



↓ ORGANISASJONEN

VOKSNE FOR BARN

>>>>>

Barn i Norge



Sårbar og sist i køen



SÅRBAR OG SIST I KØEN

BARN I NORGE 2008

Årsrapport om barn og unges psykiske helse



**Artiklene er kvalitetssikret av
Hilchen Sommerschild og Finn Magnussen.**

HILCHEN SOMMERSCHILD er lege og professor emerita ved Universitetet i Oslo. Hun har vært med på å bygge opp barnepsykiatrisk forskning her i landet og har engasjert seg i utviklingen av mestringsteorier. Som kliniker har hun vært særlig interessert i forebyggende og poliklinisk barnepsykiatri.

FINN MAGNUSSEN er tidligere overlege ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU). Han er en mye brukt foredragsholder på temaer innen psykisk helse, og har sittet mange år i redaksjonsutvalget til Sinnets helse (forløperen til Magasinet Voksne for Barn).

Utgiver: Voksne for Barn

I redaksjonen: Randi Talseth
Ingeborg Vea

Design: Grafisk Form as
Grafisk produksjon: Grafisk Form as
Illustrasjoner: Puncdeluxe/Bente Jørgensen
Trykkeri: Møklegård Trykkeri AS

Utgitt med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet.

ISBN 978-82-92488-13-3

INNHold

Barn i rusfamilier – med rett til å bli sett	8
Av Hilde Evensen Holm, informasjonsrådgiver ved behandlings- og kompetansesenteret Borgestadklinikken i Skien	
Å være fattig blant de rike	16
Av Laila G. Aamodt, klinisk sosionom, prosjektleder for samarbeidsprosjektet «Familien i Sentrum» som barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten i Bærum kommune står bak	
Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP	
- sett fra en juridisk synsvinkel	28
Av Tore Riedl, økonom og jurist, leder av Avdeling for helse- og barnerett i advokatfirmaet Salomon Johansen AS i Oslo	
Den besværlige kulturen	40
Av Kirsti Jareg, psykolog ved Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)	
Riktigere prioritering i psykisk helsevern	50
Av Einar Heiervang, dr. med. og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, forsker 1 / forskningsleder ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse Vest og Innvest AS	
Smarte foreldre	
- et gruppeprogram for foreldre med engstelige og triste barn	62
Av Simon-Peter Neumer, dr. philos og Martina Gere, dipl.-psych, begge ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør	
Kunsten å kommunisere	74
Av Iris Johansson, sosialpsykologisk konsulent og veileder	



FORORD

VELFERD – FOR NOEN

EN AV DE STORE UTFORDRINGENE i det norske samfunnet er å gjøre velferdstjenester tilgjengelige for alle som trenger dem. Rapporter fra tjenesteapparatet selv, kontrollorganer og brukere viser med all tydelighet at disse velferdsgodene ikke er likt fordelt i den forstand at man kan nyttiggjøre seg tilbudet uansett hvor man bor, hvilken familie man har eller hvilket problem man ber om hjelp til. Vi har selvsagt en utfordring knyttet til geografi og spredt befolkning som gjør det vanskelig å tilby tjenester hvor det kreves høy kompetanse, her må vi iverksette godta sentralisering. Imidlertid har vi også fått informasjon om – særlig fra brukere – om at det er vanskelig for et barn og dets familie å få et helhetlig tjenestetilbud. Myndighetene har løst dette med tiltak som «Individuell plan» som skal være brukerens plan når man har behov for tiltak fra flere tjenester. Vi vet at svært mange ikke får sin individuelle plan og således mangler de demokratiske rettighetene som er

knyttet til planen, nemlig mulighet til å medvirke i utforming av tilbud i tråd med det man trenger. Dette gjelder også barn.

Vi har fått så mange bekymringsmeldinger om dette temaet, at vi ønsket å undersøke nærmere hvordan situasjonen er for barn og unge som er i kontakt med hjelpeapparatet på et eller annet vis. Artikkene i rapporten har ulikt fokus, men fellesnevneren er spørsmålet om barn og unge har tilgang på de tjenestene de har behov for.

DET ER SÆRLIG FORSTEMMENDE å se at barn som får hjelp fra én instans, som f.eks. barnevernet, ofte ikke får tilgang til tjenester i bl.a. psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det virker som om barn som får tilbud fra én tjeneste lettere avvises av andre: «Dette er ikke mitt bord. Dere tar det, så slipper vi».



«DET VIRKER SOM OM BARN SOM FÅR TILBUD FRA ÉN TJENESTE LETTERE AVVISES AV ANDRE»

Voksne for Barn er opptatt av at tilbudet gis med utgangspunkt i barnets (og familiens) behov. Det bør også helst være én dør inn og én samlet vurdering av hva behovet er når man søker hjelp.

Det er helt avgjørende at tjenestene samordnes og får krav på seg til å samhandle, slik at de sammen kan møte barns behov for hjelp og støtte.

Vi oppfatter situasjonen slik:

- Tjenester som gir tilbud til barn og unge opptrer parallelt og ikke samlet.
- Tjenestene tar ikke utgangspunkt i barn og unges behov, men forholder seg til oppdrag og mandat.
- Brukerne har vanskeligheter med å bli sett og hørt, og de finner ikke frem.

Voksne for Barn legger nå fram denne årsrapporten for 8. gang. Det er fagartikler her som står for forfatterne egen regning men som vi ønsker å

benytte som grunnlag for vårt sosialpolitiske arbeid framover. I tillegg til denne rapporten har vi også avholdt høringer med barn og unge som også munner ut i en *supplerende rapport*. Slik kan vi skaffe oss oversikt over hvordan barn og unge selv opplever dette.

Vi vil gjerne takke artikkelforfatterne for godt samarbeid, og også rette en hjertelig takk til Hilchen Sommerschild og Finn Magnussen som har arbeidet med kvalitetssikring av rapporten.



Randi Talseth,
generalsekretær i Voksne for Barn



HILDE EVENSEN HOLM er utdannet journalist og jobber som informasjonsrådgiver ved behandlings- og kompetansesenteret Borgestadklinikken i Skien.



BARN I RUSFAMILIER

– MED RETT TIL Å BLI SETT!

TAUSHET, HEMMELIGHOLDELSE OG SKAMFØLELSE OMGIR OFTE BARN SOM VOKSER OPP I ET HJEM PREGET AV VOKSNES RUSMIDDELMISBRUK. ET RUSMIDDELPROBLEM ER HELE FAMILIENS PROBLEM.

INNLEDNING

Flere studier viser at barn i misbrukerfamilier har forhøyet risiko for en rekke problemer og symptomer. Dette kan vise seg allerede når barna er små. Det gjelder blant annet angst, søvnproblemer, atferdsvansker, tristhet, tvangstanker, følelsesmessig labilitet og skole/konsentrasjonsproblemer. De kan også ha fysiske plager som mye hodepine eller mageproblemer. Vanskene kan følge barna

inn i ungdomsårene. Ungdom og voksne som har vokst opp i en misbrukerfamilie har økt risiko for å utvikle emosjonelle, kognitive, sosiale og psykiske problemer sammenlignet med andre unge voksne. Dette kan gi utslag i depresjon/angstlidelser, spiseforstyrrelser og psykosomatiske lidelser hyppigere enn hos normalbefolkningen. De er også i større grad enn andre utsatt i forhold til det å utvikle egne rusproblemer (Frid Hansen

1990, Helle Lindgaard 2006).

Noen barn kan ha et dårlig utgangspunkt fordi mor har ruset seg under graviditeten. Det kan gi barnet vansker som hyperaktivitet, sosiale vansker og lærevansker(rapport fra ekspertgruppe, Alkohol og graviditet-2005).

HVA ER MISBRUK?

Men hvordan definerer hva som er et misbruker-problem? Det er flytende grenser mellom hva som er vanlig forbruk, misbruk og avhengighet. Ved Borgestadklinikken ser vi rusmiddelproblematikk i et familieperspektiv. Vi definerer misbruker-problemet slik:

«Det eksisterer et rusrelatert problem når en person bruker rusmidler på en slik måte at det går utover de oppgaver og funksjoner som skal ivaretaes i familien, og når følelsesmessige bånd belastes og forstyrres av rusmiddelinntaket» (Frid Hansen 1990).

«BARNA BLIR BELASTET OG BEKYMRET OVER FORELDRENE RUSMIDDELINNTAK LENGE FØR VOKSNE DEFINERER DETTE SOM PROBLEMATISK»

Om hva avhengighet er, sier vi at dette er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer. Disse gjentakelsene skjer på tross av at handlingene møter både sanksjoner og fordømmelser. De gjentas også til tross for nøye overveielser, beslutninger og bestemmelser om å slutte. Dette fremstår for omverdenen både som upålitelig og ambivalent. Vi ser at handlingene utløser stor fortvilelse hos personen og en opplevelse av å være totalt maktesløs, slik at det å drikke eller innta andre rusmidler oppleves å bestemme over personen. Den avhengige opplever ikke å bestemme over egne handlinger.

MED RUSEN SOM HØYESTE PRIORITET

I mange familier med rusmiddelproblemer kan det være slik at barna blir belastet og bekymret over foreldrenes rusmiddelinntak lenge før voksne definerer dette som problematisk. Det er ikke

selve inntaket av rusmidler som forstyrrer barnet, det som skaper problemer er de atferdsmessige forandringene som skjer hos den voksne som ruser seg. Endringer i holdninger til barnet kan komme plutselig, uten forvarsel og uten noen direkte tilknytning til hva barnet gjør eller ikke. **«Far var så ekstra snill og blid før han startet på fylla. Han kunne gå taus rundt i huset, ofte sur og grinete, og så plutselig ble han blid. Jeg husker hvor redd jeg ble når han begynte å bli så glad og fornøyd».**

Barna blir utrygge og lever med mye bekymring for hvordan det er hjemme. Bekymringene kan få konsekvenser for hverdagen på skolen. Lærerne opplever barnet som ukonsentrerte, de kan synes det er vanskelig å følge med og huske det læreren forteller. Bekymringen over hjemmeforholdene kan også gjøre det vanskelig med spontant samvær med andre barn. De må hjem å sjekke forholdene først, før de tør ta noen med seg hjem, eller gjøre avtaler om å være hos andre.

Mange barn forteller også at det ikke nødvendigvis er periodene med mye rus/drikking som er de vanskeligste. Det kan være minst like vanskelig for barna når rusmiddelmisbrukeren er edru, fordi de er fylt av bekymring og engstelse for når neste periode med rus kommer og hvordan det blir da. Når rusen får høyeste prioritet i en familie, brytes grunnleggende ideer om hva foreldre skal være for barna sine. Foreldre/barnrelasjonen blir snudd på hodet og barna forstår ikke hva som foregår. Det blir foreldrenes behov og ikke barnets behov som bestemmer hvilke regler som gjelder til enhver tid. Det innebærer at barna kan få en relasjon til foreldrene fylt med konflikter og skuffelser. **«Jeg husker at mamma kom fra et av sine mange behandlingsopphold, og lovet meg at hun aldri skulle drikke mer. Jeg pleide å si til mamma at har vi det ikke fint nå, og så plutselig var hun full igjen. Jeg klarte aldri å forstå hva det var som gjorde at hun begynte å drikke igjen».**

Barnet er opptatt av å forsøke å forstå hvorfor mor eller far drikker/ruser seg.

Mange opplever en slik mangel på forklaring. Noen vikles inn i en evig kamp for å bevise at mor eller far har brukt rusmidler. De forteller f.eks at de setter merker på flasker og blir opptatt av tegn

som kan tyde på at det har det vært drukket. Når hendelsene ikke blir snakket om eller bekreftet som virkelige, opplever barnet at det er som om hendelsene ikke eksisterer. De bagatelliseres så mye at de ikke har noen sosial gyldighet og barnet mister muligheten til å bearbeide følelsemessig det som skjer. De frarøves muligheten til å dele opplevelsen med andre.

«Så skrev jeg brev til mamma og hengte det på vinflaskene hun hadde gjemt i vaskekjelleren. Dagen etterpå løp jeg dit og fant at mamma hadde fjernet alle flaskene og laget seg et nytt gjemmested».

HVORFOR SÅ HEMMELIG?

Fordi foreldre sjelden snakker med barnet om sitt rusproblem, får ikke barnet sine opplevelser bekreftet. De voksne beskytter seg ved å bagatellisere og benekte, og for barnet som gjerne vil finne en mening og sammenheng i tilværelsen sin, fører det til at tilliten til foreldrene blir borte og egen usikkerhet øker.

Barn som har foreldre som ruser seg opplever tidlig at rusen er et «ikke tema» og at dette er skamfullt. De lærer seg også til å følge med i mors eller fars atferd og humør og «ha radaren på» for å fange opp signaler om når en rusperiode begynner igjen. Barna blir derfor vant til å holde følelsene sine skjult. De har behov for å tyde foreldrenes sinnstilstand for å skape forutsigbarhet og struktur i hverdagen sin. Deres løsningsstrategi kan bli å være minst mulig til bry og mest mulig til hjelp. Barna kan ta på seg ansvar for at nødvendige oppgaver hjemme blir utført. Har de en rusfri forelder som oppleves sliten og ulykkelig forsøker mange å være ekstra snille og hjelpsomme. De trøster og oppmuntre den voksne og hjelper til med småsøsken og husarbeid. Lojaliteten til foreldrene er stor og de forsøker å hjelpe dem til å bli mer kompetente. En mor har blant annet fortalt hvordan hennes fireåring alltid passet på at moren så på oppslagstavlen i barnehagen som var ment for beskjeder for de voksne. Barnets erfaring var at mamma pleide å glemme det, og slik sørget barnet for at beskjeder ble husket. Større barn passer yngre søsken, rydder i huset og kan skulke skolen for at ikke mamma skal være alene. Mens de

voksne administrerer rusmisbruket, administrerer barna hus og familie (Åse Sundfær 2001).

Barna kan komme til å utvikle en væremåte som skal gi dem minst mulig skuffelser og mest mulig beskyttelse for det som er vondt og vanskelig.

«Det var som om jeg hele tiden sto og ventet på at barndommen skulle gå over».

HVORDAN STØTTE OG BESKYTTE?

Det finnes beskyttelsesfaktorer som kan hindre eller redusere feilutviklingen som barn i en rusfamilie blir utsatt for:

De avgjørende spørsmålene er:

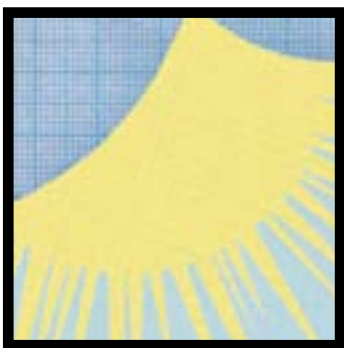
- når det er en edru forelder; i hvilken grad kompenserer vedkommende for den forelderen som har et rusmisbruk?
- får barnet adekvat informasjon og følelsemessig støtte?
- klarer foreldrene i så stor grad som mulig å beskytte barnet mot situasjoner med rusmisbruk?
- lykkes en å holde konfliktnivået i familien nede?
- klarer familien å opprettholde regler, rutiner og ritualer slik at dette ikke blir forstyrret?
- har barnet en eller flere personer utenfor kjernefamilien å støtte seg/knytte seg til?
- blir barnet utsatt for vold eller seksuelle overgrep?
- har foreldrene psykiske lidelser i tillegg til rusmiddelmisbruket?

(Helle Lindgaard 2006)

«BARN SOM HAR FORELDRE SOM RUSER SEG OPPLEVER TIDLIG AT RUSEN ER ET «IKKE TEMA» OG AT DETTE ER SKAMFULLT»

Støtten til barna kan deles opp i tre trinn i følge forsker Bente S. Haugland:

- 1.** Barnet trenger bekreftelse på erfaringer, opplevelser og følelser. Barnet må få vite at det de opplever er reelt og at det er normalt å føle det de gjør.
- 2.** Barnet trenger informasjon om hva rusmis-



«SPØRSMÅLET ER I HVILKEN GRAD RUSMIDDELINNTAKET ER DET SOM STYRER KVALITETEN PÅ SAMHANDLINGEN I FAMILIEN»

bruk er og hvordan dette påvirker familien.

- 3.** Familien må få støtte i krisesituasjoner så barna kan skjermes mot episoder med rusing. Det kan dreie seg om avtaler hvor barnet er hos andre så de ikke er hos den av foreldrene som mister kontrollen, rusmisbrukeren flytter ut for en periode eller den edrue forelderen tar barnet med og flytter ut når rusingen pågår.

(Bente S Haugland 2004)

Det er familier hvor rusmiddelproblemet nærmest infiserer familielivet, og det er familier hvor det er rusproblemer, men hvor regler, rytme og trygghet som er så viktig for et barn, er intakt. Spørsmålet er i hvilken grad rusmiddelinntaket er det som styrer kvaliteten på samhandlingen i familien. Ved å se og forstå dette får vi grep om hvordan dagliglivet arter seg for barnet/barna i familien. Slik forstår vi bedre hvordan barna forholder seg til problemene som voksenverdenen utsetter dem for. Barna lever i risikofylte situasjoner, men de er ikke nødvendigvis risikobarn.

Det er ikke alltid slik at den voksnes problematikk er en belastning for barnet. Kan de voksne løse problemene sine uten å dra barnet inn? Får barnet god informasjon tilpasset den alder det er i? Det er voksne som har så store problemer at hele dagliglivet bryter sammen og familiens situasjon blir preget av kaos, kriser, nød og håpløshet. Graden av belastning for barnet henger ofte nøye sammen med den rusfrie forelderen og hvordan denne klarer å komme barnet i møte. Det er foreldre som ser barnets vansker og er motiverte for å komme

barnet i møte. Det handler om å hjelpe barnet til å forstå det som skjer og hjelpe dem til å rydde opp i det som er forvirrende og vanskelig. Det er også foreldre som aner og forstår, men som har så mye skyldfølelse og smerte i veien at de ikke klarer å møte barnet mer direkte. Og det er foreldre som skjuler og bagatelliserer situasjonen hjemme og barnets vanskeligheter. Så her er det et stort spekter.

Vi vet også at det er faktorer hos barnet som verner dem som er risikoutsatte:

- at barnet har egenskaper som gjør dem godt likt, for eksempel at de har et godt humør.
- at barnet er flink til å rekruttere alternative omsorgspersoner, f. eks en nabofamilie de er mye hos.
- at barnet beholder troen på at de kan påvirke omgivelsene på en positiv måte og at barnet har evne til å bruke fleksible mestringsstrategier.

SNAKK OM DET!

Vår erfaring er at rusmiddelmisbruk fortsatt er et tabuområde i det norske samfunnet. Å tabu- belegge et problem innebærer en usynliggjøring. Riktignok er det fokus på den nedslåtte stoff- eller alkoholmisbrukeren, men ved å gjøre misbrukeren til en person som er annerledes enn deg og meg, opprettholdes mytene og tabuene. Mytene er at problemene bare rammer noen få og at det rammer folk som er annerledes. Men sannheten er at de fleste av oss kan utvikle et rusproblem, og det

er uhyre sjelden at du kan se på folk at de har et rusproblem som belaster og forstyrrer et barns utvikling. Det er imidlertid et stort paradoks at det er så mye taushet og usynliggjøring rundt konsekvensene av å vokse opp med foreldre som prioriterer rus. Særlig er det tabubelagt hvis det er mor som ruser seg.

Å ruse seg når du er kvinne og har barn er ikke akseptert, derfor må rusmisbruket hemmeligholdes. Mødrene og barna hjelper hverandre med hemmeligholdelsen, slik at dette ikke blir snakket om verken innad i familien, i barnehage, skole, hjelpeapparatet eller det offentlige rom (Åse Sundfær, 1999).

Det er en stor utfordring å gjøre rusbruk til en sosial realitet! En realitet vi kan snakke om, og reflektere rundt på godt og vondt. Dette kan bryte ned noen av de barrierene som hindrer åpenhet. Kanskje er det ingen vei utenom om vi skal nå barna mens det ennå er mulighet til å gi støtte og hjelp? **«Våkn opp og snakk om det»** sier også «Nina», som er vokst opp med en alkoholisert far: **«Min drøm er at samfunnet våkner opp. At det blir åpenhet rundt problemet med alkohol og rus i familier. Åpenhet vil redde mange små mennesker som i dag er opplært til å tie for enhver pris».**

TILFELDIG HJELP?

Det mest slående med dagens tilbud til barn av rusmiddelmisbrukende foreldre er hvor tilfeldig og lite helhetlig det er bygget opp. Hva slags tilbud barnet eller familien har tilgang til, avhenger av hvor i landet de bor (SIRUS rapport 2006, Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer).

Denne rapporten er gjort på grunnlag av spørsmål til alle landets helsestasjoner, til barnevern/sosialkontor, til PPT og hjelpetilbud innen psykisk helsevern og russektoren. Frivillige organisasjoner er også omfattet av undersøkelsen.

SIRUS forskerne Bjørn Solbakken og Grethe Lauritzen peker på to forhold som har stor betydning i forhold til å nå barna: Er foreldrenes rusmiddelproblem kjent, og viser barna tegn på mistilpasning/ problemer? Når foreldrenes rus-

middelmisbruk er kjent og barna har tydelige tegn på at de trenger hjelp, er utfordringen å finne egnede hjelpetiltak og få disse igangsatt. Men det er også barn hvis foreldre har et rusproblem og dette er kjent, men barna viser ingen tydelige tegn på mistilpasning. Her er utfordringen for hjelpeapparatet å avdekke om dette er et ledd i de mestringsstrategier barn i en rusfamilie ofte kan tilegne seg, eller om de har behov for noe hjelp i form av avlastende samtaler f.eks. Det er også barn som åpenbart har problemer, men hvor en ikke kjenner til om det er rusproblemer hjemme. Disse symptomene kan føre til at barna blir henviset til f.eks. PPT, barne- og ungdomspsykiatrien eller andre hjelpetiltak. Her er utfordringen å ikke behandle barnas symptomer isolert, men bringe dette med de voksnes rusvaner opp som et naturlig tema i en kartleggingsprosess.

På Borgestadklinikken kaller vi ikke disse samtalene for de vanskelige samtalene, men de nødvendige samtalene. Det kan være utfordrende å krysse egen barrierer og hindringer for å ville snakke /kunne snakke om rus, men vår erfaring er at dette er helt nødvendig.

«ÅPENHET VIL REDDE MANGE SMÅ MENNESKER SOM I DAG ER OPPLÆRT TIL Å TIE FOR ENHVER PRIS»

Skolen er en viktig arena for å følge opp barna som sliter pga rus hjemme, slår SIRUS rapporten videre fast. Det blir foreslått i rapporten å utarbeide en overordnet strategi for kompetanseutvikling på rusmiddelproblematikk, og spesifikt på rusmiddelrelaterte temaer innen familier både for første- linjens helse- og sosialtjenester, barnehager, skoler og spesialisthelsetjenester.

OPPDAGES BARNA I RUSFAMILIENE LETTERE NÅR VI VET MER?

Borgestadklinikken kartla i 2005/2006 kompetanse om rusproblematikk blant ansatte i barnehager, skoler, barnevern og sosialtjeneste i fire kommuner. Resultatet av kartleggingen viser at

det i særlig grad er det pedagogiske personalet i barnehagene og i skolene som sier de har behov for mer kompetanse om barn i rusfamilier.

Det er vanskelig å spørre skolebarn om det er problemer med rus hjemme, mener lærerne. Barnehagepersonell opplever det vanskelig å ta opp mistanke om rus med foreldre. Begge grupper gir i kartleggingen uttrykk for at de trenger mer kompetanse om tegn på misbruk, hvordan dette skal tas opp med de som er berørt, og hvordan rusmisbruk hos omsorgspersoner virker inn på barn.

Undersøkelsen ble gjort av Borgestadklinikken i samarbeid med barne- ungdom og familieetaten region Sør, på oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet. Undersøkelsen er fulgt opp med et prosjektet: «Barn i Rusfamilier – tidlig intervensjon» hvor målet var å øke handlingskompetansen slik at risikoutsatte barn og unge fanges tidligere opp og får adekvat oppfølging og hjelp.

235 ansatte i skoler, barnehager, barnevern og sosialtjeneste i de fire kommunene i Telemark og Vestfold tok del i prosjektet. De har fått opplæring i hvordan snakke med foreldre om rus og rusmiddelbruk, i hvilke tegn unger kan ha som har det vanskelig hjemme, og det er jobbet med å bedre kommunikasjon og samarbeidet innad i prosjektkommunenes hjelpe/tiltaksapparat.

«TENK OM VI KUNNE FÅ ET TAKSTYSYSTEM SOM BELØNNER DET Å SNAKKE MED BARN OG FAMILIER!»

EKSEMPLER PÅ GODE TILTAK

I Danmark er det satset stort på et lignende prosjekt for barn i familier med alkoholproblemer. Her er satsingen landsomfattende. Det er blant annet ansatt barne- og familiesakkyndige som skal bistå kommunene og behandlingstilbudene. Det fireårige prosjektet (2004-2008) har en tredelt målsetning: barn i familier med alkoholmisbruk skal identifiseres og få støtte/hjelp, det skal settes inn opplæringstiltak i skoler/barnehager/sosial-

forvaltning og det skal utvikles et bedre samarbeid mellom kommuner og amt (fylker).

Det tilbys et opplæringsprogram for en nøkkelperson blant pedagogisk personalet i skoler/barnehager. De får 3-5 dagers opplæring i hva som skjer i en familie når det er et alkoholmisbruk, hvordan dette berører barn og hvordan barnet kan styrkes, samt hvordan de skal snakke med foreldrene om problematikken. Nøkkelpersonen har så ansvar for å spre kunnskapen på sin arbeidsplass. Som ledd i prosjektet er det utarbeidet rutiner for alkoholambulatoriene som sikrer at barnets situasjon etterspørres og kartlegges når det er foreldre inne til behandling.

NY LOV I NORGE

Et forslag til endring i helsepersonelloven for å styrke rettstillingen barn har når de er pårørende til rusmiddelavhengige, er under arbeid fra Helse- og Omsorgdepartementet. I høringsnotatet som Borgestadklinikken har fått, heter det at pasientrettighetsloven slik den er i dag, ikke gir direkte rettigheter til mindreårige barn. Barn av rusmiddelavhengige som følger med foreldre til behandling, regnes ikke automatisk som pasienter. I følge helsepersonelloven har ikke helsepersonell en generell plikt til å undersøke om pasienten har mindreårige barn eller hvilke oppfølgingsbehov som bør dekkes. Dette foreslås nå endret i det helsepersonell gis plikt til aktivt å vurdere barnas behov, drøfte forhold av betydning for barnets trivsel, helse og utvikling med foreldrene eller andre som er gitt omsorg for barnet. Helsepersonell skal også ved behov be om samtykke til å kunne gjennomføre videre oppfølging, dersom dette synes nødvendig. I lovforlaget styrkes også barnets rett til informasjon om foreldrenes situasjon (Høringsnotat fra HOD, april 2008).

LØNNSOMME SAMTALER

Som en rusbehandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten er vi underlagt de samme krav til lønnsomhet og effektivitet som andre deler av helsetjenestene. Det betyr mer fokus på pasientstrøm og inntjening. Vi har et takstsystem som regulerer en del av dette.

Tenk om vi kunne få et takstsystem som belønner

det å snakke med barn og familier! Slik ordningen er nå kan takstsystemet virke som et hinder, det blir ikke «lønnsomt» å snakke med barna. Hos oss på Borgestadklinikken har de fleste barna ingen pasientstatus, men kommer hit etter avtale vi gjør med foreldrene. Unntaket er barna som legges inn sammen med sine foreldre i familieenheten. Barna til pasientene kan tilbys samtaler. Slike barne/familiesamtaler kan være tidkrevende, noe som heller ikke fremmer lønnsomheten dessverre. Men familiesamtaler viser seg å være effektfulle. En dansk undersøkelse viser at familieorientert alkoholbehandling forbedrer den problemløsende atferden i familien, symptomer i familien i forhold til belastningen de er utsatt for reduseres, konfliktnivå og stressnivået senkes og det er mindre vold og skilsmisser (Helle Lindgaard, 2006).

Vår kliniske erfaring er at mange barn/voksne kan ha stor nytte av slik behandling, og det er kanskje noen få avklarende samtaler som må til for å få ting på plass og løse «knutene». Andre trenger mer hjelp over tid i forhold til de problemer rusen og det rusrelaterte samspeilet har påført familien. Vi vet at selv om det «bare» er en i familien som har et problematisk forhold til rusmidler så kan den edrue forelderen involvere seg slik i samspeilet rundt rusbruken at barnet står i fare for å miste begge foreldres støtte og hjelp. Et rusmiddelproblem er hele familiens problem.

Sitat i artikkelen er hentet fra Heftet «Rusmisbruk i et familieperspektiv» av Frid Hansen (1990)

LITTERATUR:

- Hansen, F(1990) Rusmiddelmisbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan det få for barn? Borgestadklinikken
ISBN 82-90354-19-3
Publisert første gang i Tidsskrift for Norsk Psykologforening 27/91
- Hansen, F(1992) Fra avmakt til handlekraft. En terapeuts møte med voksne barn av misbrukere. Borgestadklinikken
ISBN 82-90354-17-7
Publisert første gang i Tidsskrift for Norsk Psykologforening 29/92
- Hansen, F(1994) Er det barnet eller den voksne som skal behandles? Refleksjoner knyttet til kriterier for inkludering av barn av alkoholikere i behandling. Borgestadklinikken.
Foredrag holdt på Nordisk Psykologkongress, Oslo 1994
- Haugland, B.S. (1992): «Ritualer og rutiner i familier med alkoholproblemer». Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 29, s. 735 - 759.
- Lindgaard, H.: Voksne barn fra familier med alkoholproblemer - mestring og motstandsdyktighet. (2002).
Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Sundfær A (2004) Barna til 31 kvinner med rusproblemer er blitt 20 år, hvordan har det gått? Regionsenter for barne-og ungdomspsykiatri. Ullevål Universitetssykehus.



