

Høringssvar fra Klinikk for psykisk helse barn, unge og rusavhengige - Tverrfaglig helsekartlegging av barn i Barnevernet

Formålet med kartleggingen er at en skal få informasjon om barnet tilstand og utfordringer slik at tilbudet etter utflytting fra foreldre skal bli best mulig.

Hvis denne kartleggingen skal være til barnets beste bør det følger en automatikk i at forhold som påpekes i kartleggingen blir fulgt opp. Det vil si at en må vektlegge forhold og tiltak som kan være til barnets beste, og ikke at en tar hensyn til tjenestene.

Vi savner i høringsnotatet barnets stemme og hvordan en i utredningen legger vekt på barnets synspunkter. Vi har erfaring for at barn, og spesielt ungdommer, ikke liker å bli møtt med skjema og strukturert kartlegging. De ønsker behandlere som møter dem med varme og trygghet og at det er samme person som de treffer over tid. Det å møte et team på en hektisk dag og aldri se dem igjen, er etter vår erfaring ikke forenlig med barnets ønsker. Vår store utfordring i hjelpeapparatet er at barn ikke føler seg trygge nok til å fortelle det som gjør mest vondt og som er årsaken til alle symptomene. Det er undersøkelser som viser at det tar gjennomsnittlig 17 år før de tør å snakke om traumer og erfaringer om ikke å ha fått god nok omsorg.

Vi er skeptiske til at dette skal skje før Fylkesnemndsaken bringes opp, da vi ikke tror at kartleggingen blir valid. Vi tror at det blir utfordrende å få rett informasjon når både barnet og foreldre er i en prosess med mulig flytting ut av hjemmet. Både barn og foreldre vil sannsynligvis underrapportere på grunn av behandlingen i Fylkesnemnda.

Vi mener at en burde samle all tilgjengelig informasjon om barnet i forbindelse med utrednings-saken og før det kommer så langt at det er aktuelt med plassering ut av hjemmet. Vi har erfaring for at det fins rikelig med informasjon om barnet og familien. Vi erfarer også at utfordringen ikke ligger i manglende informasjon men at det ikke blir tatt hensyn til det vi allerede vet. BUP erfarer også at fosterforeldre ikke får den informasjonen barnevernstjenesten og andre etater kjenner til. Dette medfører ofte at de blir overrasket over den symptomatferden barnet viser og de ikke klare å stå i disse situasjonene over tid.

Det er lett å registrere symptomer og atferd, men dette vil i mindre grad ha betydning for hvilket tilbud som vil være til barnets beste. En må ha fokus på mulige årsakssammenhenger slik som relasjon/tilknytningsvansker, traumer, omsorgssvikt, mobbing, alvorlig selvskading og/eller rus, tilbakevende suicidalitet, emosjonelle reguleringsvansker og faglige/lærevansker. Ved å ta hensyn til alle barnets utfordringer, vil det være større muligheter for å tilrettelegge og planlegge for de utfordringene barnet har. Når dette er blitt hensyntatt bør oppmerksomheten rette oppmerksomhet på hva som skaper gode rammer for barnet fremover.

Vi har flere eksempler på at barn blir plassert i institusjoner der det er andre beboere som har store rus problemer, selvskading og destruktive handlinger. Dette kan føre til at barnet utsettes for enda flere traumatiske situasjoner og hendelser enn de hadde før de

kom hit, og at de kopierer uhensiktsmessige mestringsstrategier. Vår erfaringer at dette skyldes ikke manglende kartlegging.

Vi stiller spørsmål om det også er manglende kompetanse og manglende personalressurser i enkelte institusjoner. Vi mener at dette er en mye større utfordring enn at det mangler informasjon og kartlegging om barnet.

Vi mener at en heller bør vurdere om en skulle ta inn informasjonsinnhenting i pakkeforløpet «Barnevernet – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge» enn i «Tverrfaglig helsekartlegging av barn i Barnevernet». Selv om helsekartleggingen er tenkt å kartlegge psykiske lidelser, så mener vi at en heller utvide/endre pakkeforløpet slik at denne utredningen blir utført i forbindelse med dette pakkeforløpet. Barna må ikke utsettes for to kartleggingsperioder med relativt kort tid mellom hver kartlegging.

