

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
Postboks 8036 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Saksbehandler: TUM
Vår ref.: 12/4570
Dato: 19.09.2012

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet - Høringssvar - NOU 2012:5 Bedre beskyttelse av barns utvikling

Helsedirektoratet viser til brev fra Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet av 08.05.2012 med invitasjon til høring – NOU 2012:5 Bedre beskyttelse av barns utvikling

NOU 2012:5 er basert på ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp. Ekspertutvalget har belyst de vanskelige problemstillingene som oppstår i barnevernets praksis med særlig fokus på anvendelsen av det biologiske prinsipp. Kjernen i det biologiske prinsipp handler om familien som arena for omsorg og ivaretagelse av barnet med foreldrene i hovedrollen, og vektingen av dette prinsippet opp mot prinsippet om barnets beste. Ekspertutvalget støtter føringen om at prinsippet om barnets beste er overordnet. Forståelsen av barnets beste i en tid med ny kunnskap om barns utvikling (ny forskning), samfunnets syn på barn og samfunnsutviklingen forøvrig handler primært om å veie ulike hensyn mot hverandre. Helt sentralt er det å vekte balansen mellom barnets interesser og foreldrenes interesser og rettigheter i de vanskeligste beslutningene i barnevernet: omsorgsovertakelse, varighet av hjelpetiltak, samvær etter plassering og begrunnelse for tilbakeføring. Ekspertutvalget viser til ny forskning på barnepsykologiske feltet og *anbefaler et nytt prinsipp definert som prinsippet for utviklingsfremmende tilknytning – som vil gi Bedre beskyttelse av barns utvikling.*

Generelle kommentarer

Rapportens problemstillinger berører en rekke fagdisipliner i ulike avdelinger i Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har gjennomført en oppsamling av innspill fra ulike fagdisipliner og fra ulike avdelinger i direktoratet. Helsedirektoratet har ikke sendt høringsinvitasjonen til noen underliggende etater eller virksomheter.

Helsedirektoratet uttaler seg her generelt om NOUen, og det utvalget berører som er relevant for helse og helsetjenester, både når det gjelder folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og behandling.

Helsedirektoratet vil påpeke at NOU 2012:5 er ikke bygget på den nye Helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 01.01.2012. Det innebærer at bl a § 6-2a i

Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester

Avd. psykisk helse og rus

Turid Moseid, tlf.: 24 16 30 88

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

sosialtjeneste loven som det vises til i hele NOUen ligger nå i Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3.

Helsedirektoratet mener at ekspertutvalgets utredning er godt faglig fundert og bygger på nyere kunnskap innen utviklingspsykologi. Helsedirektoratet vil framheve at dette er en viktig utredning som vil være førende for utviklingen for det nye barnevernet. Helsedirektoratet støtter på generelt grunnlag ekspertutvalgets forslag i NOU 2012: 5.

Helsedirektoratet støtter utvalgets tilrådninger men vil spesielt framheve følgende prinsipper som det gis tilslutning til:

- Utvalget framhever betydningen av at barn, generelt sett, har best av å vokse opp i sin familie, men at dette kan fravikes i tilfeller det er til barnets beste. Og at de offentlige tiltak er å se på som subsidiære.
- Utvalget får også støtte i at føringen om at prinsippet om barnets beste er overordnet.
- Dersom tilknytningen og relasjonsutviklingen mellom barnet og omsorgspersonene er svak kan det føre til at barn vokser opp under ugunstige omsorgsbetingelser. Utvalget anbefaler at det utviklingsstøttende tilknytningsperspektiv gis forrang i forhold til det biologiske prinsipp i saker der tilknytnings- og relasjonskvaliteten er til hinder for barnets utvikling.

Helsedirektoratet gir tilslutning til utvalgets anbefaling av innføring av det nye prinsippet definert som prinsippet for utviklingsfremmende tilknytning.

Helsedirektoratet støtter også opp om utvalgets forslag om å gjøre Barnevernloven til en rettighetslov.

Helsedirektoratet har bedt aktuelle avdelinger om høringsuttalelse i forhold til spesifikke kapitler som var relevante for dem. Av praktiske hensyn gjengis innspillene avdelingsvis, men at Helsedirektoratet som sådan står bak innspillene,

Helsedirektoratet har fått innspill fra følgende avdelinger:

Avd. minoritetshelse og rehabilitering

Avd. allmennhelsetjenester (har ingen merknader og gir sin støtt til NOU 2012:5)

Avd. psykisk helse og rus

Avd. grupperettet folkehelsearbeid

Avd. lokalt folkehelsearbeid

Avd. psykisk helsevern og rus

Avd. sykehustjenester

Følgende høringsuttalelser gis fra Helsedirektoratet, basert på innspill fra ulike avdelinger til ulike kapitler og punkter/avsnitt:

1. Innspill fra Helsedirektoratet ved avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Avdeling minoritetshelse og rehabilitering (PHMR) har i høringen sett på rapportens minoritetsperspektiv og ivaretagelse av minoritetshelse. Ekspertutvalget anbefaler at oppsøkende arbeid og opplysningsvirksomheten fra det kommunale barnevernet intensiveres, særlig for å nå ut til barn med minoritetsbakgrunn. Utvalget anbefaler at det spesielt forskes på barn med minoritetsbakgrunn.

