

Barn i fosterhjem og psykisk helse

- behov, utfordringer og løsninger

Det er mye som tyder på at det ikke er gode nok systemer i Norge for å sikre at barnevernsbarna får den hjelpen de har behov for. Vi mener blant annet at psykisk helsevern bør ha en mer aktiv rolle rundt barna, og at dette bør forankres på et tidlig tidspunkt. Det bør ikke være noen tvil om at tidlig, helhetlig innsats rundt barnevernsbarna sikrer dem muligheten til å få bedret sine livsutsikter betraktelig. Vi mener vi ikke har råd til å la være.

| Av: Tenketanken OMNIA ved overlege Henriette Kirkaune Sandven, psykolog-spesialist Christian Lunde-Hanssen, spesialpedagog Cecilie Velgaard Andresen og barnevernspedagog/familieterapeut Inger-Elise Skauen

Introduksjon

Barn som har opplevd omsorgssvikt er en spesielt utsatt gruppe, og det er trist å måtte innrømme at systemene rundt disse barna ofte også svikter, noe som gir mange av barna en dobbeltbelastning. Flere av barna ender opp med å måtte flytte gjentatte ganger etter at barnevernet tar over omsorgen for dem. Flyttinger medfører gjentatte brudd med miljøet de lever i, relasjonene de har rundt seg, og i mange tilfeller også brudd i helsehjelp og oppfølging. Det er i grunn akkurat dette disse barna bør skjermes spesielt for.

Vi har ikke nok kunnskap om hva det er som forårsaker alle disse flyttingene. Her foreligger det mest sannsynlig en kombinasjon av individuelle faktorer og systemfaktorer. Det som er sikkert, er at vi kan øke

barnas livskvalitet og bedre deres prognoser gjennom tidlig og intensiv innsats, og hvor det er en klar målsetting om å sikre dem nettopp den kontinuiteten og stabiliteten de trenger.

Behov for vurderinger av barnevernsbarnas psykiske helse

Backe-Hansen og co undersøkte i 2013 hvordan fosterbarn var blitt kartlagt i forbindelse med plassering. Flest barn og unge var kartlagt på de områdene barneverntjenesten selv har ansvaret for, som problemer og ressurser i familie, nettverk og fungering i barnehage og skole. Utredninger som krever samarbeid med andre, som fysisk og mental helse, samt spesielle behov, var gjennomført i langt mindre grad. Det er en vedvarende bekymring både i norsk og internasjonal faglitteratur at man vet for lite om barn og unge når de plasseres i fosterhjem. Som følge av dette risikerer barna og ungdommene ekstra ustabilitet og flyttinger, særlig hvis det viser seg at de har større belastninger enn det fosterforeldrene greier å håndtere

- OM OMNIA -

| OMNIA tenketank ble stiftet høsten 2019, og har sitt utspring fra Ambulant Innsatsteam (2012-2019) ved Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk i Sykehuset Østfold. Medlemmene i OMNIA jobbet der i et tverrfaglig team. Alle medlemmene har lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for barn og unge. Medlemmene i OMNIA var i perioden 2016-2017 involvert i et innovasjonsprosjekt finansiert av BUFdir og Helsedir, hvor målsettingen var å yte bedre helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner.

| OMNIA er en tenketank som jobber for å finne nye og bedre løsninger for å øke kvaliteten på den psykiske helsehjelpen til særlig sårbare og utsatte barn. På sikt har OMNIA som mål at alle barn som lever i barneverninstitusjon skal ha et tilbud i psykisk helsevern. Vi har også som mål og fange opp utsatte barn gjennom tidlig og helhetlig innsats basert på tverretattlig samarbeid mellom barneverntjenesten og BUP, slik at alvorlig skjevutvikling i størst mulig grad kan unngås.



eller var klar over på forhånd. Det er et paradoks at det er et krav om at barn ved omsorgsovertagelse må gjennomgå en rask fysisk sjekk, men det er ikke slik at det er lovpålagt at psykiatrisk fagpersonale har en samtale med barnet om hvordan det har det.

Barneombud Inga Bejer Engh har tatt til orde for at barnevernsbarna får en lovbestemt rett til en psykiatrisk utredning/vurdering ved omsorgsovertagelse. Da kan en med større sikkerhet sikre behovene til det enkelte barn og også forberede og veilede fosterhjemmene bedre enn det er rutine for i dag. Dette blir møtt med skepsis i enkelte miljøer som hevder at barna kun har behov for kjærlighet og varme, ikke utredninger med fokus på symptomer og diagnoser.

