**Nedsatt funksjonsevne?**

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne i barnevernet - en veileder -

*En veileder for barnevernet*

**Innhold:**

[1 Innledning 8](#_Toc402433347)

[1.1 Målgruppe 8](#_Toc402433348)

[**1.2** Formål 8](#_Toc402433349)

[1.3 Bakgrunn 10](#_Toc402433350)

[1.4 Oppbygging av veilederen 12](#_Toc402433351)

[Del 1 13](#_Toc402433352)

[2 Overordnet perspektiv 13](#_Toc402433353)

[2.1 Fokus på barnets behov 13](#_Toc402433354)

[2.2 Barnevernets ansvar for barn med nedsatt funksjonsevne 14](#_Toc402433355)

[2.3 Tiltak etter ulike lovverk 17](#_Toc402433356)

[2.4 Tverretatlig samarbeid 19](#_Toc402433357)

[2.4.1 Individuell plan 21](#_Toc402433358)

[2.4.2 Koordinerende enhet og koordinatorrollen 22](#_Toc402433359)

[2.4.3 Hvilket ansvar har barnevernet mht. koordinatorrollen og individuell plan? 24](#_Toc402433360)

[2.5 Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett 25](#_Toc402433361)

[2.5.1 Opplysningsplikt til barneverntjenesten 26](#_Toc402433362)

[2.6 Bruk av tolk og kommunikasjonsformidlere 28](#_Toc402433363)

[2.6.1 Kommunikasjon ut fra foreldres forutsetninger 28](#_Toc402433364)

[2.6.2 Samtale med barn og unge som har kommunikasjonsutfordringer 29](#_Toc402433365)

[2.6.3 Valg av tolk 31](#_Toc402433366)

[2.7 Viktige momenter i dette kapitlet 32](#_Toc402433367)

[3 Informasjon om barn og unge med nedsatt funksjonsevne 33](#_Toc402433368)

[3.1 Begrepene nedsatt funksjonsevne og funksjonshemming 33](#_Toc402433369)

[3.2 Foreliggende kunnskap om omsorgssvikt og barn og unge med nedsatt funksjonsevne 34](#_Toc402433370)

[3.2.1 Faktorer som bidrar til økt risiko for barn og unge med nedsatt funksjonsevne 36](#_Toc402433371)

[3.3 Tilknytning 38](#_Toc402433372)

[3.3.1 Barn med funksjonsnedsettelser og tilknytning 39](#_Toc402433373)

[3.4 Funksjonsnedsettelse i et minoritetsperspektiv 42](#_Toc402433374)

[*3.5* Viktige momenter i dette kapitlet 45](#_Toc402433375)

[4 Ulike former for funksjonsnedsettelser – en kort presentasjon 47](#_Toc402433376)

[4.1 Når bør barnet utredes? 48](#_Toc402433377)

[4.1.1 Omsorgssvikt eller funksjonsnedsettelse? 49](#_Toc402433378)

[4.2 Autismespekterforstyrrelser 50](#_Toc402433379)

[4.2.1 Symptomer og kjennetegn 50](#_Toc402433380)

[4.2.2 Likhet i uttrykk mellom tilknytningsforstyrrelser og autismespekterforstyrrelser 53](#_Toc402433381)

[4.2.3 Huskeregler ved kommunikasjon 53](#_Toc402433382)

[4.3 Synshemming 54](#_Toc402433383)

[4.3.1 Symptomer og kjennetegn 57](#_Toc402433384)

[4.3.2 . Kommunikasjon, språk, begrep 58](#_Toc402433385)

[4.3.3 Huskeregler ved kommunikasjon 59](#_Toc402433386)

[4.4 Hørselshemming 59](#_Toc402433387)

[4.4.1 Symptomer og kjennetegn 60](#_Toc402433388)

[4.4.2 Viktig å huske på ved kommunikasjon 62](#_Toc402433389)

[4.5 Utviklingshemming 63](#_Toc402433390)

[4.5.1 Symptomer og kjennetegn 68](#_Toc402433391)

[4.5.2 Huskeregler ved kommunikasjon 68](#_Toc402433392)

[4.6 Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) 70](#_Toc402433393)

[4.6.1 Symptomer og kjennetegn 71](#_Toc402433394)

[4.6.2 Huskeregler ved kommunikasjon 73](#_Toc402433395)

[4.7 Tourettes syndrom (TS) 73](#_Toc402433396)

[4.7.1 Symptomer og kjennetegn 74](#_Toc402433397)

[4.7.2 Huskeregler ved kommunikasjon 78](#_Toc402433398)

[4.8 Cerebral Parese 78](#_Toc402433399)

[4.8.1 Symptomer og kjennetegn 79](#_Toc402433400)

[4.8.2 Huskeregler ved kommunikasjon med barn med CP 81](#_Toc402433401)

[4.9 Fremadskridende (progredierende) hjernesykdommer 82](#_Toc402433402)

[4.9.1 Symptomer og kjennetegn 83](#_Toc402433403)

[4.9.2 Huskeregler ved kommunikasjon med barn med fremadskridende hjernesykdommer 83](#_Toc402433404)

[4.10 Sjeldne funksjonshemminger 84](#_Toc402433405)

[4.10.1 Symptomer og kjennetegn 85](#_Toc402433406)

[4.10.2 Kompetansesystem og kontaktinformasjon 86](#_Toc402433407)

[4.11 Viktige momenter i dette kapitlet 88](#_Toc402433408)

[del II Saksgang 90](#_Toc402433409)

[5 Bekymringsmelding 90](#_Toc402433410)

[5.1 Hva bør vekke bekymring? 91](#_Toc402433411)

[5.2 Foreldre som selv ønsker tiltak fra barnevernet 93](#_Toc402433412)

[5.3 VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET 95](#_Toc402433413)

[6 Undersøkelsesfasen 96](#_Toc402433414)

[6.1 Samtale med foreldre 97](#_Toc402433415)

[6.1.1 Samtale med foreldre med minoritetsbakgrunn 99](#_Toc402433416)

[6.2 Samtaler med barnet 101](#_Toc402433417)

[6.3 Innhenting av informasjon om barnets generelle og spesielle behov/helse og utvikling 103](#_Toc402433418)

[6.3.1 Avklaring av om barnet har en funksjonsnedsettelse eller ikke 105](#_Toc402433419)

[6.4 Observasjon av samhandlingen mellom foreldre og barn 107](#_Toc402433420)

[6.5 Konklusjon på undersøkelsen 108](#_Toc402433421)

[6.6 VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET 114](#_Toc402433422)

[7 Hjelpetiltak 117](#_Toc402433423)

[7.1 Råd og veiledning 119](#_Toc402433424)

[7.2 Hjelpetiltak 119](#_Toc402433425)

[7.2.1 Tiltak særlig rettet mot foreldre 120](#_Toc402433426)

[7.2.2 Tiltak direkte rettet mot barn og unge 127](#_Toc402433427)

[7.2.3 Program som ikke er spesielt rettet mot barn med funksjonsnedsettelse, men som likevel kan være aktuelle 128](#_Toc402433428)

[7.3 VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET 131](#_Toc402433429)

[8 Plassering utenfor hjemmet som følge av vedtak i Fylkesnemnda 132](#_Toc402433430)

[8.1 Akuttvedtak 136](#_Toc402433431)

[8.2 Langvarig plassering 137](#_Toc402433432)

[8.2.1 Barnebolig 138](#_Toc402433433)

[8.2.2 Barneverninstitusjon 139](#_Toc402433434)

[8.2.3 Fosterhjemsplassering 142](#_Toc402433435)

[8.2.4 Forsterket fosterhjem 146](#_Toc402433436)

[8.2.5 Tobaseløsning for barn med store behov 148](#_Toc402433437)

[8.3 Økonomisk ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene 149](#_Toc402433438)

[8.4 VIKTIGE MOMENTER I DETTE KAPITLET 152](#_Toc402433439)

[9 Ettervern for ungdom over 18 år 154](#_Toc402433440)

[9.1 En overgang der mange tjenester skal samordnes 155](#_Toc402433441)

[9.1.1 Tiltak for å lette overgangen 155](#_Toc402433442)

[9.2 Ungdom med fysisk funksjonsnedsettelse 156](#_Toc402433443)

[9.2.1 Bosituasjon 157](#_Toc402433444)

[9.2.2 Utdanning 159](#_Toc402433445)

[9.2.3 Los gjennom overgangen fra barn til voksen 160](#_Toc402433446)

[9.3 Ungdom med utviklingshemming 161](#_Toc402433447)

[9.3.1 Områder som vil trenge avklaring 161](#_Toc402433448)

[9.3.2 Vurderinger ved valg av bolig 162](#_Toc402433449)

[9.3.3 Omsorgspersoner som los over i en ny livsfase 162](#_Toc402433450)

[9.4 VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET 163](#_Toc402433451)

[10 Referanser 165](#_Toc402433452)

# **Forord**

Kommer i endelig utgaveInnledning

## Målgruppe

Denne veilederen er for deg som arbeider i barnevernet. Noen av dere har lang erfaring, noen er nyansatte. I arbeidet med veilederen har vi sett for oss barnevernansatte med liten trening i å arbeide med barn med funksjonsnedsettelse. Veilederen vil derfor fungere ulikt ut fra hvilket erfaringsgrunnlag du har. For deg som er nytilsatt med liten erfaring, vil det kunne være mye nytt stoff. For deg med mye erfaring, vil de enkelte temaene fungere som påminnelser om noe du allerede vet fra før.

Barnevernets samarbeidspartnere skal også kunne ha nytte av veilederen. Av den grunn er det tatt med noe informasjon om hvordan barnevernet arbeider, og henvisning til aktuelle paragrafer i barnevernloven. Informasjon ment for barnevernets samarbeidspartner er markert med egen bakgrunnsfarge.

## Formål

Veilederen skal bidra til å øke din kompetanse i arbeidet med barn og unge med nedsatt funksjonsevne som er, eller mistenkes å være, utsatt for omsorgssvikt, eller som av andre grunner har behov for tiltak fra barnevernet. Veilederen skal legge til rette for god praksisutøvelse i barnevernet og mellom barnevernet og barnevernets samarbeidspartnere.

EGEN BOKS

I forarbeidene til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven defineres nedsatt funksjonsevne slik:

Nedsatt funksjonsevne omfatter fysiske, psykiske og kognitive funksjoner. Fysiske funksjoner omfatter for eksempel bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, allergi, hjerte- og lungesykdommer. Med nedsatt psykisk funksjonsevne menes sykdommer og tilstander som regnes som psykiske lidelser.[[1]](#footnote-1) Nedsatt kognitiv funksjonsevne innebærer redusert evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, informasjonsbearbeidelse, problemløsing og ervervelse av kunnskap og erfaring.[[2]](#footnote-2)

God praksisutøvelse innebærer å se barnets situasjon i en helhet. Dette er en utfordring da lovverket legger opp til en delingsmodell. Delingsmodellen innebærer at ansvaret for finansiering og organisering av tilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne i barnevernet er delt mellom kommunenes helse- og omsorgstjeneste og barnevernet. Denne veilederen har som ambisjon å bidra til å bygge ned barrierene som motvirker en helhetlig tilnærming til barnets situasjon.

**Delmål**

* Veilederen skal bidra til å gi deg økt kunnskap om funksjonsnedsettelser og økt innsikt i livssituasjonen til barn og unge med funksjonsnedsettelser og deres familier. Slik kunnskap vil kunne gi deg innsikt som du kan anvende i møte med barn og unge og deres omsorgspersoner.
* Veilederen skal også bidra til å gi deg økt kompetanse til å kunne kjenne igjen symptomer som kan tyde på skjulte funksjonsnedsettelser, og som kan forveksles med omsorgssvikt.
* Veilederen skal også minne deg på at du må ta i bruk din generelle kompetanse på omsorgssvikt også overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse.
* Barnevernets samarbeidspartnere skal få kjennskap til barnevernets arbeidsmåter, og vice versa. Kjennskap til andre instansers arbeidsmåter kan fremme tverretatlig samarbeid til beste for barn og unge med funksjonsnedsettelse som lever i situasjoner preget av omsorgssvikt.
* Veilederen skal kunne brukes som et oppslagsverk som gir faglig støtte og rettledning. Veilederen gir eksempler på dilemmaer og god praksis i barnevernets arbeid med barn med nedsatt funksjonsevne.