Det anbefales at prinsippet om barnets beste forsterkes i lov og forskrift, for å fremme en ensartet fortolkning og praksis i tjenesten.

Det er viktig å gi familier/foreldre med innvandrerbakgrunn kunnskap om det norske samfunnet og barnevernets rolle slik at det kan benyttes støttetiltak der det er nødvendig. I kommunikasjonen med innvandrerforeldre er det viktig at kvalifisert tolk brukes der det er en språkbarriere. Det er viktig at barnets kultur/religion blir respektert. En forutsetning for at barns beste legges til grunn er kompetanseheving i minoritetsperspektiv /kultursensitivitet hos tjenesteyter. Denne kunnskapen må være integrert del av tjenesteyter når de foretar individuelle og konkrete helhetsvurderinger, helst av tverrfaglige team. Samarbeid mellom foreldre og barnevern er viktig for å ivareta barnets interesser.

Generelt savnes det forskning på hvordan det går med barn med minoritetsbakgrunn som er under barnevernets omsorg.

Innspill til Kapittel 4 Barn, familie og barnevern

Familiebegrepet er av viktighet og ivaretas, særlig viktig hos barn med innvandrerbakgrunn. Likhet og forskjell når det gjelder adopsjon, prøverør og surrogat bør være tydelig.

Kap. 4.3.7 Barn med minoriteter eller innvandrerbakgrunn

Det er svært viktig at helheten tas i betraktning, ofte kan sosioøkonomiske og integrerende tiltak være tiltak som trygger foreldrene i omsorgsrollen og bedrer barnets situasjon. Det er viktig at det vies oppmerksomhet til flyktningbarn og barn med annerledes bakgrunn og oppvekst enn etnisk norske barn. Det må vurderes hvorvidt det handler om traumatiserte foreldre eller foreldre som av andre årsaker har manglende omsorgsevner. Det er mange årsaker til kognitiv svikt hos barn, og det skyldes ikke alltid foreldrenes manglende omsorgsevne.

Kap. 4.3.8 Enslige mindreårige asylsøkere(EMA)

EMA er en gruppe som kan falle utenfor når de er for gamle til omsorgsbolig. Det er viktig at det gis et tilpasset botilbud og aktiviteter etter fylte 18 år, disse må følges opp til 23 år. Folkehelseinstituttet har blant annet påpekt dårlig psykisk helse hos denne gruppen. Overføringsflyktinger, asylsøkere og barn som er utsatt for menneskehandel, har ulike behov tross alder, jf rapport NTNU og mottaksutvalget NOU 2011: 10.

Innspill til Kap.5 Hjelpetiltak

Kap. 5.3.2 Et sosiokulturelt perspektiv på et multikulturelt barnevern

Relasjonsbygging, tillitsskapende tidsbruk og tiltak for å rekruttere fagfolk med minoritetsbakgrunn til barnevernet, kan fremme ivaretagelse av barn med minoritetsbakgrunn.

Kap. 5.4.4 Anbefaling av evidensbaserte tiltak, spesielt.

Vi støtter utvalgets anbefaling om å legge til rette for at barnevernstjenesten får tilgang til evidensbaserte tiltak som har som mål å forbedre omsorgskompetansen til omsorgspersonene for barn i alle alderstrinn og utviklingsnivå, særlig foreldre med innvandrerbakgrunn. Det må tas hensyn til at noen grupper har vanskeligere tilgang til

tjenester og informasjon enn etnisk norske. Tiltak og tjenester krever individuell tilrettelegging for å ivareta deres behov og rettigheter.

Innspill til Kapittel 7 Barnets bosted etter plassering utenfor hjemmet generelt

Kap. 7.1.2 Plasseringer av barn med innvandringsbakgrunn utenfor hjemmet

Når det gjelder plassering vil samme vurdering ligge til grunn som alle andre barn. Barnets beste kan være å bli værende innfor samme hos sin familie, innenfor samme eller flyttes fra familien ved f. eks. fare for tvangsgifting eller oppdragervold. Ulike momenter bør vurderes i forhold til tiltak til det beste for barnet. For barn med innvandrerbakgrunn må også kultur, språk, religion vurderes i forhold til hva som er barnets beste.

