



Buudir  
postmottak@buudir.no

Oslo 27.02.2015

### **Høringsvar. Barn med funksjonsnedsettelse i barnevernet – en veileder**

ADHD Norge viser til høringsbrev med vedlegg, som er videresendt fra FFO.

FFO har oppfordret ADHD Norge til å besvare høringen direkte pga dårlig kapasitet, samt at kunnskapen ligger i organisasjonene som har jobbet med temaet.

#### *Punkt 2.4 Tverretatlig samarbeide.*

Barn med funksjonsnedsettelse som Autisme, Asperger syndrom, ADHD eller Tourettes syndrom, har ofte vansker med å fungere godt på de arenaene de deltar på. Det gjelder barnehage og skole, hjemme og andre steder og sosiale settinger. Disse vanskene kan ha flere årsaker.

Vanlige årsaker vil kunne være:

1. Manglende forståelse for funksjonsnedsettelsen og manglende tilrettelegging.
  - a. I det offentlige herunder skole og barnehage.
  - b. I hjemmet.
2. Funksjonsvansker som er vanskelige å avhjelpe, og som krever realistiske målsettinger og langsiktig innsats.
3. Omsorgssvikt som følge av mangler i foreldrenes omsorg.

Slik vi oppfatter det tverrfaglige samarbeidet mellom barnevern, skole og helsevesen fungerer det dessverre ofte dårlig. Et godt tverrfaglig samarbeide er avgjørende for å få en god og balansert forståelse av barnet som rommer forskjellige årsaker og løsninger på barnets vansker. De forskjellige instansene som er inne har forskjellig fokus, forskjellig faktisk grunnlag, og forskjellig faggrunnlag for sine vurderinger. Det er avgjørende for

kvaliteten i arbeidet som gjøres at disse forskjellige perspektivene avstemmes og balanseres på en best mulig måte.

I det følgende oppsummeres kort hvilke utfordringer det tverrfaglige samarbeidet står overfor slik vi ser det.

### **Samhandlingsutfordringer for spesialisthelsetjenesten og barnevernet.**

- a. Kommer barnevernet inn går ofte spesialisthelsetjenesten ut.
- b. Spesialisthelsetjenesten vil ofte søke å finne årsaksforklaringer under pkt 1 over.
- c. Spesialisthelsetjenesten bruker fag og terminologi som har funksjonsnedsettelsen i fokus.
- d. Spesialisthelsetjenesten bruker svært sjelden barnevernsfaglige begreper som skjevutvikling, emosjonell støtte eller mentalisering. Den terminologiske og faglige forskjellen kommer frem mange steder. Barnevernstjenesten snakker ofte om tilknytningsvansker, begrepet oppleves som upresist og generelt. Spesialisthelsetjenesten snakker om tilknytningsforstyrrelser, som er presist og spesifikt, og som sjelden foreligger i aktuelle saker, selv om begrepet tilknytningsvansker brukes.
- e. Barnevernstjenesten og sakkyndig behersker i begrenset grad spesialisthelsetjenestens fag og terminologi. De har en begrenset forståelse for det utviklingsforstyrrelsesfaglige perspektivet. Barnevernstjenesten vil ofte søke å finne årsaksforklaringer i pkt 3 over.
- f. Det er uklar rollefordeling mellom barnevern og spesialisthelsetjenesten.
- g. Spesialisthelsetjenesten blir svært sjelden bedt om å ta stilling til om omsorgsforholdene er en relevant del av barnets symptombilde.
- h. Barnevernstjenesten har en myndighet som gjør at spesialisthelsetjenesten opplever seg underordnet, og ofte trekker seg helt eller delvis ut når barnevernet kommer inn.

Spesialisthelsetjenesten har ofte et stort fokus på utredning, men et mindre fokus på behandling og veiledning. For mange familier ville tjenester som veiledning og behandling gjøre hverdagen enklere. Barnevernstjenesten bør undersøke hvilke tilbud om veiledning og behandling familien har fått fra spesialisthelsetjenesten, og stille krav om at slike tjenester ytes.