## Bakgrunn

Barneverntjenesten kan støte på en rekke utfordringer når den skal vurdere om det skal iverksettes tiltak overfor barn med funksjonsnedsettelse og deres familier. For det første kan det være vanskelig å forstå eller oppdage om barnet har en funksjonsnedsettelse. For det andre kan det være vanskelig for barn med språklige utfordringer å gi uttrykk for hva de er utsatt for. Kommunikasjonsutfordringer kan derfor bidra til at omsorgssvikt hverken fanges opp av utenforstående som ikke kjenner barnet godt, eller av ansatte i barnevernet.

For det tredje kan det være vanskelig å avgjøre om barnets mulige problemer skyldes omsorgssvikt eller har sammenheng med barnets nedsatte funksjonsevne. Terskelen for å mistenke at barn og unge med funksjonsvansker utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt, kan være høyere enn den er for barn og unge uten slike vansker. Dette kan føre til at barnets utfordringer eller problemer vurderes som resultat av funksjonsnedsettelsen, og ikke som følge av omsorgssvikt eller overgrep.[[3]](#footnote-3) Og motsatt, hvis barnets funksjonsnedsettelse ikke er kjent, er det fare for at vansker som er knyttet til funksjonsnedsettelsen feilaktig tolkes som uttrykk for omsorgssvikt.

For det fjerde kan det være vanskelig å vurdere om utfordringer foreldrene opplever i den daglige omsorgen, skyldes at de ikke får tilstrekkelig hjelp fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen, eller, om utfordringene skyldes foreldrenes egenproblematikk/eventuelt vanskeligheter med å se og følge opp barnets behov mer generelt, og derfor har behov for foreldrestøttende hjelpetiltak i regi av barnevernet.

Overnevnte forhold innebærer noen særegne utfordringer når barneverntjenesten skal vurdere *om* det skal iverksettes tiltak. I tillegg kan manglende kunnskap om funksjonsnedsettelser gjøre det vanskelig for saksbehandler å vurdere *hva* som er det riktige tiltaket for barnet.

Dersom barnet må plasseres utenfor hjemmet kan det det være en utfordring å finne egnete fosterforeldre. Barnet vil trenge fosterforeldre som både kan ivareta dets særskilte behov knyttet til funksjonsnedsettelsen og til behov som følge av tidligere opplevelser av omsorgssvikt. Dersom barnet plasseres i institusjon vil mangelfull kompetanse på funksjonsnedsettelse *kombinert* med omsorgssvikt være en utfordring for de ansatte på institusjonen. Disse utfordringene er aktuelle enten barnet plasseres i en barnevernsinstitusjon eller i en institusjon for barn med nedsatt funksjonsevne.

Kostnadsfordeling mellom ulike instanser kan også by på utfordringer. Det kan oppstå uenighet om hvem som har ansvar og hvem som skal betale for tiltak. Slik uenighet kan oppstå mellom

* ulike etater i kommunen,
* to kommuner, hvis barnet/ungdommen er plassert utenfor omsorgskommunen
* kommunen og det statlige barnevernet (Bufetat).[[4]](#footnote-4)

Denne veilederen skal bidra til at det blir lettere for deg å håndtere disse utfordringene.

## Oppbygging av veilederen

Veilederen er todelt. Del I omfatter kapitlene 2-4 og skal gi overordnede perspektiv, kunnskap om funksjonsnedsettelser og omsorgssvikt. Her gis også en oversikt over noen av de mest vanlige funksjonsnedsettelsene. Sjeldne funksjonsnedsettelser nevnes også. I tillegg gis det tips om hvordan barnevernet kan få til en best mulig kommunikasjon med barna. Del II følger saksgangen i barnevernssaker og gir tips og anbefalinger i de ulike fasene.

# Del 1

# Overordnet perspektiv

Barneverntjenestens hovedoppgaver er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid og bidra til barn og unge får trygge oppvekstvilkår.[[5]](#footnote-5) Foreldrene har hovedansvaret for barns oppvekst og omsorg, men barneverntjenesten har et ansvar for å beskytte barn mot omsorgssvikt og mishandling. Barnevernloven gjelder for alle barn under 18 år som oppholder seg i Norge. Når barnet samtykker, kan tiltak som er iverksatt før barnet har fylt 18 år, opprettholdes eller erstattes av andre tiltak som er omhandlet i barnevernloven, inntil barnet har fylt 23 år.[[6]](#footnote-6)

## Fokus på barnets behov

Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne vil som oftest ha en mer krevende hverdag enn foreldre flest. Foreldrenes krevende hverdag kan derfor lett få stor oppmerksomhet og gjøre det vanskelig for barneverntjenesten å holde fokuset rettet mot hvordan foreldrene ivaretar barnets generelle og spesielle behov.

I egen boks:

Som en ansatt i barneverntjenesten fortalte i et intervju:

«Utfordringen når barna har nedsatt funksjonsevne er at det blir et stort fokus på hvor krevende de er for foreldrene, og så blir barna litt borte. Det er krevende når man skal undersøke om omsorgsevnen er god for et barn med funksjonsnedsettelse. Det blir fort at man tenker: Hvordan skal noen klare dette? Dette barnet er jo så krevende.»*[[7]](#footnote-7)*

Barnets rett til å bli hørt og si sin mening

Barn har rett til å bli hørt i saker som angår dem, og deres mening skal tillegges vekt i samsvar med alder og modenhetsnivå.[[8]](#footnote-8) Barn med nedsatt funksjonsevne har samme rett til å bli hørt som andre barn.

Barn og unge med funksjonsnedsettelse vil som regel ha behov for tiltak etter ulike lovverk. Retten til å bli hørt vil aktualiseres på flere tidspunkt i barnets oppvekst og må ivaretas av barnevernet så vel som av andre instanser.

Dersom barnet har kommunikasjonsutfordringer kan det hende at du må ta spesielle hensyn for å imøtekomme barnets rett til å bli involvert og ”hørt” i avgjørelser som angår dets liv. Dersom et barn har nedsatt kognitiv funksjonsevne må du vurdere om og eventuelt på hvilken måte barnet kan representere seg selv. Kapittel 4 gir deg nærmere tips om dette.

## Barnevernets ansvar for barn med nedsatt funksjonsevne

Barnevernet skal sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien når barnet på grunn av forhold i hjemmet eller av andre grunner har *særlige* behov for hjelp.[[9]](#footnote-9)

Dersom foreldrene selv ikke påser at barnet får nødvendig medisinsk eller annen behandling kan fylkesnemnda vedta at barnet skal få slik behandling, jf. Bvl. § 4-10 og 4-11.[[10]](#footnote-10)

Dersom foreldre eller den som har omsorg for barnet, utsetter det for psykiske og/eller fysiske overgrep eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare, kan det vedtas omsorgsovertakelse, jf. bvl. § 4-12.

Dersom unge med funksjonsnedsettelse viser alvorlige atferdsvansker i form av kriminelle handlinger eller ved misbruk av rusmidler, vil institusjonsplassering uten eget samtykke kunne være aktuelt jf. bvl. § 4-24. Plasseringen kan også skje frivillig hvis ungdommen samtykker i plassering i institusjon, eller samtykker i tilbakeholdelse i institusjon for en tidsavgrenset periode, jf. § 4-26.

Barneverntjenesten har også et ansvar for å medvirke til at andre aktuelle instanser i første- og andrelinjetjenesten ivaretar sine oppgaver overfor barnet.[[11]](#footnote-11) Dette kan noen ganger bety å bistå foreldre i å påklage avslag på hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Barneverntjenesten bør også, i likhet med det øvrige hjelpeapparat, informere familien om hvilke interesseorganisasjoner som finnes for personer med funksjonsnedsettelser. Det bør også informeres om hva deltakelse i en organisasjon kan bety for foreldre som ikke har et stort nettverk å støtte seg til. Det kan være særlig viktig å informere innvandrerforeldre om dette da mange innvandrerforeldre til barn med nedsatt funksjonsevne gir uttrykk for at de har liten støtte i sitt sosiale nettverk.[[12]](#footnote-12)

INFOboks

**Interesseorganisasjoner**

Interesseorganisasjonene kan ha utgangspunkt i en bestemt diagnose eller de kan dekke et videre spekter av funksjonsnedsettelser. Det finnes paraplyorganisasjoner (f.eks. FFO og SAFO) som opptrer på vegne av flere av medlemsorganisasjonene. Organisasjonene har fokus på interessepolitikk, råd og veiledning, likepersonsarbeid og sosiale aktiviteter.[[13]](#footnote-13)

Gjennom kontakt med en interesseorganisasjon, kan familien treffe andre i samme situasjon. De kan også få opplysninger om hvilke tjenester de kan ha rett på, og hvordan en søknads- og klageprosess foregår m.m.[[14]](#footnote-14)

Deltakelse i interesseorganisasjoner kan ha stor betydning for familiens mestring av sin situasjon blant annet gjennom likepersonsarbeid. Organisasjonsdeltakelse kan også ha betydning for identitet og selvforståelse i en situasjon der foreldre har få rollemodeller. I tillegg gir deltakelse tilgang til informasjon både om funksjonsnedsettelsen, om rettigheter[[15]](#footnote-15) og om praktisk hjelp.[[16]](#footnote-16)

## Tiltak etter ulike lovverk

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne, og deres omsorgspersoner, vil ofte ha behov for tiltak fra flere etater, og tiltakene vil være regulert av ulike lovverk og ulike forskrifter.[[17]](#footnote-17) Aktuelle helse- og omsorgstjenester fra kommunen[[18]](#footnote-18) er f.eks.

* legetjenester
* helsesøstertjenester
* fysioterapi
* ergoterapi
* psykologbistand

Behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten er også ofte aktuelt. Dette inkluderer:

* sykehusenes barneavdelinger
* barnehabiliteringstjenesten[[19]](#footnote-19)
* psykisk helsevern for barn og unge[[20]](#footnote-20) [[21]](#footnote-21) [[22]](#footnote-22)

Kommunens helse- og omsorgstjeneste har hovedansvaret for å yte, finansiere og organisere tjenester til familier med barn med nedsatt funksjonsevne.[[23]](#footnote-23) Støttekontakt, og besøks- og avlastningshjem er eksempler på slike ytelser.

NAV kan gi ytelser i form av omsorgspenger, pleiepenger og opplæringspenger. Grunnstønad[[24]](#footnote-24) kan gis til å dekke ekstrautgifter som er oppstått på grunn av en sykdom, skade eller medfødte feil og misdannelser (lyte). Hjelpestønad[[25]](#footnote-25) kan gis til personer som har et særskilt behov for pleie og tilsyn på grunn av sykdom, skade eller har en medfødt funksjonshemming. Forhøyet hjelpestønad kan gis til barn og unge under 18 år dersom de har et pleie- og tilsynsbehov som er vesentlig større enn det som dekkes av ordinær hjelpestønad. Familier som har barn med omfattende funksjonsnedsettelser, kan få fast kontaktperson på hjelpemiddelsentralen. Bruk av hjelpemidler gir muligheter for tilrettelegging av omgivelser for lek og læring.[[26]](#footnote-26)

Den kommunale barneverntjenesten skal på sin side bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Noen barn med nedsatt funksjonsevne vil kunne ha behov for noen av de samme tiltakene fra barneverntjenesten som helse- og sosialtjenesten kan sette inn.. Barnevernets tiltak vil i slike tilfeller ikke være knyttet til diagnosen, men settes inn på grunn av forholdene i hjemmet eller hvis barnet av andre grunner har særlig behov for det. *For oversikt over familiens rettigheter når de har barn eller unge med nedsatt funksjonsevne, se: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-og-unge-med-nedsatt-funksjonsevne-hvilke-rettigheter-har-familien-revidert-utgave/Publikasjoner/barn-og-unge-med-nedsatt-funksjonsevne-hvilke-rettigheter-har-familien.pdf*

*Se også http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/bld/Nyheter-og-pressemeldinger/Nyheter/2013/like-muligheter-for-alle-barn.html?id=735391 «Like muligheter for alle barn. Regjeringens mål og tiltak for barn og unge med nedsatt funksjonsevne».*

## Tverretatlig samarbeid

Barn og unge med funksjonsnedsettelse som utsettes for omsorgssvikt eller som av andre grunner har behov for hjelp, vil ofte ha behov for hjelp fra flere offentlige instanser. I førstelinjen kan dette dreie seg om primærhelsetjenesten, helsestasjonen, skolehelsetjenesten, politi, barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste (PPT) og familievernet. I andrelinjen kan det dreie seg om psykisk helsevern for barn og unge, habiliteringstjenesten, øvrige spesialisthelsetjenester samt statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped). Dette krever god koordinering og godt tverretatlig samarbeid.