Kap. 7.3.2 Barn i minoritetsfamilier

Viktige faktorer drøftes her, og en konkret vurdering må foretas i hvert enkelt tilfelle med barnets beste som utgangspunkt.

Kap. 7.3.3 Tolketjenester i barnevernssaker som gjelder minoritetsbarn

Barn skal aldri brukes som tolk. Barn skal bli hørt og ha medvirkning, og tolk skal benyttes om nødvendig. Det samme gjelder ved kommunikasjon med foreldrene.

Kap. 7.5.2, 7.5.3 og 7.5.4

Anbefalinger om fosterhjemsområdet, tolketjenesten som skal tilpasses barn, og om forskning spesielt, støttes.

Innspill til kapittel 12.5 Foreldreoppfølging på Familievernkontor

Det er utfordringer i forbindelse med kultur og språk. Viktig med kompetanseheving av tjenesten, herunder holdninger og realitetsorientering.

Kap. 12.6.1 Barrierer som hindrer familier med minoritetsspråklig bakgrunn i å ta kontakt med barne- og familievernet.

Familien og barnets oppdragelse er en intern familiesak i mange land. Man kan ha en helt annen forståelseshorisont. At det offentlig kan intervensere i den private sfære skaper uro og utrygghet. Mange grupper mangler saklig informasjon og kunnskap. Mye er basert på rykter og myter om at barnevernet tar barn fra foreldrene. At barnevernet kan bistå familien med konstruktive tiltak er mer ukjent. Kommunikasjon og tilgjengelighet er avgjørende virkemidler. Tilgangen på informasjon om eksisterende tilbud vil påvirke hvorvidt man benytter det.

Kommentarer til vedlegg 3- Det biologiske prinsipp

Utvalget anbefaler forskning og utredning i flere temaer omkring barn med etnisk minoritetsbakgrunn. Det gis støtte til all forskning og kunnskapsutvikling. Utvalgets ønsker om utredning av egen tolketjeneste for barn i barnevernssaker støttes også.

Anbefalinger om lovendringer samt endringer i forskrifter, rundskriv, retningslinjer og veiledere støttes i den grad dette vil sikre barnets beste og gi en mer ensartet fortolkning og praksis hos tjenesteyterne. Det bør innføres skal-bestemmelser heller enn bør-bestemmelser.

Tilgang til barneverntjenesten:

Styrking og kompetanseheving - tidlig intervensjon, kontinuitet i tjenesten osv bør sikres slik det er anbefalt i vedlegget. Det er samtidig viktig at barn uavhengig av bakgrunn får informasjon og faktisk medvirkning, jfr. rett til å høres / tilsyn.

Om opplysningsplikten:

Helsepersonell trenger mer kunnskap om vold og overgrep samt kompetanse og trygghet i hvordan de kan møte disse barna. Alle som arbeider i helsesektoren, inkludert tannhelsetjenesten, må gjennom utdannelsen bli bevisst den rollen de har med å avdekke omsorgssvikt og overgrep mot barn. Vold og overgrep, foreldre med psykisk sykdom og rus er viktige faktorer. Tidlig intervensjon må vektlegges. Taushetsplikten må ikke være til hinder for et godt tverrfaglig samarbeid til beste for barnet. Forslag om at meldeplikt tas inn som en del av utdannelsen (mellom aktørene) støttes. Kunnskap og kompetanse med et minoritetsperspektiv vektlegges.

Informasjon og renommé:

Det gis støtte til tilbud som foreldreveiledning i tillegg til introduksjonsprogram/ samfunnsfag.

Rettsvern til søsken:

Søsken må ha rettsvern og det må alltid vurderes hvorvidt de er utsatt for omsorgssvikt eller ikke.

Stabiliserende tiltak for barn som bor utenfor hjemmet:

Det gis støtte til forutsigbarhet og kontinuitet som stabiliserende tiltak.

Samvær:

Det gis støtte til medvirkning, medbestemmelse, og å bli hørt.

Tilbakeføring:

Det er viktig med en grundig drøfting av tilbakeføring vs adopsjon.

Det gis støtte til at dette utredes nærmere.