Vi tenker at det ene ikke utelukker det andre, men at disse henger nært sammen. Dersom vi er godt kjent med hva barn har vært igjennom og hvordan dette påvirker dem, gir det oss en mulighet for å være mer raus og tålmodige i møtet med dem. Dette er nødvendigvis svært viktig kunnskap at omsorgsgiverne rundt barnet innehar.

Om omsorgssvikt

Omsorgssvikt er et svært vidt begrep og kan resultere i mange vansker. Det er ikke noen direkte sammenheng mellom type omsorgssvikt og vanskene dette resulterer i hos det enkelte barn.

Variasjonen og kompleksiteten i vanskene er nesten

uendelig. En del av vanskene kan la seg reparere, men i noen tilfeller er svikten så stor at skadene er mer varige. Omsorgssvikt handler om svikt i omsorgen som gis fra foreldre til barnet. Det kan være alt fra det at barnet utsettes for farlige situasjoner eller eksponeres for traumatiske hendelser, til at det ikke blir stimulert slik det har behov for. Konsekvensene er at barnet kan bli traumatisert eller gå inn i en skjevutvikling.

For 50 år siden hadde barnevernet på mange måter en enklere rolle, fordi det var en klarere forestilling om hva som var omsorgssvikt og ikke. Grensen gikk oftest ved fysisk vold og overgrep. I takt med samfunnsutviklingen har man etter hvert lært å identifisere andre former for omsorgssvikt, som blant annet handler om mangelfull emosjonell ivaretagelse. Dette medfører gråsoner når det gjelder beslutningsprosesser, men konsekvensene kan også her være store skader på et barns psykologiske utvikling og høy grad av psykisk uhelse.

Barnevernsbarnas psykiske helse

Forskning viser at fosterbarn har en svært høy forekomst av psykisk lidelse sammenlignet med normalpopulasjonen. Omtrent halvparten tilfredsstillende kriteriene for en psykisk lidelse, og hvert femte barn har alvorlige tilknytningsskader. Samtlige av barna har fått påført en ekstra sårbarhet, og dermed også en økt risiko for å utvikle psykisk lidelse, i at de har opplevd omsorgssvikt, relasjonsbrudd og ofte har vært utsatt for traumatiske hendelser. Dessuten viser norsk forskning at denne gruppen har relativt høy forekomst av komorbiditet (flere typer problemer på en gang).

For barna som bor i institusjon er tallene enda høyere. Tre fjerdedeler tilfredsstillende krav til minst en psykisk diagnose, og mest bekymringsfullt rapporterer de fleste om en lav livskvalitet. Det er rimelig å anta

at det skjer en betydelig forverring i barnets situasjon jo lengre "fartstid" det har i barnevernet og spesielt knyttet opp mot flyttinger.

Disse forskningsfunnene viser at det er tydelige behov for å gjøre grundige utredninger og vurderinger av ethvert barn som barnevernet overtar omsorgen for, og at det er uansvarlig av samfunnet å se bort fra dette. Dette er særdeles viktig når det gjelder å identifisere de barna som vil få ekstra store utfordringer i et fosterhjem, enten ved at det da for en periode plasseres i institusjon, eller ved at fosterforeldrene får den nødvendige støtten de trenger slik at de kan holde ut som fosterhjem. Behandlingen de er i behov av, skjer stort sett relasjonelt – slik sett påhviler det omsorgsgiverne et stort ansvar. Samtidig er det ikke riktig at psykiatrien unndrar seg behandlingsansvar, men anser seg selv som en samarbeidspartner med spesialisert kompetanse på området.

De fleste barna har svært sammensatte vansker, noe som igjen byr på store differensialdiagnostiske utfordringer. De passer dårlig inn i rene diagnosekategorier og flere diagnoser er ofte aktuelle. Det gir oftest mening å jobbe ut fra en multisystemisk eller biopsykososial forståelse, slik at helheten i vanskene til barnet kommer frem. Det er ikke gitt at de ordinære BUPene har kompetanse for å vurdere dette. Det har vi i visse tilfeller sett medføre en defensivitet i møte med barnet, som igjen gir en unnfallenhet når det gjelder å konkludere. Mange av barna har derfor vært gjennom ufullendte utredninger i BUP.