En klarer grensegang mellom etatene, og en mer aktiv bruk av spesialisthelsetjenesten i forhold til utredning av omsorgssituasjonen som en relevant del av årsaksforklaringen for barn med funksjonsnedsettelse vil gi sakene er mer balansert grunnlag. Det stiller krav til både barnevernstjeneste som må våge å stille åpne spørsmål, og til spesialisthelsetjenesten som må våge å gå inn i ubehagelige problemstillinger som kan sette behandlingsrelasjonen på prøve.

## **Forholdet mellom skole og barnevernstjeneste.**

Her er problemstillingen en noe annen.

Barn med funksjonsnedsettelse har omfattende rettigheter etter opplæringslova. Både til alminnelig tilrettelegging opplæringslova § 1-3 og til spesialundervisning etter kapittel 5, samt til et godt psykososialt læringsmiljø jf. opplæringslova § 9a-3.

Mange barn med Aspergers, ADHD, Tourettes syndrom mistrives i skolen. De opplever skolen krevende og vond både faglig og sosialt. Å møte disse barna på en måte som ivaretar dem krever mye av både foreldre og av skole /PPT. Når forsøkene ikke lykkes opplever vi ofte at samarbeidsrelasjonen mellom foreldre og skole /PPT utvikler seg til å bli en ”kamp om skyld”. Det er en kjensgjerning at mange barn ikke får et godt nok skoletilbud, og at det i stor grad gjelder barna med de nevnte funksjonsnedsettelsene. Det er også en kjensgjerning at skolevegring er et fenomen som er blitt mer vanlig i den senere tiden.

Det er et behov for at barnevernstjenesten i disse sakene mer direkte også stiller krav og spørsmål til skolens og PPTs håndtering av sakene. Vi opplever ofte at så ikke gjøres og at uviljen barnevernet har til å problematisere mangler ved skolens rolle fører til en ubalansert saksfremstilling. Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse opplever ofte en kamp for å få et godt og fungerende opplæringstilbud på plass. Det er verd å merke seg at det ikke finnes tydelige retningslinjer for når PPT skal be BUP om hjelp i slike saker.

## **Forholdet kommunens helse- og omsorgstjeneste – Barnevernet.**

Samarbeidet mellom helsestasjonene og skolehelsetjenesten og barnevernet ser ut til å fungerer relativt godt.

Det er stor usikkerhet i kommunene om grensegangen mellom helse og omsorgstjenester som avlastning og støttekontakt, og barnevernstjenester. Vi møter ofte familier som sendes til barnevernet fordi kommunen oppfatter at der er budsjettet noe bedre, og der er verktøykassa større, uten at kommunen har bekymring for omsorgssituasjonen. Barnevernstjenesten bør være tydeligere på at slike saker faller utenfor deres mandat, og bistå foreldrene med å stille krav til kommunens helse- og omsorgstilbud gjennom søke på relevante helse- og omsorgstjenester og eventuelt delta i møter i stedet.

## **Øvrige kommentarer:**

### **s. 6 delmål annet kulepunkt:**

Forslag til tilføyelse:

«Symptomer på omsorgssvikt, også seksuelle overgrep og barn utsatt for vold i nære relasjoner, kan være helt lik symptomer som barn med funksjonsnedsettelse har. Dette kan være ADHD, Tourettes syndrom, Autisme og sjelden syndromer.»