Avslutningsvis er det viktig å presiser at det er nødvendig med en tydelig ansvarsfordeling når det gjelder barn utsatt for menneskehandel/ antatte ofre for menneskehandel. Disse barna har behov for omsorgstiltak, men også juridisk bistand samt behandlingstilbud for eventuelle fysiske og psykiske skader

2. Innspill fra Helsedirektoratet ved avdeling psykisk helse og rus

Kapittel2 2.2.3 Utvalgets anbefalinger om bruk av evidensbaserte tiltak

Utvalget foreslår at myndighetene legger til rette for forskning og evaluering av tiltak som skal brukes i barneverntjenesten der slik evaluering ikke foreligger. Utvalget forslår at endringstiltak som skal benyttes i barnevernet vurderes og beskrives i Ungsinn-databasen. Avdeling psykisk helse og rus legger vekt på at tjenester og tiltak rettet inn mot målgruppen bør ta utgangspunkt i metoder og modeller som har god teoretisk forankring og som gjennom forskning har vist å ha positiv effekt for barn og unge. Vi viser i denne sammenheng også til WHO sin anbefaling om bruken av gode erfaringsbaserte («proven and promising») intervensjoner, som bør ha konsekvenser for metodevalg der det ennå ikke foreligger forskningsbasert kunnskap som

tilfredsstillende strenge vitenskapelige krav om evidens men som likevel har vist tydelig erfarings-/kunnskapsbasert effekt.

Det vektlegges betydningen av å benytte www.Ungsinn.no som en kunnskapsbase for å få en oversikt over hvordan tiltak virker og hvor godt effekten av de ulike tiltakene er dokumentert. Ungsinn er ment å være en informasjonskilde for alle som jobber med barn og unge. Det er også ønskelig at en ikke etablerer konkurrerende databaser til en allerede god og etablert kunnskapsbase.

Kap. 2.2.5 Anbefalinger om bedre praksis

Det gis støtte til utvalgets forslag om at Statens helsetilsyn ved fylkesmannen overtar tilsynet med fosterhjemmene. Det er basert på BLDs rapport om fosterhjem (2011) som viser til at mange barn i fosterhjem ikke har hatt tilfredsstillende tilsyn og dermed ikke den rettssikkerheten de skulle ha hatt.

Utvalget mener at familievernkontorene i større grad kan benyttes som en aktiv samarbeidspart for barnevernstjenesten. Helsedirektoratet støtter denne anbefalingen. I familier med eksempelvis store konflikter med eller uten voldsproblematikk er det viktig å se familiedynamikken i en sammenheng. Familievernkontorene er en verdifull aktør også i den samhandling som relativt ofte skjer mellom psykisk helsevern for barn og unge eller kommunalt psykisk helsearbeid med barn på den ene siden og barnevernstjenesten på den andre.

Utvalget legger frem flere anbefalinger som tar sikte på å øke kontinuiteten og forutsigbarheten i de tilfellene hvor barnet er fosterhjems plassert. Vi gir støtte til disse (og til 2.2.6.6. som omhandler redusering av ustabilitet i fosterhjems plasseringene), samt til anbefalingen som omhandler fylkesnemndas obligatoriske vurdering av tilknytningskriteriet i alle tilbakeføringssaker som behandles når det er gått mer enn to år etter fosterhjems plasseringen.

Vi ønsker å påpeke at prosessen rundt omsorgsovertakelse eller fjerning av barnet fra sitt hjem/daglige miljø i seg selv ofte kan være en sterkt belastende hendelse som krever varsomhet i kombinasjon med solid barnevernfaglig kompetanse.

Prosessanalyser i etterkant av et slikt tiltak er nødvendige blant annet for å kunne bidra til reduksjon av mulig skyldfølelse (hos parentifiserte barn) og for å underlette samarbeid med biologiske foreldre samt en eventuell senere tilbakeføring.

Kap. 2.2.6 Anbefalinger om mer forskning, utviklingsarbeid, endringer, vurdering og utredninger

Utvalget foreslår at det forskes mer på barneverntjenesten og at det satses på å fremme evidensbaserte metoder og tiltak. Helsedirektoratet støtter dette forslaget og vil legge vekt på at tjenestene til enhver tid skal gi hjelp som er faglig forsvarlig og i samsvar med god faglig praksis. En viktig forutsetning for å oppnå dette er at tjenestene som gis er basert på kunnskapsbasert praksis. Som en del av dette er det viktig at brukerperspektivet blir godt ivaretatt.

Kap. 2.2.6.3 Samarbeid

Utvalget ønsker at det skal utredes om det er behov for en samarbeidsreform på barne- og ungdomstjenestefeltet.

Helsedirektoratet vil gi sin støtte til behovet for en samhandlingsreform for barn og unge ved å vise til det arbeidet som nå er igangsatt med en strategi for barn og unge. Dette er en strategi for en samordnet satsing på arbeidet i forhold til barn og unges

psykiske helse. Hensikten med strategien er at barn, unge og deres familier skal bli best mulig ivaretatt på de aktuelle arenaene og i tjenestene. Det innebærer at strategien skal ha fokus på forebygging og lokalbaserte tiltak som bidrar til at barn, unge og deres familier kan mestre dagliglivet. Utvikling av kompetente og kunnskapsbasert arbeid i tjenester som kan se og møte behovene tidlig er et sentralt mål.