LAILA G. AAMODT er klinisk sosionom med hovedfag i sosialt arbeid. Hun har mange års erfaringer fra arbeid i Psykisk helsetjeneste for barn og unge (BUP) hvor hun har vært spesielt opptatt av å bistå familier som er i behov av hjelp fra både Barnevernet og BUP. Hun har skrevet fagbøkene **Den gode relasjonen**, Gyldendal Akademisk og **Familien mellom mange hjelpere**, Fagbokforlaget. Hun er i dag prosjektleder for prosjektet «Familien i Sentrum» som er et samarbeidsprosjekt mellom BUP og Barneverntjenesten i Bærum kommune.



Å VÆRE FATTIG BLANT DE RIKE

MANGE BARNEFAMILIER OPPLEVER SEG FATTIGE I DAGENS NORGE. SELV FAMILIER MED MODERATE INNTEKTER KAN KJENNE SEG FATTIGE FORDI DE SER AT ANDRE FAMILIER HAR RÅD TIL MYE SOM DE SELV IKKE HAR PENGER TIL.

INNLEDNING

I barnepsykiatrien møter vi foreldre som strever med økonomien og som snakker om stive muskler, søvnløshet, uforklarlig hodesmerter og mage-trøbbel. Også barna kan ha de samme plagene. Mange barn er flaue over hvordan familien har det. De skammer seg over at mamma går med de samme klærne sommer som vinter, og de skammer

seg over å ta med seg hjem kamerater som kommer fra romslige forhold i store hus. Barn som opplever fattigdom kan lett kjenne seg mindreverdige sammenliknet med andre barn. De opplever seg som annerledes på tross av foreldrenes anstrengelser for å bygge bro over kløften mellom seg og de andre, de som tilsynelatende har alt.

BAKGRUNN FOR ARTIKKELEN

De siste tre årene har jeg arbeidet med et prosjekt som har som mål å finne fram til hjelp for barn og unge i familier med alvorlige og sammensatte problemer¹. I dette prosjektet har jeg møtt barn som ikke har den samme tilgangen til fritidsaktiviteter, sportsutstyr, feriereiser, kulturarrangementer eller konserter som sine jevnaldrende. Heller ikke kjenner de seg frie til å spørre foreldrene om penger til kino, fotballkamper og fornøyer. Jeg har hørt noen av disse barna klage over å måtte spise grøt eller tomatsuppe til middag hver gang trygden har uteblitt. Ja, slik er hverdagen til noen barn i en kommune som har en gjennomsnittsinntekt på kr. 421.951 i året – landets høyeste. Det betyr at levekårene for barn i samme skoleklasse kan variere veldig og urettferdigheten kan kjennes stor for noen av elevene. Arbeidet i prosjektet har gitt meg innblikk i disse barnas daglige liv og har vekket min interesse for å forstå deres situasjon i en større sammenheng.

Det er det denne artikkelen handler om.

«DERE SPØR MEG BARE OM PROBLEMENE MINE...»

HYEM EIER VIRKELIGHETEN?

Dere har ikke spurt meg hva jeg gjør sammen med barna mine på kveldene. Jeg har aldri fått fortalt at vi lager julegaver og slikt, strikker skjerf og luer. Heller ikke har dere vært interessert i å høre hvordan jeg og barna er sammen om å lage middag, for eksempel. Dere spør meg bare om problemene mine...

Det er en mor som sier dette. Hun har lang erfaring med oss i hjelpetjenestene. Ordene hennes rammer. Har ikke jeg nettopp vært opptatt av folks hverdagsliv, og betydningen av å få fram hva mennesker faktisk gjør på tross av alle problemene? Og like fullt får jeg denne tilbakemeldingen. Det må jo bety at jeg – tross de beste intensjoner

– er mer opptatt av problemene og alt som kan være vanskelig, framfor å snakke om hvordan hun mestrer hverdagens oppgaver. Nå er det ikke nødvendigvis slik at jeg har vært alene om å havne i et slikt uføre. Også moren har bidratt. Vi har vært to om å fylle rommet mellom oss med tunge temaer som vi begge har vært opptatt av. Men vi har altså ikke gitt hverdagslivet tilstrekkelig plass. Og jeg spør meg: Kan det være slik at hverdagen for oss begge er så full av såkalte *upåaktede aktiviteter* at vi ikke legger merke til dem og langt mindre kommer på å snakke om dem?

Den danske forskeren Birthe Bech-Jørgensen skriver om de *upåaktede aktivitetene* som gjentakelser knyttet til sosialt organiserte normer og regler, vaner og rutiner som utspilles i tid og rom (Bech-Jørgensen, 1997). Vi legger vanligvis ikke merke til dem, ikke før vi selv unnlater å gjøre dem eller noen gjør oss oppmerksomme på dem. Men aktivitetene utføres jo fordi de har en funksjon i hverdagen, en mening. Denne meningsdannelse er det viktig å bli seg bevisst. Det er her vi finner normene for hva vi synes er viktig og nødvendig, hva som er riktig og som derfor må prioriteres. Det er dette vi tenker på som det normale og som ligger nedfelt i hver av oss som taus kunnskap. Vi bærer med oss disse normene og vanene som noe innforstått – noe vi ikke legger merke til før vi blir gjort oppmerksomme på dem.

Moren, la meg kalle henne Lisa, gjorde meg oppmerksom på min «blindhet». De gangene Lisa snakket om hverdagshendelser i samtaler med meg, viste jeg antagelig liten interesse. Først da hun selv sa fra, fikk jeg øye på min egen holdning.

Hverdagslivets aktiviteter skjer uten at det blir gjort noen vesen av dem. Selv den konkrete handlingen fra Lisas side – å lage julegaver, som jo forteller noe viktig om hva hun prioriterer på tross av dårlig råd, helseproblemer og bekymrin-

¹ Prosjektet «Familien i Sentrum» (2006-2008) er et samarbeidsprosjekt mellom barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og barneverntjenesten i Bærum kommune. Prosjektet har som hovedmålsetting å finne fram til hjelp som familier med alvorlige og sammensatte problemer kan nyttiggjøre seg. Prosjektet er delfinansiert av stiftelsen Helse- og rehabilitering, med Mental helse som søkerorganisasjon, og Helse Øst. I tillegg har både barneverntjenesten og BUP avsatt lønnsmidler, tid og ressurser til prosjektet. Prosjektledere er klinisk sosionom/cand.polit. Laila G. Aamodt og klinisk sosionom/cand.polit. Ingerid Aamodt.

ger – lot jeg gå ubemerket forbi. I ettertid kan jeg se at det å lage julegaver inngikk i en symbolsk vev av normer og verdier, vaner og rutiner i denne familien.

Bech-Jørgensen (1999) sier at normalitet leves og uttrykkes gjennom forskjeller, og det er disse forskjellene som ordnes symbolsk. Det er grunn til å tro at det ikke var første gangen denne familien ga bort selvlagde presanger til jul. Dette var noe de pleide å gjøre sammen. Med denne handlingen innviet hun barna i en hverdagskultur hun selv var en del av og som hun ville videreføre. Dette fikk hun ikke fortalt verken til barnevernet eller til oss i barnepsykiatrien. Vårt fokus på problemene førte til at hun ikke fikk sagt det viktige: at på tross av familiens vanskelige livssituasjon var det rom for å holde på med aktiviteter som fordret ekstra overskudd, fantasifullhet og kreativitet. For oss var det det unormale som var samtaletema. I verste fall kan vi tenke at vi, gjennom språk og holdninger, utøvde en form for symbolsk vold som førte til at hun ikke fikk synliggjort hvem hun egentlig var med sine ressurser, muligheter og drømmer. Kanskje hadde vi ufrivillig bidratt til å forsterke opplevelsens hennes av å være dominert og marginalisert.

BARNEFATTIGDOM

Å ha dårlig økonomi betyr å måtte prioritere, velge, tenke langsiktig. En mor fortalte meg en gang hvordan hun handlet inn et lager av suppeposer slik at hun alltid hadde et middagsalternativ til seg og sønnen dersom hun ikke hadde råd til å kjøpe ingrediensene til full middag. Men det beste med posesupper var at sønnen kunne lage seg middag selv, sa hun. Posesuppen inngikk i oppdragelsen av sønnen til å bli et selvstendig og uavhengig individ. Moren var stolt over dette. Men dette perspektivet må ikke dekke over fortvilelsen som skjuler seg bak lave inntekter og sosialhjelp. Mange i samme situasjon som denne moren kjenner seg maktesløse når spørsmålet om fødselsdagsfeiring og konfirmasjon melder seg. Hvordan ivareta og bekrefte barnets opplevelse av verdighet og selvaktelse under livsbetingelser som er svært forskjellig fra de fleste andre?

Ordet fattigdom kan forstås på ulike måter. Ofte assosieres ordet med økonomisk fattigdom, samtidig som vi vet at det ikke bare handler om penger. Å ha lite penger innebærer gjerne at vi utestenges fra sosiale og kulturelle aktiviteter, noe som igjen kan bidra til å tynne ut et allerede utarmet sosialt nettverk. Foreldre med lave inntekter snakker mye om hvordan mangelen på penger hindrer dem i å gjøre aktiviteter sammen med barna som andre foreldre finner helt naturlig. Disse foreldrene er fullt innforstått med at de ved å nekte barna å delta, risikerer at barna blir utestengt fra et fellesskap. Det gjør at barna kan føle seg utenfor i samtaler der nyeste kinofilm eller den siste fotballkampen blir omtalt. De føler de har lite å bidra med og de synes heller ikke de har noe viktig å fortelle. Mange barn kan i slike sammenhenger kjenne seg ensomme. Følelsen kan lett bringe fram negative tanker og selvinstruksjoner. Tanker som *ingen liker meg, jeg er dum og stygg* er ikke uvanlige hos mange av disse barna.

I dag regner man med at om lag 70 000 norske barn lever i familier med inntekt under fattigdomsgrensen eller mottar sosialhjelp. OECD definerer fattigdom som det å ha mindre enn 50 prosent av gjennomsnittsinntekten i landet du bor i.

**«TANKER SOM AT INGEN LIKER
MEG, JEG ER DUM OG STYGG, ER
IKKE UVANLIGE HOS MANGE AV
DISSE BARN»**

I en ny artikkel med data fra undersøkelsen «Barns levekår. Betydningen av familiens inntekt for barns hverdag», diskuterer forsker Anne Skevik Grødem (2008) forholdet mellom familieinntekt og materielle levekårsproblemer slik foreldre og barn opplever det. I undersøkelsen ble barn i alderen 10-12 år og foreldre i samme familie intervjuet. Fem indikatorer på deprivasjon blant barn blir foreslått: 1) å ikke ha sitt eget rom, 2) å ikke kunne ta med venner hjem, 3) å mangle utstyr og gjenstander som barn vanligvis har, kalt



«DE VILLE AT BARNET DERES SKULLE HA DE SAMME JOGGESKOENE SOM KAMERATENE SELV OM DE VAR DYRE»

«standardpakke» (CD-spiller, ski/snowboard og sykkel), 4) å ha opplevd at foreldrene ikke har hatt råd til å gi dem penger til aktiviteter på skolen eller med venner og 5) synet de har på familiens økonomiske situasjon. For å kunne sammenligne med indikatorene på deprivasjon som er brukt blant voksne er disse gruppert i tre indikatorer: Boligdeprivasjon, forbruksdeprivasjon og subjektiv opplevelse av fattigdom.

Analysene viste at det er klare korrelasjoner mellom deprivasjon rapportert av foreldre og deprivasjon slik barn opplever det. Når foreldre rapporterte at de er depriverte på et gitt område (bolig, forbruk, pengemangel) øker dette risikoen for at barn er depriverte etter de samme indikatorene. Boligdeprivasjon hos foreldre minsker sjansene for at barn har eget rom og det øker sjansene for at barn unngår å ta med venner hjem. Barn som bor i husholdninger som mangler ett eller flere sentrale forbruksgodter (vaskemaskin, oppvaskmaskin, fryser) eier sjeldnere de tingene som utgjør «standardpakken». I undersøkelsen kom det også fram at barn langt oftere opplevde å ikke få penger til aktiviteter med venner når foreldrene opplevde seg selv som fattige. Det betyr at selv om foreldre strekker seg langt for at barn ikke skal oppleve familiens økonomiske problemer, så bærer barna sin del av belastningene.

Denne erkjennelsen tilsvarer erfaringen fra et tidligere prosjekt vi har arbeidet med (Aamodt, Aamodt og Ruud, 2000)². Det prosjektet omfattet alle barn som var henvist fra barnevernet til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i bydel 4 i Oslo over en treårs periode, i alt 42 barn. Bare fem av disse levde sammen med sine biologiske foreldre. Det betyr at de fleste barna levde sammen med eneforsørgere; de fleste på trygd eller sosialhjelp. På tross av omfattende og alvorlige belastninger i hverdagen, var det slående hvor langt mange av foreldrene strakk seg for å gjøre barnas hverdag mest mulig lik kameratenes. De ville at barnet deres skulle ha de samme joggeskoene som kameratene selv om de var dyre. Eller at anskaffelse av mobiltelefon til barnet måtte prioriteres framfor å hente medisinerne på apoteket. Andre solgte klær og utstyr for å skaffe seg penger til 17-mai klær til barna. Det overordnede var å sikre at barna ikke skulle føle seg annerledes eller bli marginalisert på grunn av fattigdommen.

Vi utførte også en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse med et standardisert spørreskjema utviklet av dr. psychol. Kristin S. Mathiesen (1999). Ved å bruke det samme spørreskjema som hun benyttet i sin undersøkelse, kunne vi sammenligne svarene vi fikk med svarene i hennes utvalg, et såkalt normalutvalg. Undersøkelsen fortalte oss hvilken opphopning av belastninger familiene i vår under-

² Prosjektet «Sanering Venteliste» (1997-2000) hadde som hovedmål å finne fram til egnede behandlingsmåter for barn og unge som var i behov av tjenester fra både barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i bydel 4, Oslo kommune. I prosjektet arbeidet klinisk pedagog Anne-Kirsti Ruud, klinisk sosionom/cand.polit. Ingerid Aamodt og klinisk sosionom/cand.polit. Laila G. Aamodt samt medarbeidere ved Nic Waals Institutt i Oslo.

søkelse hadde, sammenlignet med normalutvalget. Men det mest slående var kanskje mangelen på sosial støtte og anerkjennelse fra egen familie. Det tydeliggjør hvor sosialt utsatte mange barnefamilier er, og hvor få voksenpersoner barna kan hente støtte og hjelp hos (Aamodt, Jørgensen og Aamodt, 2002; Aamodt, I., 2003; Aamodt, L.G., 2005). Mange av disse mødrene kjenner seg mindreverdige sammen med andre og de sliter med lav selvfølelse og sosial angst. Å delta i sosiale sammenhenger kan for mange være så belastende at de ikke makter det. Utenfra kan det synes moralsk forkastelig at mødre sender barna alene på 17. mai-arrangementer, skoleavslutninger eller at de uteblir fra juletilstelninger i barnehagen eller foreldremøter. Ingen vet dette bedre enn mødrene selv. Men som en mor sa: *Det er tungt å kjenne seg alene der andre foreldre sitter sammen, snakker og ler.*

Når dette er sagt, skal vi ikke glemme Lisas ord i starten på denne artikkelen. Hun minner oss om hvor lett elendighetsbeskrivelsene kan tildekke dagliglivets positive innhold; handlinger som gir barna gode opplevelser og erfaringer på tross av problemene. De fleste av oss har hørt om *løvetannbarna*. Det vil si barn som på tross av motgang og vanskelige livsbetingelser har klart seg godt. Barnepsykiater Hilchen Sommerschild har gitt oss en god oversikt over resilience-forskningen og de mange mestringsstudiene som foreligger i boken *Mestring som mulighet* (Gjærum, Grøholt og Sommerschild, 1998). Her får vi blant annet vite at individets mestringssevne varierer med graden av belastninger. Sommerschild henviser til en artikkel av Michael Rutter (1985) hvor han introduserer begrepet beskyttelsesfaktorer. Uten at forskerne er sikre på hva som gjør beskyttelsesfaktorene virksomme, framhever han *trygge stabile emosjonelle tilknytninger og egne erfaringer om å kunne noe.*

Noen forskere opererer med et skille mellom *vedvarende fattigdom* og *fattigdom som et overgangsfenomen* (Sandbæk og Sture, 2003). Å være vedvarende fattig skjønner vi alle hva er. Fattigdom som et overgangsfenomen innebærer å være fattig

over en periode eller det betyr at en tidligere har vært fattig, men at livssituasjonen har endret seg. Poenget er at på tross av den endrede livssituasjonen, er disse familiene fortsatt økonomisk sårbare. Dessuten bærer familiemedlemmene på erfaringer som også kan gjøre dem sosialt utsatte og sårbare for forandringer. Det betyr at mennesker som over tid har levd på sosialhjelp kan være økonomisk sårbare selv om de er kommet over i lønnet arbeid og en mer stabil hverdag. Denne sårbarheten gjelder også barna, ikke minst fordi det er knyttet skam til å være fattig.

SKAM

Som jeg har vært inne på, er det relativt få familier her i landet som kan betegnes som fattige. Det må bety at fattige familier stort sett er omgitt av mennesker som ikke er fattige. Majoriteten av oss utgjør dermed et «vi» i motsetning til «dem». Men det er allikevel ikke slik at «vi» ser «dem» som fattige. Som jeg har vært inne på, gjør foreldre store anstrengelser for å skjule fattigdommen. Barn får gjerne buksen de ønsker seg selv om den koster mye. Mange foreldre føler seg presset til å gjøre innkjøpet på tross av at de ikke har råd til det. For dem kjennes det som om andre har bestemt det. De kjenner seg rett og slett tvunget til å gjøre det samme som majoriteten – de som setter standarden for det *nødvendige*. Det er denne gruppen de fleste av oss tilhører. Samtidig som forskjellen er liten mellom oss. Også vi kjøper den dyre buksen for å sikre barna våre mot å bli ertet. Men likheten er fiktiv fordi vi kunne ha latt være å kjøpe buksen. Vi vet at barna våre har tilgang til annen sosial og kulturell kapital som gjør dem beskyttet. Det har ikke barna i økonomisk sårbare familier.

«DE KJENNER SEG RETT OG SLETT TVUNGET TIL Å GJØRE DET SAMME SOM MAJORITETEN - DE SOM SETTER STANDARDEN FOR DET NØDVENDIGE»

Mange av oss har de siste årene blitt påvirket av filmer, litteratur og selvutviklingskurs som har

hatt ett gjentagende tema: *Elsk deg selv. Du er din egen lykkes smed. Du er din egen lykkejeger.* Enkeltindividet blir gitt ansvaret for egen helse, egen lykke eller for at de riktige valgene tas. Det problematiske ved denne tenkningen er at enkeltindividet også blir den skyldige dersom livet *ikke* blir som forventet. Hun må bære omkostnadene og ansvaret dersom livet blir problematisk. I tråd med denne individualistiske tankemodellen, er det lett å legge ansvaret og skylden på den enkelte hvis han eller hun faller ut av arbeidslivet. Det er som om en tror at hvis han eller hun bare hadde anstrengt seg mer eller truffet andre valg, ville situasjonen ha vært annerledes. Denne tenkningen bidrar til at vi ufrivillig er med på å skape et skille mellom oss som klarer oss og de andre; de som ikke klarer seg så godt.

«DE FATTIGE ER UNDERLAGT DE ANDRES BLIKK - BLIKKENE FRA OSS - FLERTALLET - DEN TILFREDSE MAJORITETENS BLIKK»

Hva har så dette med fenomenet skam å gjøre? Arne Johan Vetlesen (2001) påpeker at det er *ofrene* som skammer seg. Vi har her å gjøre med de nye underklassene; de som ingen har bruk for og som kjenner seg overflødige i dette overflodssamfunnet. *Vi har ikke noen plass her*, sukket en mor forleden. Hun hadde nettopp berettet om sønnen som skammet seg over å ta med seg kamerater hjem. Kameratene bodde i store hus. Gutten hennes delte soverommet med henne.

Identiteten og selvfølelsen står under press fra flere hold. De fattige er underlagt *de andres blikk* – blikkene fra oss – flertallet – den tilfredse majoritetens blikk. Likegyldighetens og foraktens blikk (Galbraith, 1992). Flertallets – majoritetens – verdier, normer og holdninger har stor gjennomslagskraft og slår inn til oss alle, også de fattige. De blir også bærere av et menneskesyn som gjør det legitimt å rette de kritiske blikkene mot seg selv.

De blir sine egne dommere som dømmer seg selv. I sine dommer blir de solidariske med de dominerende og underkaster seg de dominerendes syn på seg selv og sin situasjon. Dermed får de bekreftet sin underordning og dominans. Dette innebærer at underklassen, de fattige, ikke bare møter forakten fra de rike, de velbergede, det vil si majoriteten, men de er også under påvirkning av sin egen selvforståelse. De har internalisert stor-samfunnets diskriminerende syn og utsetter seg dermed for en form for selvhat og selvforakt som gjør dem uelskverdige. De er med andre ord uten rett til anerkjennelse fra de anerkjente.

Jeg hater våren og lyset! Med denne enkle setningen utdypes skammen – følelsen av å bli tvunget fram i lyset, bli synlig blant de synlige. Denne moren kjenner seg til overs i samfunnet, en som snylter på fellesskapet. Hun er blant dem som er midlertidig uføretrygdet og som i blant må ha supplerende sosialhjelp. Hun kjenner seg offentlig stemplet som lat. Skammen røpes ved at hun bøyer hodet og ser ned. Hun vil ikke se dem som ser noe som ikke skal sees. Vetlesen (2001) sier at skam er eksponerthet, det vil si å være blottstilt. Skammen er på en måte skaden som har skjedd. Skammen kommer i ettertid – etter det som ikke skulle ha skjedd, men som har skjedd. Det er vanskelig for denne moren, som for alle andre, å ta inn over seg at de er ofre for dette samfunnets kulturformede overgrep hvor de selv er en av aktørene, i og med at de stilltiende samtykker i begrunnelsen for sin offerstatus. Derav kommer lysten til å rømme fra alle som ser, men kanskje mest og dyppest bærer de på lysten til å rømme fra seg selv. Denne umuligheten gjør selvforakten og skammen total.

SOSIAL ARV

Jeg heter Silje. Jeg er 10 år. Jeg bor sammen med mamma. Pappa bor i Bergen. Han kjenner jeg ikke. Vi bor alene. Jeg er redd. Jeg vil ikke gå på skolen. Mamma sier jeg må gå for ellers vil barnevernet sende meg i fosterhjem igjen. Men jeg vil ikke. Jeg er redd for å si noe feil og at de andre skal begynne å le. Jeg er redd de skal synes jeg er dum og at mamma er dum. Jeg tenker hele tiden på at de

andre i klassen kan komme til å oppdage at jeg har bodd i fosterhjem. Ingen andre i klassen har bodd i fosterhjem. Snart er det sommer. Alle skal på ferie. Ikke vi. Mamma sier at vi har ikke penger. Men alle reiser jo på ferie, gjør de ikke? Mamma sier at det skal bli bedre snart – at jeg skal få nye klær til 17. mai. Men alltid skjer det noe. Dessuten går det mye penger til drosje. I blant er også mamma redd for mennesker. Hun sier at hun har en angstsykdom. Men det er dyrt å kjøre drosje. Når jeg er i bursdager og slikt, sier mamma at hun kan sende en drosje for å hente meg. Men da vet jeg at mamma ikke får gått i butikken på mange dager. Jeg er ganske lei tomatsuppe til middag. Dessuten skulle jeg ha ønsket at også vi kunne reise til Syden på ferie...

Teksten er hentet fra et brev jeg fikk. Hva er det hun vil formidle, kan vi spørre. Jeg leser om et barns kamp mot utstøting. Ikke fordi noen skyver henne ut eller er slemme mot henne. Kanskje heller tvert imot. Men hun kjenner at hun ikke oppfyller normene for det normale – normene som er gjengs i samfunnet og som deles av majoriteten så vel som av henne. For hun føler seg annerledes, og det plager henne. Hun vet at det normale for henne ville ha vært at hun ikke hadde bodd i fosterhjem, at mamma hadde vært frisk og hatt sertifikat slik at hun hadde kunnet kjøre henne til og fra fritidsaktiviteter. Det normale ville ha vært at de hadde kunnet spise middag hver dag og dratt på sommerferie til Syden. For Silje er det en kløft mellom henne og andre barn; en kløft som vokser etter hvert som selvforakten og selvstraffen forsterkes ved at hun uteblir fra skolen. Gjennom de dominerende forestillinger om, eller bilder på, hva som er normalt og hva som er unormalt skapes det for Silje en slags «symbolsk orden av selvfolgeligheter» (Bech-Jørgensen, 1999) som gjør det mulig for henne å forstå hverdagslivet i en sammenheng. Å være fattig blir for Silje en kategori som forklarer mye av innholdet i hverdagen. Denne kategorien styrer tankene hennes, skaper forutsigbarhet og bekrefter annerledesheten. Silje ser seg selv som annerledes. Ikke bare på grunn av familiens underskuddssituasjon, men også fordi hun har erfaringer som hun tror hun er alene om å ha. Silje kjenner det skammelig å ha bodd i

fosterhjem og vil hemmeligholde denne erfaringen. Hun føler også skam over at moren har vært «på sosialen». Som hun sier, kjenner hun ingen andre barn som har det på samme måte. «Vi snakker ikke om det på skolen». Hun er i ferd med å gi seg selv en identitet som marginalisert og utstøtt. Silje opplever at hun mangler den sosiale og symbolske kapitalen som hun ser at andre barn besitter, og som gjør at hun føler seg mindreverdige og liten. Hun er offer for normalitetens selvfølgelige orden som hun underkaster seg, og som hun med sin underkastelse gir sin støtte og bekreftelse til.

Hva betyr dette? Jeg retter nå oppmerksomheten mot den franske kulturfilosofen Pierre Bourdieu som knyttet kapitalbegrepet til noe mer enn økonomisk kapital. Han snakker også om *kulturell kapital* og *sosial kapital*. Sosial kapital dreier seg om sosiale nettverk og kontakter, det vil si om tilgangen til informasjon og kunnskap som deles blant de innvidde. Kulturell kapital handler om kunnskaper som oppnås gjennom utdannelse-institusjonene og som får verdi som symbolsk kapital. Symbolsk kapital er et samlebegrep for egenskaper som blir tillagt høy verdi og som høster stor anerkjennelse innenfor en sosial gruppe (Bourdieu & Wacquant, 1993; Bourdieu, 1995). Silje kjenner det som om hun ikke har tilgang til de ulike kapitalformene som kunne gjøre henne til en av de andre. På tross av sine intellektuelle og personlige ressurser, kjenner hun seg som taper.

Den svenske barnepsykiateren Gustav Jonsson skapte begrepet «sosial arv», et begrep som i sin negative form dreier seg om hvordan dårlig utdanning, arbeidsløshet, dårlig helse, sosiale problemer og fattigdom har en tendens til å gjenta seg i enkelte familier gjennom generasjoner. Det er som om fenomenet er nedarvet eller at livsveien allerede er lagt før den er påbegynt. Hvis et barn kom fra en risikofamilie, så var det som om noen mente det var skjebnebestemt at dette barnet ville følge i familiens fotspor. Men slik er det nødvendigvis ikke. De fleste barn klarer seg bra. En mor fortalte om hvordan moren hennes hadde sendt henne med papirlapp i lommen til sosialkontoret

da hun var barn for å hente sosialhjelpen. Selv hadde moren drukket for mange øl til å utføre ærendet. Datteren reflekterte over hvordan denne tidlige erfaringen hadde satt seg i kroppen hennes. Hun kjente forakten for sosialkuratoren som hadde gitt henne pengene uten å undersøke forholdene, hun kjente på forakten for moren som hadde satt henne i denne situasjonen og hun kjente på selvforakten. Hun var en del av denne familien – en som gjennom generasjoner hadde levd «på sosialen». Med bekymring så hun at hun var i ferd med å føre denne livsarven videre til neste generasjon. Hennes barn ble ikke sendt med papirlapp til sosialkontoret. Men hennes barn hadde allerede kjent på kroppen hvordan mangelen på penger skaper et usynlig gjerde mellom «dem» og «vi». Følelsen av utilstrekkelighet var stor da hun fikk vite at minstemann hadde dukket opp på SFO med sparebøssen sin. Han lurte på om han kunne få tilbake plassen sin dersom han selv betalte kostnadene. Det forteller oss noe denne mammaen hadde vanskelig for å se, nemlig at denne lille gutten hadde lært både å ta initiativ, finne løsninger og ta ansvar for egne beslutninger. Denne gutten viste oss at den sosiale arven sannsynligvis var brutt. Han ville oppnå noe, og han visste hvordan han skulle klare det. Det er forskjellen, og det kunne mammaen etter hvert gå med på.

«PÅ TROSS AV SINE INTELEKTUELLE OG PERSONLIGE RESSURSER, KJENNER HUN SEG SOM TAPER»

Mor til Silje forsøker å skaffe seg kontroll over seg selv og datteren ved å true henne til å gå på skolen. Trusselen er barnevernet, en tjeneste hun gjerne skulle ha vært kvitt, men som hun er avhengig av. Hun trenger den avlastningsordningen barnevernet gir henne. På den måten er både moren og Silje i en klemme. Ingen av dem opplever å ha handlefrihet og kontroll over seg selv og sine disposisjoner; kanskje tvert imot. Ifølge den

danske sosialpedagogen og forskeren Per Schultz-Jørgensen (1999) er kontrolltapet helt avgjørende for å forstå dybden i hva marginalisering innebærer for den enkelte i en tid hvor autonomi, handlefrihet og selvstendighet vektlegges så høgt. Å være avhengig av andre kan lett gi en følelse av å ha mistet kontrollen over eget liv. Moren til Silje sier at hun føler seg dum fordi hun stadig får høre at hun har misforstått. Hun er underlagt diverse hjelpesystemer som alle forsøker å overbevise henne om hva som er riktig og viktig for henne. Men det viktigste er kanskje at avhengigheten bidrar til å frata den enkelte følelsen av å kunne ta hånd om seg selv og styre sitt eget liv. Det skjer en form for «dekvalifisering» og med den en fare for at historien lett kan gjenta seg (ibid.:411).