Care studien

Det er vanskelig å si noe om denne metoden da den ikke retter seg mot formålet om å foreta denne før behandling i Fylkesnemnda. Kartleggingen skjer gjennomsnittlig seks måneder etter flytting. Det betyr også at de snakker med fosterforeldre og ikke foreldre. Vi tror utfallet vil være annerledes hvis de hadde intervjuet foreldre. Foreldre kjenner barna best, men samtidig vil tidsperioden kartleggingen vil skje, være i en sårbar periode for foreldre. Vi vet blant annet at flere biologiske foreldre ikke ville klart å fylle ut DAWBA på nettet. Barna vil også være i en sårbar situasjon og sannsynligvis ha en frykt for å flytte bort fra foreldre. Evne test vil ikke være mindre pålitelig på grunn av høyt stressnivå. Fornøydhets vurderingene og nytte verdien vil bli mye dårligere hvis en hadde hatt samtaler med biologiske foreldre i stedet for fosterforeldre

Vi ser at DAWBA kan foreslå diagnoser i autismespekteret, ADHD og bipolar, mens disse diagnosene ikke blir bekreftet i den senere utredningen ved BUP. Dette gjør at det er flere steder i Norge som ikke ønsker å bruke verktøyet. Helse Bergen og Helse Nord bruker det fortsatt. Når det gjelder DAWBA har det også vært diskutert med IKT om datasikkerhet blir godt nok ivarettatt.

Hele kartleggingen virker komplisert og det kan se ut som en bruker mere ressurser enn nødvendig. Å ha en lange strukturert utredninger på 30 sider, når vi ikke vet om det faktisk vil tjene barna, mener vi ikke bør gjennomføres. Vår påstand er at allerede eksisterende informasjon ikke blir tatt hensyn til, og vi mener derfor at forbedringspotensialet ligger andre steder enn kartlegging

Vi er enig i at det må foreligge samtykke hvis kartleggingen.

Vi ser også at dette kan medføre utfordringer når dette skal gjøres i et tidsrom før saken om plassering ut av hjemmet skal opp i Fylkesnemnda. Det vil kreve ekstra ressurser for å få kartleggingen utført og samlet aktuelle ressurser. Vi tror også at informasjon fra foreldre og barn kan være misvisende pga pågående sak

Det er viktig å ivareta barns rettigheter. At barn ned til 7 år får uttalte seg /delta i kartleggingen og at deres mening blir dokumentert. Vi mener også at det må synliggjøres hvordan barnets mening er blitt tatt med i konklusjonene.

87% av barn som har fått hjelp av barnevernstjenesten har fått hjelp i psykisk helsevern. Det gjenspeiler at mange har store psykiske utfordringer og vi vet i dag mye om

bakgrunnen for slike psykiske vansker . ACE studien viser at jo flere adverse events barnet har i sin oppvekst, jo større sannsynlighet er det for psykiske vansker senere i livet.

Vi mener det er lite sannsynlig at en kartlegging eller å ta hensyn til barnas utfordringer, vil bli økonomisk lønnsomt på kort sikt. Jo mer vi tilrettelegger for utfordringene barna har, jo dyrere vil opplegget rundt barna bli . Det er dyrt å drive veldig godt tilrettelagte tilbud for det enkelte barn, men forhåpningen at dette vil lønne seg på sikt.

Flere barn vil kanskje trenge spesielle institusjoner – kanskje mer ene tiltak - kanskje mer kvalifiserte miljøterapeuter – kanskje høyere krav til fosterforeldre. Dette kan være spesifikk kompetanse eller krav til familiestrukturen i fosterfamilien. Vi tenker også at - kanskje må flere plasseringer være i nærmiljøet for å opprettholde kontakt med familie og venner.

Vi er også usikre på om dette bør ligge til Bufetat/dir da de står for utredningen og samtidig har ansvar for tilbudet som barna skal plasseres i. «Bukken og havresekken». En bør derfor ikke tenke seg at dette er et tiltak som skal få ned utgiftene. Da blir dette kan komme i konflikt med barnets beste .

Når det gjelder ressurser fra spesialist helsetjenesten, så må det tilføres ressurser slik det foreslås. Legeressurser er det spesielt vanskelig å få dekket. Spesialist helsetjenesten har allerede store utfordringer med rekruttering av leger. Dette kan tappe allerede knappe ressurser i BUP og da må det være spesielt nyttige tiltak.

Stavanger 26.02.21

Jan Skandsen

Medisinsk faglig ansvarlig