Arbeidet med strategien er et resultat av et forpliktende samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeid- og velferdsdirektoratet, Kunnskapsdepartementet, Utdanningsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Politidirektoratet, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, Justisdepartementet/ Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, og Husbanken.

Det legges stor vekt på samarbeid og samhandling for å nå målsetningene i strategien. De ulike samarbeidsmodeller må bygges på en god lokal forankring både politisk og administrativt, og at samarbeidet skal baseres på kommunens egne utfordringer. Samarbeidsmodellen Familiens hus/familiesentre er en modell for samordning av de av kommunens tjenester som kan gi foreldre og barn et helhetlig, lett tilgjengelig og støttende tilbud i deres nærmiljø.

Innspill til Kapittel 5 Hjelpetiltak

Kapittel 5.3.11.3 Graviditets og spedbarnstøttende tiltak

I dette kapittelet omtales Circle of Security (COS) som et tilknytningsfremmende tiltak for barn opp til to år. Helsedirektoratet vil fremheve at det er utviklet et foreldretreningsprogram (COS-Parenting/COS-P) med basis i kjernekomponentene av COS. En variant av COS-P har blant annet blitt utprøvd i en 3-årig prosjektperiode ved Stiftelsen Alternativ til Vold og har resultert i en veileder for foreldrearbeid der det er vold i familien (<http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/11/10/foreldrearbeid-der-det-er-vold-i-familien.-en-veileder.pdf>). I dette prosjektet var det tilbud for voldsutøvende fedre og voldsutsatte mødre. Med bakgrunn i dette prosjektet samt at COS-P opplæring tilbys nå flere steder i Norge for fagpersoner som er i kontakt med foreldre kan COS-P godt være et tiltak sammen med de andre tiltakene nevnt i 5.3.11.3, samt også som et foreldretiltak under 5.3.13 Universaltiltak eller 5.3.14 Forebyggende tiltak i foreldreferdigheter. Merk også at COS-P ikke nødvendigvis er et tiltak kun for barn opp til to-årsalderen slik det beskrives, men kan være et hjelpemiddel for barn eldre enn 2 år og deres foreldre. Det bør imidlertid samtidig ses på forskningen og evidensen bak COS-P i forhold til hvilke grupper av barn og foreldre COS-P kan være et godt tiltak for.

Innspill til Kapittel 6 Omsorgsovertakelse

Kapittel 6.6.1: Barn i alderen 0-2 år (kap 6 Terskler i forhold til tilknytnings- og relasjonskvalitet.

Det vises til at «terskelen for omsorgsovertakelse vil trolig være overskredet ved desorganisert tilknytningsform hos barnet».

Helsedirektoratet vurderer at ved såpass alvorlige symptomer som desorganisert tilknytningsform hos et barn bør det sies *tydeligere*: «terskelen for omsorgsovertakelse er overskredet ved desorganisert tilknytningsform».

Kapittel. 6.7.3 Omsorgspersonens egenskaper

Gjennomgangen av omsorgspersonens egenskaper er grundig og godt fundert, men det savnes en beskrivelse av omsorgspersoners egenskaper når omsorgspersonen(e) utøver fysisk, psykisk, seksuell eller materiell vold mot andre av barnets omsorgspersoner (som far eller mor), andre familiemedlemmer (som søsken) eller rett direkte mot barnet selv. Volden kan ha sammenheng med allerede beskrevne rus- og alkoholproblemer og eventuelle lett/moderat/alvorlige psykiske lidelser, men kan også utøves uten at dette er til stede hos omsorgspersonen. Å ha et voldsproblem er i seg selv ikke en diagnose eller definert som en psykisk lidelse, så selv om utvalget har en grundig gjennomgang og konkretisering av bruk av vold mot barn i kap. 6.6.6. kan det være på sin plass å vurdere voldsutøvelse som en mulig del av omsorgspersonens egenskaper som står i mulig konflikt til omsorgsevne. Det påpekes i kap. 6.6.6. også at evidensbaserte tiltak bør tilbys eller kreves ovenfor omsorgspersoner som utøver vold. Helsedirektoratet vil fremheve at dette er et særdeles viktig poeng som om mulig praktiseres i for liten grad.