«NØKKELEN TIL FATTIGDOMSBEKJEMPELSE GÅR GJENNOM SKOLEPORTEN»

Uttalelsen kommer fra avdelingsdirektør Eli Grut i Barne- og Likestillingsdepartementet på en nordisk konferanse om barnefattigdom i april 2007. I følge Grut skal skolen blant annet bidra til leksehjelp til elever som trenger det. Dermed håper en at den sosiale forskjellen og kunnskapskløften mellom barna skal utjevnes. Det er et godt tiltak, men langt fra tilstrekkelig. Selv om Per og Kari får tilbud om leksehjelp i skolen, vil denne hjelpen neppe endre opplevelsen av kulturell og symbolsk fattigdom.

I klasserommet sitter Silje. Hun hadde ikke gjort alle leksene sine kvelden før. Hun hadde satt seg med leksene, men hadde ikke klart å konsentrere seg. Hun forsøkte, men «alt gikk i ball». Mamma hadde blitt sint, de hadde begynt å krangle og Silje hadde grått og skreket. Alt det som pleide å skje, skjedde også denne kvelden. Silje ville ikke legge seg før leksene var gjort, samtidig som hun ikke forsto oppgavene.

Neste dag sitter Silje og venter på at læreren skal oppdage at leksene ikke er gjort. Silje hører stemmen til læreren forandre seg når hun endelig vender seg mot henne. Hun merker irritasjonen og hun merker de andre elevenes spente ansiktsuttrykk. Igjen har det skjedd. Silje har ikke gjort leksene sine. Og Silje kjenner seg utstøtt. Hun til-

hører ikke «vi-et» i klassen, hun er den eleven det hefter noe ved. Hun er annerledes.

Igen vil jeg vende oppmerksomheten mot Bourdieu. Han var opptatt av å studere sosial ulikhet og hvordan makten nedfeller seg i relasjoner mellom parter der dominansforholdet er ulikt fordelt. Bourdieu ville avdekke skjulte makt- og dominansforhold som han oppfattet som mekanismer som bidrar til å skape ulikhet for den enkelte med hensyn til livssjanser, handlingsalternativer, utdanningsløp og rangordninger.

Bourdieu brukte som nevnt ordet *kapital* som et maktbegrep som han definerte som et sett av relasjoner preget av sosial ulikhet, utbytting og dominans. Noen har kapital, andre ikke. Det gjør forskjellen. Begrepet *kulturell kapital* er nært koblet til utdanningskapital. En får makt gjennom utdanning. Det vil si at han knytter makt til det å ha å ha utdanning tilegnet gjennom utdannings-systemet. Men tilgangen til utdanningsystemet er ikke lik for alle. En longitudinell studie av barnevernsklienter i Norge fra 1990-2005 som nylig er publisert (Kristoffersen og Clausen, 2008) bekrefter dette. Den viser at tidligere barnevernsklienter har dårligere levekår enn tilsvarende personer i totalbefolkningen. De har blant annet lavere utdanning, mindre inntekt, de er ofte avhengige av sosialhjelp og flere er arbeidsledige. En viktig årsak til dette er at de har dårligere utgangspunkt enn andre barn, sier disse to forskerne.

Bourdieu mener at utdanningssystemet bidrar til reproduksjon av maktforhold. Han mener at skolen formidler og belønner de høyere sosiale klassenes kultur og verdier, men at det ikke uttales offentlig. Da er det andre faktorer som vektlegges, nemlig den enkeltes evner og anlegg. Det betyr at skolen sorterer elevene etter deres prestasjoner; altså individrettede mål, samtidig som det er de kulturelle kodene til de dominerende sosiale klassene i samfunnet som bestemmer hva prestasjonene måles mot. Det er disse kodene som bestemmer hva som skal til for å lykkes i utdanningssystemet. Barn i fattige familier tilhører sjelden denne gruppen. Det er en urett som det

påhviler oss alle et ansvar å bry oss med!

OG HVA KAN VI GJØRE?

Barnevernundersøkelsen (Kristoffersen og Clausen, 2008) minner oss om at det er god investering å sikre barn og unge en god og trygg oppvekst. Men samtidig er det som om våre politiske myndigheter inntil det siste har vært motvillige mot å ta de nødvendige grep for å sikre en forsvarlig levestandard i familier som er avhengige av trygd eller sosialhjelp. Det er mange av oss som mener at minstenivået på trygdeytelsene må heves (Sandbæk, 2004; Tvetene og Stolanowski, 2005; Willoch, 2007; forbundsleder Randi Reese i Aftenposten 2007; forbundsleder Randi Reese i en høringsuttalelse fra FO 2008; Aamodt, 2008).

Mennesker som ser seg tvunget til å oppsøke sosialkontoret (NAV) gjør det sjelden med lett hjerte. Vi vet dessverre at mange har kjent seg ydmyket og krenket i møte med ansatte i sosialtjenesten (NAV), og at de derfor nødig går tilbake. Det er derfor all grunn til å ta vel imot kompetansehevsplanen for sosialtjenesten og barneverntjenesten som Regjeringen gjennom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet er i ferd med å iverksette. Ett viktig resultatmål er å sikre at barn som er utsatt for fattigdom fanges opp og får hjelp av tjenestene. Det heter videre i kompetanseplanen at nyere kunnskap om fattigdom vil få stor plass, og at en vil vektlegge refleksjon rundt egen praksis knyttet til å se barns behov. Dette er viktige tiltak som det er grunn til å ha store forventninger til.

I denne artikkelen har jeg forsøkt å framheve betydningen av at enhver av oss kjenner oss som verdige mennesker. Det innebærer å bli ansett og anerkjent av andre, noe som er en forutsetning for å kunne anerkjenne seg selv som verdige. Innenfor hjelpetjenestene må brukerne av tjenestene møtes og forstås som subjekter og aktører i eget liv heller enn objekter og klienter som det skal bestemmes over. Det innebærer at de må gis rom til å reflektere fritt, tenke høyt og sammen med sine hjelpere finne fram til hva som ville være gode hjelpe-tiltak. Slik vil de kunne tenke ut løsninger og

handlingsmuligheter som de kan mestre. Etter min mening er det *brukermedvirkning* i praksis. Det er ikke tilstrekkelig at vi snakker om viktigheten av å ha et brukerperspektiv i tjenestene. Det må også merkes av dem som er brukere. Foreldre må oppleve seg mer som samarbeidsparter enn som klienter eller pasienter. De må inviteres med i rommene der beslutningene tas og gis tro på seg selv og sin handlingskompetanse. Bare med denne forvisningen og tryggheten kan de søke den bistanden de trenger for seg og sine barn. Det innebærer at også fattigdom, levekår og livsbetingelser må tematiseres i behandlingen. Gjennom å bringe disse temaene på banen, lytte, snakke og forstå, vil vi kunne bidra til å bryte tausheten, tabuiseringen, individualiseringen og skamfølelsen som er knyttet til det å være fattig i dagens samfunn (Waldergrave 2005; Aamodt og Aamodt 2008; Aamodt 1997).

«DET ER IKKE TILSTREKKELIG AT VI SNAKKER OM VIKTIGHETEN AV Å HA ET BRUKERPERSPEKTIV I TJENESTENE. DET MÅ OGSÅ MERKES AV DEM SOM ER BRUKERE»

LITTERATUR:

- Backe-Hansen, E. (2004). *Barn og unges håndtering av vanskelige livsvilkår*. Rapport 12/04. Oslo: NOVA.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet: *Barnefattigdom. Kompetanseplan for sosialtjenesten og barneverntjenesten 2006-2009*.
- Bech-Jørgensen, B. (1997). Symbolsk orden og hverdagskultur. I Christensen, A.-D. m.fl. (red.). *Det kønnede samfund*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Bech-Jørgensen, B. (1999). *Normalitetsbilleder*. Aalborg Universitet: Forlaget ALFUFF.
- Bech-Jørgensen, B. (2001). *Nye tider og usædvanlige fellesskaber*. København: Gyldendal Uddannelse.
- Bourdieu, P. og L.D. Wacquant (1993). *Den kritiske ettertanke*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Bourdieu, P. (1999). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Christensen, A.-D. mfl. (red.) (1997). *Det kønnede samfund*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Danielsen, A. og Nordli Hansen, M. (1999). Makt i Pierre Bourdieus sosiologi. I: Engelstad, F. (red). *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Engelstad, F. (1999). *Om makt. Teori og Kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Fafo og NOVA (2007). *Velstandens paradoks*. Nordisk konferanse om barnefattigdom 18. og 19. april 2007.
- Galbraith, J.K. (1992). *The Contented Majority*. Boston: Houghton Mifflin.
- Gjærum, B. (mfl.) (red.). (1998). *Mestring som mulighet I møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Grødem, A.S. (2008). Household poverty and deprivation among children: how strong are the links? *Childhood*, 15, (1):107-125.
- Kristoffersen, L.B. og S.-E.Clausen (2008). *Barnevernklienter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie*. Prosjektrapport 3/08. Oslo: NOVA.
- Mathiesen, K.S. (1999). *Trivsel og levekår - forebygging av psykososiale problemer i barnefamilier*. Fylkeslegen i Østfold og Statens Institutt for Folkehelse.

- Reese, R. (2007). Tafatt fattigsatsing. *Aftenposten*, 7. juni.
- Reese, R. (2008). *Høringsuttalelse*. Fellesorganisasjonen.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. I *British Journal of Psychiatry*, 147:598-611.
- Sandbæk, M. og Sture, C.K. (2003). *Barns levekår*. Teoretiske perspektiver på familieøkonomiens betydning for barns hverdag. Skriftsreie 9/03. Oslo: NOVA.
- Sandbæk, M. (red). (2004). *Barns levekår. Hva betyr familiens inntekt?* Rapport 11/04. Oslo NOVA.
- Schultz-Jørgensen, P. (1999). Barnet i risikofamilien. I: Dencik, L. og Schultz-Jørgensen, P. (red.) *Børn og familier i det postmoderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sommerschild, H.(1998). Mestring som styrende begrep. I Gjørum, B. (red.). *Mestring som mulighet*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Stolanowski, P.-A. og Tvetene, K.G., (2005). *Har vi råd, mamma*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Vetlesen, A.J. (2001). Det er ofrene som skammer seg. I: Wyller, T. *Skam*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Waldegrave, Charles (2005). «Just therapy» with Families on Low Incomes. *Child Welfare*, Vol. LXXXIV, 2, 265-276.
- Willoch, K. (2007). Norge får flere fattige barn. *Aftenposten*, Kronikk 7. oktober.
- Wyller, T. (red) (2001). *Skam*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aamodt, L.G. (1997). *Den gode relasjonen – støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Aamodt, L., Aamodt I. og Ruud, A. K. (2000). *Sanering Venteliste*. Rapport. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Aamodt, I., Jørgensen B. og Aamodt L. (2002). Enslige mødre – familier med store psykososiale belastninger. I *Nordisk Sosialt Arbeid*, 4, 193-200.
- Aamodt, L. G. (2005). *Familier mellom mange hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aamodt, I. (2003). *Det er jeg som er mamma'n. Møte med barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien fra en marginal posisjon*. Hovedoppgave i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag i samarbeid med NTNU i Trondheim.
- Aamodt, L. G. (2008). Fattige barn i rikt land. *Dagbladet*, Kronikk, 6. februar.
- Aamodt, L.G. og I. Aamodt (2008). Ringvirkninger. *Magasinet Voksne for barn*.



TORE ROALD RIEDL er utdannet økonom og jurist. Han arbeider og er partner i advokatfirmaet Salomon Johansen AS i Oslo. Han leder firmaets Avdeling for helse- og barnevern, og har både offentlige og private oppdragsgivere. Riedl har tidligere arbeidet med disse fagfeltene ved Universitetet i Oslo, Helsedepartementet og i Oslo kommune. Han er forfatter av juridiske fagbøker/artikler, og benyttes som foredragsholder/underviser innen begge fagfelt. Han er medlem av JUS-fagutvalg for helse-, sosial- og trygderett.



SAMHANDLING MELLOM BARNEVERNTJENESTEN OG BUP – SETT FRA EN JURIDISK SYNSVINKEL

BARNE-OG UNGDOMSPSYKIATRIEN BENYTTER ULIKE TYPER AV AVVISNINGSGRUNNER FOR BARNEVERNSBARN. «UAVKLART OMSORGSSITUASJON» ER EN AV DEM.

INNLEDNING

Mange barn og unge vil ha behov for hjelp fra ulike deler av det offentlige hjelpeapparatet. Denne artikkelen omhandler barn som er i kontakt med barneverntjenesten og som trenger helsehjelp fra det psykiske helsevernet (BUP). I artikkelen introduseres uttrykket «på vent». Det brukes om barn som er i kontakt med barneverntjenesten og ikke får den helsehjelpen fra BUP som de har behov for. For noen av disse barna øker problemene i ventetiden, og det gjør barneverntjenestens og

foreldrenes oppgaver overfor barnet enda vanskeligere. I slike situasjoner eksisterer det ingen mulighet til å få avklart faglig uenighet mellom BUP og barneverntjenesten. I noen saker kan «på vent»-situasjonen bli utslagsgivende for at det må treffes tvangsvedtak etter barnevernloven. Deinstitutionalisering har vært et sentralt hensyn i planlegging av BUP-systemets tilbud de siste årene.¹ Dette har medført at man per i dag bare har i overkant av 300 døgnplasser tilgjengelig innen BUP på landsbasis slik at døgnplasser i BUP

¹ Lorem, Geir, Samspill i psykisk helsearbeid, Oslo 2006, s. 110.

er et knapphetsgode. I artikkelen pekes det på at det private markedet som tilbyr døgnplasser i barnevernssystemet posisjonerer seg fordi det finnes mange barn «på vent» uten tilbud fra BUP. På denne måten er det i Norge i ferd med å vokse frem et alternativt institusjonsvesen innenfor rammene av barnevernloven som leverer helsehjelp til barn og unge uten at dette har vært tiltenkt fra lovgivers side. Det finnes ingen etablerte tilsynsordninger som gjelder for leveranse av helsetjenester i barneverninstitusjoner. Artikkelen er basert på en sammenfatning av erfaringer knyttet til arbeid med enkeltsaker fra en juridisk faglig synsvinkel.

«BARN SOM ER I KONTAKT MED BARNEVERTJENESTEN HAR VANSKELIGERE TILGANG TIL BUP ENN ANDRE BARN»

BARN «PÅ VENT»

Etter pasientrettighetsloven (§§ 2-1 og 2-2) har barn med behov for psykisk helsehjelp rett til vurdering og nødvendig undersøkelse/behandling i BUP. Det er så langt ikke gitt særlig prioritet i BUP til barn som er i kontakt med barneverntjenesten². Det paradoksale ved dagens situasjon er imidlertid at det motsatte ser ut til å skje i mange saker; barn som er i kontakt med barneverntjenesten har vanskeligere tilgang til BUP enn andre barn.

BUP benytter ulike typer av avvisningsgrunner for barn som er i kontakt med barneverntjenesten. Mange kommunale barneverntjenester og foreldre opplever at BUP-systemet ikke starter sitt arbeide med barnet inntil *omsorgssituasjonen er nærmere avklart*. Denne begrunnelsen er mest vanlig i omsorgssaker. I atferdssaker (barn med alvorlige atferdsvansker etter barnevernloven) er den mest

hyppige begrunnelse at undersøkelse og behandling i BUP ikke kan starte før *ungdommen blir motivert* eller fordi BUP mener man ikke har hjemler for å bruke tvang. Felles for disse situasjonene er at spørsmålet om helsehjelp til barnet i realiteten blir satt «på vent».

Selv om barnet skulle havne innenfor det formelle pasientrettighetssystemet, løser ikke regelverket i pasientrettighetslovens kapittel 2 situasjonen. Barnet kan bli vurdert etter pasientrettighetsloven (§ 2-2), men likevel avvist som rettighetspasient fordi barneverntjenesten er inne i bilde. Det kan også bli vurdert som rettighetspasient etter pasientrettighetsloven (§ 2-1), men gis bare én førstegangskonsultasjon, for deretter å bli satt «på vent» fordi barneverntjenesten er inne i bildet.

RESSURSKREVENDE Å BEHANDLE BARN SOM ER I KONTAKT MED BARNEVERTJENESTEN

Barnevernets tilstedeværelse i barnets liv fremstår på denne måten i noen saker som en utelukkelsesgrunn for psykiatrisk behandling selv om barnet er sterkt preget av symptomer på psykisk lidelse. Forklaringen på dette fenomenet ligger nok dels i at det psykiske helsevernet støtter seg på en etablert oppfatning om at rammene rundt barnet må være stabile og gode for at det skal være mulig å gi behandling. Det spiller nok også en vesentlig rolle at det er mer ressurskrevende å arbeide med barn som ikke har så gode omsorgsbetingelser man skulle ønske. Dette gjenspeiler seg i prioriteringsveilederen som var ute på høring våren 2008³. Denne veilederen er tenkt å være et redskap for BUP til hjelp ved prioritering av pasienter etter pasientrettighetsloven (§ 2-1 – rett til nødvendig helsehjelp). Den er utarbeidet av en arbeidsgruppe med hovedvekt av spesialister fra BUP. For mange tilstander som er spesifisert i veilederen er ressurser i familien til barnet (eller omsorgsbetingelsen til barnet) beskrevet som et forhold som vil kunne redusere kostnadseffektivitet ved behandling. Her

² Ot. prp. nr. 63 (2002-2003).

³ Helsedirektoratet, Prioriteringsveileder for spesialisthelsetjenesten, utkast 10. april 2008 og Samarbeidsprosjektet Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten – utkast til veiledertabell for rettighetstildeling og frist for start av helsehjelp (pr. 10.04.2008).

ligger kanskje en del av begrunnelsen for at det anses akseptert innen BUP å innta en avventende holdning når man får opplysning om at barneverntjenesten er inne i bildet. Problemet for de ulike aktørene som er involvert (foreldre/barneverntjeneste), er at det ikke eksisterer noen formelle retningslinjer for hvem som skal avgjøre om situasjonen rundt barnet er god nok til at BUP kan starte behandling.

SAMARBEID LØNNER SEG IKKE

Når et barn settes «på vent» av BUP-systemet, er det foreldrene som har ansvaret samtidig som barnet kan ha behov for hjelp fra ulike deler av det offentlige hjelpeapparatet. BUP kan i disse situasjonene fremstå som en sovende aktør. Det er, som nevnt over, et uavklart og vanskelig praktisk spørsmål hvordan man skal «vekke» BUP til aktivitet i slike tilfeller. Det er et stort problem at lovgivningen ikke forplikter BUP til å samarbeide med andre deler av det offentlige hjelpeapparatet⁴. For å forstå hvordan det psykiske helsevernet prioriterer i slike samarbeidssituasjoner, må man kjenne det takstsystemet som er med på å styre BUP-poliklinikkenes prioriteringer av arbeidsoppgaver⁵. Taksten for inntak av barnet og første gangs konsultasjon (P20) er 905,-, mens etterfølgende utredning og behandling (P22) har en takst på 226,-. Møte med førstelinje (P23), herunder barneverntjenesten har en takst på 150,-, mens telefonsamtale med førstelinjen (P24) har en takst på 50,-. Det er arbeid med å ta inn nye pasienter til førstegangs konsultasjon som har prioritet og som bidrar til å få ned ventelistene i BUP. Bruk av tid på samarbeid med andre instanser er rett og slett ikke lønnsomt.

HJELPETILTAK FRA BARNEVERNTJENESTEN TIL BARN «PÅ VENT»

Når barneverntjenesten skal støtte foreldre med barn som er satt «på vent» i BUP, settes det inn

«BRUK AV TID PÅ SAMARBEID MED ANDRE INSTANSER ER RETT OG SLETT IKKE LØNNSOMT»

hjelpetiltak etter barnevernloven (§ 4-4) i ventetiden. De mest benyttede hjelpetiltakene avlastning, støttekontakt og barnehageplass er imidlertid sjeldent tilstrekkelig for å bedre symptombildet til et barn med psykiske vansker. Barneverntjenesten må derfor ty til mer utradisjonelle hjelpetiltak, som i realiteten innebærer et slags behandlingsansvar i forhold til barnets psykiske helse. Denne situasjonen kan både oppstå når barnet bor hjemme hos foreldrene og i situasjoner hvor barnet faktisk har døgnplass i BUP.

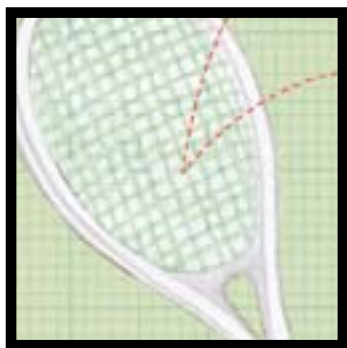
Det tradisjonelle eksempelet er barn med ADHD som bor hjemme. I teorien trenger disse barna tilrettelagt behandling fra det psykiske helsevernet. Behandlingseffekt er betinget av at et samlet hjelpeapparat og foreldre jobber i samme retning innenfor den samme terapeutiske ramme⁶. I praksis opplever imidlertid foreldre ofte at det eneste tilbudet fra BUP er medikamentell behandling, og at det ikke blir tatt noe initiativ fra BUP-systemet for å koordinere og veilede andre aktører som er involvert.

Selv om barnet er under døgnbehandling i BUP-institusjon, vil barneverntjenesten kunne risikere å få et supplerende behandlingsansvar. I BUP synes det å være vanlig praksis at døgnbehandling bare kan skje på virkedager. Ved slike ordninger får foreldrene ansvar for barnet i helger, ferier og på helligdager. Overgangen fra et miljøterapeutisk opplegg på BUP-institusjonen til hjemmesituasjon kan være svært stor for barnet og skape u håndterlige situasjoner for foreldrene. Det er ikke uvanlig at det i slike tilfeller treffes vedtak om kjøp av helsehjelp i det private markedet som hjelpetiltak etter barnevernloven fordi BUP-institusjonen holder stengt. Barneverntjenesten

⁴ Det eneste stedet i lovgivningen hvor samarbeid ut av helsetjenesten er forpliktende for BUP er i relasjon til utarbeidelse av individuelle planer, jf. psykisk helsevernloven § 4-1. I et landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer som ble gjennomført i 2002 ble det avdekket en nærmest «total mangel» på utarbeidelse av individuelle planer. I Ot. prp. nr. 65 (2005-2006) ble kretsen av personer som har rett til individuell plan innskrenket. Det er derfor ikke grunn til å tro at dette vil bli noe mer effektivt verktøy for barn og unge i tiden fremover.

⁵ Forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 (refusjonsforskriften).

⁶ Lars Weiseth og Odd Steffen Dalgard (red.), Psykisk helse – Risikofaktorer og forebyggende arbeid, Oslo 2000.



«I BUP SYNES DET Å VÆRE VANLIG PRAKSIS AT DØGNBEHANDLING BARE KAN SKJE PÅ VIRKEDAGER»

kan kjøpe timer hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer, og det finnes eksempler på kjøp av mer omfattende miljøterapeutiske tiltak i form av døgntilrettelagt i barneverntiltak fordi BUP-institusjonen har stengt. Barneverntjenesten opptrer i denne sammenheng tilsynelatende som en garantist for å sikre kontinuitet i leveranse av helsehjelp til barnet.

Barn «på vent» vil ikke selv kunne ivareta sine interesser. Foreldrene har ikke nødvendigvis overskudd, ressurser eller kunnskap nok til å starte en klageprosess etter pasientrettighetsloven. Det eksisterer heller ingen ordning som fanger opp behovet for juridisk hjelp i disse sakene direkte i lov om fri rettshjelp. I situasjoner hvor barneverntjenesten og foreldre mener barnet trenger undersøkelse og behandling, men hvor BUP-systemet ikke responderer med å opprette sak eller setter saken «på vent», finnes det eksempler på at barneverntjenesten treffer vedtak etter barnevernloven om kjøp av advokatbistand som hjelpetiltak til barnet med tanke på bistand i klageprosess etter pasientrettighetsloven. Finansieringen av juridisk bistand anses i denne sammenheng som ledd i oppfyllelse av barneverntjenestens forpliktelse etter barnevernloven (§ 3-2) om å bidra til at barn får den hjelpen de har krav på innenfor andre offentlige sektorer.

KLAGEMULIGHET NÅR BARN SETTES «PÅ VENT»

Klagesystemet knyttet til pasientrettighetsloven kapittel 7 bidrar i liten grad til avklaring av faglig uenighet mellom BUP og barneverntjenesten når barnet «står på vent». Her er det grunn til først å peke på at det kan være vanskelig å forstå hvorfor BUP avviser en henvendelse, fordi det ikke er en lovfestet begrunnelsesplikt knyttet til avslag etter pasientrettighetsloven. Det vil videre være slik at en klage gjerne må rettes inn mot spørsmålet om barnet får «nok» hjelp. Noe av bakgrunnen for dette kan være at det å få ned ventelister innen BUP er prioritert så sterkt fra myndighetenes side. Mange får «litt» men ikke «nok». Kommer barnet innenfor BUP vil det som regel få en førstegangs-konsultasjon, og da vil helseforetaket kunne hevde at retten til nødvendig helsehjelp er oppfylt. Ved en klage etter pasientrettighetsloven vil Helsetilsynet da komme til at retten til helsehjelp er oppfylt, og bare ta stilling til om tilbudet er «forsvarlig» (helsepersonelloven § 4 (individnivå) og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (systemnivå)). Ikke enhver slik klage fører til at det åpnes tilsynssak. Dersom det ikke åpnes tilsynssak blir ikke spørsmålet nærmere belyst i noe autoritativt forum og barneverntjenesten og foreldrene kan intet gjøre. Dersom det blir åpnet tilsynssak vil saksbehandlingstiden hos Helsetilsynet (Oslo og Akershus) være minimum 6 måneder. Det finnes imidlertid eksempel på ett års saksbehandlingstid. Mye kan skje i et barns liv på denne tiden, blant annet at det oppstår akutte situasjoner i hjemmet

«I PRAKSIS FUNGERER KLAGESYSTEMET SLIK AT DET KAN VÆRE SAMME BEHANDLER SOM AVVISTE SAKEN, SOM I KLAGEOMGANGEN BLIR DEN SOM SKAL AVGJØRE OM TILBUDET MÅ ANSES SOM FORSVARLIG ELLER IKKE»

eller at barnevernsaken havner i fylkesnemnda i ventetiden. Det er også en vesentlig svakhet ved klagesystemet i pasientrettighetsloven at Helsetilsynet i fylket ikke synes å ha særskilt kompetanse på spørsmål i skjæringspunktet mellom de to fagfeltene. Ved behandling av klagesaken blir det derfor slik at det innhentes uttalelser fra spesialister i BUP. I praksis fungerer klagesystemet slik at det kan være samme behandler som avviste saken, som i klageomgangen blir den som skal avgjøre om tilbudet må anses som faglig forsvarlig eller ikke.

EKSEMPEL 1:

Tekst fra en begrunnelse fra Helsetilsynets vedtak i klagesak. Foreldrene til barnet klaget over at BUP-institusjonen bare gav tilbud om 5-døgns behandling til barnet, og mente at det var ufor-
svarlig uten 7-døgns tilbud:

«Etter Helsetilsynets vurdering er det primært et kommunalt ansvar å sikre dette barnet et kontinuerlig og helhetlig tilbud, og at spesialisthelsetjenesten på ordinær måte kommer inn som et supplement og faglig støtte...Helseforetaket anfører at etter deres faglige vurdering har et barn på denne alderen behov for en alternativ, familielignende omsorgsbasis utenfor sykehus som kan ha et langsiktig perspektiv og som kan samarbeide med behandlingsapparatet.»

Helsetilsynet gav Helseforetaket medhold, og barneverntjenesten måtte kjøpe døgnplass for barnet

i privat barneverninstitusjon i helger, på helligdager og i ferier når BUP-institusjonen var stengt.

AKUTTE SITUASJONER I VENTETIDEN

Risikoen for at det oppstår akutte kriser som foreldrene ikke kan klare å håndtere alene, øker for barn «på vent». I slike tilfeller vil hjelpeapparatets utilstrekkelighet komme klart til syne.

Det psykiske helsevernets plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er regulert i spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-1). For det psykiske helsevernet er det gitt egen forskrift⁷ om øyeblikkelig hjelp der det er presisert at plikten til å yte Ø-hjelp blant annet omfatter «psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig». I praksis har ikke helseforetakene døgnplasser til barn og unge under 13 år for akutte situasjoner. I Oslo er det kun tilgjengelig 5 akutt plasser for barn mellom 13 og 17 år i BUP. Manglende akuttberedskap i form av døgnplasser innen BUP utgjør i første rekke en sterk belastning for barnet og foreldrene, men har også samfunns-
messig svært uheldige konsekvenser ved at disse barna må ivaretas gjennom innsats fra andre deler av hjelpeapparatet så som politi og barnevern. Resultatet av slike krisesituasjoner er, med få unntak, at barnet akutt plasseres i barneverninstitusjon eller beredskapshjem etter barnevernloven. De som da ivaretar barnet har ikke psykiatrifaglig kompetanse til å håndtere barn i akutt psykisk krise.

⁷ 21. desember 2000 nr. 1409 § 2.

