

HELSE FØRDE HF – HØYRINGSUTTALE

Psykisk helsevern for barn og unge i Helse Førde HF har gått gjennom høyringsnotatet frå Barne- og familiedepartementet. Me er glad for at departementet set fokus på denne problematikken, men vi stiller spørsmål ved premissane lovendringsforslaget bygger på, og dermed ved forslaget til konklusjonar.

Mangel på kunnskap eller problem med å ta kunnskap i bruk?

Det er ingen tvil om at det er viktig med god kartlegging av barn som skal få nye omsorgsrammer slik at dei nye omsorgspersonane kjenner til og tilrettelegg i tråd med barnet sine behov. Det vert gjennomgåande påstått i høyringsnotatet at barnevernet veit *for lite* om barn dei overtek omsorgen for. Me undrar oss over grunnlaget for denne påstanden. I høyringsnotatet vert det nytta påstandar og generelle formuleringar som t.d «Det foreligger ikke alltid tilstrekkelige opplysninger om barnets helse når vedtak om å flytte barnet ut av hjemmet fattes». Om dette er tilfelle for 1 % eller 80 % av barnevernsbarna kjem ikkje fram. Me har gått gjennom forkinga og rapportane det vert referert til og kan ikkje finne dokumentasjon for omfanget av dette problemet. Me forstår at dette kan skje i enkeltsaker, men har grunn til å tru at det i dei fleste tilfelle handlar om at ein ikkje tek i bruk den informasjonen ein har, eller at informasjonen ikkje kjem fram til dei som har behov for den (t.d. fosterforeldre eller personale i institusjonane). Me har erfaring med at ungdom blir plasserte i barnevernsinstitusjonar som ikkje alltid er godt eigna for den einskilde, og dette trass i at det føreligg vurderingar frå spesialisthelsetenesta som seier noko om kva ungdomane har behov for. Desse erfaringane er i tråd med det som også kjem fram i fleire rapportar; at det ofte føreligg store mengder informasjon, men at denne informasjonen ikkje vert tatt i bruk når ein skal avgjere omsorgsrammene for det aktuelle barnet eller ungdommen. Dette er eit av hovudfunna i barneombudet sin rapport om barn som bur på barnevernsinstitusjon - 2020:

«Et hovedfunn er at det varierer hvor grundig barnevernet systematiserer og samler informasjon om ungdommene og deres behov før de flytter på institusjon. Det er ofte mye informasjon i saken, men den fremstår som fragmentert, noe som gjør at grundige vurderinger av hvilken betydning dette får for barnets behov for omsorg, uteblir. De beste eksemplene på systematisering ser vi i saker der barnet skal flytte til en behandlingsinstitusjon. I slike saker må barneverntjenesten fylle ut skjema for målgruppevurdering fra Nasjonalt inntaksteam (NIT). Barneverntjenesten blir da tvunget til å se på tilgjengelig informasjon og føre dette inn i skjemaet.» (Barneombudets rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon – "De tror vi er shitkids", 2020, s. 25)

Å føreslå ei lovending om helsekartlegging løyser ikkje, etter vårt syn, denne problemstillinga. Me meiner at ein heller må sjå på sakshandsamingsrutinar (t.d. krav til oppsummeringar og vurderingar av føreliggande informasjon), samhandling og intern kommunikasjon for å sikre at føreliggande informasjon vert til nytte for barnet, og at den kjem fram til og vert tatt i bruk av dei som har den daglege omsorgen.

Grunnlag for helsekartlegging – risikogruppe eller helseproblem?

Det er ein gjennomgåande argumentasjon i høyringsnotatet at fordi barn og unge i barnevernet tilhøyrrer ei gruppe med fleire helseplager enn i befolkninga generelt, bør deira helse kartleggast. Me meiner at ei kartlegging som skildra i dette høyringsutkastet i mange tilfelle kan vera ei unødvendig belastning, spesielt for barn som *ikkje* har helseplager. Helse Førde prioriterer barn og unge med utgangspunkt i prioriteringsretteleiar. Denne sikrar utgreiing og behandling for barn og unge med behov og rett til hjelp i spesialisthelsetenesta. I tillegg tilbyr vi rettleiing til institusjonane når det er behov for dette, også når ungdomane ikkje ønskjer behandling hos oss. Barnevernet har høve til å