Kapittel 8 Samvær etter omsorgsovertakelse

Kapittel . 8.4.4 Utviklingspsykologiske og barnevernfaglige vurderinger – kapittel 8.5.2 Anbefaling om forskning (under utvalgets anbefalinger kap. 8.5)

Helsedirektoratet gir sin tilslutning til at samværsordning må ta utgangspunkt i barnets behov, og tilrettelegges slik at det fungerer best for barnet. Samvær skal legges til rette slik at hensynet til barnets relasjonelle forhold og muligheter for relasjonsutvikling prioriteres.

Det er først og fremst barnet som skal tilgodeses ved samværsordninger. Lov om barnevernstjenester bør få en ny ordlyd som får frem det utviklingsfremmende tilknytningsprinsippet, jfr. forslaget beskrevet i kapittel 2.2.

Kapittel 9 Tilbakeføring, Kapittel 9.4 Utvalgets barnevernfaglige og utviklingspsykologiske vurderinger av tilbakeføring.

Helsedirektoratet gir sin tilslutning til det som står under pkt. 9.4.

Tilknytningsforholdene vil være av overordnet betydning når tilbakeføring skal vurderes.

Innspill til kapittel 11.3 Bruk av rusmidler og alkohol i svangerskapet.

St meld 30 (2011-2012) En helhetlig rusmiddelpolitikk anslår at om lag 300 barn er født av kvinner som har brukt metadon eller bufrenorfin i svangerskapet (2011).

Helsedirektoratet utga i 2011 nasjonal retningslinje om gravide i LAR og oppfølging av familie fram til barnet når skolealder (IS-1876). I arbeidet med retningslinjen fremkom det at det mangler kunnskap om hvordan det går med kvinner som blir gravide i LAR og barna deres på sikt. Kvinner i LAR som får barn har som gruppe en bakgrunn med en rekke andre tilleggsproblemer enn rusmiddelmisbruk. Det er en betydelig overhyppighet av somatisk og psykisk sykkelighet blant LAR-pasienter

Det er i midlertidig en tendens til at LAR-pasienter bruker andre rusmidler, og statusrapport LAR 2011 (basert på alle LAR pasienter) viser at en høy andel av LAR-pasienter bruker benzodiazepinpreparater.

Når barnet er født er det viktig med en god kommunikasjon og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten for å gi mor og barn et godt tilbud. Det må gjøres en kontinuerlig vurdering av tilknytningen og relasjonsutviklingen mellom barnet og barnets omsorgspersoner.

3. Innspill fra avdeling grupperettet folkehelsearbeid

Helsedirektoratet viser til at alkohol er det rusmidlet som er mest brukt før og i løpet av graviditet. Alkohol er den mest vanlige årsaken til medfødt hjerneskade, som kan forebygges. Det er kjent for de fleste at alkohol i store doser kan skade fostret. Det er imidlertid mindre kjent at enkeltepisoder med høykonsum og mindre mengder også kan skade.

Derfor er det viktig å fokusere på veiledning og oppfølging av alle gravide rett etter at graviditeten er bekreftet slik at fostret ikke eksponeres for alkohol og både mindre og mer omfattende skade (FAS, fetal alcohol spectrum disorders) kan forebygges. Alle kvinner i fertil alder må ha kunnskap om graviditet og alkohol.

Innspill til kapittel 2 og 11.2.1.1 Vern av ufødte barn fra gravide mødres skadelige livsførsel og kapittel 11.4 utvalgets vurderinger.

Utvalget skriver at mer forskning vil kunne gi ny og sikrere kunnskap. Helsedirektoratet vil påpeke at vi har tilstrekkelig kunnskap når det gjelder gravides alkoholbruk i svangerskapet slik at det klare budskapet fra Helsemyndighetene er å avstå fra alkohol under hele svangerskapet.

Dette perspektivet i praksis er lagt inn i kompetansehevende tiltak innen Helsedirektoratets tidlige intervensjonssatsing. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet samarbeider om et opplæringstilbud til helsepersonell i kommuner for å informere om og kartlegge alkoholbruk i svangerskapet. Kommunene kan delta i "Opplæringsprogrammet om kartleggingsverktøy og samtalemotodikk i møte med gravide og småbarnsforeldre", TIGRIS og andre kompetanseprogrammer.

Det arbeides for å tilby en samtale til alle gravide om alkohol og levevaner tidlig i svangerskapet.

4. Innspill fra avdeling lokalt folkehelsearbeid

Innspill til kap 5.3.10 Valg av endringstiltak (kurative tiltak)

Helsedirektoratet har tatt initiativ til et samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet for å drøfte om det bør utarbeides en helhetlig nasjonal strategi for foreldrestøtte. Sverige gjennomførte en kartlegging av hvilke programmer som fantes allerede i 2006, og utredningen ble lagt til grunn for satsingen på foreldrestøttende tiltak der. En kartlegging fra 2011 viser at satsingen har

ført til økt aktivitet på bruk av foreldrestøttende tiltak. Det foreligger flere rapporter fra Sverige. (www.fhi.se/föräldrastöd).