«MANGLENDE AKUTTBEREDSKAP INNEN BUP UTGJØR IKKE BARE EN STERK BELASTNING FOR BARNET OG FORELDRENE, MEN HAR OGSÅ SAMFUNNSMESSIG SVÆRT UHELDIGE KONSEKVENSER»

EKSEMPEL 2:

Et barn på 11 år er døgnpasient ved en BUP-institusjon som har stengt i helger og ferier. Barnet er da hjemme hos foreldrene, men har med seg to miljøarbeidere fra barnevernet. En akuttsituasjon oppstår, og politiet tilkalles. Her gjengis sitater fra politiets logg fra den akutte situasjonen:

- «**Kl 10:40** – Melder: barn har gått «amok», forskanset seg inne på et rom og var i besittelse av flere kniver.
- Kl: 10:45** – En politipatrulje på stedet. Barnet skrek ut av et vindu, patruljen forsøkte å snakke barnet ut til dem.
- Kl 11:00** – Enheten gjort kjent med at barnet hadde slått etter melder med et jaktgevær. Det var uvisst om barnet hadde ammunisjon.
- Kl 11:11** – De som hadde vært sammen med barnet hadde tatt fra det et haglegevær, uvisst om det var flere våpen i huset.
- Kl 11:18** – Divisjonsleder ber om ambulanse til stedet.
- Kl 11:33** – Forhandler fra politiet ankom.
- Kl 11:35** – Forhandler ba alle politibilene utenfor huset om å kjøre bort.
- Kl 11:45** – Visepolitimester gav tillatelse kl 11:10 til å skyte inn i huset dersom situasjonen skulle utvikle seg/bli kritisk/alvorlig, samtidig som forhandleren hadde en dialog med barnet.
- Kl 11:50** – En politipatrulje og divisjonsleder var inne på rommet nå, og hadde kontroll. Barnet var svært utagerende, ønsket ambulanse til stedet for å binde det fast til en bære. Ambulansen sjekket om de kunne sette Stesolid på barnet.
- Kl 11:59** – Barnevernvakten varslet, kjente til barnet og at det var en splid mellom psykiatrien og barnevernet vedrørende barnet. Barnevernvakten fikk beskjed om å ordne et alternativ til barnet.
- Kl 12:11** – To representanter fra barneverntjenesten på vei til stedet i drosje.
- Kl 12:12** – Ambulanse fikk tillatelse til å sette Stesolid.
- Kl 12:24** – Ambulanse kjørte barnet, mor og barneverntjenesten til BUP-poliklinikken. Barnet var rebelsk og spyttet på tjenestemennene og forsøkte å bite.
- Kl 13:42** – Legen meldte at barnet skulle ha håndjern på. Sa også at når psykiatrien ikke klarte å ta hånd om barnet, fikk barnevernet gjøre det.
- Kl 13:52** – Barnevernvakten sa de ikke kunne ta hånd om barnet. Da måtte barneverntjenesten gjøre det. Sa videre at barnet ikke kunne plasseres på noen barneverninstitusjon, da barnet var altfor psykisk syk.
- Kl 14:04** – Vært i kontakt med barnevernleder som fortalte at barnet var under døgnbehandling på en psykiatrisk institusjon, som stengte i helgene og derfor dette problemet nå. Sa at dette ikke var en barnevernsak, men en sak for psykiatrien. Sa at det måtte være en fallitterklæring for en psykiatrisk institusjon å måtte ringe til politiet for å håndtere saken. Skulle ta kontakt med BUP på telefon.
- Kl 14:05** – Patruljen foresto transport til Ungdomspsykiatrisk enhet etter at Ambulansen tok noen telefoner.
- Kl 14:14** – Avsluttet oppdrag.»

PLASSERING UTENFOR HJEMMET SOM ALTERNATIV

Når et barn er «på vent» og har symptomer som forårsaker krisesituasjoner i hjemmet, står barneverntjenesten og foreldrene overfor et u håndterlig problem. Man ser at de hjelpetiltakene som iverksettes innenfor rammene av barnevernloven ikke hjelper, samtidig som BUP ikke går inn i barnets situasjon verken gjennom særskilte behandlings- tiltak eller ved at det foreligger individuell plan. Når det har låst seg på denne måten kan barneverntjenesten komme til at det ikke finnes andre alternativer enn å fremme sak for fylkesnemnda om plassering utenfor hjemmet etter barnevernloven. Under sak i fylkesnemnda må da barneverntjenesten legge frem sin faglige begrunnelse for tiltaket slik at den passer inn i barnevernlovens begrepsbruk. Man må eksempelvis anføre at de psykiske problemene barnet har er så vidt omfattende at foreldrene ikke klarer å ivareta situasjonen. Ut fra dette kan det så anføres at det foreligger omsorgssvikt, selv om foreldrenes generelle omsorgskompetanse i utgangspunktet vurderes å være god nok. I en atferdssak må barneverntjenesten anføre at de psykiske problemene barnet har, faller inn under atferdsvansker slik dette er beskrevet i barnevernloven⁸. Fylkesnemnda treffer i slike situasjoner vedtak innenfor rammene av barnevernloven fordi det ikke finnes alternative løsninger tilgjengelig.

NÅR BARN «PÅ VENT» HAR BEHOV FOR INSTITUSJONSPASS

I noen saker vil det være slik at barneverntjenesten og foreldrene mener at barnet har behov for mer helsefaglig behandling enn det en barnevern-institusjon kan tilby. I forarbeidene til både barnevernloven og psykisk helsevernloven fremgår at det er anledning til å plassere et barn i institusjon under det psykiske helsevernet etter barnevernloven⁹. Tanken bak er at det er faglig forskjell i den oppfølging barnet får ved henholdsvis en barnevern-institusjon og en BUP-institusjon. Når barneverntjenesten ser at det er nødvendig

med døgnplassering av et barn, skal den etter lovens system henvende seg til den statlige regionale barnevernmyndighet som har ansvar for å skaffe til veie et slikt tilbud. Denne instansen har imidlertid ingen BUP-institusjoner «på menyen» fordi lovverket ikke pålegger tjenestene å samarbeide på dette nivået. I og med at det forvaltningsmessige systemet ikke bidrar til løsning, må barneverntjenesten gå andre veier. Det finnes mange eksempler på at den kommunale barneverntjenesten må forholde seg direkte til den lokale BUP på egen hånd og forhandle om å få institusjonsplass til barnet. Under slike forhandlinger avdekkes gjerne flere forhold som bidrar til at det fremstår nærmest umulig å få til plassering i BUP. Et hovedproblem er at det finnes svært få døgnplasser tilgjengelig i BUP-systemet (se neste avsnitt). På klinisk nivå innen BUP er dessuten kunnskapen om plassering etter barnevernloven i BUP-institusjon begrenset. Dette gjelder også kunnskap om hvorledes saker behandles innenfor rammene av barnevernloven, slik som saksfremlegg for fylkesnemnda, saksbehandlingstid og lignende. Ordningen er vanskelig tilgjengelig fordi den bare omtales i forarbeidene til de to lovene. Videre

«ET HOVEDPROBLEM ER AT DET FINNES SVÆRT FÅ DØGNPLASSER TILGJENGELIG I BUP-SYSTEMET»

synes kunnskapen om barneverntjenestens metodebruk og problemforståelse begrenset i BUP-systemet. BUP kan for eksempel hevde at institusjonsplassering i BUP ikke er aktuelt fordi «omsorgssituasjonen må være avklart», selv om den problemstillingen som preger barneverns-saken ikke er at omsorgsbetingelsene er mangelfulle, men at barnet har atferdsvansker i barnevernlovens forstand. Skulle man, til tross for mangelen på slike saker, få en situasjon hvor fylkesnemnda besluttet å plassere et barn i BUP

⁸ Markedstilpasning i skjæringspunktet mellom barnevernloven og psykisk helsevernloven – tvangsomsorg for barn og unge med alvorlige atferdsvansker og psykisk lidelse, i Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål nr. 1/2005.

⁹ Ot. prp. nr 11 (1998-1999) s.62.

med hjemmel i barnevernloven, ville det oppstå en ny rettslig hindring. Den faglig ansvarlige (psykisk helsevernloven § 1-4) ved angjeldende BUP-institusjon kan velge å likevel ikke ta i mot barnet (asylsuvereniteten).

«HELSEFORETAKENE ER I LITEN GRAD VILLIG TIL Å FINANSIERE KOSTNADSKREVENDE DØGNPLASSER FOR BARN OG UNGE»

HELSEFORETAKENE STYRER DØGNKAPASITETEN - MEN MÅLES PÅ ANTALL POLIKLINISKE KONSULTASJONER

Det største problemet i forhandlingssituasjoner som beskrevet over er at de lokale BUP'ene – i langt større grad enn før – mangler egen autonomi. Ansvar for å sørge for at befolkningen har et tilstrekkelig tilbud av spesialisthelsetjenester er forankret hos de regionale helseforetakene (spesialisthelsetjenesteloven § 2 1-a). Det er de regionale helseforetakene sentralt som gjennom budsjettene styrer hvor mange døgnplasser som er tilgjengelig innen BUP-systemet til enhver tid. BUP på lokalt nivå, som barneverntjenesten i kommunene må forhandle med, har ingen mulighet til å påvirke hvor mange døgnplasser som er tilgjengelig. Der barneverntjenesten og lokal BUP er enig på faglig grunnlag i at døgnplassering i BUP er den klart beste løsningen for barnet, vil det derfor som regel være slik at det ikke finnes slik døgnplass tilgjengelig i det aktuelle helseforetaket. Helseforetakene er i liten grad villig til å finansiere kostnadskrevende døgnplasser for barn og unge, idet foretakenes effektivitet måles ved hjelp av ventelister og antall polikliniske konsultasjoner.

MARKEDSTILPASNING INNENFOR RAMMENE AV BARNEVERNLOVEN

Institusjonsvesenet innen BUP-systemet skal være organisert på en forsvarlig måte etter spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-2). Med det rettslige regimet (eller mangel av sådan) og de konsekvenser som er pekt på over, skjer det imidlertid

en markedstilpasning innenfor rammene av barnevernloven hvor dette forsvarlighetskravet ikke har betydning. Dette skjer fordi etterspørsel etter institusjonsplasser for ungdommer med psykiske lidelser er større enn tilbudet i BUP-systemet. Noen barnevernsinstitusjoner er derfor på papiret svært like de som sorterer under BUP. Man benytter blant annet helsefaglige stillingsbetegnelser som klinikkisjef og avdelingsoverlege. Fra en rettslig synsvinkel er de tjenestene som tilbys i slike barnevernsinstitusjoner lovmessig forankret i barnevernloven. En godkjenning etter barnevernloven (§ 5-8) innebærer ikke at det gis anledning til leveranse av helsetjenester fra barneverntiltakets side. Tjenestene leveres ikke etter avtale med helseforetakene og faller utenfor uttrykket «private tjenesteytere» i pasientrettighetslovens forstand (§ 2-1 fjerde ledd). Formelt sett står man derfor ikke overfor et supplement til et manglende tilbud innen den offentlige BUP. Man kunne tenke seg at helseforetakene selv definerte det som leveres i disse døgninstitusjonene i barnevernet som spesialisert helsehjelp gjennom kjøp av plasser, men dette er antageligvis ingen ønsket utvikling fra helsemyndighetenes side fordi en slik praksis også ville medført et finansieringsansvar.

FORSKJELLER MELLOM BARNEVERN- OG BUP-INSTITUSJONER

Døgnbasert behandling av barn og unge vil i det ytre se relativt lik ut i en barneverninstitusjon og i en BUP-institusjon. Personalet søker å skape en miljøterapeutisk ramme rundt oppholdet som kan bidra til bedring av barnets problemer. Forskjellen mellom døgnopphold i institusjon i BUP-systemet og barneverntjenesten kommer først til uttrykk når man analyserer den faglige overbygningen og tenkningen bak det som skjer på institusjonen og de rettslige rammene rundt. Det miljøterapeutiske opplegget i en BUP-institusjon utarbeides og justeres under ansvar av en barnepsykiater eller psykolog basert på helsefaglig tenkning og er helsehjelp etter pasientrettighetsloven (§ 1-3 c)). Miljøpersonalet ved institusjonen har helsefaglig utdanning og må forholde seg til forsvarlighetskravet i helsepersonel-

loven (§ 4). Helsefaglig utdannet personell overvåker eventuell medisinerings av barnet, og håndtering av legemidler er særskilt regulert. Helsepersonellet har også kompetanse til, og er trent i, å observere og rapportere om virkning og bivirkning ved medikamentell behandling. De overordnede systemene som omgir institusjonen må planlegges og opprettholdes over tid slik at forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-2) er oppfylt. Forskning og utprøvende behandling godkjennes og overvåkes av etiske råd/komiteer knyttet til helseforetakene.

Det miljøterapeutiske opplegget ved en barneverninstitusjon er ikke basert på helsefaglig, men sosialpedagogisk tenkning. Personalet ved institusjonen er ikke helsepersonell, men sosial- og barnevernfaglig utdannet personell samt en relativt høy andel ufaglærte. Personalet har ikke kompetanse til å håndtere medikamenter eller observere virkning/bivirkning. Forskrift om legemiddelhåndtering i kommunale institusjoner gjelder ikke for barneverninstitusjonene.

Når barn med psykisk lidelse «på vent» havner i barneverninstitusjon, følger det med særskilte kliniske utfordringer for personalet ved institusjonen fordi plasseringen ikke er helsehjelp i rettslig forstand. Heller ikke er personalet helsepersonell i rettslig forstand og det eksisterer ikke noen konkret lovforankret forsvarlighetsnorm for innhold og rammer for tilbudet som ytes under plasseringen. Innenfor disse rammene (eller mangel på slike) har man sett eksempler på at privatpraktiserende psykiatere og psykologer driver utprøvende medikamentell behandling og stiller tentative svært alvorlige psykiatriske diagnoser på barn som det ikke eksisterer faglig enighet om i norsk psykiatri. Ikke sjelden er det slik at psykiateren eller psykologen stikker innom

institusjonen en gang hver 14. dag, mens den daglige medisineringsen blir administrert av personell ved barneverntiltaket. Personalet kan også få i oppgave å foreta observasjoner av virkning/bivirkning av medikamentell behandling uten å ha særskilt kompetanse til eller trening i dette.

I realiteten er man i ferd med å få et nytt psykiatrisk institusjonsvesen innenfor rammene av barnevernloven hvor det ikke er stillet krav til forsvarlighet på systemnivået i lovgivningen og hvor de offentlig forankrede fag- og forskningsmiljøer innen BUP ikke har innflytelse på det som skjer.

HELSETJENESTENS FRIE AUTONOMI

De problemstillingene som trekkes fram i denne artikkelen er knyttet til negative virkninger av dagens juridiske rammebetingelser innen helsetjenestens ansvarsområde, og til uheldige mekanismer som ikke fanges opp av dagens regelverk når man ser helselovgivningen og barnevernlovgivningen i sammenheng. Et eksempel på det første er at BUP-poliklinikkens takstsystem fremstår som en negativ faktor som hindrer kontinuitet i samarbeid mellom tjenestene. Eksempler på det andre er at barn som er under tiltak av barnevernet, settes «på vent» i forhold til helsehjelp uten at pasientrettighetslovsystemet er til hinder for det. Det er også i ferd med å utvikles et nytt psykiatrisk institusjonsvesen utenfor spesialisthelsetjenesten i Norge.

I sum er det slik at barneverntjenesten i mange situasjoner gjør det lovgiver har uttalt at feltet ikke skal gjøre etter barnevernloven (§ 3-2); man overtar helsetjenestens oppgaver.

Årsaksforholdene knyttet til hvorledes rettsutviklingen skjer innen helsetjenesten og barnevern-

**«I REALITETEN ER MAN I FERD MED Å FÅ ET NYTT PSYKIATRISK
INSTITUSJONSVESEN INNENFOR RAMMENE AV BARNEVERNLOVEN»**

«ET GRUNNLEGGENDE PROBLEM ER AT DE TO FELTENE SYNES Å HA ULIK VIRKELIGHETSFORSTÅELSE»

feltet, og hvordan rettsreglene fungerer i praksis er svært sammensatt. Et grunnleggende problem er at de to feltene synes å ha ulik virkelighetsforståelse. Fagmiljøene innen BUP, som er premissleverandør til helsemyndighetene og som tradisjonelt har fremstått som sterkere enn de barnevernfaglige miljøene, har gjerne den holdning at de som arbeider i barneverntjenesten ikke har greie på psykisk helse¹⁰. Denne holdningen gjenspeiler seg i de endringene man har sett i helsetjenesten. De justeringer i regelverket som har kommet på helsefeltet de siste årene har hatt karakter av å være introverte, det vil si løsning på interne problemstillinger i helsetjenesten. De ulike tiltakene har dreiet seg om stimuli til økning i antallet polikliniske konsultasjoner, bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten, vurderings- og ventetidsgaranti for barn og unge, og en avklaring av hvilke regler som skal gjelde når barn er plassert i institusjon under det psykiske helsevernet med hjemmel i barnevernloven. Disse aktivitetene gir ingen løsning for hvorledes det psykiske helsevernet kan rette sin oppmerksomhet ut av helsetjenesten, der barneverntjenesten og statlig barnevernmyndighet opererer innenfor rammene av barnevernloven¹¹. Det er ingen grunn til å tro at det er mulig å oppnå en bedre dynamikk mellom tjenestene uten at det eksisterer enighet om hvilken virkelighet som preger den kliniske hverdagen. Det er også grunn til å være bekymret for at ventelistene er det måleinstrument som skal måle helsepolitiske suksess for BUP. Så lenge ventelistene går ned er vanskelig å få politisk gehør for at andre faktorer kan være viktigere for det

psykiatriske tilbudet til barn og unge i Norge, eksempelvis hvordan BUP-systemet fungerer i samarbeidsrelasjoner med andre deler av det offentlige hjelpeapparatet og foreldre.

Det er ikke grunn til å forvente at gode intensjoner i handlingsplaner eller veiledere vil kunne bidra til bedring i det totale tilbudet til barn og unge når samarbeidsklimaet mellom tjenestene er dårlig, når virkelighetsoppfatningen er ulik og når styrkeforholdet mellom tjenestefeltene er skjevt.

Det må gjennomgripende, strukturelle endringer til for at tilbudet for barn og unge kan samles i én tiltakskjede. I dette perspektivet fremstår regelverksendringer som i noen grad begrenser helse-tjenestens frie autonomi og en utbygging av antallet døgnplasser i BUP som nærliggende tanker.

¹⁰ I 2006 leverte en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdep. rapporten «Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer» (forløper til Ot. prp. nr. 53 (2006-2007)). Her ble det påpekt at undersøkelser viser at det er et underforbruk av BUP for barn som er under ansvar av barnevernet. Fra rapporten s. 27 hitsettes:

«En konsekvens av denne situasjonen er at barnevernets ansatte dels har urealistiske forventninger til hva psykisk helsevern kan bidra med, og dermed vil tilliten fort kunne svekkes. Videre er det grunn til å påpeke at utilstrekkelig kompetanse hva gjelder tidlige tegn på alvorlige psykiske lidelser kan være en viktig årsak til underreporteringen. Det er behov for kompetanseheving i kommunalt og statlig barnevern.»

¹¹ Ett unntak er avklaringen av at barneverntjenesten også kan samtykke i helsehjelp innen det psykiske helsevernet i medhold av pasrl. § 4-4 (Ot. prp. nr. 65 (2005-2006)).



KIRSTI JAREG er utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo. Hun har arbeidet med terapi, veiledning, rådgivning og skribentvirksomhet innen området migranter, flyktninger, migrasjon og helse gjennom flere år. Hun har erfaring fra bl.a. DPS, Alternativ til Vold, Psykososialt senter for flyktninger (UiO) og integreringsavdelingen ved UDI. Hun arbeider nå ved NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.



DEN BESVÆRLIGE KULTUREN

– TILVENDTE TENKEMÅTER HOS TJENESTENE OG BRUKERNE SOM HINDRER BARNES TILGANG TIL TJENESTER

GODE METODER FOR Å FÅ TIL LIKEVERDIGE TILBUD I TJENESTENE BLIR OFTE ANSETT SOM «UNNTAKSMETODER».

INNLEDNING

Denne artikkelen konsentrerer seg om tre problemområder. Det første området omhandler noen faktorer som gjør at offentlige tjenester ikke alltid gir et likeverdig tilbud til personer med minoritetsbakgrunn, og at dette rammer barna deres. Det andre området omhandler diskriminering av barn med minoritetsbakgrunn som finner sted når offentlige tjenester bruker dem som

såkalte «tolker» i samtaler med foreldrene deres. Det tredje området tar for seg noen barrierer hos individer i minoritetsbefolkningene som hindrer barn å motta likeverdige tilbud fra tjenestene. Artikkelen peker på at arbeid med å få til likeverdige tilbud i tjenestene altfor ofte er prosjektbasert, at de gode metodene blir ansett som unntaksmetoder og at de ikke i tilstrekkelig grad blir implementert i det ordinære tjenestetilbudet.

«Alle grupper av befolkningen skal få tilbud om likeverdige helsetjenester. Samtidig kan både språkproblemer og kulturelle ulikheter vanskelig gjøre kommunikasjon og gjøre det utfordrende å yte gode helsetjenester», skrev Torunn Janbu, president i den norske legeforeningen i forbindelse med at legeforeningens statusrapport i 2008 fokuserer på helsetjenester for ikke-vestlige innvandrere (Janbu, 2008). Dette er en av flere erkjennelser av at offentlige tjenester ikke fungerer tilfredsstillende nok når det gjelder noen kategorier av den norske befolkningen.

Hva har dette med barn som har minoritetsbakgrunn å gjøre? Forhåpentligvis blir dette tydeligere i denne artikkelen. Den ene dreier seg om hvordan barn med minoritetsbakgrunn rammes når offentlige tjenester ikke når fram til foreldrene

«BARN ER PRISGITT SINE FØRELDRE NÅR DET GJELDER Å FÅ ET BEST MULIG UTBYTTE AV OFFENTLIGE TJENESTER»

deres. Barn er prisgitt sine foreldre når det gjelder å få et best mulig utbytte av offentlige tjenester. Barn med minoritetsbakgrunn blir også rammet når tjenestene i sitt møte med foreldrene benytter barn som såkalte «tolker» i samtaler der det er språklige barrierer. Felles for disse to problemene er at tilvante måter å tenke og handle på kan stå i veien for likeverdige tjenester for barn med minoritetsbakgrunn. Det tredje problemområdet vil fokusere på hvordan tenkemåter og handlingsmønstre hos individer i minoritetsbefolkninger kan bidra til at enkelte barn ikke får de tjenestene de har krav på.

LIKEVERDIGE TJENESTER TIL ALLE?

Offentlige tjenester skal gi likeverdige tjenester til alle i samfunnet vårt uavhengig av etnisk og språklig bakgrunn. La meg stoppe litt opp ved begrepet *likeverdige* tjenester, fordi dette enkelte ganger fortsatt forveksles med *like* tjenester. Dette kommer ofte til uttrykk hvis en berører temaet «diskriminering i hjelpeapparatet» i møte med

ansatte. Mange tjenesteytere kommer naturlig nok i forsvar, fordi ingen liker å høre at de diskriminerer, eller at systemet de arbeider i kan ha rutiner som diskriminerer. En jobber jo i hjelpeapparatet for å *hjelpe*. I møte med temaet diskriminering, er det derfor ikke uvanlig å møte på innvendingen «Vi diskriminerer ingen, tvert imot, vi behandler alle likt» Og der ligger mye av problemet. Resultatet av likhetsbehandlingen kan faktisk føre til indirekte diskriminering av både små og store. Gjennom å behandle alle likt, oppstår det en systematisk forskjellsbehandling – og alt blir gjort i beste hensikt. Et eksempel på like tjenester kan være at skolen sender brev om foreldremøter der dagsordenen er skrevet på norsk, og der hele møtet også foregår på norsk uten tolk til stede. De offentlige tilbudene og tjenestene behandler alle likt, familier med minoritetsbakgrunn uteblir og går glipp av viktig informasjon, og dette rammer barn med minoritetsbakgrunn på en systematisk negativ måte.

Dette er indirekte etnisk diskriminering, der etniske minoriteter systematisk får et dårligere tilbud, nettopp fordi de blir behandlet likt med majoritetsbefolkningen. Dette kan også gjelde for norske nasjonale minoriteter, som for eksempel samer, men jeg vil her avgrense meg til minoriteter som har migrantbakgrunn. Uansett – mitt anliggende er at for å oppnå likeverdige tjenester, må disse tilrettelegges og endres på en slik måte at de blir mer tilgjengelig for alle.

DEN BESVÆRLIGE KULTUREN

I en undersøkelse gjort ved det som var Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo, spurte sosialantropolog Torill Storholt (2003) ansatte ved psykiatriske poliklinikker og avdelinger om hva de syntes var mest problematisk i møte med flyktninger og innvandrere. De fleste var opptatt av de problematiske kulturforskjellene. Det har gått noen år siden undersøkelsen ble gjort, men den relativt store etterspørselen av kurs som omhandler tverrkulturell forståelse viser at kulturforskjeller stadig oppleves som vanskelig. Hvis jeg skal våge en påstand, tror jeg mange kursdeltakerne mener at det er noe ved innvandreres kultur som er vanskelig og som derfor må forstås. Hvis dette stemmer, er det ikke underlig. Det er

vanskelig for en sosialantropolog å studere sitt eget samfunn – nettopp fordi vi blir blinde for våre egne kulturelt betingete måter å skape mening på. Vi opplever at den måten vi forstår verden på er naturlig, ikke «kulturellig». Når jeg bruker begrepet kultur, vil jeg holde meg tett til en definisjon som sier at kulturen er et system av delte oppfatninger, delte begrepssystemer, regler og meningsdannelser som også gir seg uttrykk i hvordan vi handler (Keesing, 1981:68). Alt dette er noe vi lærer, det er ikke medfødt.

Dette betyr at måten vi har organisert våre offentlige tjenester på er kulturelt betinget. Arbeidsmetoder, hva som anses som god behandling og gode tilbud, refusjonsordningers innretning – alt dette er en del av kulturen i hjelpeapparatet, og oppleves som riktig og naturlig. Og uproblematisk. Helt til ansatte som arbeider innen dette kulturelle systemet møter noen som tenker annerledes om hva som er en god tjeneste, en god barneoppdagelse, en god barndom, hva som er god behandling, hva som er sykdom. Når det oppstår kommunikasjonssvikt på grunn av slike kulturelle forskjeller, rettes fokuset ofte ensidig mot «de andres kultur», at det er der barrieren ligger og at denne må forstås og forseres. La meg presisere at jeg ikke har noe i mot at en forsøker å forstå andres forståelseshorisonter. Tvert imot synes jeg det er fint og nødvendig at ansatte i offentlige tjenester er nysgjerrige på ulike måter å forklare problemer på, ulike måter å forstå løsninger på, ulike måter å forstå barndom på og så videre. Det jeg savner er at lyskasterne også rettes mot og belyser alle antakelsene og «sannhetene» som eksisterer i den norske hjelpekulturen, de kulturelle sannhetene som ikke oppleves som eksotiske, vanskelige, som noe som må forstås.

HVILKE FORKLARINGER ANVENDES NÅR HJELPEN IKKE NÅR FRAM?

Hvilke kulturelt aksepterte forklaringer bruker tjenestene når hjelpen ikke når fram til barn og familier med minoritetsbakgrunn? La meg ta et eksempel:

En nyankommet flyktningfamilie fra Irak har flyttet til en kommune. Familien har fortalt til

fastlegen sin at den yngste gutten tisser på seg om natten, og skriker i søvne. Legen forklarer familien at gutten sannsynligvis plages av psykologiske ettervirkninger av krigshandlinger, og henviser familien til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Familien kommer ikke. BUP sender nok en innkalling. Men familien kommer fortsatt ikke. BUP har gjort det de skal, det vil si det de rutinemessig pleier å gjøre, og henlegger derfor saken. Og forklarer kanskje uteblivelsen ved at familien ikke er motiverte til behandling, eller at de ikke ønsker hjelp. Og sukker kanskje litt oppgitt over alle disse flyktningene som aldri møter til samtale.

Slik jeg ser det, bør det ringe noen varselsbjeller hver gang en institusjon bruker begreper som «ikke motivert for behandling», «ikke mottakelig for behandling», «ønsker ikke hjelp». Grunnen til dette er at slike forklaringer legger alt ansvar for uteblivelser på pasientene, gjerne begrunnet i disses «kultur», og står i veien for alternative forklaringer, nytenkning og kreativitet. Det første skrittet mot en kulturell endring i tjenesteapparatet kan en se når uteblivelser eller manglende resultater forklares med «vi har ikke klart å komme i kontakt med dem» eller «vi har ikke klart å hjelpe dem». Dette er et skritt i riktig retning fordi slike forklaringer sier at familien som ikke kommer til samtale kanskje kunne fått hjelp hvis noen hadde handlet annerledes. En hadde kanskje reflektert over hvorvidt en kunne ha kontaktet familien på en annen måte, eller gitt dem en annen type tilbud. Slike selvreflekterende måter å forstå sitt eget system på tvinger fram nye måter å handle på. Flere dører åpnes, og det erkjennes at tjenestetilbudet er preget av rutiner og praksis man tar for gitt, men som blir problematiske i møter med personer som tenker annerledes.