tilvise til oss og vi har overordna avtale om samarbeid. På bakgrunn av dette har vi lite tru på at den lovendringa som er foreslått vil endre tilbod om utgreiing og behandling i vesentleg grad. Vi fryktar derimot at ungdom som følgje av desse endringane må vente endå lenger på plasseringar som vil gje gode rammer og tryggleik til å ta fatt på vidare liv. Alle barn har rett på tilpassa hjelp og oppfølging. Nokre gonger er det riktig med kartlegging og oppfølging i førstelinjetenesta. I meir alvorlege tilfelle er det riktig med kartlegging og oppfølging i spesialisthelsetenesta. Me er sterkt kritiske til at det er situasjonen til barnet (som barnet uforskyldt har havna i), og ikkje mistanke om helseproblem (psykiske eller fysiske) som skal avgjere om han eller ho skal ha ei helsekartlegging. I CARE studien var det 30 % av barna som ikkje tilfredsstilte kriteriar for psykisk lidning. I 80 % av tilfella vart det tilrådd oppfølging av kommunale tenester; lavterskeltilbod, i barnet sitt nærmiljø. Det verkar difor svært unødvendig at barnevernstenesta skal førebu ei sak for å be BUFETAT om ei helsekartlegging, så skal BUFETAT avgjere om kartlegging skal gjennomførast. Deretter skal eit kartleggingsteam gå gjennom alle dokument i barnet si «mappe», møte barnet éin dag, i dei fleste tilfelle på ein stad langt vekk frå fastlege og helsestasjon, for så å skrive ein rapport der ein i over 80 % av tilfella tilrår oppfølging frå kommunale tenester. Berre i 13 % av tilfella vert det anbefalt umiddelbar tilvising til BUP og for 4 % somatik i spesialisthelsetenesta. Prosessen for å få kartlagt barna tok i CARE-studien ca fem månader. Det er dyrebar tid i eit barn sitt liv. Me er svært bekymra for at lovforslaget som er tenkt å sikre at barn vert kartlagt og får rett oppfølging vil verke mot si hensikt, at barna vert «kasteballar» mellom systema og at det tek lenger tid enn nødvendig å kome i gang med lavterskeltilbod og stabil og god omsorg som alle barn med helseproblem har rett på.

Me er kritiske til å lage system som inneber meir kartlegging; desse barna treng at den kunnskapen ein allereie har om deira helse og historie vert teken i bruk når ein besluttar vidare oppfølging. I lovforslaget står det mellom anna at første fase av kartlegging er å gå gjennom dokument om barnet, me er samde i at det er ein viktig del av ei helsekartlegging, men undrar oss over at dette skal vera ei oppgåve som vert lagt til helsepersonell også i saker der barna ikkje viser teikn til psykiske vanskar. Me er kritiske til at helsepersonell skal ta over ansvar og arbeidsoppgåver som bør ligge i barnevernstenesta.

Rekruttering av helsepersonell

Vår erfaring er at det er utfordrande å få psykologar til å bli i stillinga si over tid. Dette skuldast ofte at me får rekruttert nyutdanna psykologar, men at dei flyttar herifrå etter kort tid, då dei ikkje har lokal tilknytting. Me ser også at ein i fleire av våre kommunar strevar med rekruttering av kommunepsykologar. Me har difor grunn til å tru at det også vil vera utfordrande å rekruttere kvalifiserte psykologar til stillingar i eigne kartleggingsteam som skissert i høyringsnotatet. Det same gjeld for legespesialistar.

Helsekartlegging av barn i krise; er det til barnets beste?

Det kjem fram av forslaget at barnevernet kan be BUFETAT om helsekartlegging ved omsorgsovertaking, åtferdsplassering og frivillig plassering utanfor heimen. Me er kritiske til nytteverdien av ei helsekartlegging på eit slikt tidspunkt. Eit barn eller ungdom som får ein radikal endring i sine omsorgsrammer er i ei livskrise. Det vanlege er at desse barna har reaksjonar både på den omsorgssvikten dei tidlegare har opplevd og på dei endra omsorgsrammene. I mange høve vil det difor vera avgrensa kva verdi ei kartlegging av psykisk helse har på eit slikt tidspunkt då det ofte er snakk om midlertidige reaksjonar. I mange tilfelle vil desse reaksjonane avta når barnet er sikra ein stabil omsorgssituasjon over tid. Frå CARE-studien vart det ofte tilrådd at tilvising til spesialisthelsetenesta bør vurderast på eit seinare tidspunkt. Vidare vart det av omsorgspersonar i CARE-studien rapportert at det vart opplevd som ein «voldsom start for barnet, som for eksempel

ikke har rukket å bli trygg på nye omsorgspersoner». Me vurderer at ei slik kartlegging, utført i ein vanskeleg livsfase og av fagpersonar som er framande for barnet, kan utgjere ei betydeleg belastning, og me er tvilande til at ei helsekartlegging på eit slikt tidspunkt er nødvendig for å gje barnet den oppfølginga dei treng. Dersom barnet har store utfordringar i lengre tid etter flytting og det ikkje føreligg kartleggingar om barnet si helse, er det naturleg at fosterforeldre / barnevern nyttar ordinære vegar for helsekartlegging og oppfølging, som tilvising til BUP eller oppfølging av kommunale tenester. Kartlegging på eit seinare tidspunkt vil kunne gje nyttigare opplysningar om barnet sine behov.