Flere av barna vil ha det vi kaller utviklingstraumatisering, noe som ofte resulterer i alvorlige reguleringsvansker i kombinasjon med relasjonsvansker. Dette kommer til uttrykk som grenseutprøvende atferd (for eksempel vold, rømning, rus, skadelig seksualisert atferd), emosjonelle vansker (angst, depresjon),





selvdestruktivitet (selvskading og kronisk suicidalitet), svingninger i fungering etc. Det foreligger ofte et høyt psykisk lidelsestrykk, og lav livskvalitet (jmf NTNU-rapporten).

Ganske overraskende har mye forskning konkludert med at flere av barnevernsbarna har medfødte nevropsykiatriske tilstander, som for eksempel ADHD og autismespekterforstyrrelse. Dette er også i tråd med våre funn fra prosjektperioden. For eksempel har vi funnet at omtrent 25 prosent av ungdommene kvalifiserte for en ADHD-diagnose, sammenliknet med rundt 5 prosent i normalpopulasjonen, og også en mye høyere forekomst av autismespekterforstyrrelse sammenliknet med normalpopulasjonen. Dette er tilstander som er svært viktig å identifisere, da mange av disse har behov for en annen tilnærming fra hjelpeapparatet og omsorgsgivere enn barn som "kun" er traumatiserte.

Systemets utfordringer når det gjelder å gi barnevernsbarna helsehjelp

Det er barnet som er hovedpersonen i en fosterhjemsplassering. Det er hun eller han som flytter fra hjemmet til en ny omsorgssituasjon, og som skal sikres en best mulig oppvekst så lenge det er nødvendig. Det er også han eller hun som må forholde seg til stabile så vel som ustabile oppvekstforhold i offentlig regi, og som må leve med konsekvensene av de andre aktørenes handlinger både på godt og ondt. Barneverntjenesten har derfor et etisk ansvar for å investere maksimalt i å finne gode, stabile og egnede fosterhjem. Omsorgsovertagelse er ikke et endepunkt for systemene, det er da jobben virkelig begynner.

Barnevernet skal sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Psykisk helsevern

har ansvar for å yte spesialisert helsehjelp til barn og unge med psykiske lidelser. I noen saker har det vist seg utfordrende i praksis å avklare ansvarsforhold mellom tjenestene, hvor barnet viser en alvorlig, sammensatt og kompleks problematikk, og det er behov for døgnopphold og innsats fra både barnevern og psykisk helsevern.

Både barnevernet og psykisk helsevern opplever en knapphet på ressurser. I saker hvor vi skal samhandle kan det dermed fort oppstå en dragkamp, og økonomien blir styrende. Tjenestene kan bli stående steilt mot hverandre. Et slikt fokus er selvsagt veldig uheldig, og fører til at det er en av instansene som bærer byrden med å hjelpe barnet, til tross for at det er åpenbart at begge deler på ansvaret. Videre er begge systemene rigget slik at det først er i akutte situasjoner at de største ressursene frigjøres. Det kan fort føre til at systemene venter med å agere til situasjonen er akutt, heller enn å tenke helhetlig og forebyggende. I slike tilfeller er det ofte barnets symptomer og/eller atferd som blir styrende for tiltakskjeden. Dermed henger systemene på en måte etter barnet, heller enn at systemene selv legger opp en plan som kan forebygge at barnet havner i akutte situasjoner.

Vår erfaring er at barnevernet sitter med hele jobben og ansvaret idet en sak går mot omsorgsovertagelse, og at det er grenser for hva de kan få på plass rundt et barn i en slik akutt situasjon. Vi mener at det offentlige har et ansvar her med å sikre at det foreligger gode rutiner og systemer som sørger for at behovene til barnevernsbarna blir identifisert og ivaretatt. I løpet av 2020 ser det ut til at det kommer et samhandlingsforløp på plass. Det er ment å stille krav til at den enkelte barneverntjeneste har gjort en reell vurdering av den psykiske helsa til barnet og

hvorvidt en bør søke bistand fra kommunehelsetjeneste og/eller spesialisthelsetjeneste. Dette kan være et godt første steg på veien til endring i systemene.