### s 12 3. avsnitt:

Forslag til tilføyelse: «Det er viktig å utrede ungdom før de plasseres etter §§ 4-24/ 4-26 og både utrede omsorgsevne og om noe annet kan være årsak til atferdsvanskene.»

s. 19 andre setning:

Ad «koordinerte tiltak eller tjenester» bør det føyes til: «etter barnevernloven».

s. 34 andre avsnitt:

Forslag til tilføyelse:

«Barn med ADHD, Tourettes syndrom m har vansker med å få venner og holde på dem. Denne gruppen faller utenfor jevnaldergruppen og kan være et særlig godt offer for dem som overgriper seksuelt. «

Øvrige kommentarer:

Vi synes av og til at fokus på barnet blir borte spesielt der hvor det påpekes vanskeligheter f.eks. med samarbeid med andre instanser og oppfølging av fosterfamilier der barn har store atferdsvansker, hvor de foreslår institusjon i steden for.

Slik vi ser det blir veilederen for svak i forhold til å påpeke ansvaret Barnevernet har til å samarbeide med andre offentlige instanser som kjenner barnet og familien fra før. Det samme mener vi gjelder der hvor det er mistanke til en funksjonsnedsettelse eller komorbide lidelser til funksjonsnedsettelsen. Barnevernet må her ha en plikt til å bidra til henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Veilederen må fokusere meget sterkere i forhold til å påpeke spesialisthelsetjenesten som en sentral samarbeidspart når det gjelder barn med funksjonsnedsettelser, både i forhold til kompetanseheving generelt i Barnevernet og spesifikt i forhold til veiledning og oppfølging i fosterhjem/ institusjoner og ved sakkyndig arbeid i Barnevernet. Vi hadde i den forbindelse ønsket at flere av "bør" skulle skiftes ut med "må/skal". Feks pkt 2.4.3 " bør barnevernet vurdere om de skal delta i samarbeidet ...», her må Barnevernet ha en plikt til å delta - "ikke bør vurdere." Det er flere av disse underveis i dokumentet, se spesielt pkt 4.1.

Setningen i pkt 4 øverst på s 45: "Oversikten er ikke egnet til diagnostisering", er uheldig. Denne mener vi kan gi feil signaler om at Barnevernet har diagnostiserings kompetanse for barn med funksjonsnedsettelser, men at ikke oversikten er fyllestgjørende. Barnevernet verken har anledning til eller kompetanse til å diagnostisere funksjonsnedsettelser. Vi foreslår derfor at anbefaler at setningen fjernes eller suppleres med en setning om hvem som kan diagnostisere funksjonsnedsettelser.

Pkt 6.3 s 102

Behov for utredning av tilleggsproblematikk?

Der står sansetap nevnt eksplisitt og lærevansker, men ikke psykiske eller somatiske tilleggslidelser, som barn med funksjonsnedsettelse kan ha. Det bør føyes til.

Pkt 6.4 s 104 Observasjon av samhandlingen mellom foreldre og barn

Her mener vi det bør tilføyes at observasjon av samspill mellom barnet og andre omsorgspersoner (familien, barnehage, skole, avlastning, fritid el) bør gjennomføres for å kunne få informasjon om barnets samspillsmønstre. Informasjon fra disse personene er ikke tilstrekkelig for at Barnevernet skal kunne gjøre en så alvorlig konklusjon som at samspill mellom foreldre og barnet er dysfunksjonelt.

Forslag til ny tekst:

#### **4.6. Attention Deficit Hyperactivity disorder -ADHD**

ADHD står for «Attention Deficit Hyperactivity Disorder»: oppmerksomhetssvikt med hyperaktivitet. Diagnosen kan stilles når oppmerksomhetsvansker, overaktivitet eller impulsivitet skaper betydelige vansker i hverdagen, har vart i minst et halvt år, og viser seg i ulike situasjoner, og dessuten ikke bedre forstås som uttrykk for en annen tilstand eller diagnose.

ADHD omtales som hyperkinetisk forstyrrelse iht diagnoseverktøyet ICD-10 og Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder iht DSM V.