INFOBOKS Det kan ta lang tid å få på plass de tjenestene som trengs. Mange foreldre må gå mange søknads- og klagerunder før de får innvilget de tjenestene de har behov for. Det er heller ikke uvanlig at foreldre opplever at de får rollen som koordinator og pådriver i møte med hjelpeapparatet på grunn av mangler i rutiner, tiltak, koordinering og oppfølging.[[27]](#footnote-27) Noen foreldre opplever det som mer slitsomt å kjempe for å få de nødvendige tjenester på plass enn å ha omsorgen og ansvaret for barnet. Familiens forhold til hjelpeapparatet kan derfor være problematisk og oppleves som svært belastende.

**Hva vanskeliggjør samarbeid?**

Kulturforskjeller eller skjev maktbalanse kan vanskeliggjøre samarbeid mellom ulike etater. Det samme kan manglende avklaring eller uenighet om ansvar og oppgavefordeling. Når det gjelder barn og unge med funksjonsnedsettelse som utsettes for omsorgssvikt, kan også andre forhold bidra til samarbeidsproblemer:

* Fagpersoner som har kompetanse på ett enkelt område, kan ofte mangle kompetanse på kombinasjonen av omsorgssvikt og funksjonsnedsettelse.
* Å være åpen om egen uvitenhet kan være vanskelig, og mangel på slik åpenhet kan hindre godt samarbeid.
* Noen fagfolk kan fokusere på barnets spesielle behov, mens andre har fokus på barnets mer generelle behov.

Manglende kjennskap til andres fagkunnskap, lovgrunnlag og ansvarsområder kan også forringe samarbeidet. Det kan også oppstå usikkerhet om hvor mye informasjon som kan formidles til samarbeidspartnere. Uenighet om hvem som skal ta ansvar for eller finansiere ulike hjelpetiltak, kan også vanskeliggjøre samarbeidet.

**Hva fremmer godt samarbeid?**

Formalisert samarbeid på generelt grunnlag fremmer godt samarbeid i enkeltsaker. Gjennom formalisert samarbeid får tjenestene kjennskap til hverandres rutiner og roller. Kunnskap om hverandres oppgaver, regelverk og rutiner, kombinert med gode rutiner for samarbeid, har vist seg å være gode virkemidler for å få til godt samarbeid i enkeltsaker.

Godt samarbeid forutsetter også at fagpersoner respekterer hverandres fagkunnskap, inkluderer hverandre og utveksler tilstrekkelig informasjon. Tett og velfungerende samarbeid skaper trygghet og tillit, og fører til at ansatte opplever at de kan gi familien et helhetlig og tilpasset tilbud.[[28]](#footnote-28) Studier viser at godt samarbeid med foreldre fremmer et godt tverretatlig samarbeid.[[29]](#footnote-29) En viktig basis for et godt samarbeid med foreldre er anerkjennelse av foreldrenes kunnskap om barnets vansker og hvilke utfordringer dette medfører for familiens dagligliv.

Noen ganger er det krevende å skape et godt samarbeid med familien. Et aksjonsforskningsprosjekt har sett på gruppeveiledning som fremmet oppmerksomhet på egne kroppslige reaksjoner, som for eksempel anspenthet, i møte med mennesker i vanskelige livssituasjoner. De fant at større oppmerksomhet på og aksept av egne kroppslige reaksjoner førte til at de så seg selv tydelgere som medskapere i samarbeidet. De viste også større ro, og erfarte større handlingsrom.[[30]](#footnote-30)

### Individuell plan

Barn og unge med funksjonsnedsettelse som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan.[[31]](#footnote-31) Generelt ligger ansvaret for utarbeidelse av planen hos kommunens helse- og omsorgstjeneste og hos helseforetakene for pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.[[32]](#footnote-32) Har barnet behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunenes helse- og omsorgstjeneste og helseforetakene samarbeide med disse.[[33]](#footnote-33) Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten/brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. Tilsvarende gjelder ved valg av koordinator. Se pkt. 2.4.2 for nærmere beskrivelse av koordinatorrollen.

Barneverntjenesten har også et ansvar for å utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester, dersom det anses som nødvendig for å skape et helhetlig tilbud til barnet, og det foreligger samtykke.[[34]](#footnote-34) Dette betyr *ikke* at det skal utarbeides to individuelle planer – men planen skal utarbeides i samarbeid med de instanser barnet mottar tjenester fra.

Når det gjelder barnevernets eget arbeid må dette forankres i en tiltaksplan hvis barnet eller ungdommen mottar hjelpetiltak, og en omsorgsplan hvis han eller hun er plassert utenfor hjemmet.

En individuell plan skal sammenfatte vurderinger av behov og virkemidler, og beskrive et helhetlig tjenestetilbud. Planen skal tilpasses behovene til det enkelte barn, og utarbeides i et samarbeid mellom barn/foresatte, koordinator og aktuelle fagpersoner. Hensikten med individuell plan er å styrke samhandlingen mellom tjenestemottaker, tjenesteytere og etater. Individuell plan bidrar til at ansvaret plasseres, at involverte tjenesteytere er bedre informert og oppdatert, samt at barnet/foresatte får færre å forholde seg til. For at en individuell plan skal fungere etter intensjonen må den brukes aktivt og revideres når behovene endrer seg.

### Koordinerende enhet og koordinatorrollen

Ansvaret for at det utarbeides en individuell plan ligger til den koordinerende enheten i hver kommune. Koordinerende enhet skal være et «sted å henvende seg til»; et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere, og en pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliterings- og habiliteringsvirksomheten generelt.

Koordineringsfunksjonen skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig både for tjenestemottakerne og for samarbeidspartnerne.[[35]](#footnote-35) Enhetens oppgave er å legge til rette for god samhandling mellom barn/foresatte og tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.[[36]](#footnote-36) Koordinerende enhet har ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorer.

Det mangler regler om hvem som skal eller bør oppnevnes som koordinator. I de fleste tilfellene vil det være naturlig at koordinatorfunksjonen legges til en kommunalt ansatt tjenesteyter som er involvert i arbeidet med barnet. Ved valg av koordinator bør det legges vekt på barnets/foresattes ønske, men det er kommunen som har det avgjørende ordet. Kommunen må ved oppnevning av koordinator legge vekt på og legge til rette for at den som oppnevnes kan ivareta koordinatorrollen på en god og hensiktsmessig måte. Den som oppnevnes bør ha god oversikt over tjenesteapparatet, samt en viss oversikt over lovhjemlede rettigheter.

Koordinator skal koordinere arbeidet rundt barnet og familien, og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator skal formidle videre til medlemmene i gruppen de konkrete problemstillingene som barnet/foresatte etterspør løsninger på, men det er den enkelte fagpersons ansvar å følge opp sine oppgaver og områder.[[37]](#footnote-37) Hovedformålet med bestemmelsen er å sikre at det til enhver tid er en bestemt tjeneste som har hovedansvar for oppfølgingen av barnet. Samtidig innebærer bestemmelsen en oppfordring til formalisering av samarbeidet mellom ulike tjenester som er involvert i arbeidet rundt barnet og familien.[[38]](#footnote-38)

### Hvilket ansvar har barnevernet mht. koordinatorrollen og individuell plan?

Der en individuell plan er utarbeidet før barnet kommer i kontakt med barnevernet, bør barnevernet vanligvis vurdere om de skal delta i det samarbeidet som allerede er etablert rundt planen. Barnevernets deltakelse i dette samarbeidet forutsetter at foreldrene ønsker det, og at det anses som hensiktsmessig ut fra hva som er formålet med hjelpetiltakene som er satt inn.

Dersom det ikke foreligger en individuell plan, bør barnevernet i samråd med foreldrene ta kontakt med koordinerende enhet i kommunen, og be den ta ansvar for å oppnevne en koordinator og for utarbeidelse av individuell plan. Hvilken rolle barnevernet skal ha i arbeidet med individuell plan må deretter avklares i samarbeid med andre involverte tjenester og familien.

Koordinatorrollen innehas gjerne av den som er brukerens hovedtjenesteyter, en rolle som vil kunne endre seg over tid. For personer med nedsatt funksjonsevne og som vil ha behov for ulike former og grader av tjenester gjennom livet, vil koordinatorrollen som regel ivaretas av ulike personer gjennom livsløpet.

Hvis barneverntjenesten er ønsket som instans for koordinatorrollen, bør det vurderes om rollen er i samsvar med de oppgaver barnevernet skal ivareta i barnevernssaken og hvor lenge barnevernet vil ha kontakt med familien. I barnevernssakens undersøkelsesfase vil det være usikkert om undersøkelsen resulterer i barneverntiltak eller om saken blir henlagt som barnevernssak. I denne fasen er det derfor ikke hensiktsmessig at barneverntjenesten påtar seg rollen som koordinator. Dersom det blir satt inn hjelpetiltak, vil den planlagte varigheten av tiltaket være viktig. Varigheten av tiltaket er nært knyttet til foreldrenes samtykke til tiltaket. Når det gjelder frivillige hjelpetiltak kan foreldre når som helst trekke tilbake sitt samtykke til tiltak, noe som kan føre til at barnevernssaken avsluttes. I saker der det er satt inn hjelpetiltak, kanbarneverntjenesten i tillegg komme i en dobbeltrolle mht. vurdering av om hjelpetiltaket er tilstrekkelig til å bedre barnets situasjon, og rollen som koordinator. Hvis barnevernet har overtatt omsorgen for barnet, vil barnevernet kunne påta seg koordinatorrollen for en individuell plan i en tidsavgrenset periode.

Uavhengig av om barnevernet tar på seg koordinatorrollen eller ikke, må barnevernet være i dialog med kommunens koordinerende enhet, eventuelt koordinator, for å sikre et godt samarbeid med andre involverte instanser. I saker der barnevernet har satt inn hjelpetiltak eller har overtatt omsorgen for barnet, bør barneverntjenesten vurdere om den skal delta på samarbeidsmøtene. Vurderingen bør gjøres i dialog med foreldre/fosterforeldre/barnet selv.

## Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett

Offentlige tjenesters muligheter og plikter for samarbeid med andre er regulert i forvaltningsloven, helsepersonelloven samt i spesiallovgivningen for de ulike tjenester.[[39]](#footnote-39) I praksis utgjør samtykke og anonymisering de viktigste unntakene fra taushetsplikt. Dersom det foreligger et informert samtykke fra personer med samtykkekompetanse, eller personopplysningene er fullstendig anonymisert, gir dette grunnlag for å dele opplysninger med andre (opplysningsrett). I tillegg finnes særlige lovbestemte unntak fra taushetsplikten i gitte situasjoner, og da er det ikke nødvendig med samtykke eller anonymisering. I prinsippet danner et samtykke best faglig grunnlag for å meddele opplysninger til andre tjenesteutøvere. Hvis det ikke er nødvendig å relatere spesifikke problemer til en bestemt person, kan anonym presentasjon og drøftelse av problemstillinger være en løsning.