Vi har erfart at det sitter langt inne for barneverntjenestene å henvise til BUP, kanskje på grunn av ressurskrevende søknadsprosess og negative erfaringer hvis psykisk helse først kommer på banen. I en rekke tilfeller flyttes også barnet igjen før det gis et tilstrekkelig tilbud. Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt for vane å gi råd om at vi ønsker å avvente med et tilbud til omsorgsbasen er avklart og stabil. Det virker som dette er en holdning som etter hvert har blitt tatt over av de barnevernsansatte. Problemet er, at for mange av disse barna er en ustabil omsorgsbase deres normalitet. Videre viser det seg at det paradoksalt nok i mange tilfeller er nettopp i akutte situasjoner at barnet har en forventning om at noe skjer, og barna opplever i slike perioder å være mer mottagelige for samtaler og endringsarbeid.

Det er mye som tyder på at det fortsatt er ganske tette skott mellom psykisk helse og barnevernet, og det er behov for et betydelig holdningsarbeid fra begge sider. Det finnes gode enkeltteksempler på at samarbeidet fungerer, men oftest er samarbeidet mer faseorientert og fragmentert, hvor saken har sterkest forankring i en etat (oftest barnevernet). Vi mangler erfaring med et systematisk godt og nært samarbeid. Tradisjonelt sett har det vært slik at barn med vanskelig atferd er barnevernets eller politiets ansvar, mens hos barn med vanskelige tanker og følelser ligger ansvaret hos psykisk helsevern. Vi tenker at en slik avgrensning selvsagt er helt uhenksom for barnevernsbarna. Atferdsvansker er et symptom/uttrykk på linje med andre psykiske vansker, og det må foreligge gode muligheter for et smidig samarbeid på tvers av våre etater. Her ser vi fortsatt en helt klar svikt i eget system, og vi har et ønske om at dette endres.

BUP er etter hvert blitt et ganske lite fleksibelt system, hvor det er fokus på utredningsløp, frister og avslutning. Dette medfører at BUP klarer å gi et tilbud til mange, samtidig er det nok ikke et tilbud som alle kan nyttiggjøre seg av. Ofte faller barnevernsbarna utenfor dette systemet. Det foreligger ganske rigide rutiner knyttet til henvisning og rettighetsvurderinger, i tillegg til at hver enkelt behandler i BUP ikke har en fleksibel nok hverdag til å tilby et helhetlig og tilgjengelig helsetilbud.

Dette er ikke barn som kan vente på helsehjelp, og de fleste vil heller ikke å klare å nyttiggjøre seg et ukentlig tilbud med fast oppmøtetid på BUP. Videre vet vi nå at vi i liten grad lykkes med helsehjelpen dersom det ikke er et godt samarbeid med andre instanser. Dette krever totalt sett mye ressurser.

Barnevernsbarna vi møtte i vårt prosjekt, hadde stort sett hatt en lang fartstid i hjelpeapparatet og



hadde ofte resignert i forhold til å ta imot hjelp. De var lite motivert for tilbudet fra psykisk helsevern. Slik dagens lovverk fungerer, er alle over 16 år helse-rettlig myndige og skal ta sine egne beslutninger når det gjelder egen helsehjelp. Dette er en stor utfordring, og fører til at mange sier de ikke ønsker hjelp, selv om dette åpenbart ville vært det beste for dem og deres omsorgsgivere. Igjen er det gode argumenter for å få psykisk helsevern på banen så tidlig som mulig, for at vi når barnet før det eventuelt mister motivasjonen. Det er da vesentlig at barnet får en opplevelse av at det faktisk får hjelp. Uten dette vil motivasjonen gradvis forsvinne.

Vi støtte i prosjektet på utfordringer knyttet til samtykke, og det var tidvis nødvendig med en kreativ tilnærming for å komme i posisjon til ungdommene. Vi har tenkt at det er svært viktig at den som skal samtykke har god nok informasjon om tilbudet han/hun samtykker til på forhånd, og dermed har vi valgt å bruke tid på å skaffe oss samtykke. Her har vi muligens arbeidet i grenseland juridisk, men etter vår mening på riktig side etisk. Vi tenker at vi i utgangspunktet kan utfordre regelverket mye, så lenge det ligger faglige argumenter bak, gode vurderinger av saker og at alt dette dokumenteres fortløpende i journal.