EN PERSONLIG HISTORIE OM EN FEILSLÅTT KULTURANALYSE

La meg gi et eksempel som viser hvor lett det er å trå feil når en skal forklare problemer ut fra «de andres» kulturelle bakgrunn:

I min første jobb arbeidet jeg som psykolog ved



«DET Å KUNNE SI OG VIRKELIG MENE «HYA KAN JEG HJELPE DEG MED?» ER NOE AV DET MEST ALLIANSEBYGGENDE OG TILLITSKAPENDE MAN KAN GJØRE»

en poliklinikk ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS). På den tiden ble det henvist en del flyktninger fra Midt-Østen. Alle var menn. Siden jeg hadde uttrykt en interesse for flyktninger, var det en del som ble henvist til meg. Jeg forsøkte å være høflig og respektfull, og finne ut hva slags tilbud de ønsket fra poliklinikken, og om poliklinikken kunne møte deres behov. Jeg gjorde med andre ord det jeg selv mente jeg pleide å gjøre med klienter fra majoritetsbefolkningen. Og det gikk galt – flere ganger. Mennene fra Midt-Østen trampet ut, skuffet og med uforrettet sak. Min analyse var at det gikk galt på grunn av kulturforskjeller (det vil si: at det var «noe» med «deres» kultur), at personer med arabisk kulturbakgrunn kanskje var svært opptatt av stolthet, og at jeg uten å ha forstått det selv hadde tråkket på deres stolthet.

En tid etter ble jeg ansatt ved Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo (PSSF). Senteret arbeidet med forskning, veiledning og undervisning innen flyktninghelse, og de hadde også en liten poliklinisk virksomhet. Jeg var åpen for det meste, men måtte meddele at jeg hadde dårlig erfaring med flyktninger fra arabiske land. Bortsett fra det, kunne jeg gjerne ha flyktninger fra resten av verden til behandling. Tilbake-meldingen var at den største pasientgruppen var menn fra arabiske land.

Jeg gruet meg til den første konsultasjonen med

en flyktning fra Irak. Til min store overraskelse, og lettelse, gikk det bra i den forstand at han virket fornøyd og kom tilbake neste time. Dette gjentok seg med flere menn fra Midt-Østen. De trampet ikke lenger ut. Det var da jeg begynte å tenke på om det var jeg som gjorde noe annerledes, og jeg foretok en liten kulturanalyse av de to arbeidsstedene. Resultatet av analysen var som følger: Jeg møtte flyktningene på en annen måte på PSSF enn på poliklinikken der jeg hadde arbeidet før. Ved poliklinikken på DPS var det et uttrykt krav fra ledelsen om å finne ut om personer som ble henvist til DPS «hørte til» i psykiatriske tjenester, eller om de egentlig trengte sosiale tjenester i form av bolig, eller arbeidsmarkedstiltak gjennom det som var Aetat. Med andre ord – jeg spurte flyktningen, så indirekte og høflig som jeg kunne, om de egentlig hadde noe hos meg å gjøre i første omgang. Og jeg spurte sannsynligvis flyktninger mer grundig om dette fordi jeg forventet at «flyktninger vil ha hjelp til alt mulig», det vil si praktiske ting, og ikke terapi.

Hvis jeg i ettertid ser saken fra flyktningens side, vil den kanskje se slik ut: Han føler at han har vært en kasteball i systemet i lengre tid, og han har blitt lovet at han nå endelig skal få hjelp. Han sliter med mareritt og angst, og har begynt å røyke hasj for å døyve den psykiske smerten etter torturerfaringer. Alle disse problemene har medført at han har mistet jobben, og står derfor også i fare for å miste den lille hybelen han bor i. Han tropper

opp på poliklinikken, full av forhåpninger. Og merker at han blir møtt med en avventende holdning og mange spørsmål. Han forstår hvor hun, damen som prøver å virke vennlig, vil. Hun vil ikke ha ansvar hun heller, men sende ham videre – igjen.

Hva var annerledes ved Psykososialt senter for flyktninger? Der var det en kultur for ikke å operere strengt etter sektoransvarsprinsippet, og vi hadde større frihet til å utforme vår profesjonelle rolle. Det var anledning til å spørre: hva kan jeg hjelpe deg med? Vi skulle ikke sortere ut de som ikke hørte hjemme, de som «bare» ville ha hjelp med praktiske ting. Var en person i ferd med å bli kastet ut av boligen, kunne vi dra til boligkontoret og ha en felles samtale med saksbehandleren der. Var det en som hadde store søvnvansker på grunn av en gjenforeningssak som tok lang tid, kunne vi ringe og forhøre oss om denne. Var det en far som trengte samtaler, men som også var bekymret for sønnen sin, så kunne han ta med sønnen til samtaler. Var det en kvinnelig asylsøker som hadde blitt voldtatt i hjemlandet og som var redd for menn på asylmottaket, kunne vi snakke med mottakspersonalet. Var det noen som var redd for å bo i leiligheten fordi alle naboene var rusmisbrukere, kunne vi selv ta den i øyesyn.

Det var med andre ord rom for å drive psykososialt arbeid. Slik jeg ser det, er det å kunne si og virkelig mene «hva kan jeg hjelpe deg med?» noe av det mest alliansebyggende og tillitskapende man kan gjøre. Dette blir særlig viktig når man arbeider med flyktningfamilier. Mange, også barn, har opplevd grove brudd på menneskerettighetene og kommer også fra diktaturer. Mange har derfor lang erfaring med at det kan være farlig å stole på andre, eller at ord ikke betyr noe. Som tjenesteyter kan man derfor ikke ta for gitt at man har tillit fra pasienter, foreldre eller klienter. Hvorfor skal de fortelle om psykiske problemer, overgrep, familiekonflikter, og om barn som har det vanskelig til en utenforstående? En man ikke kjenner og har tillit til? Og hvorfor skal de tro at tjenesteyteren overholder taushetsplikten? Hvis tillit er et hinder i kommunikasjonen, må tjenesteyteren bevise at hun eller han faktisk kan bidra til å forandre en situasjon til det bedre. Dette innebærer ofte at en

må ha frihet til selv å definere hva profesjonsrollen skal inneholde, og møte mennesker på det de oppfatter som det mest presserende. Sektoransvarsprinsippet gjelder fortsatt, men disse prinsippene kan praktiseres stivbent og skape avmakt hos klienter eller de kan praktiseres kreativt og fleksibelt slik at klienter forstår at man forsøker å hjelpe.

Og mennene fra Midt-Østen? Først når tilliten var etablert, fortalte de om vold, ydmykende seksuell tortur og følelser som aggresjon, skam og angst.

UNDERFORBRUK AV TOLK

Ved siden av kulturforskjeller, er språkbarrierer ofte nevnt som en faktor som et hinder for likeverdige tjenester. En undersøkelse gjort ved Aker sykehus i 1998 er vel en av de få studiene vi har i Norge som antyder hvordan manglende bruk av tolk i helsevesenet kan ramme barn på en indirekte måte. Studiet omfattet 133 barn som var innlagt ved sykehuset, og pleiepersonalet opplevde kommunikasjonsproblemer med 40 prosent av familiene. I over 50 prosent av tilfellene gav legene uttrykk for tvil om familien hadde forstått informasjonen som ble gitt vedrørende barna som ble innlagt. Selv om det altså var så store språkbarrierer, ble det bare brukt tolk i ni prosent av samtaler med familiene (Olsen, 1998). Når vi vet at det er foreldrene som følger opp barna etter utskriving, både når det gjelder videre medisiner, stell og omsorg er det åpenbart at barn rammes når foreldre ikke forstår hva helsepersonell sier. Hvordan dette gir seg utslag i andre sektorer der barn er involvert, som på helsestasjoner, habiliteringstjenester, i barnevern- eller BUP-systemet kjenner jeg ikke til.

**«I OVER 50 PROSENT AV
TILFELLENE GAV LEGENE
UTTRYKK FOR TVIL OM
FAMILIEN HADDE FORSTÅTT
INFORMASJONEN SOM BLE GITT
VEDRØRENDE BARN SOM BLE
INNLAGT»**

SKAL BARN SELV HA ANSVARET FOR Å OPPHEVE SPRÅKBARRIERER?

Det er flere norske lover som regulerer pasienters og klienters rett til å bli hørt, til å uttale seg og til å få informasjon. Hva angår språkbarrierer er det felles for alle lovene at det er de *offentlige ansattes* plikt å skaffe til veie tolk (Jareg og Pettersen, 2006). Det er med andre ord deres ansvar å oppheve språkbarrierene. Derfor er det et paradoks at barn fortsatt benyttes som oversettere i møte mellom offentlige tjenester og innvanderforeldre som ikke snakker norsk. I en undersøkelse gjort av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2007), spurte man 1596 fastleger om deres bruk av tolk i legekonsultasjoner. Åtte av ti fastleger svarer at det er vanlig å benytte familiemedlemmer, inkludert barn, eller en person fra pasientens eget miljø som oversetter i stedet for en utdannet tolk.

«EN KJENNER FOR EKSEMPEL TIL TILFELLER DER BARN HAR MÅTTET TOLKE UNDER FØDSELEN TIL SIN EGEN MOR»

Det er flere problematiske sider ved dette. Sett fra et barns ståsted får de et ansvar for å oversette voksenspråk som de ikke behersker fullt ut. Dette kan gjøre at barn kjenner seg dumme og utilstrekkelige, og de kan bekymre seg for om de har gjort en god nok jobb. De får ansvaret for å oversette diagnoser, forklare medisinske uttrykk til foreldrene, oversette medisindoseringer eller de får kunnskap om foreldrenes helsesituasjon som kan bekymre dem.

Rent helsefaglig er det selvfølgelig store begrensninger og farer ved å bruke barn som oversettere. Barn vil forsøke å skape mening i det de hører, og oversette så godt de kan ut fra sine kognitive forutsetninger. Ytringer som de ikke forstår, vil de utelate. Barn med minoritetsbakgrunn er ofte tospråklige, men de er ikke tolker. De oppfyller ingen av minstekravene til å være tolk. Dessuten står de i en avhengighetsrelasjon til de som de oversetter for. Hvis de ikke vil oversette, kan de bli

sanksjonert. Hvis noe rammer foreldrene, vil de selv bli rammet. En kan spørre seg hvordan barn som er bekymret for foreldrenes situasjon også skal kunne konsentrere seg om å lytte og oversette samtaler? En kjenner for eksempel til tilfeller der barn har måttet tolke under fødselen til sin egen mor, eller har måttet overrekke budskap til en forelder om at vedkommende er dødssyk (Dawood, 2004).

Norge har ratifisert FN konvensjonen om barnets rettigheter, og i artikkel 36 står det «Partene skal verne barnet mot alle former for utnyttning som på noen måte kan være til skade for barnets ve og vel». Artikkel 2, om ikke-diskriminering, slår fast at rettighetene gjelder for alle barn, og at staten skal sørge for at ingen diskrimineres. En kan spørre seg om det å bruke barn som språklige medhjelpere ikke er en form for utnyttning fra det offentlige side for å spare penger. Det er også nærliggende å spørre seg om man ville ha utsatt barn med etnisk norsk bakgrunn for liknende situasjoner. Ville man for eksempel akseptert at de ble tatt ut av skolen for å hjelpe foreldrene med å kommunisere i en legekonsultasjon?

HVILKE BARRIERER FINNES DET I MINORITETSBEFOLKNINGER SOM HINDRER BARN I Å FÅ TILBUD DE TRENGER ELLER HAR KRAV PÅ?

Foreldre kan ha andre oppfatninger enn helsepersonell når det gjelder forklaringer på sykdom og forståelse av hva som er god behandling. La meg ta noen eksempler fra habiliteringstjenesten. Foreldrene som har barn med funksjonshemninger kan være uvillige til å ta i mot avlastning selv om helsepersonell mener at de trenger det, og helsepersonell kan også synes at foreldrene overbeskytter barnet og hindrer det i å bli selvstendig. Foreldrene og helsepersonell har altså ulike og kulturelt betingete verdier knyttet til å ta i mot avlastning fra fremmede og har ulike syn på betydningen av å være selvstendig. Valgene som foreldrene tar ut fra slike forestillinger, bestemmer hva slags tilbud barna får. Helsepersonell kan kjenne seg oppgitte og opprørte på barnas vegne hvis de mener at foreldrene står i veien for at barna får gode tilbud og får utviklet seg. De kan

også synes det er vanskelig at søsken av barn med funksjonshemninger får mye ansvar hjemme fordi foreldrene ikke vil ta i mot avlastning.

Oppfatninger i enkelte minoritetsbefolkninger om at problemer skal løses innad i familien, og ikke av utenforstående, er ikke så underlig, all den tid mange innvandrere kommer fra land der det offentlige har få tilbud til barn og familier. Der er det storfamilien som tar ansvaret for å løse problemer. Det er også kun i nyere tid at det offentlige systemet i Norge har fått så mye ansvar og oppgaver knyttet til å hjelpe familier og barn som har problemer. Problemer knyttet til for eksempel oppdragelse av barn eller vold mot barn har i stor grad vært et familieanliggende i Norge helt opp til nyere tid. Også i dag vil en del med etnisk norsk bakgrunn kvie seg for å involvere BUP, pedagogisk-psykologisk tjeneste eller barnevernet og heller forsøke å løse problemene på egen hånd. Slik jeg ser det, har innvandrersorganisasjoner i samarbeid med offentlige institusjoner en viktig rolle i å formidle hva slags hjelp som finnes, og avkrefte en del myter om tjenestene som eksisterer i enkelte miljøer.

Når det gjelder forhold rundt psykisk helse, er det også en lang vei å gå når det gjelder åpenhet om dette i enkelte minoritetsbefolkninger, fordi det er knyttet mye skam og redsel til det å ha psykiske problemer. I enkelte ikke-vestlige land finnes det ikke et psykisk helsevern eller det fungerer slik at pasienter blir sperret inne og tungt medisineret. Det å gå til samtaler til en BUP eller en PPT kan derfor være assosiert med redsel for at det er noe alvorlig galt med en selv eller barnet. En annen årsak til at foreldre ikke oppsøker hjelp hvis barna har psykiske problemer, kan være at foreldrene er redde for at ryktene om at barnet er sykt skal forringe sjansene for at barnet skal bli gift når den tiden kommer.

Det gjenstår arbeid rettet mot å informere om vanlige problemer som barn og ungdom kan ha, og at det går an å få hjelp. En del organisasjoner som springer ut fra minoritetsmiljøer, som for eksempel Internasjonal Helse og Sosial Gruppe (IHSG) og Mental Helse flerkulturell gruppe, har nå tatt fatt i dette og forsøker å bygge ned tabuer i innvandrermiljøer.

En annen enkeltbarriere for at barn med minoritetsbakgrunn skal få tilgang til tjenester og tilbud, er manglende norskkunnskaper i enkelte etniske minoritetsbefolkninger, og da særlig blant kvinnene (SSB, 2008). Dette er bekymringsfullt all den tid kvinner vanligvis tilbringer mest tid sammen med barn, og ofte har et hovedansvar i oppdragelsen og oppfølgingen av barna. Norskkunnskaper er ikke bare viktige i selve møtet med offentlige instanser, men er også nødvendige for å kunne orientere seg om og få kjennskap til tilbud for barn og ungdom. Dette inkluderer ikke bare tilbud fra det offentlige, men også alle tilbudene som frivillige organisasjoner står for. Barn og unge med minoritetsbakgrunn er underrepresentert i idrettsorganisasjoner og andre tilbud (Kringe og Strande, 2004). Fritidstilbud er en viktig inngangsport for å få venner, nettverk og norskkunnskaper.

DET GJØRES MYE BRA - PÅ PROSJEKTBASIS

En skulle tro at offentlige tjenester ville være først ute med å erkjenne at innvandring innebærer at systemer må endres. Mitt inntrykk er at det gjøres svært mye godt arbeid for å få et minoritetsperspektiv i tilbudene og at dette arbeidet ofte gir gode resultater – men at arbeidet ofte er prosjektbasert. Dette innebærer at gode prosjekter som kommer i kontakt med målgrupper man ellers aldri når fram til, legges ned når prosjektperioden er over (som for eksempel Regnbueprosjektet i Oslo som var et familievernprosjekt). Når de som arbeider i slike prosjekter blir spurt om hvorfor prosjektet er vellykket, sier de kanskje at de bruker «utradisjonelle metoder», at de samarbeider med frivillige organisasjoner, deriblant innvandrersorganisasjoner, at de arbeider oppsøkende og gir lavterskeltilbud eller at de legger tilbudet til en annen tid på dagen enn det som er vanlig. Felles for disse tiltakene er at de blir kalt «utradisjonelle», og de gjør noe annet enn det som er «vanlig». En kan spørre seg: Utradisjonell i forhold til hva? Hva og hvem er målestokken? Jeg mener at selve ordbruken rundt slike vellykkete prosjekter viser at man fortsatt har majoritetssamfunnets innbyggere som målestokk, at tjenestene fortsatt ser på slike prosjekter som avvik fra normalen, og at arbeidsmetodene som prosjektene benytter

«GODE PROSJEKTER SOM KOMMER I KONTAKT MED MÅLGRUPPER MAN ELLERS ALDRI NÅR FRAM TIL, LEGGES NED NÅR PROSJEKTPERIODEN ER OVER»

betraktes som unntaksmetoder. Mitt inntrykk er at to systemer ofte lever side om side, det ordinære systemet og prosjektene som kommer og går. Jeg savner en systemendring i flere offentlige tjenester som tar opp i seg de «alternative metodene» og gjør dem til «mainstream»-metoder.

Hva er det som hindrer en slik endring? Noen forklaringer finnes sannsynligvis på systemnivå. På hvilken måte telles resultater, etter hvilke kriterier måles for eksempel en BUP, helsestasjon eller barnevernet? Hvilke resultatmål utløser refusjonsordninger og tilskudd? Et annet nivå gjelder ledelsen på den enkelte institusjon. I hvilken grad belønnes og støttes den enkelte ansatte i det å arbeide på andre måter enn det institusjonen bruker å gjøre? Blir det en «privatsak» hvis den ansatte arbeider på andre tider enn «normalt», eller blir dette verdsatt og betalt for fordi ledelsen anerkjenner at andre åpningstider er et effektivt virkemiddel for å nå enkelte grupper? Mitt inntrykk er at ildsjelproblematikken fortsatt rår flere steder. I dette legger jeg at ledelsen overlater ansvaret for å ha et minoritetsperspektiv til enkelte ildsjeler. Ildsjelene ender ofte opp med å ha mange med minoritetsbakgrunn på listene sine, og blir ofte overbelastet. Og slutter. Et tredje nivå som er med på å forklare manglende implementering av gode metoder fra prosjektene, er den enkelte ansatte. Er hun eller han villig til å endre seg, utforme innholdet i profesjonsrollen på en ny måte og lære andre metoder enn de vedkommende kanskje har praktisert i mange år? Eller kan hun eller han tillate seg å forklare manglende resultater med at innvandrere ikke er motiverte eller ikke hjelpetrengende nok?

MINORITETSPERSPEKTIVET

- EN FORDEL FOR ALLE

Angår minoritetsperspektivet bare minoriteter?

Neppe. En ser at tiltak som rettes mot minoriteter, ofte gjør tjenestene bedre også for majoritetsbefolkningen. Et eksempel er fra Fjell legesenter i Drammen, der en stor del av pasientene har innvandrerbakgrunn:

På kontoret ønsket man å tilrettelegge bedre for innvandrerpasienter. Legene bestemte at pasientene skulle kunne framføre sitt ærend i skranken uten at andre kunne høre på, for å hindre at konfidensiell informasjon skulle spres i de gjennomsluktige minoritetsmiljøene i Drammen. Skranken der man henvender seg med sine problemer er derfor nå avsondret fra resten av venteværelset. Legens skrivepult står i vinkel, slik at legen kan sitte rundt et bord og snakke med pasienten i stedet for å sitte foran PCen. Legene mener at dette bedrer kommunikasjonen med pasienter som har innvandrerbakgrunn.

Det er kanskje unødvendig å tilføye at mange pasienter uten innvandrerbakgrunn ville ha satt pris på slike tiltak?

REFERANSER

- Dawood, R. (2004). Flerkulturell sykepleie og små oversettere. Individuell fordypningsoppgave i sykepleie. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Fastleger og tolketjenester. IMDi-rapport 2007:6.
- Janbu, T. (2008). Fra presidenten: Likeverdig helsetjeneste
Tidsskrift for Den norske lægeforening, 128:1085.
- Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006). Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak. Bergen: Fagbokforlaget.
- Keesing, R. M. (1981). *Cultural Anthropology. A Contemporary Perspective*. Second Edition. Holt, Rinehart and Winston.
- Krange, O. og Strande, Å. (2004). Ungdom, idrett og friluftsliv. NOVA rapport 2004:16. Oslo: NOVA.
- Olsen, B. (1998). Flyktning- og innvandrerbarn i sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 118:3585-8.
- Statistisk sentralbyrå. Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. Rapport. 2008:5
- Storholt, T. (2003). Terapeuters refleksjoner om kultur og kommunikasjon i møte med flyktningpasienter. *Linjer*, 1.

Vilkåret om
alvorlighet,
forventet nytte
og kostnads-
effektivitet

Vurdering
siden

Faktorer som bør vurderes knyttet til
alvorlighet, forventet nytte og kostnad
et, og som kan tilsi at
us eller frist skal være
individuelle pasiente
for pasientgruppen.

Enkelte
pasient

Rett til
prioritert
helsehjelp

Frist:

0-2 år: 4 uker

3-6 år: 12 uker

Al

- Ket ut
- tning
- er med

til er er
bek lstar

For
• Foremsor

Kostna tiv

- De s
- alvorlig

Nivålig
bekyring for
barn under 6 år

Utredning,
samspiiskart
Veiledning av
foreldre, skole
barnehage og
i range tilfe
direkte arbeid
med samspiil
foreldreferdig

tviln
elastn
emilj
bør i
alvill
nygve
pasit
tistar
tte:
sorgsev
effektiv
galt und
murdering



EINAR HEIERVANG er dr. med. og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Ved siden av sitt eget rådgivningsfirma Careahead, er han ansatt i bistilling som forsker I / forskningsleder ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse Vest og Innvest AS. Hans forskning omfatter befolkningsstudien Barn i Bergen, samt et behandlingsforskningsprosjekt for angstlidelser.



RIKTIGERE PRIORITERING I PSYKISK HELSEVERN

NYE NASJONALE PRIORITERINGSVEILEDERE FOR I ALT 30 FAGOMRÅDER SKAL BIDRA TIL AT LIKE PASIENTER BEHANDLES LIKT I FORHOLD TIL PRIORITERINGSFORSKRIFTEN.

Utgivelsen av Prioriteringsveilederne for psykisk helse er utsatt. Vi velger likevel å trykke artikkelen, da Heiervangs refleksjoner er gyldige uavhengig av publiseringstidspunkt. Red.anm

INNLEDNING

Prioriteringsveilederne for psykisk helse utgis høsten 2008. Prioriteringsveilederne er utarbeidet av nasjonale arbeidsgrupper, en for hvert fagom-

råde, og med spesialister fra alle regionale helseforetak. I tillegg har det vært med allmennleger, spesialist fra annen spesialitet og brukerrepresentant. Systematikk, åpenhet, refleksjon og dokumentasjon har vært grunnleggende i hele arbeidsprosessen. Veilederne skal være beslutningsstøtte når spesialisthelsetjenesten skal avgjøre hvilke pasienter som skal får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp. Men det vil likevel være

som spesialisten er ansvarlig for denne endelige beslutningen.

Norge har en av verdens best utbygde spesialisthelsetjenester for barn og unge med psykiske vansker. Vi har valgt å bruke noe av vår rikdom på et godt offentlig helsetilbud. Likevel ser vi stadig oppslag i pressen om lang ventetid for barn og ungdom med psykiske vansker. Rapporter viser også store forskjeller i tilgang på hjelp fra sted til sted.

Men nå skal det snart bli bedre! For å sikre befolkningen lik tilgang til spesialisthelsetjenester, skal det i 2008 og 2009 utgis nasjonale veiledere for

«I 2008 BRYTER FORTSATT FLERE HELSEFORETAK FRISTENE DE SELV HAR ANGITT FOR BARN OG UNGE SOM HAR FÅTT RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP»

prioritering innenfor 30 fagområder, og de første som utgis er for psykisk helsevern. Dette gjelder de pasienter som søkes inn til utredning og/eller behandling, men hvor det ikke er behov for øyeblikkelig hjelp. Veilederne er ment å skulle gi et mer likt helsetilbud for befolkningen.

På 1990-tallet fant et samlet Storting ut at tilbudet til mennesker med psykiske vansker ikke var godt nok sammenlignet med tilbudet til de med fysiske lidelser. Psykisk helsevern hadde derfor behov for en særskilt satsing. Stortinget vedtok Opptrappingsplan for psykisk helse (St prp. nr 63, 1997-1998) som skulle gjelde fra 1999 til 2006. Denne er senere forlenget ut 2008. Nasjonalt har denne planen ført til en betydelig økning av tjenester til barn og unge både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, men fortsatt eksisterer det store forskjeller mellom helseregionene og mellom sykehus innenfor hver region. Og selv under planens virketid (2001-2004) var det større økning i budsjetten for somatiske (fysiske) helsetjenester enn for de psykiske. Somatisk sykdom har alltid

hatt større gjennomslagskraft, med sterke pressgrupper både blant brukere og fagfolk. Men myter og fordommer som fortsatt eksisterer om psykiske vansker har nok også bidratt til at midler til psykisk helsevern stadig blir hengende etter i forhold til somatisk helsevern.

Et hovedmål for Opptrappingsplanen var å tilby hjelp til rett tid for alle med psykiske problemer. De nye prioriteringsveilederne skal være et hjelpemiddel til nettopp dette. De skal være beslutningsstøtte for spesialistene når de skal avgjøre hvilke pasienter som skal få rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hva som skal være fristen for når rettighetspasienter senest skal få hjelp.

ER HELSEHJELPEN TILGJENGELIG?

Opptrappingsplanens mål var lett tilgjengelige tjenester med god kvalitet. Men brukerne opplever ikke at dette målet er oppfylt. En SINTEF-rapport fra 2005 viste at ca. 40 prosent av foresatte og 30 prosent av barn og unge ikke var tilfredse med ventetiden fra de ble henvist til de fikk første samtale. En av fire foresatte og en av tre barn og unge var dessuten lite tilfredse med muligheten for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid.

I SAMDATAs Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 kommer det imidlertid fram at ressurstilførselen i opptrappingsperioden har ført til bedre kapasitet på landsbasis. Men det er fortsatt store forskjeller mellom de fem helseregionene. I tillegg viser rapporten enda større forskjeller mellom helseforetakene innad i hver region. Enkelte poliklinikker hadde bare halvparten av ressursene som andre foretak innen samme region. Dette fører naturlig nok til store forskjeller i kapasitet og ventetid mellom foretakene, og i 2008 bryter fortsatt flere helseforetak fristene de selv har angitt for barn og unge som har fått rett til nødvendig helsehjelp (RNH). Andelen som innvilges RNH varierer dessuten betydelig, til og med innenfor ett og samme helseforetak ifølge Helsetilsynets rapporter.

Opptrappingsplanen hadde også som mål å styrke

poliklinisk virksomhet for barn og unge med 400 årsverk på nasjonalt nivå. Dette målet ble nådd allerede i 2003/2004. Fra 1998 til 2006 økte antall legeårsverk med 192 (81 prosent), mens antall psykologårsverk økte med 284 (93 prosent) i samme periode. Samlet for alle stillingskategorier hadde antall årsverk økt med 720 – eller nesten det dobbelte av det som var målsetningen for planen.

SAMDATA-rapporten fra 2006 fant at ressurstilførselen virkelig hadde medført at flere barn og unge fikk hjelp innenfor psykisk helsevern. Men Opptrappingsplanens mål om en dekningsgrad på 5 prosent av alle barn og unge var likevel ikke nådd. Vest- og Midt-Norge lå fortsatt langt bak målet, og planen ble derfor forlenget med to år ut 2008.

Når vi nå får en nasjonal veileder for beslutninger om hvilke pasientgrupper som bør få rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp, og hvor hensynet til ressurser ikke skal tillegges vekt, vil nok forskjellene mellom helseforetakene bli enda mer synlige. Verken befolkningen eller sentrale myndigheter kan over tid akseptere så store ulikheter i helsetilbudet, og presset på de regionale helseforetakene til å sørge for et likt tilbud av helsetjenester til hele befolkningen vil derfor kunne øke betydelig.

MÅ VI HA VENTELISTER?

Det er et paradoks at vi fortsatt har korridor-pasienter og lange ventelister når vi de siste tiårene har fått mange flere leger, sykepleiere og andre ansatte i helsevesenet – både i kommuner og sykehus/helseforetak. Er vi blitt sykere?

Sammenlignet med mange andre land er Norge et godt land å vokse opp i. Bergen-undersøkelsen som startet i 2002, undersøker norske barns psykiske helse og utvikling. Undersøkelsen er støttet blant annet av Norges forskningsråd og Helsedirektoratet. Tall fra første runde av undersøkelsen, da barna var 8 til 10 år gamle, viste færre psykiske vansker i Norge enn i andre land hvor man hadde brukt de samme metodene for opp-

dagelse og diagnostisering. På den annen side har undersøkelser av ungdomsbefolkningen i vestlige land funnet tegn på økende psykiske vansker de siste tiårene. Dette gjelder problemer som depresjon og selvskading, alvorlige atferdsvansker, kriminalitet, rusmisbruk og rusrelaterte psykoser.

Generelt sett skyldes nok ikke køene verken et dårlig utbygd psykisk helsevern eller at vi i Norge er blitt mye sykere. Noe ventetid er antagelig akseptabelt for mange problemer som ikke krever akutt hjelp. Debatten og vurderingene blir derfor om hvem som med rimelighet kan vente uten å ta skade eller få sine utsikter til bedring redusert, og hvor lenge er det forsvarlig at de venter. Det er her den nasjonale veilederen for prioritering kan komme til nytte. De skal bidra til at de som trenger helsehjelp mest, får den til rett tid. Men hvordan har arbeidet med disse veilederne foregått, hvilket grunnlag er de utarbeidet på, og kan vi stole på at det ligger gode faglige vurderinger bak?