### Opplysningsplikt til barneverntjenesten[[40]](#footnote-40)

Generelt innebærer opplysningsplikten for offentlige ansatte og andre som utøver oppgaver for stat eller kommune, en plikt til – på eget initiativ eller etter pålegg om dette – å gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn utsettes for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt, for eksempel vold eller seksuelle overgrep. Plikten gjelder også når barnet har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker.[[41]](#footnote-41) Også psykisk omsorgssvikt som manglende emosjonell omsorg, omfattes av bestemmelsen.[[42]](#footnote-42) Opplysningsplikten gjelder helsepersonell[[43]](#footnote-43), barnehage/skole[[44]](#footnote-44) og sosialtjenester i NAV.[[45]](#footnote-45) Opplysningsplikten går uansett alltid foran taushetsplikten.[[46]](#footnote-46)

Plikten utløses hvis det er forhold som *gir grunn til å tro.* I rundskriv til for eksempel helsepersonelloven og barneverntjenesten utdypes det at uttrykket ”grunn til å tro” innebærer at det ikke kreves sikker viten om situasjonen, men det må foreligge forhold som underbygger mistanke om at barnet blir utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt. Selv om det skal gjøres en vurdering av risikoen, skal personer i tjenesteapparatet (helsetjenesten, barnehage, skole, NAV) ikke foreta en barnevernfaglig vurdering av situasjonen. De trenger ikke undersøke hjemmesituasjonen til barnet nøye før de melder til barneverntjenesten.[[47]](#footnote-47)

Barneverntjenesten på sin side har adgang til å gi taushetsbelagte opplysninger til andre tjenester når dette er nødvendig for å fremme barneverntjenestens, institusjonens eller omsorgssenteret for mindreårige sine oppgaver[[48]](#footnote-48) eller å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig helseskade.[[49]](#footnote-49) Tilsvarende adgang til å gi taushetsbelagte opplysninger gjelder for helse-, omsorgs- og sosialtjenesten.[[50]](#footnote-50)

Barneverntjenesten har plikt til å gi en tilbakemelding om at meldingen er mottatt til den som melder sin bekymring for et barn. Dersom meldingen kommer fra en som har opplysningsplikt, skal tilbakemeldingen fra barne­verntjenesten også inneholde informasjon om hvorvidt det er igangsatt undersøkelse og om når undersøkelsen er gjennomført. Barnevern­tjenesten kan også gi opplysninger til melder om hvilke tiltak som iverksettes dersom det er nødvendig for melderens oppfølging av barnet.

*Mer informasjon finner du i rundskriv Q- 24, 2005. Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten, og i Stang mf. Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett. Regelkunnskap og praksis. NOVA rapport 3/2013.* <http://www.nova.no/asset/6818/1/6818_1.pdf>

## Bruk av tolk og kommunikasjonsformidlere

Tolk må benyttes for å ivareta opplysnings- og informasjonsplikten overfor barn og familier med språk- eller kommunikasjonsproblemer. Bruk av språktolk kan være aktuelt i møte med familier og barn som ikke behersker norsk. Tegnspråktolk og tolk for døvblinde kan være aktuelt i møte med barn og foresatte som har kommunikasjonsutfordringer på grunn av funksjonsnedsettelse. Dette kan gjelde hørselshemmede, synshemmede, personer med talehemminger eller med kognitive vansker.

I samtalesituasjoner der en av partene ikke behersker norsk talespråk, blir dette gjerne sett på som et problem knyttet til den parten som ikke behersker språket. I en offentlig kontekst er det imidlertid det offentlige tjenesteapparatet som eier et potensielt kommunikasjonsproblem hvis motparten ikke er i stand til å forstå eller gjøre seg forstått. Følgelig har det offentlige tjenesteapparatet en plikt til å legge til rette for god kommunikasjon. Det vil si at offentlige ansatte og institusjoner har et selvstendig ansvar for å forstå hva en klient sier og prøver å formidle, samt å sikre seg at vedkommende også har forstått det man selv prøver å formidle til ham eller henne.

### Kommunikasjon ut fra foreldres forutsetninger

God kommunikasjon er avgjørende når det gjelder samarbeid mellom barnevernet og foreldre. Hvis den første samtalen låser seg eller skaper misforståelser, vil det være vanskelig å oppnå tillit og samarbeid til beste for barnet og familien.

Mange foreldre vil føle seg som den svakeste parten i en samtale med barnevernet. For foreldre, som for eksempel ikke behersker norsk fullt ut, eller som har hørselsproblemer, kan situasjonene bidra til at de nikker og gir uttrykk for at de forstår, mens de egentlig har misforstått deler av samtalen eller har gått glipp av viktige opplysninger. Kommunikasjonsutfordringer kan også oppstå hvis foreldre/foresatte har taleutfordringer eller en uttale som gjør at de har vansker med å gjøre seg forstått, men som kan forstås bedre ved tilvenning.

Avklar før samtalen om foreldre trenger tolk eller om barnevernet skal ta andre kommunikasjonsmessige hensyn. Noen foreldre vil også ønske om skriftlig informasjon. Bruk et konsist og enkelt språk. Hvis du må bruke fagtermer, forklar disse.

### Samtale med barn og unge som har kommunikasjonsutfordringer

Når du skal snakke med barnet, er det viktig å kommunisere direkte med barnet enten samtalene gjennomføres i enerom eller med foreldrene til stede. Hvis barnet har kommunikasjonsutfordringer må du ta hensyn til dette når du planlegger samtalen. Noen barn har funksjonsnedsettelser som påvirker tenking, oppmerksomhet, hukommelse, læring og språkforståelse. Noen har nedsatt syn og hørsel. Andre kan ha sensomotoriske problemer, slik at de får ufrivillige bevegelser eller forsinket reaksjonstid når de skal bevege muskler og ledd. Noen har sammensatte problemer og store vanskeligheter med å uttrykke seg muntlig, men bruker kroppen, gester eller norsk med tegnstøtte for å kommunisere. En forutsetning for at barn og unge skal ha mulighet til å uttrykke seg om forhold som er viktig for deres livskvalitet, er derfor at deres særegne kommunikasjonskrav ivaretas.

Det er utviklet egne kommunikasjonsverktøy for barn, unge og voksne som helt eller delvis mangler tale. Noen vil ha behov for kommunikasjonsformer som helt erstatter talen, dette kalles alternativ kommunikasjon. Andre har behov for kommunikasjonsformer som kan støtte eksisterende tale som er utydelig eller svak. Dette kalles supplerende kommunikasjon. Alternativ og supplerende kommunikasjon forkortes ofte til ASK.[[51]](#footnote-51)

Husk å sette av nok tid for kommunikasjon med barn som bruker ASK.

God kommunikasjon med barn med store kommunikasjonsproblemer forutsetter ofte god kjennskap til barnet. Dette er noe som gjerne opparbeides over tid med personer som står barnet nær og som kjenner dets utfordringer og hverdag. Du bør ta kontakt med barnets nøkkelpersoner for å få råd om hvordan du best kan kommunisere med barnet.[[52]](#footnote-52) Hvis en nøkkelperson er mistenkt for å ha begått overgrep mot barnet, må andre, fortrinnsvis noen som kjenner barnet eller den unge godt, involveres.

For barn med hørselsproblematikk bør du bruke tolk når du skal gi barnet informasjon og få frem barnets erfaringer. Hvis foreldrene er til stede vil det være uheldig både for dem og barnet om de må fungere som kommunikasjonshjelpere. Foreldrene må kunne konsentrere seg om å være foresatte i situasjonen. De må kunne diskutere med saksbehandler eller be om informasjon, uten samtidig å måtte oversette for barnet. Når en tolk oversetter de voksnes samtale for barnet, kan barnet selv velge å delta i samtalen eller bare være tilstede. I kapittel 4 får du konkrete tips og råd om hva du bør ta hensyn til i samtale med barn og foresatte med ulike funksjonsnedsettelser.

*For mer informasjon om kommunikasjon med personer som av ulike grunner trenger tolk, se*

Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene IS-1924 / 2011, denne finnes også i en kortversjon:   
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kortversjon-veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/Publikasjoner/kortversjon-veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene-.pdf>

tolkeportalen for kommunikasjon via tolk:   
http://www.tolkeportalen.no/no/For-tolkebrukere/Kommunikasjon-via-tolk/

*For mer kunnskap om bruk av tolk i vanskelige kommunikasjons­situasjoner som involverer familier med minoritetsbakgrunn der barn har en funksjonsnedsettelse, se kap. 9 i Berg (2012): Innvandring og funksjonshemming.*

*Se også «Snakk med meg» - en veileder om å snakke med barn i barnevernet».*[*http://www.barnevernet.no/Veiledere/Barn--unge/Snakk-med-meg/*](http://www.barnevernet.no/Veiledere/Barn--unge/Snakk-med-meg/)

### Valg av tolk

Foreldrene og/eller barnet kan ha bestemte preferanser om bruk av tolk, enten det gjelder kjønn, bakgrunn eller en bestemt person. Du bør så langt som mulig etterkomme slike ønsker så lenge du ikke benytter barn, familie eller venner som tolk. Tillit til tolken kan være avgjørende for å få gode saksopplysninger og et godt samarbeid.[[53]](#footnote-53)

Bruk godt kvalifiserte tolker. Det nasjonale registeret www.tolkeportalen.no har oversikt over godkjente tolker. På tolkeportalen gis oversikt over språk, kvalifikasjoner og kontaktadresse for den enkelte tolk. NAV har oversikt over tegnspråktolker, og en del av disse skal ha kompetanse i tolking for personer med nedsatt funksjonsevne med annet morsmål enn norsk.[[54]](#footnote-54)

## Viktige momenter i dette kapitlet

* Barn og unge med nedsatt funksjonsevne, og deres omsorgspersoner, vil ofte ha behov for tiltak fra flere etater. Mange foreldre opplever at det kan ta lang tid å få på plass de tjenestene som trengs.
* God ivaretakelse av barnet krever godt tverretatlig samarbeid.
* Vær klar over at fagpersoner ofte kan mangle kompetanse på *kombinasjonen* omsorgssvikt og funksjonsnedsettelse.
* Barn og unge med funksjonsnedsettelse som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Barnevernet bør i samarbeid med familien avklare sine oppgaver knyttet til en individuell plan.
* Benytt tolk for å ivareta opplysnings- og informasjonsplikten overfor barn og familier med språk- og kommunikasjonsutfordringer.
* Det er utviklet kommunikasjonsverktøy for barn og voksne som helt eller delvis mangler tale.
* God kommunikasjon med barn og unge med store kommunikasjonsproblemer forutsetter god kjennskap til barnet. Kontakt barnets nøkkelpersoner for å få råd om hvordan du kan kommunisere med barnet.

LESETIPS

Gundersen, T., Farstad, G.R. and Solberg, A. (2011) Ansvarsdeling til barns beste? Barn og unge med funksjonsnedsettelser i barnevernet, Oslo: NOVA.

Lundeby, H. and Tøssebro, J. (2009) Livsløp i familier med funksjonshemmete barn, In Tøssebro, J. (ed) Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv, Oslo: Universitetsforlaget.

Winsvold (2011): Evaluering av prosjektet «Sammen for barn og unge» – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. NOVA rapport 18/11. <http://www.nova.no/id/19721>.

# Informasjon om barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Hvordan du nærmer deg barn og unge med nedsatt funksjonsevne og de utfordringene de står overfor, har sammenheng med din kunnskap og din forståelse av forholdet mellom funksjonsnedsettelse og funksjonshemming. I dette kapitlet gir vi derfor en kort presentasjon av disse begrepene.

Vi har ikke gode statistiske data over antall barn med funksjonsnedsettelse i barnevernet. I dette kapitlet vil det redegjøres for noen grunner til at det kan være slik, og hva du som arbeider i barnevernet må være særlig oppmerksom på.

Tilknytningsteori står sentralt i barnevernets forståelse av barn og unges utvikling og behov. I dette kapitlet gis det en kort presentasjon av hvordan tilknytningsteori er relevant for barn med nedsatt funksjonsevne, og hvilke implikasjoner denne innsikten kan ha i vurderingen av hjelpe- og omsorgstiltak. Til slutt gis det en kort presentasjon av noen problemstillinger som kan gjelde barn med funksjonsnedsettelse i familier med innvandrerbakgrunn, og tips til hvor du kan henvende deg for mer informasjon om dette.