Vi har drøftet mye hvorvidt det er riktig at vi i BUP står ansvarlige for pasienter som vi knapt treffer, og hvor åpent vi kan samarbeide med omsorgsgivere. Vi har et lovverk som krever at vi skal drive faglig forsvarlig virksomhet, og retningslinjer som ber oss blant annet vurdere suicidrisiko og voldsrisiko ved oppstart. Dette er ikke alltid hensiktsmessig eller mulig å få til rundt disse barna. Et relasjonsbyggende

oppstartsarbeid handler om å gi litt mer enn en tar, slik at barna holder seg motiverte og ser en mening med tilbudet. Det kan være en vanskelig balansegang. Vi opplever at barnevernsbarna i liten grad tåler skjema på skjema, og spørsmål ut fra vår agenda. Det gjør at tellekantsystemet som for tiden regjerer i BUP-feltet, i liten grad passer for barnevernsbarna.

BUP som system har et stort fokus på turnover og dermed avslutning av saker. Dette kan ikke gjelde for denne gruppen. Det kan være perioder hvor det er god utvikling og lite lidelsestrykk, med lite behov for oppfølging, men det bør være en mulighet for å aktivere helsehjelp raskt dersom det så blir vanskelige perioder. Det ser vi at gir en stor trygghet for omsorgsgiverne rundt barna, noe som igjen kan føre til en mer trygg og stabil omsorgssituasjon for barnet.

Fosterhjem og behov for veiledning

Fosterhjem er i utgangspunktet et vanlig hjem. Barn som ikke kan leve med sine foreldre, er svært sårbare og har ofte enorme udekkede behov for omsorg, raushet og tålmodighet. Å satse på fosterhjemsplaseringer fremfor institusjonsplaseringer har vært en bevisst satsning fra departementenes side de siste 20 årene. Her ligger det faglige, men også økonomiske hensyn til grunn. Det er gode faglige argumenter for å støtte dette, men samtidig er det helt vesentlig at vi er sikre på at barn som plasseres i fosterhjem har gode odds for å bli værende der.

Fosterforeldrenes oppdrag er å gi barnet et trygt og godt hjem. En viktig forutsetning for det er at barneverntjenesten er tilgjengelig for å gi nødvendig oppfølging til de som velger å påta seg dette samfunnsoppdraget. Mye tyder på at dette svikter rundt mange av fosterhjemmene (Helsetilsynets rapporter). Det er viktig at barneverntjenesten er tett på foster-

hjemmet for å sikre at fosterforeldrene får hjelpen de har krav på, for å unngå kollaps med påfølgende flytting. Alle fosterforeldre har behov for å bli sett, lyttet til og få støtte i arbeidet sitt. Det er viktig at det settes av ressurser til dette. Fosterforeldre som har et slikt tilbud, har større mulighet for å stå i jobben over tid, og dette vil igjen selvsagt komme barnet til gode. Det er barneverntjenesten som har ansvar for at fosterforeldre får den veiledningen de er i behov av.

Et barn som bor i fosterhjem har ofte et liv som er preget av vanskelige opplevelser. Disse opplevelsene er ofte presentert som «problemhistorier». Barn og unges identitetsutvikling er uløselig knyttet til de historiene de hører om seg selv, og sin biologiske familie. Som fosterforeldre kan en viktig oppgave være å hjelpe barnet til å leve med sine historier, for selv om disse kan være preget av mye smerte og vanskelige opplevelser, så kan barna også ha alternative opplevelser som er gode. RVTS Sør har anbefalt et livsløpsperspektiv for barn og ungdom som har det vanskelig. Blikket må være på belastningene, men også på de ressursene de har i seg og fremtidshåpet. Dette blir en livsfortelling som inneholder barnets styrke og det de gjorde for å håndtere det vanskelige. Dette kalles å lete etter gulltråder (Dovran 2017). Ved å lete, og trekke ut disse trådene, kan fosterforeldre hjelpe til med å la alternative historier bli synlige for barnet. Det krever at fosterforeldrene er tålmodige og nysgjerrige.

Mange fosterforeldre peker på det motsetningsfulle mellom å skulle ivareta et best mulig forhold til biologisk familie samtidig som en skal romme barnets reaksjoner som kan være sterkt preget av å ha levd i omsorgssvikt. Det å ivareta kompleksiteten i dette er særdeles krevende. Men i de tilfellene hvor det er mulig å få til et samspill med foreldre, ser man at barn ofte lettere vil kunne slå seg til ro i fosterhjemmet.