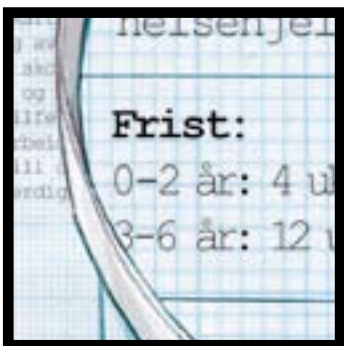
«DET ER ET PARADOKS AT VI FORTSATT HAR KORRIDOR-PASIENTER OG LANGE VENTELISTER»

PROSJEKT «RIKTIGERE PRIORITERINGER I SPESIALISTHELSETJENESTEN»

I februar 2006 ble det startet et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (RHF) kalt «Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten». Prosjektet har som mål å utvikle en strategi som gir større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering.

Dette vil man oppnå ved å:

- Utvikle veiledere som skal brukes ved vurderinger og beslutninger om rettigheter og frister for pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten



«EN PASIENT HAR RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP DERSOM PASIENTEN KAN HA FORVENTET NYTTE AV HELSEHJELPEN, OG KOSTNADENE STÅR I RIMELIG FORHOLD TIL TILTAKETS EFFEKT»

- Etablere et nasjonalt system for å overvåke foretakenes prioriteringspraksis, slik at nasjonale myndigheter blir informert og de enkelte foretakene kan foreta nødvendige justeringer og endringer i praksis underveis
- Prosjektet er organisert med styringsgruppe, sekretariat, nasjonal prosjektgruppe, ekspertgruppe, monitoreringsgruppe og i alt 30 arbeidsgrupper for ulike fagområder. Den norske legeforening har deltatt i den nasjonale prosjektgruppen og som observatør i styringsgruppen.

PRIORITERINGER I SAMSVAR MED PRIORITERINGSFORSKRIFTEN

Målet for prosjektet er at prioriteringsveilederne skal bidra til at like pasienter behandles likt i forhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften.

I pasientrettighetsloven slås det fast at en pasient har rett til nødvendig helsehjelp dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Prioriteringsforskriften konkretiserer dette ved at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (RNH) når følgende vilkår er oppfylt:

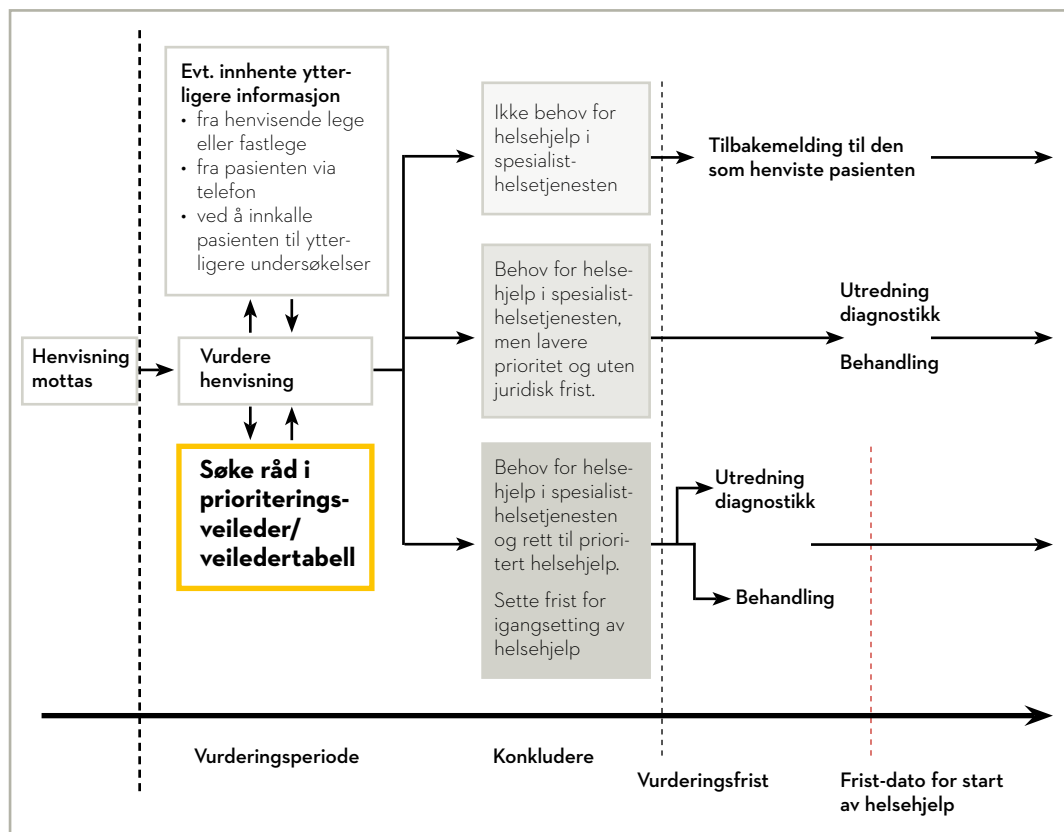
1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen

3. De forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Pasienter som oppfyller disse vilkårene gis forrang foran andre som også vurderes å ha behov for spesialisthelsetjenester. Pasienter som tildeles RNH skal gis en juridisk bindende, medisinsk forsvarlig frist for når helsehjelpen senest skal starte. Dersom fristen ikke overholdes, vil pasienten kunne kreve oppfyllelse gjennom NAV (se senere avsnitt).

For å sikre at alle pasienter vurderes likt er det nødvendig med en felles forståelse av lov og forskrift og av hva som må til for å innfri vilkårene for å få rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp. Prioriteringsveilederen skal bidra til dette. Den skal være et praktisk hjelpemiddel når spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til om en pasient som er henvist skal ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hvilken frist rettighetspasienter skal gis.

Rettighetsvurderingen skal foretas når henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten. Figur 1 gir et skjematisk bilde av et henvisningsforløp og viser hvor i forløpet prioriteringsveilederne skal brukes.



Figur 1 Illustrasjon av et henvisningsforløp og bruk av prioriteringsveileder

Generelt har pasienter rett til å få sin helsetilstand vurdert innen maksimum 30 virkedager (vurderingsgaranti, se pasientrettighetsloven § 2-2), men innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal vurderingsperioden for unge under 23 år nå maksimalt være 10 virkedager.

I løpet av vurderingsperioden er spesialisthelsetjenesten pålagt å avgjøre om:

- Pasienten har (juridisk) rett til nødvendig helsehjelp
- Pasienten har behov for, men ikke juridisk rett til, helsehjelpen
- Pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten kan gis rett til nødvendig helsehjelp enten i form av behandlingstiltak eller i form av utredning dersom tilstanden er uavklart. Fristen gjelder for når utredningen eller behandlingen senest skal starte. Det videre forløpet etter at pasienten har mottatt helsehjelpen som det er gitt rett til, skal skje i samsvar med krav om forsvarlighet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Den retten som gis, gjelder også dersom pasienten siden velger å bytte behandlingssted. Dersom pasienten henvises videre innenfor spesialisthelsetjenesten, også til andre helseforetak, skal henvisningen som hovedregel ikke vurderes på nytt. Pasienten er da i et henvisnings-/behandlings-

forløp som forutsettes å være medisinskfaglig forsvarlig. Veilederen gjelder for hele spesialisthelsetjenesten, enten pasienten søkes til poliklinikk, ambulant behandling, dagtilbud eller døgnopphold.

At en pasient ikke får rett til prioritert helsehjelp, betyr ikke at pasienten ikke skal tilbys helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan likevel ha behov for slik hjelp og skal i så fall tilbys dette.

PRIORITERINGSVEILEDEREN - FAGLIG TILNÆRMING

De nasjonale arbeidsgruppene som har utviklet prioriteringsveilederne har vært sammensatt av en til to spesialister fra hvert RHF, en spesialist fra et annet fagområde, en representant for brukerorganisasjonene og en fastlege. Arbeidet har i hovedsak foregått på tre samlinger à to dager. På samlingene har det vært plenumspresentasjoner og diskusjoner, men det meste av tiden er brukt til arbeid i gruppene.

Tverrfaglighet ble ivaretatt både gjennom innspillene innad i gruppene fra representantene fra annet fagområde og fra allmennlegerepresentanten og gjennom plenumsdiskusjoner med spesialistene fra de andre faggruppene. I tillegg har brukerrepresentantene bidratt aktivt. Det var egne møter der brukerrepresentantene diskuterte hvordan de skulle bidra i arbeidet.

Systematikk, åpenhet, refleksjon og dokumentasjon har vært grunnleggende i hele arbeidsprosessen. Arbeidsgruppene laget først en liste over tilstander eller kliniske bilder de mente ville dekke de vanligste eller de store volumene av henvisningene innenfor sitt fagområde. Tilstandslisten skulle dekke 75 – 80 prosent av henvisningene¹. Deretter ble hver tilstand systematisk vurdert i forhold til ulike dimensjoner av de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften (alvorlighet, forventet nytte og kostnads-effektivitet). Dimensjonene som gruppene har vurdert er tatt fra merknadene til prioriterings-

forskriften og fra NOU 1997:18 Prioriteringer på ny (Lønning II).

Dimensjonene av alvorlighet som er vurdert er:

- Dødelighet de første fem år uten behandling.
- Redusert livskvalitet i form av smerte eller lidelse som krever mer enn ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter.
- Redusert livskvalitet i form av problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak.
- Redusert livskvalitet i form av fysisk eller psykisk funksjonsnivå i forhold til evne til å utføre daglige gjøremål.

Dimensjonene av forventet nytte som er vurdert er:

- Prosentvis sjanse for at helsehjelpen vil gi absolutt økning i fem års overlevelse.
- I hvilken grad helsehjelpen gir hel eller delvis gjenopprettelse av tidligere helsetilstand.
- Hvorvidt helsehjelpen gir smertelindring som er så god at det fører til bedret funksjonsnivå.
- Hvis relevant: Om helsehjelpen sikrer dekning av grunnleggende behov, som tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning eller mulighet for ytre stimulering og sosial kontakt.
- Om helsetilstanden vil forverres uten helsehjelp.
- Om behandlingsmuligheter ville forspilles dersom helsehjelpen blir utsatt.

For å sikre at alle vilkår og alle dimensjoner ble vurdert og dokumentert, måtte arbeidsgruppene fylle ut et vurderingsskjema der konklusjoner ble begrunnet og dokumentert og eventuell uenighet ble notert. Arbeidsgruppene fikk beskjed om at de kun skulle ta faglige hensyn og at kapasitetsbegrensninger i sykehusene ikke skulle tas hensyn til.

For hver tilstand er det også nevnt individuelle forhold ved den enkelte pasient som kan tilsi at rettighet og frist kan være annerledes for enkelt-

¹ Også tilstander som ikke er med i prioriteringsveilederen skal vurderes i forhold til de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften. Tilstandene i veilederen representerer ikke prioriterte tilstander, men hovedtyngden av volumet av henvisningene.

«DE INDIVIDUELLE FORHOLDENE SKAL TAS I BETRAKTNING FØR DET KONKLUDERES OM RETTIGHET OG FRIST FOR DEN ENKELTE PASIENT»

pasienten enn det som anbefales for tilstandsgruppen som pasienten tilhører. Individuelle forhold er viktige å vurdere siden tabellene inneholder anbefalinger på *gruppenivå*, mens pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler *individuelle* pasienters rettigheter. De individuelle forholdene **skal** tas i betraktning før det konkluderes om rettighet og frist for den enkelte pasient.

Prioriteringsveilederen består av tre deler:

1. *Prioriteringsveileder – generell del* er en felles tekst for alle fagområdene og omhandler generelle føringene og begreper.
1. *Veiledertabellen* er spesifikk for hvert fagområde og består av en liste over tilstander eller kliniske bilder, med tilhørende veiledende rettighet/prioritet og frist for hver tilstand. Der beskrives også individuelle forhold som kan påvirke rettighetsstatus og eventuell fristfastsetting.
1. I den *fagspesifikke innledningen* har arbeidsgruppene gjort rede for utgangspunktet for arbeidet med prioriteringsveilederen og deres tilnærming til oppgaven.

Biblioteket i Helsedirektoratet har vært tilgjengelig for hjelp med dokumentasjon. Prioriteringsbeslutninger vil imidlertid alltid inneholde skjønnsmessige vurderinger. Kravet til dokumentasjon har derfor vært mindre strengt enn det som normalt vil gjelde for nasjonale retningslinjer.

Ekspertgruppa har bidratt med vurderinger, råd og innspill til forståelsen av prioriteringsforskriften og prioriteringsoppgaven gjennom hele arbeidsprosessen. Den nasjonale prosjektgruppa har vært med i gjennomføringen av prosjektet, og har bidratt vesentlig i de faglige og prosessuelle diskusjonene. Både ekspertgruppen og nasjonal prosjektgruppe har gått gjennom vurderingene og konklusjonene til alle tilstandene innenfor alle

fagområdene og gitt tilbakemeldinger til arbeidsgruppene.

Arbeidsgruppenes arbeid har vært til intern høring i Helsedirektoratet og til ekstern høring. Høringsuttalelsene gjennomgås av arbeidsgruppene før de endelige forslagene til prioriteringsveileder ferdigstilles.

VEILEDEREN FOR PSYKISKE HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Regjeringen har ønsket å bedre tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker, og la derfor frem et lovforslag om ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Dette ble presentert av Helse- og omsorgsdepartementet 27. april 2007, som en oppfølging av Soria Moria-erklæringens mål om å redusere ventetiden. Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad uttalte da: «Ingen skal nå vente mer enn 65 virkedager (90 dager). De som trenger raskere hjelp, skal fortsatt ha rett til det. Alle henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal vurderes innen 10 virkedager. Dette er et klart signal om betydningen av å komme tidlig til.»

Det ble videre vist til at i 2006 hadde 7 500 av i alt 21 000 rettighetspasienter i disse gruppene (altså mer enn hver tredje rettighetspasient) ventet i mer enn 90 dager. I pressemeldingen ble det opplyst at en nasjonal veileder skal bidra til at barn og unge med samme diagnose prioriteres likt over hele landet og innenfor behandlingsfristen.

I en ny pressemelding fra departementet 1. februar 2008 opplyses det at den nye loven om ventetidsgaranti vil gjelde fra 1. september samme år. «Når vi får litt erfaringer med ordningen og tjenesten blir bedre utbygd, vil vi vurdere om fristen på 65 virkedager bør reduseres ytterligere», sa Sylvia Brustad.

Det ble videre opplyst at det er Opptappingsplanen for psykisk helse som muliggjør en slik særskilt

garanti for barn og unge. Det er bevilget ekstra midler for å bedre henvisningene og samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenestene. En ny praksisveileder fra Helsedirektoratet skal samtidig bidra til bedre tjenester til det enkelte barn.

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge var blant de første som ble sendt på høring (april 2008), for å foreligge til den nye loven trådte i kraft 1. september.

SPESIFIKKE FORHOLD FOR PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

I den fagspesifikke innledningen til veileder-tabellene, trekkes det fram at barne- og ungdomspsykiatri (BUP) er et vidt fagfelt som dekker aldersspennet 0 – 18 år. Arbeidet foregår tverrfaglig i et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv. Psykiske lidelser avgrenses mot utviklingsvansker, omsorgsproblematikk og livskriser /«livslidelse».

«DET ER VIKTIG AT RELEVANTE UNDERSØKELSER ER FORETATT I FØRSTELINJETJENESTEN OG AT AKTUELLE HJELPETILTAK PÅ KOMMUNALT NIVÅ ER PRØVD UT»

Fagets identitet er blitt tydeligere de siste tiårene. Innslaget av evidensbaserte metoder er blitt sterkere og det er større satsing på forskning og fagutvikling. Kompetanse om terapiformer som fører til symptomreduksjon, bedret fungering og vekst, er økende. Samtidig er det begrenset evidensgrunnlag for behandling av mange tilstander, og det mangler i stor grad studier av effekten av metodene i klinisk praksis.

Symptombildet hos barn og unge er ofte sammensatt og krever en reflektert klinisk vurdering i tillegg til kunnskap om virksom behandling. Barn og ungdom bør forstås og hjelpes i sin sosiale sammenheng. Arbeid med familie og nettverk er derfor grunnleggende for å kunne gi god hjelp. Det er også viktig at følelser og atferd vurderes i et utviklingsperspektiv. Utredning og behandling

må ofte ses som habiliterende med fokus på tilrettelegging i familie, barnehage, skole og fritid. Det er også viktig å bidra til en bedre forståelse av barnets problemer og muligheter. Behandlingstiltak i BUP er ofte rettet mot andre enn pasienten selv. Slike tiltak omfatter opplæring, rådgivning og veiledning til foresatte og andre nærpersoner som ofte vil iverksette de direkte tiltakene overfor barnet/ungdommen.

Før barn og ungdom henvises til spesialisthelsetjenesten, skal deres psykiske og somatiske tilstand ha blitt vurdert av fastlegen. Det er viktig at relevante undersøkelser er foretatt i førstelinjetjenesten og at aktuelle hjelpetiltak på kommunalt nivå er prøvd ut. Henvisningen til spesialisthelsetjenesten bør gi en utførlig beskrivelse av pasientens tilstand, utvikling, familie og annet nettverk, tidligere hjelpeinstanser, henviserens egen vurdering og et tydelig oppdrag til spesialisthelsetjenesten.

Fordelingen av arbeidsoppgavene mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenestene (kommunal helse- og sosialtjeneste, barnevern, skoler og PPT) vil variere med stedlig kompetanse og ressurstilgang. Den nasjonale arbeidsgruppen for psykisk helsevern for barn og unge har i arbeidet støttet seg til retningslinjer som har vært utarbeidet regionalt og ved enkelte større barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger.

Arbeidsgruppen har ønsket å lage en veileder som oppleves nyttig i praksis og har derfor benyttet både diagnoser og andre betegnelser på tilstandsgruppene i veiledertabellen. Listen over tilstandsgrupper er ikke uttømmende, men er tenkt å dekke de hyppigste årsakene til henvisning til BUP. Helsehjelpen i BUP kan omfatte både utredning og behandling. Som behandling regnes både tiltak som rettes direkte mot barnet/ungdommen og tiltak mot pasientens familie og nettverk.

Helsehjelp i psykisk helsevern for barn og unge starter allerede ved den første konsultasjon ved BUP-enheten etter vurderingstidens slutt. Fristen er følgelig innfridd dersom denne konsultasjonen skjer innen utløpet av den fristen som pasienten

har fått. Konsultasjoner i vurderingsperioden der rettighet og frist skal vurderes og besluttes, anses ikke som oppstart av helsehjelp. Arbeidsgruppen har vurdert lengste forsvarlige ventetid ut fra faglige vurderinger, og ikke tatt hensyn til eventuelt fremtidige endringer i ventetidsforskriften. Men ventetidsgarantien for barn og unge overstyrer de faglig bestemte fristene.

Individuelle forhold som arbeidsgruppa mener bør tillegges vekt i vurderingen inkluderer blant annet alder, funksjonsnivå, symptombelastning og varighet, tilleggsproblematikk og somatiske forhold. Ressurser og/eller belastninger i familie og nettverk kan også ha betydning for vurderingen. Sårbare grupper inkluderer barn av foresatte med alvorlig fysisk eller psykisk sykdom eller rusavhengighet, familier som mottar hjelp fra barnevernet, samt flyktninger og asylsøkere. Slike forhold vil kunne influere på rettighetsstatus og frist for helsehjelp.

Det er individets symptomer og funksjonstap som skal tillegges vekt, og ikke eventuelle spesifikke hendelser i barnets/ungdommens eller familiens liv. Enkelte symptomer hos barn er særlig alvorlige, slik som suicidalfare, hurtig vekttap, stagnering i utvikling av ferdigheter eller sosialt samspill, raskt eller omfattende funksjonsfall, og store atferdsendringer på kort tid. Manglende motivasjon hos pasient/foresatte kan ha betydning for vurderingene.

«DET ER INDIVIDETS SYMPTOMER OG FUNKSJONSTAP SOM SKAL TILLEGGES VEKT»

Alle tilstandsgruppene er enten gitt rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp eller vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ingen tilstander i dette fagområdet er vurdert til å falle i kategorien man mener har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, uten at de får en juridisk bindende frist for start av helsehjelpen.

Grunnen til dette er at arbeidsgruppen har vurdert det slik at det ikke er forsvarlig at barn skal vente på helsehjelp i spesialisthelsetjenesten på ubestemt tid. Noe slikt ville kunne medføre at andre instanser heller ikke ville være aktive i venteperioden. For tilstander uten behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, har arbeidsgruppen trukket frem hvilke andre instanser utenfor spesialisthelsetjenesten som da kan ha et ansvar for å tilby helsehjelp.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Utarbeidelsen av nasjonale prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten er et viktig skritt for at pasienter skal behandles likt, selv om likheten i denne omgang kun gjelder rett til undersøkelse eller behandling, og hvor lenge man må vente hvis man får slik rett.

Man må være klar over at veiledertabellen bare sier noe om grupper av pasienter (og heller ikke alle grupper), men at spesialisten ved vurdering av helsetilstanden og rett til helsehjelp også tar hensyn til individuelle faktorer for en faglig forsvarlig vurdering. Veiledertabellen spesifiserer faktorer som bør tillegges betydning, men faglig bakgrunn og skjønn hos spesialisten vil likevel kunne medføre ulikheter i helsetilbudet.

Det er derfor viktig at myndighetene følger med på om tilbudene faktisk blir likere. Dette er det lagt opp til ved at utvikling av systemer som viser prioriteringspraksis er en del av Samarbeidsprosjektet Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig at en ser på dette arbeidet ikke som noe som er gjort en gang for alle, men at slike veiledere krever løpende evaluering og oppdatering ut fra tilbakemeldinger og utvikling i fagfeltet. Synet på hva som kan og bør behandles endrer seg hele tiden, og ny kunnskap kan gi grunnlag for endringer i prioriteringene. Veilederen bør derfor (som andre veiledere) utstyres med en «best før» dato!

I arbeidet i den nasjonale arbeidsgruppen for psykisk helsevern for barn og unge viste diskusjonene at det var stor grad av enighet mellom spesialistene når det gjaldt rettigheter og tidsfrister. Dette var ikke en selvfølge da medlemmene var rekruttert fra ulike helseregioner, representerte

ulike grunnutdanninger, og hadde ulik faglig orientering og funksjon. Når det kom til den konkrete vurderingen av sykdomsbilders alvorlighet tenkte gruppa likevel svært likt. Men en gruppe på åtte personer kan ikke ha spisskompetanse på alle områder. Selv om kompetanse ble forsøkt innhentet under og mellom møtene, vil nok noen kunne være uenig i de vurderingene vi har gjort.

Både i vårt og andre fagområder mangler det dessuten fortsatt mye forskning. Barn i Bergen-undersøkelsen og lignende studier som følger barn gjennom oppveksten vil kunne si oss hvilke problemer det er viktig å gripe tak i tidlig for å hindre skjevutvikling. Slik forskning kan også si oss mer om hvilke forhold hos barnet og familien som er viktige for den psykiske helsen. Dette vil gjøre oss bedre i stand til å forebygge psykiske vansker hos barn og unge. Her kan vi ikke bare støtte oss til utenlandsk forskning, da familie- og samfunnsforhold varierer fra land til land.

«DET ER DERFOR VIKTIG AT MYNDIGHETENE FØLGER MED PÅ OM TILBUDENE FAKTISK BLIR LIKERE»

Vi mangler som nevnt også forskning om virkningen av behandlingsmetodene vi bruker, hvordan det går med pasientene (livskvalitet/prognose), og om kostnad-nytte av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Grunnlaget for veilederen og tabellene er derfor mange steder mangelfullt, og vil nok være det i mange år fremover. Arbeidet med veilederen har imidlertid vist oss hvor vi mangler kunnskap, og vil forhåpentligvis føre til ekstra innsats for å tette disse hullene.

Det er viktig at kostnad-nytte ikke defineres for snevert som kortsiktig økonomisk gevinst, men at hjelpen ses i et livstidsperspektiv hvor også livskvalitet tillegges betydning. Ifølge Verdensbanken er det å satse på barns helse den beste investering et land kan gjøre. De svenske retningslinjene for prioritering setter menneskeverd som et hovedkriterium. Kanskje dette bør bli overordnet også

for norske helseprioriteringer ved neste revisjon?

Veilederen kan lastes ned fra www.shdir.no når den foreligger.

DINE RETTIGHETER SOM PASIENT OG PÅRØRENDE

Det kan være nyttig både for pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner å gjøre seg kjent med prioriteringsveilederen for psykiske helsevern for barn og unge. Særlig gjelder dette hvis man er i tvil om vurderingen som er gitt, samsvarer med føringene i veiledertabellen. Hvilke muligheter har man for å klage på en vurdering eller en frist, og hvilke rettigheter har man hvis fristen brytes?

Rett til å velge behandlingssted

Alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, har rett til å velge sykehus / poliklinikk. Dette gjelder også for barn og unge i psykisk helsevern. Retten gjelder alle offentlige sykehus, og private sykehus som har avtaler med et regionalt helseforetak.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder både for undersøkelse og behandling. Retten gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp, eller for valg av mer spesialisert behandlingssted.

Det er det regionale helseforetaket som har ansvaret for at pasienten får helsehjelp, og som må dekke kostnadene hvis pasienten velger å få nødvendig helsehjelp ved et annet sykehus. Pasienten må dekke egenandel for ekstra reisekostnader.

I sjeldne tilfeller finnes ikke tilstrekkelig medisinsk kompetanse i Norge. Rettighetspasienter har da rett til å få hjelp i utlandet dekket av det regionale helseforetaket. Klage over avgjørelser om nødvendig helsehjelp i utlandet, behandles av en særskilt klagenemnd.

RETT TIL VURDERING OG VEDTAK OM BEHANDLING

Innenfor psykisk helsevern og rusomsorg har unge under 23 år rett til vurdering innen 10 virkedager. Behandlingsstedet skal avgjøre om det er

nødvendig med helsehjelp, og gi informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Pasienten har imidlertid ikke rett til en endelig diagnose eller time til undersøkelse eller behandling i løpet av 10 virkedager, verken ved lokal poliklinikk eller andre steder.

For å sikre at de som trenger det mest skal få behandling først, vil noen pasienter få rett til å motta nødvendig behandling. Disse kalles rettighetspasienter, og får en frist for oppstart av utredning eller behandling. Andre med behov for spesialisthelsetjenester, men som ikke anses som rettighetspasienter, skal også få behandling, men må regne med lengre ventetid. Klage på vurderingen og vedtaket om rett til behandling skal sendes Helsetilsynet i fylket, men pasientombudet kan også hjelpe.

RETT TIL INDIVIDUELL FRIST

Rettighetspasientene har krav på å få fastsatt en individuell frist for når man skal få oppfylt retten til behandling. Fristen skal fastsettes på bakgrunn av pasientens tilstand og i forhold til hva som anses å være medisinsk forsvarlig. Hvis fristen ikke overholdes, skal det regionale helseforetaket dekke kostnadene til undersøkelse/behandling ved et annet sykehus. NAV (Tlf: 815 335 33) skal da finne et nytt behandlingstilbud ved offentlige eller private sykehus i Norge, evt. hos tjenesteytere i utlandet.

INFORMASJON TIL PASIENTENE

Pasienten selv (fra fylte 16 år) – eller de foresatte - skal informeres skriftlig både om resultatet av vurderingen, selve vedtaket vedrørende rett til behandling, og om tidsfristen som eventuelt er fastsatt. Det skal også gis skriftlig informasjon om klageadgang, klagefrist og fremgangsmåten ved hvis man ønsker å klage.

VIL DU VITE MER?

Du kan lese mer om dette i brosjyren «**Informasjon om pasienters rettigheter**». Denne finnes på www.shdir.no/vp/multimedia/html/pasientrettigheter/ (kun elektronisk). Helsedirektoratet har også etablert en informasjonstjeneste kalt Fritt sykehusvalg Norge, hvor du kan få mer informa-

sjon om retten til fritt sykehusvalg, opplysninger om ventetider og annen informasjon som er relevant for valget. Dette finner du på **www.sykehusvalg.no** eller på telefon 800 41 004.



SIMON-PETER NEUMER er Dr. philos, Psykologspesialist.
Veileder NPF, NFKT.

Har siden 2002 jobbet ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, som seniorforsker og konstituert forskningsleder. Hans arbeidsområder er forebygging og behandling av emosjonelle lidelser, kognitiv atferdsterapi, behandlingsforskning.



MARTINA GERE er Dipl.-Psych. og jobber som dr.gradstipendiat ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør. Hun forsker på behandling av angst hos barn og ser på variabler som kan moderere behandlingsresultatet. Hun har deltatt i et samarbeidsprosjekt med Voksne for Barn der hun har utviklet og gjennomført et gruppetilbud for foreldre med engstelige og triste barn.



SMARTE FORELDRE

– ET GRUPPEPROGRAM FOR FORELDRE MED ENGSTELIGE OG TRISTE BARN

FORELDRE ER EN VIKTIG RESSURS BÅDE FOR BARNET OG TERAPEUTEN UNDER BEHANDLINGEN AV BARNET.

INNLEDNING

Angst og depresjon er hyppig hos barn og ungdom, og reduserer livskvaliteten betydelig hvis de ikke blir behandlet. Foreldrene spiller en viktig rolle ved henvisningsprosessen av barna til helse-tjenesten, ved å samarbeide med terapeuten, og ved å støtte barna sine i utfordringene under og etter behandlingen. Forskningen viser dessuten at uheldige interaksjonsmønstre mellom foreldre og barn, så vel som foreldres egne emosjonelle problemer, kan redusere effekten av barnas

behandling. Det er derfor meningsfullt å støtte foreldrene til engstelige og triste barn. Denne artikkelen belyser foreldres betydning ved forskjellige etapper av barns behandling. Samtidig presenteres de første erfaringene med foreldre-programmet «Smarte Foreldre». «Smarte Foreldre» er et gruppetilbud som prøver å styrke foreldre ved å gi kunnskap om angst og depresjon. I gruppen får foreldrene anbefalinger og utveksler egne idéer om hvordan de kan støtte barna sine i å mestre angst og depresjon.