ADHD er en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse. I motsetning til fysiske funksjonsnedsettelse som ofte er synlige og derved forståelige, vil Barnevernet møte en god del barn og ungdom med denne usynlige funksjonsnedsettelsen. Mange av disse vil kunne være udiagnostiserte og ubehandlede for sin ADHD. Adferden til disse vil kunne fremstå lik som barn utsatt for omsorgssvikt, men ha en helt annen årsaksforklaring og kreve helt andre tiltak.

I følge Helsedirektoratet er det i Norge vanlig å regne med at 3-5 prosent av barn og unge under 18 år har en forstyrrelse i tråd med kriteriene for ADHD. Flere gutter enn jenter får diagnosen. Jenter med ADHD har høyere risiko for å utvikle alvorlig depresjon enn jenter uten ADHD (115).

#### **Årsaksfaktorer**

Det er påvist avvik i gener for transport eller binding av signalstoffet dopamin i hjernen. ADHD er meget arvelig og genetikk forklarer mellom 70 – 90 % av tilfellene. Det vil være et mindretall som fyller de adferds baserte ADHD kriteriene uten at det primært er genetikk som ligger til grunn. Skader på nervesystemet, forgiftninger, komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel kommer i denne gruppen.

## **Symptomer og kjennetegn**

Kjernesymptomene ved ADHD er konsentrasjonsproblemer/oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, og impulsivitet.

Merk at man kan også ha uoppmerksom type ADHD hvor man oppfyller kriteriene for oppmerksomhetsvanske/ konsentrasjonsproblemer, men **ikke** har hyperaktivitet eller impulsivitet. Blant jenter med ADHD er prosenten som har uoppmerksom type ADHD større enn blant gutter.

## **Konsentrasjonsproblemer**

Personer med ADHD har vansker med å fange opp muntlige beskjeder og holde oppmerksomheten over tid på det de skal. De kan ha vansker med å bearbeide informasjon, og kan derfor få problemer med å følge instruksjoner, gjennomføre oppgaver og organisere egne aktiviteter. For andre kan det virke som om de ikke hører etter. De unngår eller misliker gjerne oppgaver som krever vedvarende oppmerksomhet. De skifter ofte fra en aktivitet til en annen, uten å gjøre noe ferdig. De er lette å distrahere, glemsomme og mister lett ting.

### **Hyperaktivitet:**

Barn og unge med ADHD har ofte mye uro i hender og føtter. På skolen kan for eksempel barnet forlate plassen sin i timen og bevege seg omkring i klasserommet. Andre kjennetegn er støyende lek og mye kroppslig aktivitet. De prater ofte mye uten å tilpasse seg den situasjonen de er i. Ungdom og voksne har ikke det samme høye aktivitetsnivået, men er ofte rastløse.

### **Impulsivitet:**

Personer med ADHD handler ofte impulsivt. Dette innebærer at de handler før de har tenkt seg om. Det fører gjerne til at de svarer før et spørsmål er avsluttet, ikke klarer å vente på tur og avbryter. Disse symptomene er mest karakteristiske hos barn, men kan også være uttalte hos ungdom og voksne.

Barn med ADHD er gjerne mer umodne enn sin biologiske alder skulle tilsi. De kan ofte ha problemer med å få venner og kan bli ensomme. Det er særdeles viktig at barn med ADHD fanges opp tidligst mulig og hjelpes med tilrettelegging og behandling for å forhindre skade på barnets selvfølelse, forhindre utvikling av angst og depresjon, forebygge risiko for skjevutvikling som skoledropout, atferdsproblemer, rus og kriminalitet.

## **Tilleggsvansker**

Over halvparten av barn og ungdom med ADHD oppfyller kriteriene for minst en annen tilstand. De vanligste tilleggs -tilstandene er lærevansker/ utviklingsforstyrrelser, adferdsvansker/ forstyrrelser, angst, tics, søvnvansker, depresjon og angst.

## **Hvordan konstateres ADHD?**

Diagnostisering skjer i spesialisthelsetjenesten.