Den tverrdirektorale arbeidsgruppen (Utdannings-, Helse- og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet) skisserer følgende nasjonale delmål:

- Forankring av arbeidet internt i direktoratene/departementene og på tvers av direktoratene/departementene
- Kartlegge foreldrestøttende programmer og innsats i våre tjenester
- Brukerundersøkelse blant foreldre om behov for tiltak og ønske om hvilke tjenester som skal bistå/gi innsats
- Utarbeide en felles oversikt over programmer og innsats og anbefale at kommunene lager en lokal helhetlig plan for foreldrestøtte og samarbeidsrutiner

Innspill fra kap 5.4.3 Anbefaling om samarbeid

Viser til siste avsnitt; *Barnevernet kan ikke drives av barneverntjenesten alene, men er avhengig av at «hverdagsbarnevernet» i form av barnehage, helsestasjon og andre som kommer i kontakt med de aller minste barna er aktivt med for å se og hjelpe utsatte barn. Disse instansene må styrkes, få bedre metoder og kunnskap om utsatte barn og unge og barnevernets rolle. Samtidig har politikere et ansvar for å gi barnevernet en større legitimitet.*

I henhold til Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn og unge kom det bl.a. frem følgende svikt vedrørende samarbeid i kommunene:

- "... sikrer ikke tilstrekkelig samordning av tjenester til utsatte barn og unge"
- "... styrer og kontrollerer ikke helsetjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten slik at tjenestene til utsatte barn blir koordinert og rett hjelp blir gitt til rett tid"
- "... har ikke systemer som sikrer tilstrekkelig samarbeid mellom skolehelsetjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten"

I samme tilsynsrapport vises det til følgende eksempler på tiltak, som må styrkes:

- Regler knyttet til taushetsplikt, opplysningsplikt samtykke etc. er flere steder ikke tilstrekkelig kjent blant ansatte i de tre tjenestene
- Helse- og sosialtjenesten melder ikke, eller melder sent, når det er grunn til bekymring for at barn lider alvorlig overlast
- Kommunene har ikke rutiner for å følge med på meldinger til barnevernet fra andre off etater
- Tjenester til voksne med psykiske lidelser og sosialtjenester har ikke rutiner for å vurdere om barn av voksne brukere har behov for hjelp – noen har pekt på bekymring knyttet til etablering av NAV kontor
- Ikke alltid etablert rutiner for å sikre at relevante tjenester deltar i samarbeid ved behov – for eksempel noen steder "skolehelsetjenesten deltar ikke i ansvarsgrupper"
- Skolehelsetjenesten er flere steder ikke tilstede i skolene og fanger derfor ikke opp utsatte barn
- Tiltaksplaner mangler eller tiltaksplaner evalueres ikke

- Individuell plan anvendes i liten grad overfor disse barn
- Kommunene følger ikke alltid opp overfor fastleger som ikke deltar i nødvendig samarbeid
- Flere steder mangler rutiner for å samarbeide om overgangen fra barnevern og sosialtjeneste for de som ønsker det når de blir 18 – 23 år

Ut fra denne tilsynsrapporten kan det synes som om følgende må styrkes:

- Oversikten over og beskrivelsen av hjelpetjenestene for barn og foreldre i kommunen
- Øke kompetansen hos ansatte om tjenestene og på tvers av tjenestene, gjerne ved intern kompetanseheving
- Etablere og forankre rutiner for samarbeid i politisk og administrativ ledelse
- «Følge med» tjenestenes koordinering og oppfølging av barn, unge og foreldre der det er behov for koordinerte tjenester
- Barnevernets legitimitet styrkes best gjennom at barnevernet informerer «de andre» om barnevernets oppgaver i hht loven og mandatet lokalt og drøfter hvordan man sammen best kan bidra til gode løsninger på et lavest effektivt omsorgsnivå.

Helsedirektoratet har gjennom "Tidlig Intervensjonssatsingen" og videreføring av den tverrdirektorale veilederen «Fra bekymring til handling» pekt ut følgende satsinger:

- Opplæringsprogrammet
- Motiverende Intervju (MI/SMI) på Helsedir.no
- www.tidligintervensjon.no
- Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI), dansk samarbeidsmodell med verktøy

Opplæringsprogrammet er forankret «på tvers» av direktoratene, mens både nettsiden, www.tidligintervensjon.no og BTI vil Helsedirektoratet ta initiativ til felles innsats. Dette vil også bli tatt opp i arbeidet om felles strategi for Barn og unges psykiske helse.