## Begrepene nedsatt funksjonsevne og funksjonshemming

*Nedsatt funksjonsevne* eller *funksjonsnedsettelse* viser til trekk ved den enkelte, som tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en psykisk, fysiologisk eller biologisk funksjon. *Funksjonshemming* oppstår når det er et misforhold mellom forutsetningene til mennesker med redusert funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse og samfunnets krav og tilbud, samt i møte med kulturelle og sosiale holdninger til og forestillinger om personer med funksjonsnedsettelse.[[55]](#footnote-55)

I møte med personer med nedsatt funksjonsevne er det viktig å ikke låse seg til en forestilling om at barn og unge har, eller kommer til å få, bestemte begrensninger eller problemer på grunn av funksjonsnedsettelsen. Funksjonsnedsettelser kan arte seg ulikt. I tillegg kan den enkelte oppleve sin funksjonsnedsettelse forskjellig. Som fagperson må du være oppmerksom på hvilke forestillinger du har om hvordan det er å leve med en bestemt funksjonsnedsettelse. En slik oppmerksomhet vil minske risikoen for at du tillegger barn og unge problemer istedenfor å undersøke hvordan de faktisk har det.

Funksjonsnedsettelser kan være medfødt, forårsaket av sykdom eller ulykke, eller utvikle seg som en konsekvens av skadelig miljøpåvirkning. Omsorgssvikt kan være en slik miljøpåvirkning. Et eksempel på funksjonsnedsettelse som følger av omsorgssvikt er hodeskade som følge av mishandling (shaken baby syndrom). Et annet eksempel er varige atferds- og læringsproblemer som kan oppstå som følge av dårlige oppvekstforhold. Det kan være vanskelig å avgjøre om funksjonsnedsettelsen er oppstått som følge av omsorgssvikt eller ikke. Noen ganger kan det også være en glidende overgang fordi følgene av funksjonsnedsettelsen kan ha blitt forverret av en vanskelig oppvekst.

## Foreliggende kunnskap om omsorgssvikt og barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Det fødes ca. 60 000 barn hvert år i Norge. Det finnes ikke klare tall på hvor mange av disse som har nedsatt funksjonsevne. Ifølge tall fra Medisinsk fødselsregister fikk 4,4 prosent av alle fødte barn i 2008 umiddelbart etter fødsel påvist en eller annen sykdom eller skade.[[56]](#footnote-56) I tillegg kommer barn som har medfødte sykdommer og skader som ikke oppdages før det har gått en tid. Andre barn får skader som skyldes ulykker, sykdommer, og i noen tilfeller omsorgssvikt og mishandling.

Vi har ikke entydige data på hvor mange barn og unge med nedsatt funksjonsevne som mottar hjelpetiltak fra barnevernet. Vi vet imidlertid at 8 % av barn i barnevernet mottar grunn- og eller hjelpestønad[[57]](#footnote-57) mot 1 % i barnebefolkningen for øvrig.[[58]](#footnote-58) Vi vet også at en del barn med nedsatt funksjonsevne ikke mottar ikke grunn- eller hjelpestønad. Ut fra dette må vi anta at andelen barn med en eller annen form for funksjonsnedsettelse som mottar barnevernstiltak, er relativt høy. I Storbritannia har man beregnet at rundt 25 prosent av alle barn og unge i barnevernet kan ha en eller annen type funksjonsnedsettelse.[[59]](#footnote-59)

Det kan være vanskelig å skille mellom tegn på overgrep og omsorgssvikt og symptomer på enkelte funksjonsnedsettelser. Dette kan særlig gjelde barn som har utagerende atferd og lærevansker. Atferdsrelaterte vansker kan fortolkes som resultat av vanskelige oppvekstforhold uten at de er det. Dette kan medvirke til at en ikke får oversikt over hvilke barn som har en funksjonsnedsettelse. Se kap. 4.1.1.

Studier fra en rekke land viser at forekomsten av omsorgssvikt og mishandling kan være høyere for barn med ulike typer funksjonsnedsettelser, enn for barn uten funksjonsnedsettelse.[[60]](#footnote-60) Samtidig er det mye som tyder på at andelen barn og unge med funksjonsnedsettelser som meldes til barnevernet, og som mottar barneverntiltak, kan være for lav. En grunn kan være at det er vanskeligere å oppdage overgrep og omsorgssvikt dersom barnet har kommunikasjonsutfordringer. For det andre, kan barnets atferd, som utagering eller konsentrasjonsvansker, ha blitt tolket som tegn på en diagnose, mens den egentlige grunnen er dårlige oppvekstskår. For det tredje, kan manglende melding til barnevernet skyldes at personer i barnets nærmeste omgivleser har vanskelig for å forestille seg at barnet kan utsettes for overgrep eller mangelfull omsorg.

Barn og unge med atferdsrelaterte funksjonsnedsettelser synes å være ekstra sårbare for å bli utsatt for fysiske og psykiske overgrep.[[61]](#footnote-61) Barn med nedsatt kognitiv funksjonsevne og sansetap synes å være ekstra sårbare for å bli utsatt for fysiske og seksuelle overgrep. De seksuelle overgrepene synes også å ha en mer alvorlig karakter enn de som barn uten slike vansker utsettes for.[[62]](#footnote-62) Når det gjelder seksuelle overgrep finner både norske og internasjonale studier at det er en underrapportering fra barn og unge selv om at de er utsatt for overgrep. Noen av årsakene det pekes på er kommunikasjonsproblemer, skyldfølelse, redsel for å bli overlatt til seg selv, frykt for å måtte flytte vekk fra familien, og opplevelse av at de må tolerere overgrep for å bli akseptert, likt eller elsket.[[63]](#footnote-63)

### Faktorer som bidrar til økt risiko for barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne har *økt* risiko for overgrep og omsorgssvikt. Noen risikofaktorer har sammenheng med avhengighet av assistanse til for eksempel vask, stell og påkledning. Barn som har kontaktflate mot mange omsorgspersoner, er ekstra sårbare for å bli utsatt for fysiske og psykiske overgrep eller mishandling. Faktorer som bidrar til økt sårbarhet, kan være avhengighet av den voksne hjelperen, eller at barnet ikke vet hva som er normal atferd hos voksne. Barn som har kommunikasjons- og formidlingsvansker, kan ha vanskeligheter med å formidle til andre hva de utsettes for. Barn med utviklingshemming kan også ha vanskeligheter med å bli hørt og trodd på grunn av utviklingshemmingen. Den som barnet formidler seg til, kan ha vanskelig med å forstå omfanget og alvorlighetsgraden av det barnet formidler. En ytterligere risikofaktor er hvis barnet er sosialt eller fysisk isolert fra jevnaldrende. Isolasjon skaper økt rom for at overgrep og mishandling kan foregå, samtidig som isolasjon begrenser oppdagelsesmuligheten.

Personer med nedsatt funksjonsevne kan også utsettes for overgrep fra medboere eller medelever, og overgrep kan finne sted eksempelvis i avlastningsbolig eller på institusjon.

Andre risikofaktorer knytter seg til *foreldres omsorgsbyrde* og opplevelse av stress i den forbindelse. Omsorgsbyrden kan omfatte praktiske og økonomiske utfordringer, opplevelse av maktesløshet i møte med hjelpeapparatet, og opplevelse av hjelpeløshet i samhandlingen med barnet. Omsorgsbyrden kan også påvirkes av foreldres egne utfordringer, som for eksempel hvis de selv har nedsatt funksjonsevne. Stor omsorgsbyrde kan medføre økt spenning mellom foreldrene, og til depresjon.[[64]](#footnote-64)

Å vokse opp i et hjem med vold øker risikoen for å erverve en funksjonsnedsettelse. Hvis en mor blir utsatt for vold fra en partner under graviditeten, kan dette føre til at barnet påføres en funksjonsnedsettelse. Hvis mor fortsetter forholdet til en voldelig partner, øker dette risikoen for at barnet blir utsatt for vold under oppveksten. Slik vold kan igjen bidra til å forverre konsekvensene av funksjonsnedsettelsen. Hvis barnet ikke selv er direkte utsatt, men er vitne til vold, kan dette også påvirke barnets utvikling og læring, og resultere i det en kan kalle en sekundær funksjonsnedsettelse.[[65]](#footnote-65)

## Tilknytning

HELE PUNKT 3.3. I EGEN BOKS (da dette er svært generell info).

Trygg tilknytning anses som avgjørende for at mennesker skal kunne fungere best mulig.[[66]](#footnote-66) Tilknytning er primært en regulering av forholdet mellom barnets medfødte trang til å utforske omgivelsene på den ene siden, og behovet for trygghet og beskyttelse på den andre siden. Det innebærer at barnet søker fysisk nærhet til utvalgte voksne. I tillegg til å øke mulighetene for overlevelse, er tilknytningssystemets andre og sentrale rolle å sikre barnets vekst og utvikling gjennom positiv interaksjon i nære relasjoner.

Barn knytter seg til de personene som er tilgjengelige, også til dem som påfører barnet skader. Barnet kan ved skifte av omsorgspersoner bygge opp tilknytning til nye omsorgspersoner, selv om dette kan være en lang og krevende prosess, avhengig av barnets alder og tidligere opplevelser. Utredning av tilknytningens kvalitet vil være viktig i barnevernssaker.[[67]](#footnote-67)

Barnets samspillserfaringer det første leveåret er viktige.[[68]](#footnote-68) Tidlige samspillerfaringer er styrende for reaksjoner og atferd senere i livet, særlig i nære følelsesmessige forhold og i situasjoner som oppleves som truende eller smertefulle.[[69]](#footnote-69) Trygt tilknyttede barn vil for eksempel uttrykke følelser og behov mer åpent og direkte enn barn som er utrygge på omsorgspersonens respons. Utrygge barn kan oppleves som ”klengete”. Barn som har opplevd avvisning, har en tendens til å undertrykke følelser og til å respondere avvisende på andre. Barn utsatt for grovere former for omsorgssvikt vil gjerne utvikle det som kalles desorganiserte tilknytningsstrategier, uttrykt gjennom unngåelsesatferd og ambivalens. Dette er barn som er stilt overfor en uløselig situasjon ved å være i et avhengighetsforhold til en omsorgsperson som også er kilde til frykt og utrygghet.[[70]](#footnote-70)

Faktorer som synes å ha særlig betydning for utvikling av forskjeller i tilknytningsmønstre hos barn, er grad av tilgjengelighet og sensitivitet hos omsorgspersoner for barnas signaler og behov. Manglende sensitivitet fra omsorgspersoner kan føre til tilknytningsforstyrrelser hos barn.[[71]](#footnote-71)

### Barn med funksjonsnedsettelser og tilknytning

Barn med funksjonsnedsettelse knytter seg til sine foreldre, men de kan vise en annerledes tilknytningsatferd enn barn uten funksjonsnedsettelse. Det kan være en lavere andel av barn med trygg tilknytning blant barn med funksjonsnedsettelse. For barn med autismespektertilstander har en for eksempel funnet at det er noe høyere forekomst av utrygg og desorganisert tilknytning.[[72]](#footnote-72)

Barn med kognitive funksjonsnedsettelser, som for eksempel utviklingshemming eller diagnoser innen autismespekteret, har ofte en annen og annerledes læringskurve enn barn flest. Barna klarer som regel å utvikle initiativ-, respons- og kommunikasjonsferdigheter, men gjerne i et saktere tempo. Deres utfordringer kan også gi seg utslag i noen andre måter å respondere og kommunisere på.[[73]](#footnote-73) Noen unngår for eksempel øyekontakt mens andre unngår kroppskontakt.

Responshastigheten kan også være tregere. Babyer som blir snakket til, vil vanligvis umiddelbart snu seg mot den som snakker, og begynne å lage pludrelyder. Barn med utviklingshemming kan bruke flere sekunder på å gi tilsvarende respons. Resultatet av en slik treghet er ofte at den som har henvendt seg til barnet, allerede har snudd seg vekk når barnet svarer på henvendelsen. Barn med nedsatt hørsel reagerer kanskje ikke i det hele tatt. Et sterkt synshemmet barn vil ikke se at den voksne smiler til det.