OM ANGST OG DEPRESJON HOS BARN

Emosjonelle lidelser som angst og depresjon er de hyppigste psykiske lidelser hos barn og ungdom. Det sies at omtrent én av fem barn (20 %) sliter med et angstproblem og antallet øker med alderen (11). En ny norsk studie – «Barn i Bergen» – viser at allerede 3 % av barn i alderen 8-10 år har en angstlidelse som trenger behandling (15). Depresjon begynner senere i barndommen og hyppigheten ligger litt lavere enn ved angstlidelser. Før puberteten viser 0,5-2,0 % av barna symptomer på en depresjon, og blant ungdom så mange som mellom 12,9 og 21,5 prosent (23; 12). Mer informasjon om kjennetegn av de forskjellige emosjonelle lidelser finnes i en tidligere årsrapport fra Voksne for Barn (29).

«IFØLGE «BARN I BERGEN» HAR BARE 13 % AV BARN MED EMOSJONELLE LIDELSER VÆRT I KONTAKT MED BUP»

Emosjonelle problemer hos barn er ikke noe kortvarig som de fleste vokser av seg. Mange av disse barna utvikler flere problemer som kan vare ut i ungdomsårene og over i voksen alder. Barn med en form for angst har ofte også en annen angstlidelse i tillegg (10; 26; 14). Vedvarende angstproblemer øker risikoen for senere å utvikle depresjon (39).

En behandlingsmetode for angst og depresjon er kognitiv atferdsterapi (cognitive-behavioral therapy, CBT). Den er internasjonalt utbredt og støttet av gode forskningsresultater. CBT omfatter en kombinasjon av mestringsstrategier som er rettet mot tanker, atferd, følelser og kroppsfornemmelse. Barna lærer å bli seg bevisst kjennetegn på angst eller depresjon, som for eksempel de reaksjonene i kroppen som følger med. De utforsker hvilke tanker som utløser og forsterker angst eller nedstemthet, og hvilke tanker som gjør dem roligere, mer selvsikre og tillitsfulle. Unge med depresjon blir også trent til å

bygge opp aktiviteter som kan motvirke den typiske tilbaketrekningen. Dessuten lærer særlig barn med angst hvordan de kan slappe av i kroppen slik at symptomene reduseres. Sentralt i behandlingen av angst står såkalte eksponeringsøvelser der barna ikke lengre skal unngå angsten, men heller utsette seg for skremmende situasjoner. Her skal de benytte seg av de strategiene de har lært å bruke i situasjonene som gjør dem engstelige. Slik lærer barna å håndtere angsten og mestre angstutløsende situasjoner på egen hånd. Innenfor CBT er det mange behandlingsmanualer til rådighet for de terapeutene som anvender slike teknikker. De er vanlig brukt internasjonalt, men ennå ikke utbredt i Norge. Eksempler på CBT-manualer som har vist gode resultater er:

Coping Cat (22) + Friends (2): for behandling og forebygging av angst

SMART (31): for forebygging av angst og depresjon

ACTION (35): for behandling av depresjon.

Vedrørende utfyllende informasjon om disse programmene se Neumer & Aalberg (29).

Mange barn som sliter med angst og depresjon får ikke profesjonell hjelp. Ifølge Barn i Bergen har bare 13 % av barn med emosjonelle lidelser vært i kontakt med BUP. Derimot har 75 % av barn med konsentrasjonsvikt/hyperaktivitet (ADHD), og 41 % av barn med atferdsproblemer fått profesjonell behandling (15).

Hva er grunnen til at så få barn med angst og depresjon blir henvist til BUP? Kanskje er de engstelige og triste barna mindre synlige enn barn med atferdsproblemer? Kanskje er det fremdeles for liten bevissthet blant leg og lærer om hvor viktig det er å behandle barn med emosjonelle lidelser? Muligens har BUP en begrenset tilgang til egnede metoder for utredningen og behandlingen? Sannsynligvis er det en kombinasjon av flere av disse faktorene som avgjør om barn med angst eller depresjon får tidlig og effektiv hjelp.

Siden de fleste barn er for unge til selv å ta initiativ, er det interessant å se på hvilken rolle foreldrene spiller i henvisningsprosessen og behandlingen. Denne artikkelen setter derfor søkelyset på foreldrene til engstelige og triste barn.

FORELDRE SOM RISIKOFAKTOR OG RESSURS

Foreldre er en viktig ressurs både for barnet og terapeuten under barnets behandling. Noen foreldre sliter selv med angst og depresjon. Det er viktig å ha et våkent øye for denne gruppen for å tilby disse voksne hjelp for egne plager. Foreldre som har barn med emosjonelle lidelser, har dobbelt så høy sannsynlighet for selv å slite med en angstlidelse eller depresjon som andre foreldre (8; 25; 24). Omtrent 40-60 % av disse foreldrene lider av angst eller depresjon. Likevel vet vi ikke hva som er høna og hva som er egget i denne sammenhengen. Er det foreldrenes emosjonelle problemer som påvirker barna eller er det omvendt? Mest sannsynlig er det vel en vekselvirkning mellom barn og foreldre. Terapeuten som behandler barna bør spørre om foreldrenes egne emosjonelle problemer, og ta hensyn til det i behandlingen av barnet.

FORELDRES ROLLE VED HENVISNING TIL BUP

Det er foreldrene som tar kontakt med helsetjenesten, ikke barna. Og foreldre kan reagere veldig forskjellig på det de observerer hos barna sine. Vi vet at foreldre som allerede har brukt helsetjenesten for egne mentale problemer, langt oftere får barna henvist til BUP (19). Har disse foreldrene en lavere terskel for å søke profesjonell hjelp? Eller er de mer oppmerksomme på slike problemer hos sine barn? Det viser seg at foreldrene tar kontakt med helsetjenester når de er utsatt for høyt stress og samtidig har høy tillit til egne ferdigheter som foreldre (18). Vi fagfolk har antatt at det heller var foreldre med mindre selvtillit til egne løsningsevner, som søkte hjelp. Men ved nærmere ettertanke vet vi jo at å ta kontakt med BUP krever tid og energi. Foreldrene må ofte organisere transport, og ordne med barnevakt for de andre barna. Dette kan fort oppleves som vanskelig å få til.

FORELDRES ROLLE VED UTREDNING AV BARNAS PROBLEMER:

Foreldrene er eksperter på barna sine. De gir terapeuten verdifull informasjon om barnas symptomer, eksempler på typiske situasjoner og andre

viktige detaljer om barnets fungering. Slik informasjon trengs for å sette diagnosen og for å lage en behandlingsplan.

«20-30% AV BARN MED ANGST AVBRYTER BEHANDLINGEN»

Også senere i behandlingsforløpet kan informasjon som foreldrene gir ofte være avgjørende for terapeutens vurderinger. For eksempel kan terapeuten spørre Ole med separasjonsangst om hvordan det gikk med hjemmeøvelsen, der han skulle klare å være hjemme med barnevakt mens foreldrene gikk på restaurant. Jo da, det gikk bra, sier Ole. Men etter terapitimen forteller moren mer om denne kvelden. Ole var veldig lei seg og ringte flere ganger på mobiltelefonen slik at restaurantbesøket ikke ble særlig hyggelig.

FORELDRES ROLLE FOR BARNAS MOTIVASJON

Vanligvis er det ikke barna selv som søker hjelp. Derfor er terapeutens første oppgave å bygge opp en god relasjon til barnet, og motivere det. Et godt forhold til terapeuten og en positiv forventning til behandlingen gir bedre behandlingsresultater (1; 38). Her må man også involvere foreldrene (36). De bør forberede barna til første behandlingstid. For eksempel kan de si at det er mange barn som går til BUP fordi de føler seg engstelige eller triste, og at det blir mange morsomme leker å holde på med der. Terapeuten bør gi foreldrene god informasjon om behandlingsmuligheter, og styrke foreldrenes tro til behandlingen. Hvis foreldrene har en positiv holdning til behandlingen kan det også påvirke barnas motivasjon. Frafall er et betydelig problem i barne- og ungdomspsykiatrien. 20-30% av barn med angst avbryter behandlingen (6).

FORELDRES ROLLE VED BEHANDLINGSPROSESSEN

En sentral komponent i barnas behandling er å bruke de lærte strategiene også utenfor terapi-



timene. Her er det ønskelig at foreldrene motiverer, følger med og belønner barna kontinuerlig. Kendall (21) skriver at det finnes 3 måter å involvere foreldrene i barnas behandling:

- a) som rådgiver
- b) som samarbeidspartner og
- c) som klient.

Rådgiveren gir terapeuten informasjon om barnet, samarbeidspartneren hjelper barnet med å gjennomføre øvelser, og klienten blir trent opp av terapeuten til å håndtere egne emosjonelle problemer. Å ha foreldrene som samarbeidspartnere er viktig, særlig for barn med separasjonsangstlidelse. Disse barna skal jo øve på å klare seg uten foreldrene, noe som forutsetter at foreldrene iblant må trekke seg tilbake.

Behandlingen inneholder eksponeringsøvelser der barnet lærer at angsten ikke er noe farlig og at han/hun har de ferdighetene som trengs for å mestre situasjonen på egen hånd. Foreldre kan bekymre seg for at sterk angst skader barnet og at barnet ikke er sterkt nok til å håndtere situasjonen på egen hånd. Eller de tror at å ikke hjelpe kan virke negativt på forholdet mellom dem og barnet. Derfor er det viktig at terapeuten tidlig tar opp slike bekymringer og forklarer hvordan eksponeringsøvelser fungerer. Foreldre som selv sliter med angst kan ha problemer med å utsette barna sine for eksponeringsøvelser – noe som kan være til hinder for behandlingen (34; 4). Terapeuten bør formidle kunnskap og erfaringer, og styrke foreldrenes tro på behandlingen og bar-

nets egen kompetanse (5). Foreldrene kan støtte barna sine med å vise tillit i barnas ferdigheter og optimisme. Samtidig bør de gi barnet anledning til å prøve å mestre vanskelige situasjoner alene før de får tilbud om hjelp.

Foreldrenes oppmerksomhet er en mektig veiviser for barna. Barna viser den atferd som de får mest oppmerksomhet for. Selv om det kan føles vanskelig, bør foreldrene ignorere repeterende, engstelig atferd og heller gi mye oppmerksomhet og ros for mestrende atferd.

Foreldrene kan betraktes som en bro mellom terapeuten og barnet. Terapeuten overfører kunnskap og ferdigheter til foreldrene, og foreldrene gir det videre til barna sine (transfer of control: 13). Målet er at barna skal kunne klare seg mer uten foreldrenes hjelp.

HVA VI VET (OG IKKE VET) OM FORELDREINVOLVERING

Betyr det altså at barna blir lettere kvitt problemene sine hvis vi involverer foreldrene i behandlingen? Fagfolk er uenige. Noen finner at barn med emosjonelle problemer bedrer seg mye mer hvis foreldrene blir involvert (7; 3; 9; 40; 27). Andre mener at foreldreinvolvering ikke øker barnas behandlingsresultat, selv om den heller ikke påvirker behandlingen negativt (28; 33). Uenigheten skyldes sannsynligvis de ulike rammebetingelsene for foreldreinvolveringen i forskningsoppleggene.

«HER VISER FORSKNINGEN AT FORELDREINVOLVERING VIRKELIG BIDRAR TIL BEDRE BEHANDLINGSRESULTATER»

Vi må vel heller spørre: For hvem, og under hvilke betingelser, er det en fordel å involvere foreldrene? Her viser forskningen at foreldreinvolvering virkelig bidrar til bedre behandlingsresultater, både for yngre barn (7-10 år) (3), barn med foreldre som sliter med angst og depresjon selv (7; 37), og for jenter mer enn gutter (3; 7). Barn med enkelte diagnoser (for eksempel separasjonsangst) profilerer mer på foreldres bidrag enn andre.

FORELDREINVOLVERING I NORGE

Fagfolk som jobber med barn i Norge er vanligvis opptatt av å involvere foreldrene. Det norske pasientregisteret fra 2002 viser at mødre deltok i gjennomsnitt 6-7 timer, og fedre i 4-5 timer ved BUP (17). Likevel varierer det veldig, avhengig av hva slags problemer barnet har. Flere foreldretimer ble registrert for barn med eksternaliserende lidelser som hyperaktivitet og atferdsproblemer. Hos barn med internaliserende lidelser som angst og depresjon, var foreldrene sjeldnere med. Her ser vi igjen at angst og depresjon hos barn muligens ikke får den samme oppmerksomheten som andre mer synlige lidelser.

Så langt finnes det ikke et standardisert tilbud for foreldrene til engstelige og triste barn. Hvordan foreldrene blir involvert avhenger av barnets problematikk, foreldrenes behov og kapasitet, BUPs rutiner eller terapeutens tilnærming.

Foreldrene spiller en viktig rolle ved barnas behandling, og de kan påvirke resultatet positivt.

Derfor bør de få tilgang til kunnskap om emosjonelle lidelser og sentrale foreldrestrategier. I det neste kapittelet presenterer vi et forskningsprosjekt som har som mål å utvikle et standardisert tilbud for foreldre til triste og engstelige barn.

FORELDREPROGRAMMET

«SMARTE FORELDRE»

Organisasjonen Voksne for Barn (VfB) ønsker å utvikle et gruppetilbud til alle foreldre som har engstelige og triste barn. I rammen av et slikt program skal foreldrene få faglig opplæring og også anledning til å utveksle erfaringer og støtte hverandre. Et konsept for en slik foreldregruppe ble utviklet og prøvd ut i samarbeidet med RBUP Øst og Sør (Regionsenter for barn og unges psykiske helse) og BUP Vestfold. Programmet kalles «Smarte Foreldre» (30), da det handler om å styrke foreldres kompetanse. Det følgende avsnittet presenterer innholdet av programmet «Smarte Foreldre», og beskriver erfaringene og resultatene til nå.

INNHold OG BAKGRUNN

Programmet «Smarte Foreldre» består av 12 ukentlige samlinger, som er delt inn i opplærings- og samtalegruppe. De første seks møter er psyko-educative, som det vil si at en fagperson formidler relevant kunnskap. I de resterende seks møtene treffes foreldrene uten fagperson til stede, disse møtene følger altså likemannsprinsippet.

SMARTE FORELDRE! - Gruppe	
PSYKOEDUKASJON	
1. Innføring	- Bli kjent - Innføring i angst og depresjon hos barn - Å være foreldre til engstelige og triste barn
2. Byggesteiner for angst og depresjon	- Stresseksperiment - Byggesteiner for angst og depresjon - Automatiske tankers rolle
3. Tristhet I - Tenkestiler og følelser	- Tankefeller - Snakk med barn om følelser og tanker - Betydning av positive aktiviteter
4. Tristhet II - Verktøykassa for depresjon	- Informasjon om depresjon - Hvordan å komme ut av tristheten
5. Angst I - Å forstå angsten	- Angstlidelser: Hva er det? - Avspenning - Å støtte engstelige barn (Del 1)
6. Angst II - Å hjelpe barn ut av angsten	- Angstens onde sirkel - Hvordan å komme ut av angsten - Å støtte engstelige barn (Del 2)
LIKEMANNSGRUPPE	
7.-12. Likemannsarbeid:	- fritt valg av temaer - erfaringsutveksling og nettverksbygging

I opplæringsdelen av programmet får foreldrene kunnskap om angst og depresjon hos barn. De blir kjent med strategier som barna kan bruke for å mestre angst og depresjon. Programmet følger prinsippene for kognitiv atferdsterapi, som har vist seg effektiv i behandling av angst og depresjon. De sentrale strategiene som foreldrene hører om er for eksempel modellering, eksponering, forsterkning og avslapning. Foreldre kan delta aktivt ved selv å utføre øvelser og hjemmelekser, og får dermed anledning til å prøve ut mestringsstrategier både på egen hånd og sammen med barna sine. Alle samlinger har en lignende struktur og inneholder teoretiske og praktiske elementer. Foreldrene får et arbeidshefte som oppsummerer timens innhold ved slutten av hver samling. Der står det også forslag til hjemmeøvelser til

neste gang. Opplæringsdelen er ledet av en erfaren fagperson.

«FORELDRENE FÅR OGSÅ MULIGHET TIL Å BYGGE OPP ET SOSIALT NETTVERK SOM KAN BISTÅ MED RÅD OG PRAKTISK HJELP»

OPPGAVE: Tenk på en konkret situasjon som var vanskelig for barnet ditt. Prøv å snakke med barnet ditt om det.

- Hva var det som gjorde det vanskelig for barnet?
- Hvilke tanker gikk gjennom hodet til barnet ditt?
- Hvordan følte barnet ditt seg?
- Hvilke tanker kunne hjulpet barnet ditt til å føle seg bedre i denne situasjonen neste gang?

Situasjon eller utløser	Automatiske tanker	Følelser	Hjelpsomme tanker	Følelser
<i>Eksempel:</i> Jeg møter en kollega i byen, men han hilser ikke på meg	Han liker meg ikke. Det er vel ikke så interessant å snakke med meg.	Trist, skuffet, litt flau	Han så meg ikke. Kanskje han var litt stressa. Ellers ville han nok hilst på meg.	OK
Barnet mitt møter en elev etter skolen, men han hilser ikke på barnet mitt	Hva tenker barnet mitt?	Hvordan føler barnet mitt seg?	Hva kunne barnet mitt tenke istedenfor?	
En vanskelig situasjon for barnet mitt er:				

Grunnlaget for opplæringsdelen i Smarte Foreldre-programmet er det tyske læringsprogrammet «GO!» (GO! = «Gesundheit und Optimismus», tysk for sunnhet og optimisme) (20). Den norske versjonen av GO!-programmet heter SMART (31). Det er et kognitivt atferdsterapeutisk lærings-program som formidler viktig informasjon angående angst og depresjon, og deres behandlings-muligheter hos ungdom og voksne. Programmet ble utviklet på det Tekniske Universitetet i Dresden og er basert på aktuell kunnskap om psykiske lidelser og terapi. Manualen er blitt evaluert med gode resultater på to målgrupper og kan derfor vurderes som en sannsynlig virksom psykososial intervensjon for ungdom og voksne (16). I utviklingen av Smarte Foreldre-programmet ble SMART kortet ned og tilpasset til foreldrene.

I de siste 6 møtene samles foreldrene som en samtalegruppe. Det betyr at gruppen blir ledet av foreldrene selv. En samtale- eller likemannsgruppe bestemmer selv når de skal møtes, hva som er temaet og hvordan det skal gjennomgå. Noen forslag om kjøreregler i en samtale-/ likemanns-gruppe finnes det på websidene til Organisasjonen Vfb (www.vfb.no, 32). Hvem som er gruppeleder kan gjerne skifte fra møte til møte. Oppgaven til en gruppeleder er å ta vare på de rammebetingelsene som gruppen ble enig om i forkant, som tids-ramme, dagsorden og at samtalen holder seg innenfor de aktuelle temaene. Ved behov kan gruppen invitere fagfolk for å snakke om spesi-fikke temaer. Hovedmål i en samtalegruppe er erfaringsutveksling og gjensidig støtte. Gruppen gir anledning til å oppleve gjensidig forståelse og

en styrking av egen kompetanse som forelder. Foreldrene får også mulighet til å bygge opp et sosialt nettverk som kan bistå med råd og praktisk hjelp.

ERFARINGER MED SMARTE FORELDRE

Smarte Foreldre-programmet er fremdeles i startfasen. En pilotundersøkelse som omfattet bare tre foreldre, viste at de tok programmet godt imot. Foreldrene var aktive og motiverte i gruppetimene. De brukte egne eksempler for å diskutere de temaer som kom opp i opplæringsdelen. Også samtalegruppen ble til et livlig, ukentlig møte, der foreldrene tok del i hverandres historier, utvekslet erfaringer og prøvde å gi hverandre råd.

Foreldrene var fornøyde: Foreldre vurderte innholdet i opplæringsdelen som nyttig, både i svarene på evalueringsskjemaene og i intervjuet. Det å få faglig kunnskap og råd på konkrete individuelle spørsmål i en liten gruppe ble oppfattet som verdifullt. Foreldrene sier at de også har hatt utbytte av å møte hverandre i samtalegruppen. Det følte godt å møte andre foreldre med barn som strevde med de samme problemene som deres egne. «Flere foreldre skulle fått sjansen til å være med i en slik gruppe», sa de.

«ALLE DE TRE FORELDRENE KLARTE Å ØKE SINE KUNNSKAPER FRA GJENNOMSnittlig 36 % TIL 71 % RIKTIGE SVAR I KUNNSKAPSTESTEN»

Foreldrene økte sine kunnskaper: Foreldrene ble testet i sine kunnskaper om angst og depresjon hos barn før og etter programmet. Alle de tre foreldrene klarte å øke sine kunnskaper fra gjennomsnittlig 36 % riktige svar til 71 % riktige svar i kunnskapstesten. Resultatet er bemerkelsesverdig, spesielt fordi to av de tre foreldrene hadde tidligere vært med i foreldremøter som var en del av

barnets behandlingsprogram. Likevel økte kunnskapen om angst og depresjon betydelig i løpet av Smarte Foreldre-programmet.

Foreldre rapporterte færre egne fornemmelser av stress, angst og depresjon. I et spørreskjema ble foreldrene også spurt om egne symptomer av stress, angst og depresjon før og etter avsluttet program. Foreldrene rapporterte mye mindre symptomer etter gruppedeltakelsen. Stressnivået og egne følelser av angst og depresjon sank signifikant. Det kan dermed antas at disse foreldrene har hatt et personlig utbytte av programmet «Smarte Foreldre». Foreldrene lærte sannsynligvis mer om hvordan de selv også kan håndtere stress og engstelige eller triste følelser, noe som igjen styrker dem i å hjelpe barna sine med å gjøre det samme.

Det er en utfordring å gjøre foreldrene oppmerksom på tilbudet: I pilotundersøkelsen ble foreldrene invitert til gruppeprogrammet gjennom terapeuter fra to BUPer som hadde kontakt med barna. Det meldte seg tre foreldre. Men er ikke flere foreldre interessert i et slikt gruppetilbud? Antakeligvis. Vår erfaring viser at rekrutteringen av foreldre gjennom BUP trenger bedre tid og god oppfølging. I pilotundersøkelsen hadde ikke terapeutene hatt nok tid til å informere alle foreldrene. I tillegg ble invitasjonene sendt ut med veldig kort frist. I neste omgang må man bruke en bedre strategi for å gjøre foreldrene oppmerksom på det hjelpetilbudet som faktisk finnes.

Liten gruppe og nøytralt sted: Foreldrene oppfattet det som positivt å være en liten gruppe. Likevel ønsket de å være mer enn bare tre. De mente en optimal gruppestørrelse er 5-6 foreldre. I pilotundersøkelsen fant gruppemøtene sted i et rom ved den lokale frivillighetssentralen. Det kan være til fordel for gruppen å møtes på et nøytralt sted, da BUP og skolen ofte gir assosiasjoner til barnas problemer. Dessuten er det en fordel for foreldrene å ha et sted der de kan fortsette som samtalegruppe etter avsluttet opplæringsdel.

Plass til individuelle spørsmål: Gruppedeltakerne

må være bevisste på at ikke alle problemer kan løses i gruppen. Men det gis inspirasjon som foreldrene kan bruke for å jobbe selvstendig med problemene hjemme. I opplæringsdelen er det en fagperson som formidler kunnskap. Tid til diskusjon i denne delen er begrenset, fordi fagpersonen også må sikre gjennomgåelse av de viktigste temaene. Fagpersonen kan oppleve det som utfordrende å invitere foreldrene til aktiv deltakelse samtidig som den må begrense altfor omfattende diskusjoner. Ikke alle foreldre får anledning til å si noe til hvert tema, men foreldrene kan da spare åpne spørsmål og individuelle eksempler til etter avsluttet opplæringsdel. En viktig erfaring fra pilotundersøkelsen var nemlig at foreldrene tok opp igjen temaer fra opplæringsdelen senere i samtalegruppen.

Fleksibel bruk av manualer: Opplæringsdelen av programmet styres av en manual, som også kan brukes mer fleksibelt. Det er viktig å formidle de sentrale prinsippene i hver samling, men det er ikke nødvendig å gjøre det på akkurat samme måte, og i akkurat samme rekkefølge som manualen beskriver. Vanligvis er det også vanskelig å få gjennomført alle foreslåtte øvelser i en samling. Gruppelederen bør fokusere på de viktigste kjernepunktene i programmet. Flere momenter og tilleggsøvelser kan brukes avhengig av tid, gruppens størrelse og behov.

Opplæring og samtalegruppe – en suksessfull kombinasjon: I Norge finnes det mange samtalegrupper som ikke nødvendigvis følger et program eller involverer en fagperson. «Smarte Foreldre» er et forsøk på å koble opplæringen om angst og depresjon hos barn til en samtalegruppe. De gode resultatene i pilotundersøkelsen tyder på at opplæring bidrar til å fremme senere samtalegrupper. Foreldrene var enige om at opplæringsdelen var viktig for å lage en trygg og åpen atmosfære til samtalegruppen, samtidig som den bidro til raskt å finne en effektiv timestruktur. Kunnskapen fra opplæringsdelen ble brukt av foreldrene til å drøfte temaer i samtalegruppen.

KONKLUSJONER OG VURDERINGER

Å involvere foreldre i behandlingen av barn er meningsfullt, også i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst og depresjon. Kognitiv atferdsterapi har bevist sin effektivitet og fokuserer sterkt på øvelser som skal gjennomføres av barna i og mellom behandlingstidene. Sentralt i angst-behandlingen er såkalte eksponeringsøvelser. Disse øvelsene forutsetter at barna aktivt oppsøker angstutløsende situasjoner og prøver å mestre dem. Oppfølging av slike øvelser er en krevende oppgave også for foreldrene, som må være forberedt på å være en nyttig støtte for barna sine. En god opplæring og oppfølging av foreldrene er sannsynligvis enda viktigere for yngre barn og i de tilfeller der foreldrene selv sliter med angst og depresjon.

Våre erfaringer med «Smarte Foreldre» er at det øker foreldrenes kunnskaper, og reduserer deres egne symptomer på angst, depresjon og stress. Men gyldigheten av disse resultatene fra pilotundersøkelsen er begrenset til et lite og lite representativt utvalg av foreldre. Det er bare én gruppeleder som så langt har blitt opplært og har gjennomført programmet, og kontrollgruppen mangler. Likevel gir resultatene viktig informasjon om denne intervensjonen og utfordringer i videre utvikling og bruk av programmet.

Det er bemerkelsesverdig at foreldrene kunne øke sin kunnskap om angst, depresjon og kognitiv atferdsterapeutiske mestringsstrategier selv om de hadde deltatt i andre foreldretilbud ved BUP før. Det tyder på at programmet kunne tilby kunnskap som ikke ble gitt i de eksisterende oppleggene. I en ny studie vil det vært interessant å undersøke hvilken effekt opplæringen av foreldrene har for barna. Profiterer barna mer av behandlingen når foreldrene får et eget tilbud? En viktig framtidig oppgave er å gjøre foreldre oppmerksomme på programmet. Dette kan skje gjennom en sterkere forankring i BUPs tilbud. En annen vei er å åpne programmet for en større gruppe av foreldre, uansett om barna deres behandles i BUP eller ikke.

LITTERATUR

- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. I: M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (red): The heart and soul of change: What works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barrett, P. M. (2004). *FRIENDS for life: Group leader's manual*. Brisbane, Australia: Australian Accademic Press
- Barrett, P.M., Rapee R.M., Dadds, M.M. & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Berman, S.L., Weems, C.F., Silverman, W.K. & Kurtines, W.M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31, 713-731.
- Chorpita, B.F. (2007). *Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Chorpita, B.F. & Southam-Gerow, M. A. (2006). Fears and Anxieties. In E.J. Mash (Ed) & R.A. Barkley. *Treatment of childhood disorders* (3rd.ed), 271-335, New York, NY, US: Guilford Press.
- Cobham, V.E., Dadds, M.R. & Spence, S.H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893-905.
- Cooper, P.J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H. & Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinical sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, 205-212.
- Dowell, Kathy A. The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. [Dissertation Abstract] *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol 66(4-B), 2005, pp. 2303.
- Essau C. A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18, 1-6.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 67-81.
- Essau, C. A.; Karpinski, N. A; Petermann, F.; Conradt, J. (1998). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents: Results from the Bremen Adolescent Study. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46 (4), 316-329.
- Ginsburg, G.S., Silverman, W.K. & Kurtines, W.K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: a look ahead. *Clinical Psychology Review*, 15, 457-473.
- Grøholt, B., Sommerschild, H. & Garløv, I. (2001). *Lærebok i barnpsykiatri*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B. et al. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 438-447.
- Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 3-11.
- Israel, P., Thomsen, P.H., Langeveld, J.H. & Stormark, K.M. (2007). Child factors associated with parent involvement in usual clinical care of children and adolescents. A national register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 3.
- Janicke, D.M. & Finney, J.W. (2003). Children's primary health care services: Social-cognitive factors related to utilization. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (8), 547-558.
- Janicke, D.M., Finney, J.W. & Riley, A.W. (2001). Children's health care use: A prospective investigation of factors related to care-seeking. *Medical Care*, 39 (9), 990-1001.
- Junge, J., Neumer, S.-P., Manz, R. & Margraf, J. (2002). *GO! - Gesundheit und Optimismus. Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen*. Manual. Weinheim: PVU/ Beltz.
- Kendall, P.C. (2000). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (2nd ed), 3-27, New York: Guilford.
- Kendall, P.C. & Hedtke, K.A. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual, 3rd Edition (Child/Individual treatment manual)*. Workbook Publishing: Ardmore, PA.
- von Knorring, A.-L. (1996). Depressioner hos barn och ungdomar. *Nordisk medicin*, 111, 8, 271-274.
- Kovacs, M., Devlin, B., Pollock, M., Richards, C., & Mukerji, P.(1997). A controlled family history study of childhood-onset depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 613-623.

- Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H. & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 928-934.
- Lopez, B., Turner, R. J., & Saavedra, L. M. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 275-294.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., Shaw, B.F. (1999). Cognitive-behavioral group treatment in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (10), 1223-1229.
- Nauta, M., Scholing, A., Emmelkamp, P. & Minderaa, R. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Neumer, S. & Aalberg, M. (2005). Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge. I: *Se meg! Barn i Norge 2005*. Oslo: Voksne for barn.
- Neumer, S.-P. & Gere, M. (2008). *Smarte Foreldre programmet*. Oslo: RBUP.
- Neumer, S.-P. & Junge, J. (2005): *Strukturert Materiale for Terapi (SMART)*. Oslo: RBUP.
- Organisasjonen Voksne for Barn. Hensikten med likemanns- og samtalegrupper: Forslag til «kjøreregler». Web: <http://www.xpublish.no/vfb/xp/pub/mx/filer/Samtalegrupper.doc>
- Spence, S.H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 6, 713-726.
- Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.C. & Weersing, V.R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 422-436.
- Stark, K.D. & Kendall, P.C. (1996). *Treating Depressed Children: Therapist Manual for «ACTION»*. Ardmore, PA: Workbooks Publishing.
- Suveg, C., Roblek, T.L., Robin, J., Krain, A., Aschenbrand, S. & Ginsburg, G.S. (2006). Parental involvement when conducting cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20 (3), 287-299.
- Thienemann, M., Moore, P. & Tompkins, K. (2006). A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: Pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 1, 37-46. Lippincott Williams & Wilkins.
- Westra, H.A., Dozois, D.J.A. & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (3), 363-373.
- Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Bittner, A. & Goodwin, R. D. (2003). Depressive disorders – evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *European Psychiatry*, 18, 384-393.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C. & Sigman, M. (2005). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (3), 314-321.



Skjønner
du INGENTING
eller??

... helt
uten
empati,
vet du.

Du må
bare ØVE
litt! Det
forstår
du vel
??

Det kan
vel ikke
være så
vanskelig!

DU TENKER
BARE
PÅ DEG
SELV
Du !!

DET TAR DU
BARE
PÅ SPARKET

HVA
FØLER DU
NÅ?

small-
talk

???

IRIS JOHANSSON jobber som sosialpsykologisk konsulent og veileder, og har oppdrag blant annet i Norge, Sverige, Russland og Tyskland. Hun har skrevet flere bøker, og har kommunikasjon som sitt spesialområde.



KUNSTEN Å KOMMUNISERE

JEG ER AUTIST OG KAN IKKE FORSTÅ VERDEN, VIRKELIGHETEN ELLER ANDRE MENNESKER GJENNOM MINE FØLELSER. JEG HAR DERFOR MÅTTET GÅ HELT ANDRE VEIER FOR Å ORIENTERE MEG I LIVET.

INNLEDNING

I denne artikkelen vil jeg forklare hvordan jeg som kommunikasjonshemmet fungerer, og hvordan mennesker med autisme og Aspergers syndrom kan hjelpes inn i fellesskapet. Min artikkel er en innstendig oppfordring til alle som omgås mennesker med slike diagnoser til ikke å gi opp forsøkene på kommunikasjon. Vi kan utvikle oss, men vi trenger deres forlengede armer – deres

bevissthet, nærvær og interesse for hva vi ikke kan, og deres vilje til å finne måter å formidle det til oss på, med betingelsesløs omsorg og uten negative undertoner. Forutsetningen for å trives i arbeidet med mennesker med kommunikasjonshindringer er et ønske om å utvikle seg selv. Man må tåle å bli avvist og ikke få bekreftelse på egen dyktighet. Vi kan ikke samarbeide, men dere kan samarbeide med oss.

Det finnes noe som er generelt for alle oss med bokstavadignoser, og det er at vi *ikke forstår at vi ikke forstår*. Vi tror, akkurat som dere, at alle er som oss. Derfor kan vi ikke begripe hvorfor andre oppfører seg så merkelig mot oss og vil at vi skal endre oss og vår oppførsel. Deres frustrasjon og irritasjon blir bare en opplevelse av at dere bryr dere. Følelser er jo det viktigste for oss mennesker, og da tror vi at deres frustrasjon og irritasjon betyr at dere har det bra uansett hvordan dere har det.

Jeg skriver i «jeg-form». Det er fordi det som preger personer med disse diagnosene eller elementer av dem, er at de er så veldig ulike. Dere blir mye mer like enn oss, fordi dere har følelser. Følelsene fungerer som sement mellom teglsteiner. Ingen tenker på sementen, man bare ser hvor vakre og funksjonsdyktige teglsteinene er. Våre vegger tåler ikke påkjenninger. Teglsteinene vrir seg, gnisser mot hverandre og faller sammen. Vi må bygge dem opp igjen og igjen, i motsetning til når det finnes et jevnt lag med sement i mellom steinene.

«INGEN LATTERLIGGJØR EN BLIND ELLER DØV, SÅ HVORFOR LATTERLIGGJØRES OFTE DE SOM HAR KOMMUNIKASJONS-PROBLEMER?»

FINNER IKKE TONEN

To ting er vi udugelige til; samarbeid og tilpassning. Dere kan «finne tonen» eller gli inn i nesten hvilken sosial sammenheng som helst. For dere handler det om å forstå settingen, hva som gjelder, hvordan man oppfører seg. Dere har lært masse hjemme og på skolen og kan det meste innen dere fyller 10 år. Det sitter i ryggmargen. All informasjon dere behøver finnes i atmosfæren på stedet. Resten gjetter dere og plukker fram fra hukommelsen ved hjelp av de følelsene som sammenhengen bringer frem. I blant blir dere redde, og da

fungerer det ikke, men det er sjelden.

For et høytfungerende menneske med en lidelse i autismspekteret, kjennes ingen ting av dette på innsiden. Jeg kan betrakte og registrere hvordan menneskene rundt meg gjør, og i beste fall gjøre noe som ikke forstyrrer alt for mye. Ofte forstyrrer jeg, fordi jeg ikke kan kodene og klarer ikke å zoome inn på samme måten som en følelsesmessig koblet person kan. Jeg forstår ikke hvordan man gjør «det rette». Samarbeid innebærer at en person uttalt skaper et nivå, og at de andre medvirker på dette nivået. Uten forklaring og med få instruksjoner. Det er som en dans – en byr opp, den andre sier ja og så danser man etter musikken. Man kan trinnene, det holder, og resten går av seg selv.

Men ikke for meg og andre med kommunikasjonshindringer. Dette kommunikative funksjonshinderet er ikke som en utviklingsforstyrrelse, selv om utviklingen kan virke forstyrret. Jeg mener det er et *nevrologisk problem* og ikke en psykisk lidelse, til tross for at dette er den alminnelige oppfatning. Nervesystemet er i ulage. Ibland kommer det for få impulser, ibland for mange, ibland går impulsene i helt feil retning og låser seg fast så vi ikke kommer noe sted. Om det blir for mye stillstand på innsiden, utvikler kroppen angst som forsvarsmekanisme, og da får vi tvangstanker og tvangshandlinger. De kommer i stedet for de følelsesmessige brytningene som dere kan ha på innsiden, og som dere ofte benytter automatisk i pressede situasjoner.

Normalt kan barn veksle mellom ulike sanser og samordne dem til en fungerende virkelighetsoppfatning som stemmer med den kulturelle oppfatningen i omgivelsene. Til denne samordningen kreves det følelser. I oss oppstår det like mange følelser som i andre, men kontakten mellom følelsene og vår bevissthet, erfaringer, hukommelse, atferd og språk fungerer ikke friksjonsfritt. Derfor utvikles vi så vilkårlig. På noen områder er vi overutviklet, på andre områder helt underutviklet – rent ufødte – enten vi er på 3-årsnivå, 7-årsnivå, 11-års nivå osv. Det betyr

ikke at vi ikke kan utvikle oss. Men det betyr at vi trenger deres forlengede armer – deres bevissthet, nærvær og interesse for hva vi ikke kan, og deres vilje til å finne måter å formidle det til oss på, med betingelsesløs omsorg og uten negative undertoner.

KOMMUNIKASJON MED «DE UVANLIGE BARN»

Hva må man forstå for å være forelder, lærer, assistent eller en som passer på noen med autismelidelser, for å kunne kommunisere?

1. Se dette menneske som normalt begavet, men med problemer med impulssystemet og i noen tilfeller underutviklede evner. I Russland kalles disse barna for «de uvanlige barna». Det betyr at man må skjerpe sin egen bevissthet for ikke å forvente eller kreve at disse barna, ungdommene eller voksne skal forstå via følelsene. I stedet må man formidle muntlig eller praktisk det man vil formidle, med aktelse og respekt for det individuelle. Mange store menn innen vitenskapen og politikken har hatt slike problemer. Vi vet at empati eller medfølelse ikke er deres sterke side. Det viktig er å hjelpe disse menneskene med det menneskelige. Hvis ikke kan det gå veldig galt.

Om man er blind er det ikke noe poeng i å øve seg på å se bedre. Man forsoner seg med at man er blind, og forsøker heller å utvikle egenskaper som kompenserer for det manglende synet. Slik bør man også betrakte mennesker med lidelser i autismespekteret – godta handikappet og hjelpe vedkomne med å utvikle egenskaper som kan kompensere best mulig.

2. Kartlegg og skreddersy hjelpen for den unike personen du har fremfor deg. Det betyr at du tar utgangspunkt i det som regnes som normal utvikling – i hvilken alder man lærer seg det ene og det andre. Slik kan du bli bevisst på hva som mangler hos den du har foran deg. Finn ut hva som er underutviklet, feilutviklet, overutviklet eller normalt utviklet,

«JEG FORSTÅR IKKE HVORDAN MAN GJØR«DET RETTE»»

og kom med forslag, øvelser og informasjon om det som trengs. Gjør det lettfattelig og seriøst. Del siden kunnskapen du har fått gjennom dine observasjoner med personen du forsøker å hjelpe, og forklar hvordan dette er for deg, hva som oppfattes som normalt og på hvilken måte denne personen er annerledes. Vær nøye med at du ikke gjør narr av vedkommende. Prat seriøst om dette som et fenomen. Ingen latterliggjør en blind eller døv, så hvorfor latterliggjøres ofte de som har kommunikasjonsproblemer?

Hørsel- og synshemmede har tekniske hjelpemidler i form av høreapparat og briller. For oss er *andre mennesker* hjelpemiddelet, og de er ofte veldig uslepte hjelpemidler. Datamaskiner er også en stor hjelp, men vi behøver i tillegg en person som sitter ved siden av og kommuniserer med oss.

3. Vi trenger struktur og forutsigbarhet, rutiner, ritualer og tradisjoner som danner en kjent dagsstruktur, ukestruktur, månedsstruktur og årsstruktur. Hvis en slik struktur finnes og følges, så fungerer det vanlige sosiale livet bedre til tross for problemene med impulssystemet.

Denne basisstrukturen vil da råde når ikke noe annet råder. Det vil si at det hele tiden skal finnes noe som gjelder, som det går an å falle tilbake på og holde seg til, også når det vante settes ut av spill. Det som dere kaller for «å ta ting på sparket» er kaos for oss. Det kommer aldri slike impulser innenfra oss på den måten. Det forutsetter følelser som vi ikke har kontakt med. Vi trenger at dere deler deres struktur med oss, fordi vi ikke selv kan opprettholde en.



«KONTAKTEN MELLOM FØLELSENE OG VÅR BEVISSTHET, ERFARINGER, HUKOMMELSE, ATFERD OG SPRÅK FUNGERER IKKE FRIKSJONSFRITT»

RUTINER - BÅDE TRYGT OG KJEDELIG

Mennesket er skapt for orden og forutsigbarhet, og ønsker ting enkelt og bekvemt. Samtidig holder hun ikke ut med gjentakelse fordi det blir så kjedelig. Hun behøver derfor stadig ny inspirasjon ved at bekvemmeligheten brytes, at det skjer noe uventet. Da blir det liv og røre – og kroppen blir glad. Du kan forsøke å opprettholde én rutine dag ut og dag inn, og du vil merke at du likevel endrer måten du gjør ting på.

Også vi med kommunikasjonshindringer kan oppleve rutiner som kjedelige. Akkurat derfor er det ikke viktig å lykkes i å lære oss alle rutiner og ritualer, men bare bruke dem som redskap å kommunisere rundt. Bli derfor ikke misfornøyd eller oppgitt over at vi ikke lærer oss dette, men se det som en utmerket mulighet til kommunikasjon. Vi kan ikke tilpasse oss. Får vi ikke til å gjøre det som skal gjøres eller læres om til vårt eget, kan vi helt enkelt ikke lære det.

Min far pleide å tenke ut hva jeg trengte, gjøre det om til sitt eget og forholde seg uvilkårlig til det. Han tenkte ut hvordan han selv hadde lært seg, hvordan min eldre bror hadde lært seg, og siden utviklet han en metode spesielt til det aktuelle formålet. At jeg ikke skulle lære var ikke et alternativ. Spørsmålet var bare hvordan jeg skulle ta inn akkurat det. Han var innstilt på å teste mange varianter.

Hans neste spørsmål var; «hvordan skal jeg få Iris interessert i å lære dette?» Det var den nøtten som gjorde det interessant for han å lære meg ting. Han visste at jeg var ute av stand til følelsesmessig samarbeid, så det måtte bli på mine vilkår, men med hans intensjon.

IKKE MAKTUTØVELSE

Det er veldig viktig å ikke tolke vår atferd som at vi utøver makt eller er slue for å «slippe unna». Vi sliter hardt med masse innvendig tvang og motstand, og forsøker å fri oss fra det. Vi har ingen tanker om, eller følelse for, at vår atferd kan oppfattes som manipulerende.

Om dere bare kunne forstå at denne tvangen, disse gjentakelsene, disse smarte måtene å unngå å gjøre eller øve oss på noe, er vanskelige for oss og ikke noe vi vil ha! Prøv noen av våre atferdsmåter mange ganger og kjenn hvor fælt det er. Kanskje dere da ville forsøke å finne måter å hjelpe oss ut av dette på. Til det trengs det lek og kreativitet. Blir vi avvisende eller aggressive, henger det sammen med redsel. Det er viktig at dere vet at denne atferden er ufarlig. Forsøk å gjøre oss trygge og fortsett med en dårs stahet!

4. Kognitiv læring passer oss utmerket, om man tar bort berøring, belønning, kritikk og sanksjoner. Om man anvender metoden som opplæring og ikke for resultatenes skyld, kan mange med vanskeligheter tilegne seg hittil

utviklede ferdigheter. Stol på at vi lærer oss alt det dere ønsker at vi skal lære oss, men at det kanskje tar 10 år før resultatene synes. De som har jobbet lenge med mennesker med lidelser i autismespekter vet dette og har is i magen, men nye vil så gjerne ha egen bekreftelse på at de får det til, og da blir det vanskelig.

En annen læreform som fungerer og som har hjulpet meg, i en tilpasset form, er pedagogikken til **Paulo Freire**. Den handler om bevisstgjøring av det du gjør men som du ikke er deg bevisst at du kan. Den begynner med din konkrete hverdag, det du gjør automatisk, og innebærer at du blir bevisst alt du gjør slik at det blir mulig å endre det. Fremfor alt den atferden som ikke fører til utvikling, men som blir meningsløs repetisjon. Pedagogikken bygger på at det bare går an å undertrykke et uvitende menneske. Derfor fremhever Freire bevisstgjøring, så et menneske får selvinnsikt og fortrolighet med hva det foretar seg.

Du kan i og for seg benytte hvilken metode du vil, bare du liker den, kjenner deg fortrolig med den, lærer den inngående og har det morsomt når du tilpasser den. Det er ikke selve metoden som betyr noe, men *du som bærer av metoden*. Jeg har sett mange anvende Rudolf Steiners Waldorfpedagogikk med gode resultater, fordi de har vært engasjerte og kompetente. Andre har benyttet TEEACH eller tegnspråk med suksess. Det er *kommunikasjonen* som er det viktige. Følelser gir impulser som går til idé- og kreativitets- og handlings-senteret i hjernen. Fordi vi mangler følelser, så behøver vi andres oppdrag og impulser. Det er det som lettest tar oss ut av låsninger og tvang.

Det finnes en metode som bygger på kommunikasjon og hvor målet ikke er at man skal bli «normal». Den heter «**Facilitated communication**» – støttende kommunikasjon.

Den gir personen hjelp til å uttrykke seg på en pc eller et tastatur ved hjelp av en støtteperson. En forutsetning for at denne metoden skal fungere er

at støttepersonen virkelig står til den andres disposisjon uten å lade atmosfæren eller være fraværende på grunn av egne behov eller følelser.

RUSSISK MODELL

Den russiske modellen (v. Olga Nikolskoia, red. anm.) er en helhetsmodell, der man starter med taktil stimulering umiddelbart etter at noen har fått diagnose. Gjennom ulike kunstformer, musikk, litteratur, lek, bevegelse og dans, bygger man deretter opp noe barnet kan kommunisere med.

Metoden innebærer en øvelsesøkt en time om dagen opp til 25-årsalder. Ved 4-årsalderen legges det til én time leketerapi to ganger i uken. Leketerapien innebærer at fire terapeuter leker med hverandre og har med hvert sitt autistiske barn. Ved 7-årsalder begynner skolen med minst én time om dagen. Nye aktiviteter legges til, til hele dagen har ulike utviklende aktiviteter. Dette gjør at de fleste når igjen sine «normale» kamerater ved 10-årsalderen.

«DET KOMMER INGEN SLIKE, IMPULSER INNENFRA OSS PÅ DEN MÅTEN. DET FORUTSETTER FØLELSER SOM VI IKKE HAR KONTAKT MED»

Denne prosessen er svært kommunikativ og gjør at kroppen blir glad og dermed åpen for å lære stadig mer. Det gjør at hjernen stimuleres på en spesiell måte og øker dermed kapasiteten til å kommunisere. Dette kan derfor kompensere noe for den manglende kommunikasjonsevnen til de med autisme.

UMULIG Å FEILE

Metodene som bygger på pedagogikken til Freire har også en innebygd, ofte usett, fordel: Det går ikke an å gjøre feil. Uansett hvor feil ting blir, går det an å bruke dem og se på dem som fenomen og lære av dem. Nettopp feilene er det man lærer

mest av, fordi de ikke får slentre forbi ureflektert. Man stanser opp, løfter frem og reflekterer, ser hva som har skjedd og hva man kan lære av det. Siden retter man opp det som lar seg opprette, eller forsones med virkeligheten slik den er.

Livet er så ufullkomment og bevegelig. Om det hadde vært fullkomment hadde det vært stillestående og dermed ville ikke livet vært levende. Med det mener jeg at det ikke lar seg å gjøre å gjøre alt rett fra starten av. «Det riktige» er et resultat mange mislykkede forsøk. Feilene er med andre ord like betydningsfulle som det som fungerer med en gang. Feilene er læremidler. Derfor er det viktig å tenke i fenomen og ikke være redd for at det skal bli feil. 50 prosent blir feil, så det er like greit å forsones seg med det fra starten av.

«VI HAR INGEN TANKER OM, ELLER FØLELSE FOR, AT VÅR ATFERD KAN OPPFATTES SOM MANIPULERENDE»

Det er en betydelig prosentandel som oppfører seg galt og gjør feil overfor mennesker med autismelidelser. I stedet for å bli motløs, se det som en utfordring i forhold til hvor mye du kan lære. Husk; vi kan ikke samarbeide med deg, men du kan samarbeide med oss. Det er nøkkelen til læring for oss, og forutsetningen for at du skal kunne bli fornøyd med deg selv.

5. Det finnes bare en eneste god måte å fungere som en forlenget arm for kommunikasjons-hemmede på: **du må ha et ønske om å utvikle deg selv.** Om du stiller opp, ofrer deg, byr på deg selv, synes at du har noe å gi og så videre, kommer du til å bli utbrent. Det å være med en som ikke er kommunikatív, er å stadig finne seg i å bli avvist, ikke bety noe særlig, ikke få bekreftelse på sin egen dyktighet. Om det finnes en noen kommunikative i nærheten, vil du foretrekke å prate med han eller

henne over hodet på den med kommunikasjons-hemming, fordi det er tøft og tungt å stadig bli skuffet og avvist. Det tar lang tid å sette pris på det som er annerledes, det uvanlige og spesielle hos mennesker med kommunikasjons-hemminger.

FELLESSKAP - ER DET NATURLIG?

Jeg skal forklare kort hva som gjelder når ikke noe annet gjelder, hva man må være seg bevisst at det siviliserte samfunnet ignorerer fordi det ikke er naturvitenskapelig og ikke kan veies eller måles eller lages hypoteser ut fra. Kort sagt, som ikke kan materialiseres, objektiviseres eller forskes på. Det anses som verdiløst og uinteressant. Nettopp dette at det PRIMÆRE usynliggjøres gjør at vi med autismelidelser virker så vanskelige, underlige og ikke til å forstå. Vi blir som utenomjordiske skapninger som man blir redd for og som man helst vil låse inne.

Hvordan kan man tenke at fellesskap er det naturlige? At det eksisterer i seg selv, men at vi mennesker hele tiden setter det ut av spill? Vi gjør oss bilder av virkeligheten og hvordan den ideelt sett skal være. Om virkeligheten ikke stemmer med bildene, forsøker vi å endre virkeligheten i stedet for å endre bildene. Vi evaluerer oss selv, vi evaluerer andre og vi evaluerer situasjoner. Vi vurderer verdien i alt. For eksempel gir vi tiden verdi. Den kan vinnes eller tapes. Tid er penger. Vi vil at en med hindringer skal tilpasse seg og ha et «normalt» tempo. Det kan ikke mennesker med tvang og autisme, uansett hvor høytfungerende de måtte være.

Fellesskap er vanskelig for mennesker med kommunikasjons-hindringer. Vi fungerer ikke som forventet og da vil omgivelsene endre oss – selv om det vi er og gjør er ufarlig. Det er bare litt annerledes. Vi, vår konstruksjon, våre funksjons-hindringer, bryter mot en stille overenskomst i denne sivilisasjonen. En overenskomst som vi autister oppfatter som en tankefeil, en majoritets-misforståelse;

- At tilfredsstillelse av mine egne behov kommer

utenfra, at det jeg får av andre skal tilfredsstill meg, at jeg ikke kan bli fornøyd om jeg ikke får mer enn jeg gir. At jeg kan miste energi ved at noen stjeler den eller ved at jeg gir energi til andre. At det finnes bare en viss mengde følelser og kjærlighet og at den skal porsjoneres ut på en bestemt måte for å gi verdi tilbake.

Hvordan kan man tenke annerledes, uten å miste energien, bli utbrent eller truet med at man ikke er produktiv eller effektiv?

- Ved å ha tillit til egen evne til å være fornøyd og tilfreds. Tenke at hvis noe står i veien har det ikke med andre å gjøre, men at årsaken ligger hos en selv.
- Ved å flytte inn i seg selv og bli bevisst på at ingen ting truer akkurat nå. At man kan velge å være fornøyd her og nå til tross for at man er misfornøyd, til tross for at man har utilfredsstillte behov.
- Ved å tenke at jeg får det jeg behøver når tiden er der, og at min oppgave er å være fornøyd med det og ta for meg når det skjer.

Det er så enkelt men likevel så vanskelig. Det går imot den allmenne oppfatningen og strider mot grunnprinsippet om man ikke får være fornøyd før alle andre er fornøyde. Vi med autismelidelser blir så forstyrrende fordi vi bryter denne regelen.

Det viktigste for oss, og det mest lærerike for dere er;

- At du blir deg bevisst at du tenker ut det du skal legge frem på forhånd, og at du er fornøyd med det allerede *før* du har fremlagt det.
- At du beholder tilfredsheten mens du legger frem det du har tenkt. Da blir det mulig å se på det med nysgjerrighet og åpenhet, utforske det uten å evaluere det. Prøv å være fornøyd enten det du legger frem blir bra eller mindre bra.
- At resultatet bare er en konsekvens akkurat nå, og at det er der for at vi kan lære av det og rette opp det som eventuelt ble galt.
- At meningen med livet er å leve og at vår verdi som mennesker bunner i det og er gitt på

forhånd. Vi behøver derfor ikke vurdere vår egen eller andres verdi, bare kommunisere.

- Å oppdage at kjærlighet ikke er en følelse men en mulighet som hele tiden finnes i uendelig mengde rundt oss, men at det krever en innsats for å trekke den opp til en følelse inni oss.

For å lykkes i å kommunisere med en person med kommunikasjonshemming må man

- slippe alle forestillinger om hva som er normalt, alle forventninger og krav.
- vite at her har jeg med en person å gjøre som ikke kommer til å tilpasse seg til noen person eller noen avtale, som i det ene øyeblikket kan gi meg oppmerksomhet og i det andre øyeblikket kan gjøre noe som er følelsesmessig uforenlig med den oppmerksomheten.
- vite at personen ikke kan samarbeide, men har behov for din bevissthet og at du samarbeider med han eller henne.
- vite at det ikke lar seg gjøre å være i framtiden eller i fortiden sammen med denne personen. Det eneste som fungerer er møtet her og nå. Det vil si at du må slippe alle tanker om tid og resultat og være i en sval nysgjerrighet der du lurar på hvordan dette skal bli.
- selv være i en tilstand der du hele tiden lærer deg noe nytt ved å se ting med helt nye øyne – den funksjonshemmedes.

**«OM DERE BARE KUNNE FORSTÅ
AT DENNE TVANGEN, DISSE
GJENTAKELSENE, DISSE
SMARTE MÅTENE Å UNNGÅ Å
GJØRE ELLER ØVE OSS PÅ NOE,
ER VANSKELIGE FOR OSS OG
IKKE NOE VI VIL HA!»**

Det er viktig å forstå at kommunikasjon er det viktigste, omstendighetene er her og nå, i møtet, og i det gjøre det nødvendige. Da fungerer det ofte bra. Det er en betingelsesløs måte å forholde seg på. Det å være dyktig og få ytre bevis gir ingen poeng. Det gir ikke et produkt som det lar seg

«VI KAN IKKE TILPASSE OSS»

gjøre å veie og måle, bare en følelse av at «jeg får en gave i at han eller hun behøver meg». Om man kan være fornøyd med at det faktisk er en gave at noen behøver en, da er man fornøyd allerede før man har fått noe tilbake. Da oppstår vilkårene for utvikling og dermed bekreftelse på at du duger som medmenneske eller terapeut for personen med autisme. Om man kunne betrakte uvanlige mennesker som læremestere som ikke selv er klar over at de er nettopp det, så ville kulturen og samfunnet komme til å se annerledes ut. Da ville forbrukermentaliteten bli underordnet behovstankegangen. Finnes det jeg har behov for, og kan jeg få det før jeg dør, så kan jeg være fornøyd her og nå og se meg om i tilfelle det finnes noe som vil være sammen med meg, som behøver meg, eller noen som jeg kan gi den gaven at det er behov for dem. Da finnes det fellesskap og da kan jeg være fornøyd.

I AHA-FELTET

Om det går an å forstå at vi med disse funksjonshindringene har noe å lære andre, at det er gir mening i seg selv å omgås oss – uansett hvor umulige, ubegripelige, innviklet vi enn er, og uansett hvor mye vi forstyrrer den vanlige tilværelsen, så kommer dere til å oppdage at kroppene deres blir glade. Det er i gleden man blir åpen og sårbar, havner i tomrom, fri for vurderinger, der utvikling er mulig, der informasjonen som finnes i egen kropp kan bli bevisst og der bevisstheten kan gi informasjon til kroppen. I dette aha-feltet kan vi bare befinne oss gjennom å flytte inn i oss selv, slippe alle tanker om tid og sted, og ikke vurdere oss selv og hverandre eller nytteverdien av det vi gjør. Det er der personlig utvikling skjer, både for dere og for oss. Det er hemmeligheten med det jeg gjør.

Jeg kaller det å leve livet levende i hvert møte. Da

oppstår intimitet, da trekkes kjærlighet opp til en følelse i oss og det skjer en utveksling. I blant er det uutholdelig smertefullt. Det er ofte vanskelig og skjer bare i øyeblikks øyeblikk, men det er livet. Slik er livet og de glimtene vi lykkes å få, farger hele vår livstid og gjør at livet blir verd å leve.

Denne kunsten, kommunikasjonskunsten, er det få som kan. I vår kultur er den undervurdert, ja nesten utryddet. Den trenger renessanse, gjenoppståelse og at beslutningstakere ser en gevinst i å bruke penger så andre mennesker kan være «forlengede armer» til alle som trenger det. Det kan ikke måles med resultater, det er kunst og kunst gir sjelden uttelling i penger. Kunsten er en grunnleggende forutsetning for en sivilisasjon og en holdbar kultur. Kommunikasjon er et potensial for overlevelse og kan ikke læres ureflektert. Vi med kommunikasjonshemminger kommer til å stille alle dere andre til vegg - så ta utfordringen!

KILDER:

■ Johansson, Iris (2008) En annerledes barndom, Versal forlag
www.insidan.nu

Ønsker du å bestille flere
eksemplarer av Barn i Norge 08?
Se Voksne for Barns nettbutikk, **www.vfb.no**





ORGANISASJONEN VOKSNE FOR BARN

Stortorvet 10 > 0155 Oslo > Tlf: 23 10 06 10 > vfb@vfb.no > www.vfb.no



VOKSNE FOR BARN er en kunnskaps- og medlemsorganisasjon, med barn og unges oppvekstvilkår og psykisk helse som spesialområde.

Meld deg inn og hold deg oppdatert på www.vfb.no.

Utgitt med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet.

ISBN 978-82-92488-13-3