Helsedirektoratet støtter at helse- og sosialtjenesten bør i lov pålegges et ansvar for å varsle barneverntjenesten om gravide mødre som har en livsførsel som kan skade barnet.

5. Innspill fra avdeling psykisk helsevern og rus

Innspill til kapittel 11.3 Bruk av rusmidler og alkohol i svangerskapet.

Helsedirektoratet viser her til første avsnitt i kap 11.3 og vil kommentere at substitusjonslegemidlene metadon og buprenorfin ikke kan defineres inn under begrepet rusmidler. Dette er medikamenter som anbefales brukt i svangerskapet av WHO og Helsedirektoratet (IS-1876).

Da må i tilfelle alle andre opiater og samtlige andre medikamenter med vanedannende effekt tas med her. Hvis substitusjonslegemidlene skal omtales i kapittel 11, må det være i eget avsnitt med henvisning til IS- 1876 Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, sammen med andre vanedannende medikamenter.

Kapittel 11.3 Annet avsnitt. Artikkelen til Wouldes (ref 14) er en liten undersøkelse av 32 metadoneksponerte barn hvor mødrene i tillegg har brukt mye rusmidler. Hvis oversiktsartikler i forhold til metadon og buprenorfin ønskes i forhold til dette avsnitt, er

Helsedirektoratets Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (IS-1701) kapittel 2 en oppdatert kunnskapsoppsummering.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>

Skader etter alkoholeksponering i graviditeten bør belyses i eget avsnitt og ikke blandes sammen med andre rusmidler. Det finnes dessuten gode, nye oppsummeringer fra Maternal Lifestyle Study, en stor multisenterundersøkelse i USA, som belyser mulige skadevirkninger av rusmidler under svangerskapet, men som ikke minst peker på betydningen av en rekke livsstilsfaktorer som vel så viktige for barnas utvikling. Disse henvisningene bør tas med i tillegg til norske enkeltstudier (Slinning, K, Moe, V og Smith, L).

Det hadde dessuten vært ønskelig at rusmidlene behandles ett og ett, med de vanligste først. Først nikotin, deretter alkohol. Cannabis og benzodiazepiner er overhode ikke nevnt i NOUen og bør tas inn. Amfetamin og metamfetamin kan med fordel også omtales.

Siste avsnitt i Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder (IS -1876) sier en del om omsorgssituasjon og behov for barnevernet for barn eksponert for LAR-legemidlene.

6. Innspill fra avdeling sykehustjenester

Prinsippet om barns beste bør forsterkes i lov og forskrift. Dette gir mer ensartet fortolkning og behandling i praksis.

Kap 2.2.5 Anbefalinger om bedre praksis.

Barnevernet bør i større grad benytte sakkyndige i bredere forstand slik at barnets totale situasjon kan vurderes best mulig. Barn med somatiske sykdommer og barn med adferdsendringer bør utredes bredere gjennom et mer åpent samarbeid mellom barnevern og helse(kommunehelse med forebyggende helse og spesialisthelsetjeneste. Dagens rutine med bekymringsmelding fra helseetat til barnevern er for ofte en enveiskommunikasjon, uten tilbakemelding.

Kap 3: 3.1.12 og 3.1.13

Barnevernsvurderingen må inn i tidlig spedbarnsalder for å kunne forebygge alvorlig traumatiserende « emotional abuse» (EA) allerede under spedbarnsåret. Følgene av EA er konkretisert i vedlegg nr. 2 (Arne Blindheim).

Kap 4

Biologi må ikke gå på bekostning av barns beste.

Kap 11.5.

Vern av ufødte barn må bedres.

Ufødte barn av gravide som tidligere har vist ikke å kunne gi omsorg til barn eller der kvinnens tidligere barn har vært utsatt for vold/overgrep, må sikres et bedre vern både under graviditeten og umiddelbart etter fødsel.

Støtter utvalgets anbefalinger at det oppnevnes sakkyndige i saker der det ikke er observert alvorlig omsorgssvikt i øyeblikket, men at omsorgspersonen ikke vil ivareta god nok omsorg i fremtiden jf bvl §4-12d.

Støtter utvalgets anbefalinger om forskning, utdanning og kompetanse. Det bør legges inn nye og oppdaterte undervisningsplaner i alle helsefagstudier der barn inngår og i alle andre utdanninger til personell som arbeider med barn (barnehage, skole, SFO).

Forskningen bør ikke bare omfatte barn med minoritetsbakgrunn men alle barn ettersom kunnskap om effektene av barnevernstiltak er sparsomme.

Vennlig hilsen

Toril Lahnstein e.f.
divisjonsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk


Anette Mjelde
avdelingsdirektør