Ny forskning viser at barns hjerne og psykomotoriske utvikling reagerer positivt på sensitiv og responderende omsorg.[[74]](#footnote-74) Voksnes responsivitet er derfor en svært viktig betingelse for barnets utvikling. Responsivitet kan defineres som evnen til å oppfatte og fortolke signaler og kommunikasjon, og på bakgrunn av dette reagere raskt og adekvat i forhold til barnets ønsker og behov. Kompetente omsorgspersoner er derfor viktige for at barn med nedsatt kognitiv funksjonsevne skal ha mulighet til positiv utvikling og tilknytning.[[75]](#footnote-75)

Barn med medfødte kognitive og/eller fysiske funksjonsnedsettelser kan være særlig sårbare for å utvikle utrygg tilknytning hvis de har et passivt adferdsmønster. Et barns medfødte, eller tidlig ervervede, funksjonsnedsettelse kan innebære redusert evne til å vise initiativ og respons i samspill, kommunisere ønsker og behov, og vise tegn til positiv affekt. Dette kan ha som konsekvens at barnet ikke alltid stimulerer til omsorgsatferd hos foreldre eller omsorgspersoner fordi det er mer krevende å etablere kontakt og få til samspill.[[76]](#footnote-76) Dette kan føre til at barnet ikke får den oppfølging og støtte til utvikling som det trenger, noe som vil kunne føre til en ytterligere forsinket utvikling både psykisk, fysisk og kommunikasjonsmessig.

Tilknytning er et relasjonelt begrep. Det betyr at trygg eller utrygg tilknytning ikke er en egenskap ved barnet, men dreier seg om hvordan relasjonen mellom barnet og barnets betydningsfulle andre arter seg. Utrygg tilknytning kan være hemmende for barns emosjonelle og kognitive utvikling. Alvorlig brist i tilknytnings- og relasjonsbyggingen kan føre til store psykiske problemer for barnet. Lav kvalitet på samspillet mellom barnet og barnets omsorgspersoner har betydning for barnets språklige, kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling.[[77]](#footnote-77)

For å skape en positiv relasjon mellom barnet og omsorgspersonene, er det viktig at omsorgspersonene forstår hvordan barnets uttrykker behov, følelser og ønsker. Det er også viktig at omsorgspersoner hjelper barnet til å uttrykke seg overfor andre, og gjør egen kommunikasjon tilgjengelig for barnet.[[78]](#footnote-78)

Studier viser at skifte av eller brudd med vante omsorgspersoner, som for eksempel flytting til fosterfamilie eller institusjon, kan virke forstyrrende på barnets utvikling.[[79]](#footnote-79) Barnevernet må derfor sørge for at nye omsorgspersoner får veiledning i hvordan de kan støtte barnets utvikling ut fra dets individuelle utfordringer. De nye omsorgspersonene må både få informasjon om funksjonsnedsettelsen og om hva barnet har vært utsatt for. Slik informasjon er viktig for å øke omsorgspersonenes forståelse for hvorfor barnet for eksempel utvikler seg saktere, eller hvorfor utviklingen i perioder stopper opp.[[80]](#footnote-80)

Nære, stabile og gode relasjoner er spesielt viktig for barn med funksjonsnedsettelse fordi slike relasjoner gir den beste forutsetningen for utvikling av positiv tilknytning.[[81]](#footnote-81) Når barnevernet skal vurdere om det bør settes inn tiltak, for eksempel avlastningstiltak, midlertidig plassering utenfor hjemmet, eller omsorgsovertakelse, må det tas hensyn til barnets behov for forutsigbarhet og gode og trygge relasjoner.[[82]](#footnote-82)

## Funksjonsnedsettelse i et minoritetsperspektiv

Det er både likheter og forskjeller mellom utfordringene som etnisk norske og familier med minoritetsbakgrunn møter. De generelle utfordringene handler om selve funksjonsnedsettelsen og de problemer som følger av den, og den ofte lange veien fra mistanke om at noe er galt til bekreftelse av hjelpebehov. Det handler også om forskjellige byråkratiske barrierer i familiens forhold til hjelpeapparatet. De spesielle utfordringene er knyttet til til språkproblemer, kulturforskjeller, manglende kunnskap om det norske velferdssystemet og migrasjonsrelaterte utfordringer. Familiene oppgir i tillegg manglende sosialt nettverk og lite familiestøtte som et problem. For å få til en god kommunikasjon med familiene må derfor hjelpeapparatet tilrettelegge kommunikasjonen slik at både språklige utfordringer, kulturelle særegenheter og hver enkelts familie særlige utfordringer blir ivaretatt.[[83]](#footnote-83)

|  |
| --- |
| Infobox:  Det er en utfordring for mennesker som ikke er vokst opp i velferdssystemer som de nordiske, å forstå hvordan systemet virker. I mange land står familien tradisjonelt for den sikkerheten de nordiske velferdsstatene representerer. Tjenester som barnevern, familievern, spesialisthelsetjenester, PPT, osv. finnes kanskje ikke. Kanskje finnes det ikke engang ord for disse tjenestene på foreldrenes språk |

I noen familier med etnisk minoritetsbakgrunn står familiens ære sentralt. Ære dreier seg om omdømme og verdi i andre øyne. Å ha et barn med funksjonsnedsettelse, eller ikke å makte å ivareta et barn med funksjonsnedsettelse, kan sees på som tap av ære. I enkelte miljøer er nedsatt funksjonsevne tabubelagt, og en del familier opplever, eller er redde for å oppleve, stigmatisering og utestenging.[[84]](#footnote-84) Noen familier kan da velge å holde barnet innendørs. Andre kan ha et ønske om å gifte bort barnet slik at det blir sikret og ivaretatt av andre omsorgspersoner.

Noen barn med innvandrerbakgrunn utsettes for tvangsekteskap. Dette kan også barn med funksjonsnedsettelse utsettes for.[[85]](#footnote-85)

*Du kan finne nyttig informasjon om nedsatt funksjonsevne i en multikulturell hverdag på Statpeds hjemmeside (Statlig spesialpedagogisk tjeneste). http://www.statped.no/*

*Der finner du også filmen «Når barnet har nedsatt funksjonsevne». I denne filmen deltar tre barn ned nedsatt funksjonsevne og deres familier. Familiene kommer fra Afghanistan, Tyrkia og Pakistan. Målgruppen for filmen er familier med nedsatt funksjonsevne som har barn med nedsatt funksjonsevne. Filmen er også egnet for det offentlige hjelpeapparat. Den kan være et utgangspunkt for dialog med familiene om f.eks. synet på funksjonsnedsettelse, barneoppdragelse og erfaringer med det offentlige hjelpeapparatet. Filmen kan bestilles gjennom* [*www.statped.no/nettbutikk*](http://www.statped.no/nettbutikk)*.*

## Viktige momenter i dette kapitlet

* *Nedsatt funksjonsevne* eller *funksjonsnedsettelse* viser til trekk ved den enkelte, som tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en psykisk, fysiologisk eller biologisk funksjon.
* *Funksjonshemming* oppstår når det er et misforhold mellom forutsetningene til mennesker med redusert funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse og samfunnets krav og tilbud, samt i møte med kulturelle og sosiale holdninger til og forestillinger om personer med funksjonsnedsettelse.
* Med nok støtte vil barnets funksjonsnedsettelse ha mindre innvirkning på familiens generelle fungering i dagliglivet og på foreldrenes evne til å gi god omsorg.
* Funksjonsnedsettelser kan være medfødt, forårsaket av sykdom eller ulykke, eller være en konsekvens av skadelig miljøpåvirkning. Omsorgssvikt kan være en slik miljøpåvirkning. Et eksempel på funksjonsnedsettelse som følger av omsorgssvikt er hodeskade som følge av mishandling (shaken baby syndrom). Et annet eksempel er varige atferds- og læringsproblemer som kan oppstå som følge av dårlige oppvekstforhold.
* Det kan være vanskelig å skille mellom tegn på overgrep og omsorgssvikt og symptomer på enkelte funksjonsnedsettelser.
* Barn og unge med nedsatt funksjonsevne har økt risiko for overgrep og omsorgssvikt. Dersom foreldre har stor omsorgsbyrde kan det utgjøre en risikofaktor. Barn som vokser opp i hjem med vold har økt risiko for å erverve en funksjonsnedsettelse.
* Barn og unge med atferdsrelaterte funksjonsnedsettelser synes å være ekstra sårbare for å bli utsatt for fysiske og psykiske overgrep.
* Barn med enkelte funksjonsnedsettelser kan ha en annen tilknytningsatferd enn barn flest. Foreldre eller andre omsorgspersoner kan trenge veiledning i hvordan de kan forstå og utvikle sensitivitet for hvordan barnet uttrykker sine behov.
* Det er både likheter og forskjeller mellom etnisk norske familier og familier med minoritetsbakgrunn når det gjelder barn med funksjonsnedsettelse. De generelle utfordringene handler om selvr funksjonsnedsettelsen, og den ofte lange veien fra uro for at noe er galt til bekreftet diagnose. De spesielle utfordringene handler om språk, kultur, manglende kunnskap om det norske velferdssystemet og migrasjonsrelaterte utfordringer. Familiene oppgir i tillegg manglende sosialt nettverk og lite familiestøtte som et problem.

LESETIPS

Berg, B (2014). Dobbelt sårbar – minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn. I Tøssebro, J. og Wendelborg, C. (red.). Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger. Gyldendal Akademisk.

Kittelsaa, A. (2012). Livsholdning, tro og mestring. I Berg, B. (red): Innvandring og funksjonshemming. Minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet. Oslo: Universitetsforlaget.

Moe, Slinning and Hansen, B. (2010) Håndbok i sped og småbarns psykiske helse, Oslo: Gyldendal Akademiske.

NOU 2012:5 Bedre beskyttelse av barns utvikling

Rye, H. (2002) Tidlig hjelp til bedre samspill, Oslo: Gyldendal akademisk.

# Ulike former for funksjonsnedsettelser – en kort presentasjon

Noen funksjonsnedsettelser er medfødte og synlige ved fødsel, andre er medfødte, men manifesterer seg ikke før det har gått en tid. Noen funksjonsnedsettelser oppstår som følge av ulykke, sykdom eller mishandling. Noen funksjonsnedsettelser rammer kun det fysiske, andre rammer kun psykiske eller kognitive funksjoner, mens noen rammer både fysiske, psykiske og kognitive funksjoner. Noen funksjonsnedsettelser er vanlige, andre er sjeldne. Samme diagnose kan gi svært forskjellige symptomer når det gjelder hvilke funksjoner som er rammet. Ett eksempel på dette er cerebral parese (CP) som i noen tilfeller gir seg utslag i omfattende funksjonsnedsettelser som rammer både kognitiv og fysisk fungering, mens tilstanden i andre tilfeller kan gi mindre merkbare utslag. Det er også viktig å være oppmerksom på at en person kan ha flere ulike funksjonsnedsettelser. For eksempel har 70 prosent av barn med alvorlig synshemming en tilleggsfunksjonsnedsettelse, som nedsatt hørsel, CP eller epilepsi.[[86]](#footnote-86) Når det gjelder ADHD fant «Barn i Bergen»-undersøkelsen at 78 prosent av barn med ADHD samtidig hadde atferdsforstyrrelse- eller en emosjonell lidelse.[[87]](#footnote-87)

I dette kapitlet presenteres noen generelle kjennetegn og problemstillinger knyttet til vanlige fysiske og kognitive funksjonsnedsettelser, og også enkelte psykiske lidelser. De psykiske lidelsene som presenteres, er valgt ut fordi de har symptomer som kan forveksles med tegn på omsorgssvikt. I tillegg gis det noe informasjon om enkelte sjeldne funksjonsnedsettelser som kan ha symptomer, som lett kan forveksles med skader etter mishandling.

Oversikten er *ikke egnet til diagnostisering*. Den skal kun gi grunnlag for gjenkjennelseskompetanse.