Man snakker ofte om det beste for barnet er å få med seg «reisepass».

Behov for mer kompetanse og nye metoder i tilnærmingen

Gjennom å arbeide med disse mest sårbare barna, har vi lært mye nytt. Gjennom prosjektperioden har teamet vårt skaffet seg unike erfaringer og kompetanse på en gruppe alvorlig psykisk syke barn og unge. Disse barna passer dårlig inn i rene diagnosekategorier og kan være svært utfordrende å samhandle med. De passer ikke inn i driften til en ordinær BUP, og vil trenge en annen type tilnærming enn andre BUP-pasienter. Vi vet at ambulant tilnærming, hvor en møter barn og deres omsorgsgivere på deres arena og hvor fokus er tidlig innsats og fleksible rammer, kan være banebrytende i arbeidet rundt disse særlig utsatte barna. Slik jobbing bør organiseres i egne tverrfaglige spisskompetanseteam. Dette vil gi økt kvalitetssikring og også trygghet i at vurderingen som gjøres er gjort av et team, ikke enkeltpersoner.

Vi ønsker å utvikle metoder og systemer for å sikre tidlig avdekking og god utredning av hjelpebehov, med en tydelig rolleavklaring og et godt samarbeid som resultat av dette. Vi har troen på at ambulante spisskompetanseteam kan ivareta dette. Det kunne i tillegg vært sett på løsninger hvor en akutt barnevernsinstitusjon var samlokalisert med psykisk helsevern – og det helhetlige tilbudet var en del av grunnlaget for plasseringen. Her er det imidlertid store utfordringer med lovverk. Poenget må være å tidlig få på plass en god utredning og en vurdering av mest hensiktsmessig omsorgstilbud og behandling barnet trenger videre.

Videre har vi erfart at en del av problematikken vi ser, er diagnoser eller vansker som tradisjonelt sett

har tilhørt voksenpsykiatrien. Det gjelder spesielt personlighetsforstyrrelser, rus- og voldsproblematikk. Her har ikke psykisk helsevern for barn og ungdom hatt et tilstrekkelig tilbud, og i mange tilfeller har disse ungdommene omtrent blitt satt på vent eller feilbehandlet til de blir 18 år. Denne kompetansen må bygges opp. Vi er nødt for å begynne å forholde oss til slik problematikk, da resultatet vil være både bedre hjelp og en mulighet for å jobbe ut fra et mer forebyggende og utviklingsfremmende perspektiv. Det å finne en balanse i god omsorg, grenser og ansvarliggjøring, vil kunne stanse en skjevutvikling. Dette er et svært krevende arbeid, som betinger et tett samarbeid med barnets omsorgsgivere.

En god utredning med diagnostiske vurderinger gir en forståelse av vanskene og hjelper oss å formidle hva problematikken handler om til systemene som skal samarbeide med oss. Videre er det slik at diagnoser kan gi visse rettigheter og også helt konkrete behandlingsmuligheter, det være seg medikamentell behandling ved for eksempel ADHD, bipolaritet, angst, depresjon, eller manualbaserte behandlinger som KAT, DBT, og så videre.

Det er åpenbart at mange av barna har så store vansker at en i liten grad kan ha fokus på en kur, men heller tenke et langsiktig og habiliterende perspektiv, med fokus på å gi mestringserfaringer til barnet og dermed også økt livskvalitet og en bedre prognose. Det medfører at det må foreligge aksept for at disse sakene får ha et kontinuerlig barnepsykiatrisk behandlingstilbud.

Hva skal til for å hjelpe?

Barnevernsbarna er en særlig utsatt gruppe i samfunnet vårt. Det er verdt å investere ressurser i dem så tidlig som mulig for å sikre dem bedre forutset-