Alle diagnoser innen psykisk helse i dag er basert på adferd som kan observeres, enten det dreier seg om depresjon, angst, adferdsforstyrrelser, autisme, psykoser eller ADHD. For ADHD lister diagnosemanualen opp ni symptomer på oppmerksomhetsvansker og ni for hyperaktivitet og impulsivitet. Den lege- eller psykolog-spesialist som er ansvarlig for diagnostisering må vurdere om minst seks av ni symptomer i hver kategori er tilstede i ulike situasjoner, har vart over tid og fører til betydelige vansker i hverdagen. Alternative forklaringer må også vurderes. Til hjelp i dette arbeidet brukes strukturerte kliniske intervjuer, normerte spørreskjemaer til foreldre, lærere og personen selv (hvis han/ hun er gammel nok) tester og direkte observasjoner. Mye av arbeidet vil dreie seg om å vurdere hvorvidt andre tilstander kan gi liknende symptomer.

## **Differensialdiagnostikk**

Fordi konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet forekommer ved en rekke andre tilstander enn ADHD, må alle vurderinger av en ADHD diagnose ledsages av en kartlegging av mulige differensialdiagnostiske tilstander.

Det er mange grunner til at barn og ungdom kan bli urolige og ukonsentrerte. Barn med ADHD kan bli utsatt for omsorgssvikt og overgrep lik andre barn. Ulike belastninger som f.eks. omsorgssvikt, eller traumer vil kunne gi slike reaksjoner. Engstelse, tristhet og andre psykiske vansker vil også kunne ha disse symptomene. Det er også somatiske sykdommer som for eksempel epilepsi som kan vise seg gjennom symptomer som likner det en ser ved ADHD. I tillegg vil også barn og unge med ADHD kunne ha tilleggsvansker som kan forsterke ADHD-symptomene. Utviklingshemming kan også føre til at barna blir urolige og ukonsentrerte.

Denne kompleksiteten med mange vansker samtidig medfører at det må gjøres et grundig diagnostisk arbeid for å få tilstrekkelig god oversikt til å kunne gi god nok hjelp. Der hvor en treffer på barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, vil det være viktig med henvisning til spesialisthelsetjenesten (BUP) for diagnostisk undersøkelse. Barn og unge som diagnostiseres med ADHD vil ofte ha behov for flere hjelpetiltak samtidig.

Dette er viktig av flere grunner å finne årsak til barnets adferd. Det finnes flere eksempler der barn er blitt plassert i fosterhjem på grunn av krevende adferd som ved senere undersøkelser viste seg å ha nær sammenheng med en uopptatt ADHD. Som en hovedregel kan man si at grunnsymptomene ved ADHD også vil være til stede etter omsorgsplassering, mens emosjonelle og atferdsmessige vansker som henger sammen med sviktende omsorg i større grad kan dempes med vellykket omplassering.

## **Behandling ved ADHD**

Behandling skal være helhetlig og kombinasjon av god medisiner og pedagogiske og psykososiale tiltak inngår i dette. God medisiner er ofte en forutsetning for å få effekt

av andre tiltak. Medisiner øker også ofte evnen til å skaffe seg venner og å beholde dem og kan forhindre depresjon og angst.

Barn og ungdom kan ha problemer med å mestre egne tanker, ha vansker i sosiale sammenhenger og, og ha vansker med å planlegge hverdagen. Utviklingen hos barn og unge med ADHD kan bli påvirket av hvordan omgivelsene klarer å forstå barnets utfordringer og hjelpe barnet og familien. Det er svært viktig at de som skal ivareta barnet har kunnskap om ADHD og at barnet og familien opplever seg sett og forstått. Det er viktig at barnevernet går inn og hjelper familiene med å få de offentlige støtteordninger de har krav på. Foreldre i slike hjem har ofte meget krevende omsorgsoppgaver og kjenner seg ofte veldig alene i det det ofte er vanskelig å få riktig tiltak på plass i skole og støtteapparat for øvrig. Det er lite kunnskap og forståelse om ADHD fortsatt i det offentlige.