Manglande kunnskap om nytteverdi

I rapporten kjem det fram at det pr i dag ikkje føreligg dokumentasjon på kva som vil vera ein god modell for helsefremjande tenester for barn som vert plassert utanfor heimen. I den systematiske litteraturgjennomgangen det vert referert til (Mensah et al., 2019), vert det understreka behovet for å gjennomføre gode oppfølgingsstudiar av implementering av slike modellar. Så vidt me kjenner til er det pr i dag ikkje publisert studiar som fortel noko om kva nytte barna i CARE-studien har hatt av kartlegginga i ettertid. Ideelt sett kunne ein tenke seg at barn som fekk helsekartlegging i følge CARE-modellen fekk ein betre og meir tilpassa oppfølging i ettertid, enn det som er tilfelle ved «ordinær» sakshandsaming i barnevernet. Det er i dagens praksis barnevernet sitt ansvar å hente inn helseopplysningar, oppsøke fastlege ved helseplager, tilvise BUP ved behov og generelt syte for at barnet får den helseoppfølginga han eller ho har rett på. Før ein har dokumentasjon på nytteverdien for barna etter CARE-prosjektet, ser me med skepsis på å innføre ei lovendring og «rigge» eit ressurskrevjande system som etter vårt syn står i stor fare for å vera ei belastning for den det gjeld utan at det gjev spesielt stort utbytte.

Oppsummert meiner me at lovforslaget og endring av regelverk som skissert i høyringsnotatet gjev stor risiko for følgjande utilsikta konsekvensar:

- **Barnevernet si kartlegging av barnet tek lenger tid enn nødvendig.** Generelt er det ei utfordring at kartleggingar er tidkrevjande og me meiner at det aktuelle lovforslaget aukar risikoen for unødvendig lang sakshandsamingstid utan reell endring for barnet.
- **Unødvendig belastning på eit barn i krisesituasjon**
- **Dårleg ressursbruk av tenester med kompetanse på barn:** Det er ei generell kritikk mot både barnevern og psykisk helsevern at ein brukar for stor andel av tida på å kartlegge barn; mindre ressursar på tiltak og behandling. Me er bekymra for at denne lovendringa vil føre til at endå meir ressursar vert nytta på kartlegging.
- **Meir byråkrati utan at det medfører reell endring for barnet.** Jamfør poenget om at 80% av barna i CARE-prosjektet vart tilrådd oppfølging i førstelinja
- **Barnet vert kasteball mellom endå fleire instansar**

Dei minste barna

Me er kritiske til påstanden om at det er eit generelt behov for meir kartlegging av barnevernsbarna, og meiner dette bildet er meir nyansert. Mellom anna meiner me at behov for helsekartlegging og faktisk nytteverdi vil variere med alder. For dei yngste barna vil det oftare vere behov for differensialdiagnostiske vurderingar mellom somatikk, psykiatri og helseutfordringar som følge av omsorgssvikt. Me er samde i at fagleg gode kartleggingar og vurderingar, gjort på eit tidleg tidspunkt, kan vera eit viktig tiltak for å gjere barnevernet og omsorgspersonar merksame på utfordringar og behov hjå barnet. Me er positive til å jobbe for eit endå tettare samarbeid mellom tenestene for å få

gjort gode tverrfaglege helsekartleggingar av dei yngste borna. Å sende desse barna til eit eige kartleggingssenter, med ukjente vaksne og i mange tilfelle med lang reiseveg, meiner me imidlertid vil vera ei unødvendig belastning.

For barn som er plasserte midlertidig på foreldre/barn-senter vil ei helsekartlegging kunne vera ein naturleg del av eit slikt opphald. På desse sentra skal ein ha rutinar for kartlegging av barna si utvikling og mange av dei har psykologar. Me meiner at det ville vera ein naturleg del av eit slikt opphald å også gjennomføre legeundersøkingar for ei heilskapleg vurdering av både den fysiske og psykiske helsa til barna. Me er positive til at spesialisthelsetenesta skal samarbeide endå tettare med foreldre-barn sentra for å få til gode kartleggingar / vurderingar i fellesskap. Det vil medføre lite ekstra belastning på barnet, så sant tilbodet gjeld kun for dei barna som allereie er på eit slikt senter.

For barn som får endra sine omsorgsrammer, utan å vera innom eit foreldre-barn senter, meiner me at barnevernsteneste, kommunale tenester, spesialisthelseteneste og andre aktuelle instansar i samarbeid bør kunne gjere ei heilskapleg vurdering av både den fysiske og psykiske helsa til barna. Me ser det som ei svært viktig oppgåve for alle tenester som jobbar med barn og unge å saman sørge for at ein har tilstrekkeleg kunnskap om desse barna sine behov. Med gode rutinar og godt samarbeid kan ein gjere gode helsekartleggingar av dei yngste barna med minst mogleg belastning for barnet. Heller enn å bygge opp eit nytt system og ein ny instans, trur me på gode rutinar, god samhandling, betre kommunikasjon og informasjonsflyt mellom allereie eksisterande tenester.