ninger videre i livet. Per dags dato er det mye som tyder på at også systemene rundt barna svikter, og dette må vi gjøre noe med. Det handler om at flere instanser i hjelpeapparatet må stille opp, som for eksempel BUP. Barnevernsbarna er uten tvil tjent med å få bli værende i gode og stabile fosterhjem, så det må gjøres en stor innsats i forkant slik at fosterhjemmet er forberedt på og har de nødvendige ressursene rundt seg for å ivareta barnet. I perioder som er ekstra strevsomme, skal hjelpen være lett tilgjengelig. Dette betyr at hjelpeapparatet må ha lagt klare planer for samvær med barnas foreldre, muligheter for avlastning, vurdering av forsterkning, tydelighet i tilbud i psykiatrien og en tilpasset skolehverdag. Alt dette kan sørge for at fosterbarnet kan få bli værende i fosterhjemmet, noe vi nå vet er helt avgjørende for å sikre barnet en god prognose. Prognosene for barnevernsbarn er bedre i de tilfeller forebyggende tiltak blir satt inn tidlig. Desto tidligere de preventive tiltakene settes inn, desto bedre blir resultatene (Loeber et al. 2003).

Vi har erfart at gjennom et tett samarbeid mellom BUP, barnevern og omsorgsgivere, og ved at det foretas helhetlige vurderinger på tvers av instansene, kan man sikre en bred grunnleggende forståelse av hva barnet har behov for. Dermed har en også mulighet for at barnet og omsorgsgiverne rundt barnet sikres den hjelpen de trenger for å gi barnet utviklingsstøtte. Det er ønskelig at en slik vurdering kommer på plass før en plassering. Vi støtter dermed at barnevernsbarna får en lovfestet rett til en utredning av sin psykiske helse i forkant av plassering. Vi tenker ikke at det er diagnosen i seg selv som er det mest vesentlige med en slik vurdering. Barnet er først og fremst det barnet det er, og ingen diagnose kan endre dette. Det som kan endre seg, er hvordan de som er sammen

med barnet forstår det og hvordan de møter barnet. Det kan gi større sjanser for at barnet får en stabil omsorgssituasjon. Vurderingen som gjøres må også ha et fokus på tiltak og å få en god hverdag med blant annet skoledeltagelse og sikre nødvendige tilpasninger der. Vi vet også at vennskap er veldig viktig for mestring og god livskvalitet.

Om rollen til et tverrfaglig ambulant kompetanseteam

Et høyt antall barn som er under offentlig omsorg, har psykisk lidelse og trenger behandling og oppfølging. Det er mye som tyder på at mange ikke får den helsehjelpen de trenger i dagens system. Dette er det mange årsaker til. Mye handler om ansvarsfraskrivelse og lite samhandling. Vi tror at vi i fellesskap må utvikle nye, gode behandlingstilbud for barnevernsbarna, på tvers av lovverk og departementer. Vi mener at det å bygge opp tverrfaglige, ambulante spisskompetanseteam i barne- og ungdomspsykiatrien, kan bidra med å sikre barnevernsbarna den helsehjelpen de er i behov av. Disse teamene kunne med fordel ha vært forankret i både barnevern og helse.

Vi har selv fått oppleve gode resultater ved å få være en del av et slikt team. Vi tenker at teamet med fordel kan jobbe etter prinsippene innenfor dialektisk atferdsterapi (DBT), og inneha spisskompetanse på traumer, relasjonsskader, personlighetsforstyrrelser, selvdestruktivitet, rus og vold.

Videre vet vi at vi i liten grad lykkes med helsehjelpen dersom det ikke er et godt samarbeid med andre instanser (barnevern og skole) og omsorgsgivere, så et godt tilbud fordrer at en jobber fra flere vinkler. Her blir det viktig at det er et team som jobber rundt ungdommen, heller enn at enkeltbehandlere tar seg av individualtilbud, veiledningstilbud og systemarbeid.

Referanser

Statistisk sentralbyrå. Barnevern.

Backe-Hansen, E., Havik, T., & Grønningsæter, A.B. (2013). Fosterhjem for barns behov.

Rapport fra et fireårig forskningsprogram. NOVA 16/2013.

<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/LABlyR/barnevernet-vet-ikke-nok-om-barna-de-tar-ut-av-hjemmet-dobbel-omsorgssvikt-for-saarbare-barn-inga-bejer-engh>

Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

Kayed, NS. et al (2015) Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner. Resultater fra forskningsprosjektet. NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i 2015.