Barn og ungdom med ADHD trenger som regel ekstra hjelp i barnehage eller skole. Barn med ADHD vil på grunn av sine konsentrasjonsvansker og uro ofte kunne underryte i skolefag. Tilrettelegging og spesialpedagogiske tiltak i barnehage og skole er blant de vanligste og viktigste hjelpetilbudene til barn og ungdom med ADHD. Se for veiledning mot tilrettelegging: nasjonale retningslinjer for ADHD vedlegg 1: Tilpasset opplæring for elever med ADHD. Se også ADHD Norge sin lærerguide på hjemmesiden [www.ADHDnorge.no](http://www.ADHDnorge.no).

Om lag halvparten av de som har fått ADHD diagnose i oppveksten oppfyller ikke kriteriene i voksen alder. For mange vil synlig hyperaktivitet i oppveksten gå over i en slags indre uro eller rastløshet. Mange kan streve med restsymptomer i voksen alder selv om de ikke fyller diagnosekriteriene.

Personer med ADHD er like intelligente som andre mennesker og ofte besitter man gode ressurser. Har du sett en med ADHD har du bare sett en – for alle er ulike. Enkelte har behov for tilrettelegging for å ta i bruk sine ressurser, og andre ikke.

Siden ADHD i høy grad er arvelig, vil barn med ADHD relativt ofte ha foreldre med samme diagnose, og flere søsken kan også ha ADHD. Dette er det viktig at barnevernet er klar over i støtten og bistanden til familien idet foreldrene kan streve mer med gjennomføring av strukturerte adferds tiltak enn andre foreldre.

*Her finner du mer informasjon:*

*Nasjonalt kompetansesenter om AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi:*

[www.nasjkom.no](http://www.nasjkom.no)

<http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/ADHD/Om-ADHD.aspx>

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd/Sider/default.aspx>

[www.adhdnorge.no](http://www.adhdnorge.no)

<http://www.r-bup.no/pages/dc-0-3-r-kartlegging-og-diagnostisering-av-vansker-hos-sped-og-smabarn>

*Du kan lese om dagliglivet i familier der barnet har ADHD i doktoravhandlingen til Øyfrid Larsen Moen, se <http://kau.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:697269>*



## Øvrige kommentarer:

### s. 124 Støttekontakt

Som de fremgår foran har barn med nedsatt funksjonshemming vansker med å skaffe seg venner og beholde dem. Det bør derfor i større grad vurderes støttekontakt som kan ivareta jevn alder sosialisering. Dette kan gjøres ved at flere barn har en til to støttekontakter og er sammen i gruppe på aktiviteter. Dette har fungert bra for barn med ADHD.

### s.125 Leksehjelp

Leksehjelpen gis ofte i for store grupper og med ukvalifisert ledelse. Støy kan svekket konsentrasjonen. Det kan nevnes at barn med funksjonsnedsettelse kan får SFO/Aktivitets-skole inntil 12 år.

### s.145 om fosterhjem

Tilsyn i fosterhjem bør med. Å få en tilsynsfører i fosterhjemmet som har kompetanse om ADHD er en god ressurs.

### Pkt 9 Ettervern for ungdom over 18 år.

Barn som har vært under barnevernet er ofte generelt mer umodne enn andre barn. Barn med ADHD er ofte umodne for alderen og trenger ettervern, støtte og oppfølging i lengre perioden enn det som er vanlig for ungdom uten ADHD. Mange med ADHD skulle hatt en «sekretær» eller en som loser dem gjennom systemene og hjelper dem til å få organisert seg og få orden på det praktiske i tilværelsen. Tilsynsfører i fosterhjem burde kunne fortsette å jobbe med ungdommene på ettervern.

Med hilsen  
ADHD Norge

---

Marianne Oftedahl  
Generalsekretær