## Når bør barnet utredes?

Barn kan ha tilsynelatende like symptomer, men symptomene kan ha ulik årsak. Motsatt kan samme årsak/sykdom gi forskjellige symptomer hos ulike individer. Differensialdiagnostikk[[88]](#footnote-88) er komplisert. Barnevernets ansatte bør derfor ha kompetanse som gjør dem i stand til å vurdere når de skal involvere andre faggrupper. Terskelen for å involvere andre faggrupper bør være lav. For en del barn og unge som barnevernet er i kontakt med, foreligger det allerede en utredning og et behandlingsopplegg, eller de er under utredning (for eksempel ved sykehus, i BUP eller i PP-tjenesten). I slike tilfeller bør barnevernet som hovedregel ta kontakt med disse instansene. Imidlertid er ikke alle barn med funksjonsnedsettelser tilstrekkelig utredet. Det kan derfor være nødvendig med ytterligere undersøkelser for å avklare mulig tilleggsproblematikk, eller for å se om det er behov for hjelpetiltak utover det barnet eventuelt allerede mottar. En slik utredning vil også være et utgangspunkt for å vurdere om foreldre/fosterforeldre har nødvendig avlastning, økonomiske støtteordninger eller lignende.

Hvis barnet har fysiske, kognitive eller atferdsmessige utfordringer, og andre instanser ikke er koblet inn, bør barnevernets ansatte som en tommelfingerregel ta kontakt med relevante instanser som kan sørge for å få barnet utredet. Dette må på vanlig måte gjøres i samarbeid med foreldrene.[[89]](#footnote-89) Barnevernet må samtidig passe på at kunnskap om barnevernundersøkelsen og dens resultater ikke spres unødig (jfr. § 4-3, annet ledd).

Generelt bør barnevernet innhente informasjon om barnets helsetilstand inkludert syn og hørsel, samt undersøke om ordinære helsekontroller, tannlegekontroller og vaksinasjonsprogrammer er gjennomført.

### Omsorgssvikt eller funksjonsnedsettelse?

Det er ikke alltid lett å vite om barnets væremåte eller atferd skyldes omsorgssvikt eller nedsatt funksjonsevne, eller begge deler i samspill. For eksempel vil udiagnostisert hørselshemming, utviklingshemming, autismespekterforstyrrelser[[90]](#footnote-90), ADHD eller Tourettes syndrom kunne forveksles med typiske reaksjoner på omsorgssvikt/overgrep.

Når du skal vurdere barnets omsorgssituasjon og behov for tiltak, vil barnets fungering og behov være noe av det som må kartlegges. Tegn til avvikende utvikling hos barnet kan være ett (av flere) kriterier for at barnevernet setter inn tiltak. Barn som er utsatt for omsorgssvikt og overgrep, kan utvikle avvikende væremåter. Det må undersøkes om disse atferdstrekkene er knyttet til nevrobiologiske funksjonsvansker hos barnet, og/eller om de er reaksjoner på omsorgssvikt/overgrep. En avklaring av dette vil kunne være av stor betydning for vurderingen av omsorgssituasjonen, for å kunne sette inn riktige hjelpetiltak, og for å finne riktig omsorgsbase ved en eventuell omsorgsovertakelse. I møte med barn og unge med avvikende utvikling bør derfor alle mulige årsaker til barnets utviklingsavvik vurderes og eventuelt utredes. Barnet bør observeres på ulike arenaer/sammen med ulike personer. Både barnevernsfaglig og medisinsk/psykologisk kompetanse bør benyttes.

Når det gjelder sped- og småbarn vil tegn til funksjonssvikt ofte være vage og uspesifikke. Tegnene kan noen ganger forveksles med reaksjonsmønstre utvikles ved omsorgssvikt eller mishandling. Disse barna bør observeres av fagfolk med ulik kompetanse og i ulike situasjoner. Også her bør både barnevernsfaglig og medisinsk/psykologisk kompetanse benyttes.

## Autismespekterforstyrrelser

Autismespekterforstyrrelser (ASD)[[91]](#footnote-91) er en betegnelse som dekker flere underdiagnoser som er karakterisert ved manglende evne og oppmerksomhet mot kommunikasjon og sosial samhandling. I tillegg skal det foreligge repeterende eller stereotype væremåter. Det anslås at forekomsten av barn og unge med diagnose innen autismespekteret er rundt 0,7 %. Tilstanden forekommer oftere hos gutter enn hos jenter (ca. 4:1).[[92]](#footnote-92)

Årsaken til ASD er fremdeles ukjent, og så langt er ingen biologiske markører kjent. Det antas at genetikk spiller en viss rolle. Forskere arbeider ut fra at ASD kan ha flere årsaker.

### Symptomer og kjennetegn

Symptomer på at barnet kan ha en diagnose innen autismespekteret kan vanligvis identifiseres før barnet er tre år.

De viktigste symptomene skal ses som kvalitative avvik innen:

**Sosiale ferdigheter som brukes i gjensidige sosiale relasjoner:**

 Eksempler på fremtredelsesformer kan være:

* Barna kan ofte virke uinteresserte, synes ikke å reagere når de blir lekt med eller stelt, eller reagerer påfallende annerledes enn andre barn. De kan være vanskelige å roe når de gråter, og kan virke fornøyde med å være alene.
* Noen liker kroppskontakt, særlig ved voldsom lek, mens andre blir stive og avvisende når de blir tatt på.
* Noen synes ikke å reagere på stemmer og blir ofte mistenkt for å være døve. Andre er veldig vare både for syns- og hørselsinntrykk.
* Noen har dårlig blikkontakt, mens andre lar blikket gli over ansiktet til dem de møter, eller stirrer dem granskende inn i ansiktet fra kloss hold.
* De lærer sjelden ved å ta etter andre (imitere) og har store vansker med å forstå og delta i ulike aktiviteter.
* Samhandling med andre mennesker og evne til å oppfatte andres perspektiv er begrenset.
* De har stort behov for rutiner og forutsigbarhet.

**Kommunikasjon- og språkferdigheter som brukes i gjensidig samspill**

Eksempler på fremtredelsesformer kan være:

* Språkferdighetene innen gruppen varierer fra manglende språkutvikling til velutviklet språk.
* Noen kan snakke en del og forstå mye.
* Noen kan gjenta mekanisk det andre sier uten at det virker meningsfylt i sammenhengen (ekkotale).
* Talen virker ofte monoton på grunn av dårlig talerytme og lite betoning.
* De fleste har lite mimikk, gester eller kroppsspråk, eller det er manglende samsvar mellom det de sier og mimikken de bruker.
* Noen utvikler ikke funksjonelt talespråk og må bruke alternativ kommunikasjon.
* Språkforståelsen er ofte konkret og bokstavelig.

**Repeterende eller stereotype væremåter**

Eksempler på fremtredelsesformer kan være:

* Noen har et begrenset atferdsrepertoar preget av gjentakelser og ritualer.
* Mange har vansker med å bruke leker på en funksjonell måte. Eksempel på dette er at de kan stille opp lekene i en lang rekke, og de kan gjenta dette i samme rekkefølge flere ganger. Å snurre hjulene på lekebilen kan synes mer interessant enn å kjøre den.
* De viser ofte uvanlig interesse for ting som kan dunkes, svinges, snurres og luktes på, og ting som lyser eller blinker.
* Enkelte liker spesielle lyder, mens andre unngår visse lyder ved å holde seg for ørene.
* Enkelte har store kunnskaper innen for sine spesielle interesser (såkalte «særinteresser»)
* Noen har uvanlige ferdigheter innen f.eks. musikk, regning eller tegning.
* Noen er veldig urolige og har et høyt aktivitetsnivå. Andre er passive eller fjerne.[[93]](#footnote-93)

### Likhet i uttrykk mellom tilknytningsforstyrrelser og autismespekterforstyrrelser

Tilknytningsforstyrrelser kan ses ved alvorlige mangler i barnets omsorgsituasjon. Disse har mange trekk som likner de en kan se ved autismespekterforstyrrelse. Ved begge tilstandene kan en se vansker med å regulere sosial kontakt, redusert sosialt gjensidighet, lite positiv affekt, mangelfull trøstsøkende atferd og avvikendei blikkontakt. Ved autismespekterforstyrrelser har barnet en grunnleggende svikt i *evnen* til sosial gjensidighet, og viser oftere språk- og kommunikasjonsvansker, samt repeterende og stereotype handlinger, interesser og aktiviteter. Ved tilknytningsforstyrrelse vil en kunne se større og raskere respons på bedring i omsorgssituasjonen, mens endring ved autismespektertilstander som regel krever spesifikke opplærings- og behandlingstiltak. Ifølge foreliggende litteratur er det også vanskelig å vite hvilke symptomer et barn med autismespekterforstyrrelse kan utvikle i en dårlig omsorgssituasjon, men mye tyder på at disse barna reagerer på omtrent samme måte som andre barn.[[94]](#footnote-94)

*For kontakt med relevante fagmiljøer og informasjon om spesialisthelsetjenestens tilbud se* [*www.autismeenheten.no*](http://www.autismeenheten.no)

### Huskeregler ved kommunikasjon

Autismespektervansker er kjennetegnet ved grunnleggende vansker i kommunikasjon og gjensidig sosial utveksling. Samtalen må derfor tilrettelegges. For å kunne gjøre det bør du ha kunnskap om hvordan mennesker med ASD kommuniserer og bruker språket. Du må kjenne til barnets/ungdommens ferdigheter og karakteristika innen språk/kommunikasjon. I tillegg bør du kjenne til hvordan barnet kan reagere når det er på nye steder eller treffer nye personer. Samtalen kan tilrettelegges slik:

* Gi barnet tid til å gjøre seg kjent i rommet og med personen(e) som han eller hun skal snakke med
* Det beste er at det kun er én person som snakker med barnet.
* Fortell barnet hva som skal skje før samtalen begynner
* Under samtalen: hold deg til det du har sagt du skal gjøre

Være konkret og praktisk. Barn med autismespekterdiagnose forstår sjelden ironi, underforstått humor og har problemer med å ”lese” følelser. Barnet kan lett misforstå på grunn av sin bokstavelige forståelse og sine vansker med å skjønne hvordan andre mennesker tenker. Barnet kan ha problemer med å forstå hva man snakker om og hva som er relevant informasjon til temaet.

Involver fagpersoner med spesialisert kompetanse innenfor autisme- og utviklingspsykologi for å vurdere både barnet og dets oppvekstmiljø.

For barn som bruker Alternativ og/eller Supplerende Kommunikasjonshjelpemidler (ASK) må den som snakker med barnet ha barnets symbolsystem tilgjengelig.

## Synshemming

Synshemming deles inn i tre hovedgrupper[[95]](#footnote-95):

1. Moderat synssvekkelse (= gammel term «svaksynt»)
2. Alvorlig synssvekkelse» (= gammel term «sterkt svaksynt»)
3. Ulike blindhetskategorier

To personer med samme synstap kan fungere synsmessig svært forskjellig. Dette skyldes at evnen til å utnytte synet er avhengig av tilleggsfaktorer, eksempelvis individuelle faktorer (som kognitive) og omgivelsesfaktorer (miljøtilrettelegging og kompetanse hos nærpersoner). Også hos personer som medisinsk kommer inn under de ulike blindhetskategoriene, kan en finne personer som kan utnytte sitt syn til bl.a. orientering.

Personer med moderat synssvekkelse kan ofte nyttiggjøre seg visuelle hjelpe- og læremidler, men det er stor variasjon i gruppen. Hvor godt eller dårlig den enkelte ser i ulike situasjoner, vil også variere. De fysiske forhold vil være av betydning, herunder lysforhold og blending. Noen har behov for forholdsvis mye lys, mens andre er avhengig av relativt lite lys for å kunne se best mulig.

Hjernesynshemming (Cerebral Visual Impairment, CVI) er en fellesbetegnelse på synsvansker som skyldes en skade eller utviklingsforstyrrelse i hjernen.[[96]](#footnote-96) Personer med CVI kan ha normalt fungerende øyne, men likevel ha problemer med å sortere, kjenne igjen, bearbeide og tolke synsinntrykk. Barn med CVI kan være lite synsaktive og ha nedsatt visuell oppmerksomhet. De kan også ha problemer med å gjenkjenne personer, ansikter og mimikk.