- <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/barnevern-kartlegging-av-psykisk-helse-og-rus>
Helsetilsynet. (2011). *Psykisk helsevern til barn under barnevernet - grunn til uro?*
Tilsynsmelding 2011. Oslo: Statens helsetilsyn.
Helsetilsynet. (2012). *Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskaps-oversikt.* Rapport fra helsetilsynet 5/2012
Helsetilsynet. *Bare en ekstra tallerken på bordet.* Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med oppfølging av barn som bor i fosterhjem
Dovran A (2017). Forandringskraften ligger i fortellingene. RVTS Sør.
Clausen, SE. & Kristoffersen, LB (2008). *Barneverns-klienter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie.* Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 3/2008.
Torleif Ruud og Bente Weimand. Prosjekt Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst. Evaluering av et prosjekt med tre pilot-prosjekter og et forslag til en nasjonal modell for samhandling om bedre helsehjelp ved barnevern-institusjoner fra psykisk helsevern for barn og unge. Evaluerings-rapport. AHUS 2018.
Loeber R et al (2003). Child Delinquency: Early Intervention and Prevention. U.S. Department of Justice.
Kvello, Ø (2010). Barn i risikoskadelige omsorgssituasjoner. Gyldendal akademisk.
Mona Hoseth (2019). Fosterbarn og psykisk helse. Fagbokforlaget.
Fossum S., Lauritzen C. og Vis SA (2014)
Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern - en kunnskapsoversikt. RKBU Nord.
Backe-Hansen, E., Bakketeig, E., Gautun, H. og Grønningsæter, A. B. (2011). Institusjonsplassering - siste utvei? Betydningen av barnevernreformen fra 2004 for institusjonstilbudet. NOVA-rapport. 21/2011. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
Falck, S., & Vorland, N. (2009). *Problemer har ikke kontortid. Akuttberedskapen i barnevernet.* Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring. NOVA rapport 5/2009.
Dovran A, et al (2019). Associations between adverse childhood experiences and adversities later in life. Survey data from a high-risk Norwegian sample. Child Abuse and Neglect 98 (2019).
Lurie, J. (2011). Access to child and adolescent psychiatry for users of child protection services in Mid-Norway. Rapport nr 19/2011. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
Riedl, T. R. (2009). *Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP - sett fra en juridisk synsvinkel.* S.28-40.
I Sommerchild, H. & Magnussen, F. (red). *Barn i Norge 2008. Sårbar og sist i køen.* Oslo: Voksne for barn.
Barneombudet (2020). De tror vi er shitkids. Barneombudets rapport om barn som bor på barneverninstitusjon.
Grøholt PK (2014). Fosterforeldres egen opplevelse av veiledning 2014. Høyskolen i Oslo og Akershus.

- SAMMENDRAG -

Barnevernsbarna er en særlig utsatt gruppe med høy risiko for å utvikle psykisk lidelse. Dette må identifiseres tidlig og i størst mulig grad forebygges og/eller behandles. BUP må erkjenne at vi har et særskilt ansvar inn mot disse barna. Ved å gjennomføre grundige og helhetlige vurderinger av barna på et tidlig tidspunkt, kan vi i større grad klare å identifisere de barna som kanskje ikke har like store odds for å få en god utvikling i et fosterhjem. Da kan man enten se på andre tilbud i en periode, eller passe på at fosterhjemmet får den støtten de må ha for å kunne klare den viktige oppgavene de har fått. En bedre ivaretagelse av fosterhjemmene, vil kunne sørge for at flere fosterhjem varer og også at fosterhjemmet føler seg trygge nok til å ta imot nye barn i fremtiden. Fosterhjem representerer en ressurs som vi som samfunn må verne om.

Utredning og kjennskap til alle barnevernsbarn i psykisk helsevern kan skaffe oss den nødvendige kunnskapen og erfaringen som skal til for å lage gode, mer spesialiserte tilbud. Norge er på mange områder et foregangssamfunn, og vi skulle hatt mer langsiktig kunnskap og erfaring med norske barn, slik at vi i større grad kan komme med råd, prognoser og anbefalinger. Dette er det behov for da samfunnet har utviklet seg til et multikulturelt samfunn og vi lever også i et samfunn hvor det finnes mange ulike familiekonstellasjoner.

Vi tror at et ambulante spisskompetanseteam over tid vil kunne bidra til et styrket tilbud rundt det enkelte barnet og igjen hindre flyttinger og døgninnleggelse i psykiatrien. Med tidlig innsats, høy fleksibilitet og kompetanse - tror vi at vi vil kunne skape bedre livskvalitet og mindre uhelse for en sårbar gruppe mennesker. Og det er jo egentlig det som er det aller, aller viktigste.