) tegnet da de i mars 2021 la frem sin rapport om barn og unges psykiske helse etter et år med pandemi. I dag kom rapporten etter to år med pandemi. Den er, for å si det forsiktig, deprimerende lesning.

Det har vært en betydelig økning i behovet for psykisk helsehjelp til barn og unge det siste året. Tørre tall og fakta viser en voldsom økning i antall unge med spiseforstyrrelser, ADHD, angst, depresjon og andre alvorlige psykiske lidelser.

Utfordringene er mer alvorlige, og de rammer i stadig yngre alder. Det er alvorlig.

Riktignok fastslår den ferske rapporten fra Ukom at det var flere barn og unge som fikk hjelp i det andre året med pandemi enn i det første. Samtidig er det flere enn noen gang som ikke får hjelpen de trenger. Helsetjenesten har med andre ord ikke klart å øke kapasiteten i tråd med det økte behovet. Det er nå et etterslep som vil kunne få alvorlige konsekvenser i lang tid fremover.



LES OGSÅ

Truer pasientsikkerheten for barn og unge

Mistet trygge fristeder

At mange av smitteverntiltakene som er gjort gjennom pandemien har fått store konsekvenser for barn og unges psykisk helse, kan ikke overraske noen.

Da pandemien begynte vinteren 2020, stengte skoler og barnehager ned. Trening og andre vanlige aktiviteter for barn og unge ble forbudt. Foreldrene ble sendt hjem på ubestemt tid, noen ble permittert eller ble sagt opp. Alle skulle begrense antall personer vi var sammen med. Vi ble isolert hjemme. Våre sosiale arenaer ble borte.

For noen barn og unge er nettopp skole, barnehage, trening, fritidsaktiviteter og samvær med andre barn deres fristed. For dem er ikke hjemmet en trygg havn.

Disse barna kan ha foreldre med psykiske lidelser og rusutfordringer. Foreldre som krangler og slår. Eller de kan ha foreldre med andre helseplager og utfordringer som gjør at barn og unge ikke har de forholdene hjemme som de bør og skal ha. For disse barna er mestringsarenaene primært utenfor hjemmet. For dem er det helt sentralt at de har et liv utenfor husets fire vegger. Det gjør at de mestrer de vanskelige forholdene hjemme.

Hensynet måtte vike

I tillegg til at disse arenaene er et fristed, er det også primært her barn og unge som sliter fanges opp. Av lærere, helsesykepleiere eller andre voksne de er i kontakt med. Mens pandemien kanskje gjorde forholdene hjemme enda vanskeligere, forsvant mestringsarenaene og stedene hvor deres problemer kunne blitt avdekket.

Samtidig kom bekymringene knyttet til selve pandemien. De rammet også barn som tidligere ikke hadde psykiske helseutfordringer.

Alt dette ble satt i spill da smitteverntiltakene ble innført. Det manglet ikke på advarsler mot konsekvensene. Men hensynet til barn og unge måtte vike for hensynet til smittevern, og redselen for en pandemi helt ute av kontroll. Selvsagt var valgene våre øverste helseledere måtte ta, ikke lette. Situasjonen var uoversiktlig.

En varslet katastrofe

Jeg skal vokte meg vel for å bruke ordet katastrofe i en tid hvor en fryktelig krig herjer i Europa, og en pandemi har snudd livene til folk opp ned i to år. Når jeg likevel gjør det, er det fordi mange barn og unge nå betaler en så skyhøy pris for de prioriteringene som er gjort under pandemien at det kan få store konsekvenser for deres liv i mange, mange år fremover.

Det er dessverre ikke sånn at tallene Ukom presenterer i dag, er et øyeblikksbilde som lett kan fikses. Vi snakker om alvorlige psykiske lidelser blant barn og unge. Mennesker som har fremtiden foran seg, men som nå av ulike grunner har fått en betydelig brattere bakke inn i voksenlivet enn de burde hatt. For dem treffer ordet katastrofe antakelig godt.



LES OGSÅ

Tallenes tale: Ja, det er en sterk økning i psykiske helseproblemer blant barn og unge

Vanskelig å begripe

At de ansvarlige i helsetjenestene, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, ikke har tatt mer tak i barn og unges psykiske helse under pandemien enn det dagens rapport tyder på, er vanskelig å begripe. I en tid der behovet for økt tilbud både for forebygging, tidlig intervensjon og behandling er åpenbart, reduseres mange av tilbudene.

Det henger kanskje sammen med at fagfeltet psykisk helse og rus generelt er et stebarn i norsk helsetjeneste. Feltet har aldri fått den prioriteten det burde. Til tross for at den ene helseministeren etter den andre har forsøkt. Til tross for handlingsplaner og satsinger, så er det somatisk helse som blir budsjettvinneren år etter år.

Vår forrige helseminister Bent Høie (H) hadde samme marsordre til spesialisthelsetjenesten hvert år i de åtte årene han satt som øverste leder: Psykisk helsevern og rus skal prioriteres høyere enn somatisk helse. Det skjedde ikke. Nå er det helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol (Ap) som lover bot og bedring.

Ros til fotfolket – ris til de ansvarlige

Hvorfor helsetjenesten ikke følger opp mer enn den gjør, handler om prioriteringer, ressurser og ledelse. Det er et politisk ansvar å prioritere og sikre ressurser nok. Og det er og blir et overordnet lederansvar å prioritere psykisk helse og rus. Vi har en svært god helsetjeneste her til lands, og vi har fagfolk på et nivå som mange land misunner oss. Det gjelder også tilbudet innen psykisk helsevern og rus.

Det skal sies at årsakene til prioriteringene som blir gjort, er mange og sammensatte. Etterpåklokskap er den enkleste vitenskap.

Det er også grunn til å berømme hever eneste sykepleier og annet helsepersonell som hver dag har strukket seg langt for å hjelpe barn og unge og deres familier. De fortjener ros for innsatsen og terningkast seks. Rammene de har fått og prioriteringene fra øverste hold derimot, får ikke terningkast seks fra meg.

Krever handling

Dagens rapport fra Ukom sender en tydelig beskjed til dem som sitter med ansvaret. Dere har ikke levert godt nok. Barn og unges behov for psykisk helsehjelp øker. Deres pasientsikkerhet er truet. Nå må dere levere.

Dere har ikke noe valg.

Dette har skjedd siden 1997 frem til i dag

1997

«Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.»

Stortingsmelding om psykisk helse, Jagland-regjeringen

1998

«Opptappingsplanen legger opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. Et viktig siktemål med planen er å legge til rette for en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.»

Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006, Bondevik II-regjeringen

2006

D
av
G.
fa
ps
ra
sc



Sykepleien



LES OGSÅ

Desember-barn får mest ADHD-medisin