Å oppdage og forstå denne type synsvansker kan være vanskelig, spesielt hos barn med sammensatte vansker. Her er en avhengig av god informasjon fra dem som kjenner barnet best, samtidig som en går inn med synsfunksjonelle utredninger.[[97]](#footnote-97)

Hvert år fødes mellom ett og fem blinde barn i Norge. I aldersgruppen 0–20 år er det ca. 1400 barn og unge med moderat og alvorlig synssvekkelse.

De fleste av tilstandene med alvorlig synshemming hos barn er medfødte ved at de enten er arvelige, skyldes kromosomfeil, fosterskade eller oppstår i forbindelse med fødselen. Rundt 70 prosent av disse har en eller annen form for tilleggsvansker. Dette kan være nedsatt hørsel, cerebral parese, epilepsi eller utviklingshemming. Synshemming kan også oppstå ved ulykker, skader eller sykdommer senere i livet.

En vet i dag mye om hvor sårbart synssystemet kan være hvis vansker ikke oppdages i tide. Tilstander som forhindrer at synet brukes, vil medføre varig synshemming, uansett senere behandling/stimulering. En del tilstander vil føre til varig nedsatt syn uavhengig av stimuleringstiltak og medisinsk behandling. I disse tilfeller er det ekstra viktig med kompetanse om konsekvenser av synstap og hvordan en kan gi barnet best mulige betingelser for utvikling og læring.

Synet er viktig for barnets fysiske og mentale utvikling. Gjennom lek og aktivitet og samhandling med andre vil de skaffe seg verdifull erfaring og utvikle seg sosialt. For at hver enkelt skal kunne utvikle seg best mulig ut fra sine forutsetninger, er det derfor viktig at en er kjent med synshemmingen, og at nødvendige tiltak iverksettes. Hvis det ikke skjer, kan barnet/ungdommen bli passiv, noe som har betydning for den totale utviklingen.

Hvordan den enkelte fungerer med en synsnedsettelse, avhenger av individuelle forutsetninger. Det er også forskjell på å være født med nedsatt syn og å få et synstap senere i livet.

Noen ganger oppdages ikke barnets synshemming før i skolealder, selv om barnet har fått vanlig helseoppfølgning fra helsestasjon. Dette kan særlig skje der det foreligger andre tilstander som «maskerer» synsvanskene. Barn med sammensatt problematikk bør derfor gjennomgå tverrfaglige undersøkelser, herunder sjekk av øyelege.

### Symptomer og kjennetegn

Under finner du en sjekkliste som kan være til hjelp for å oppdage synsvansker, og kjennetegn som kan indikere behov for en grundigere synsundersøkelse.[[98]](#footnote-98)

* **0–3 måneder:** nystagmus (urolige øyne), flakkende blikk/ manglende blikkontakt, sterk skjeling, reagerer med ubehag på sterkt lys
* **4–6 måneder:** (samme som over) + manglende følgebevegelser og blikkontakt, lite synsoppmerksomhet og manglende bruk av øynene, løfter ikke hodet i mageleie, vedvarende skjeling, liten interesse for omgivelsene, griper ikke etter gjenstander, blir passiv og stille når noen kommer/lytter
* **7-12 måneder:** (samme som over) + vansker med å kjenne igjen personer, passiv og lite utforskende, griper ofte feil, krabber ikke eller har forsinket motorisk utvikling, passiv i sterkt lys og sol, eller i skumring og mørke
* **1–2 år:** (samme som over) + bruker stadig munnen og hendene for å undersøke, liten interesse for å utforske og leke med gjenstander, manglende objektkonstans, liten interesse for bilder og enkle billedbøker, skjev hodestilling, liten interesse for å gå alene
* **3–4 år:** (samme som over) + mye vondt i hodet, mye sliten, ukonsentrert, liten utholdenhet i synskrevende oppgaver, uinteressert i aktiviteter som stiller krav til synet, usikker og utrygg i skumring og mørke, skiller ikke farger eller former, usikker når det løper, hopper, klatrer, velger bort aktiviteter som å tegne, perle, pusle, har vansker med lek og sosialt samspill med andre barn, sitter unormalt nær TV, kniper igjen ett øye, myser
* **5–6 år:** (samme som over) + sitter unormalt nært inntil, skjev hodestilling, vansker med å tegne og kopiere bilder og gjenstander, vansker med å klippe, dårlig balanse på ett bein, vansker med å hinke, vansker med å ta imot ball og å kaste retningsbestemt, beveger seg usikkert i ukjente omgivelser, snubler, velter, går på ting, velger bort aktiviteter som stiller krav til motoriske ferdigheter, vansker med visuell imitasjon, mye gjetting eller liten interesse for det som foregår på avstand, passiv eller deltar lite i lek og sosialt samspill med andre barn
* **Skolealder:** (samme som over) + vansker i kroppsøving med å oppfatte hvordan øvelsen blir demonstrert, vansker med å ta i mot ballen og se hvem som er på lag, ser ikke det som står på tavla, vansker med å se tekst i bøker, sliter med å se eller forstå egen håndskrift, problemer med å orientere seg og finne fram

*For mer informasjon se* [*www.statped.no*](http://www.statped.no)*.*

### . Kommunikasjon, språk, begrep

Vi bruker både verbal- (talespråk) og nonverbal ( mimikk, gester, kroppsspråk osv.) kommunikasjon når vi snakker sammen. Etablering av felles oppmerksomhet, felles fokus og felles forståelse er en forutsetning for god kommunikasjon.

Barn og unge med alvorlig synssvekkelse eller blindhet kan ha et annerledes kroppsspråk enn det en er vant til. Dette kan lett føre til misforståelser. Det kan for eksempel hende at barnet/ungdommen vender øret og ikke blikket/ansiktet mot den han/hun snakker med. Dette gjøres for at vedkommende skal høre bedre, men kan tolkes som mangel på interesse.

Synet er viktig for å utvikle et godt språk og få innhold i ordene og begrepene vi bruker. Personer uten synshemming skaffer seg mye kunnskap gjennom bare det å se. For barn og unge med synshemming kan det være mer utfordrende å skaffe seg denne kunnskapen. Begrepsforståelsen kan derfor for noen være mangelfull. Mange kan gjennom voksenkontakt ha lært mange ord og begreper, men innholdsforståelsen kan være mangelfull. Når en snakker sammen, er det derfor viktig å velge ord og uttrykk som barn og unge forstår.

### Huskeregler ved kommunikasjon

* For personer med synshemming er det trygt å vite hvem som er til stede, og hva som skjer rundt en. Si derfor fra til barnet/foresatte både når du kommer og når du går. Fortell hvem du er, og om du er alene eller har noen med deg.
* Når en person med synshemming oppholder seg i et rom med flere til stede, kan det være vanskelig for han eller hun å vite hvem du snakker til. Derfor bør du henvende deg til barnet/foresatte ved først å si navnet hans eller hennes eller ta forsiktig på armen. Du må imidlertid aldri ta på den synshemmede uten å gi deg til kjenne først.
* Du må plassere deg slik at barnet lett kan rette oppmerksomheten mot deg, uavhengig av om barnet ser eller ikke. Sørg for at det er god belysning i rommet, men vær oppmerksom på at lys ikke må blende barnet/foresatte. Ansiktet ditt bør være godt opplyst og vendt mot personen. Du kan gjerne spørre hvor barnet/foresatte synes det er best at du plasserer deg.
* De fleste liker å få skriftlig informasjon i tillegg til muntlig, det gjelder også synshemmede. Det er derfor fint å gi informasjon skrevet på Braille (blindeskrift).

*For mer informasjon om kommunikasjon med barn med synshemming:*

*http://www.sansetap.no/smabarn-syn/deltakelse/kommunikasjon-samspill/*

*NRK har laget en opplysningsfilm om å være blind:*

[*http://www.nrk.no/skole/klippdetalj?topic=nrk:klipp/300626*](http://www.nrk.no/skole/klippdetalj?topic=nrk:klipp/300626)

## Hørselshemming

Hørselshemming er en fellesbetegnelse som omfatter alle grader og arter av hørselstap. Tapet kan være medfødt eller ervervet. Det er vanlig å skille mellom to hovedgrupper: tunghørt og døv.

Tunghørte har et markert hørselstap, men kan utnytte hørselen, eventuelt ved hjelp av hørselstekniske hjelpemidler, til å oppfatte andres tale og kontrollere egen stemme. En tunghørt vil kunne fungere som døv i sosiale situasjoner med mye støy.

Døve har et så stort hørselstap at de ikke kan oppfatte tale via hørselen eller kontrollere sin egen stemme, selv ikke med bruk av høreapparat.

I Norge har en beregnet at ca. 0,25 prosent av alle barn og unge under 20 år har en hørselshemming. Det vil si at ca. 3000 elever i førskole, grunnskole og videregående skole har et hørselstap som er så stort at det krever tekniske og/eller spesialpedagogiske tiltak.[[99]](#footnote-99)

Hørselstap kan være medfødt eller oppstå senere i livet. Medfødte hørselsskader kan skyldes infeksjoner, deriblant røde hunder og toxoplasmose[[100]](#footnote-100) i svangerskapet, eller komplikasjoner rundt fødselen, som lite oksygen, blodforgiftning eller unormalt mye gulsott. Lav fødselsvekt øker risikoen for hørselsskade. Enkelte medikamenter kan også skade hørselen. Misdannelser i øret og enkelte genetiske sykdommer kan også forårsake problemer.

Også hyppige ørebetennelser kan gi varige øreskader og nedsatt hørsel. Det samme kan infeksjoner som hjernehinnebetennelse, meslinger og kusma. Skader og slag mot øret eller hodet kan påvirke hørselen. Den kan også bli skadet av å bli utsatt for høy lyd.

### Symptomer og kjennetegn

Det finnes flere tegn du bør være oppmerksom på med hensyn til hørselsskade hos barn:

* Barnet reagerer dårlig på tiltale når det sitter med ryggen til
* Grovmotorisk forsinkelse
* Barnet setter seg veldig nær lydkilder, eller viser manglende interesse for stemmer og lyd
* Barnet snakker veldig høyt
* Barnet babler monotont, noe som gjerne avtar etter ett års alder
* Barnet har dårlig språkutvikling, dårlig uttale og lite ordforråd
* Barnet viser mest interesse for gester og bevegelse
* Barnet skriker og hyler og gestikulerer for å kommunisere
* Barnet viser sterke følelsesmessige reaksjoner i form av sinne og/eller sterk egenvilje.[[101]](#footnote-101)

Barn med medfødt og/eller tidlig ervervet hørselstap risikerer å utvikle omfattende vansker hvis ikke adekvate habiliteringstiltak blir satt inn tidlig. Hørselsnedsettelse påvirker og påvirkes av kognitiv fungering. Kognitiv fungering må derfor tas hensyn til ved alle typer utredninger av barn med hørselsnedsettelse. Nedsatt hørsel kan også påvirke språkutvikling, sosiale relasjoner og inkludering, for eksempel i barnehage og skole.

Det kan noen ganger være vanskelig å skille mellom følger av hørselstap og hva som kan være symptomer på andre vansker. Språkforsinkelse på grunn av hørselstap og symptomer på ulike typer språkvansker kan i noen tilfeller gi forholdsvis like symptomer. De kan være vanskelige å differensiere, og kan opptre både alene og samtidig. Barn med hørselshemming kan også ha tilleggsvansker som ADHD, nedsatt arbeidshukommelse, nonverbale lærevansker og språkvansker. Alle livssituasjoner blir berørt når barnet har begrensede evner til å forstå andre eller når andre ikke forstår barnet. Barn med udiagnostisert hørselstap, kan utvikle kompenserende strategier når det strever for å få med seg hendelser og sammenhenger i det som skjer rundt seg.

Erfaringsmessig vil barn med udiagnostisert hørselsproblematikk kunne ha emosjonelle reaksjoner i form av uoppmerksomhet, uro eller tilbaketrekking og mer innadvendte tendenser. Slike emosjonelle reaksjoner kan gi bekymring og mistanke om diagnoser som ADHD eller vansker i forhold til autismespekterforstyrrelser.[[102]](#footnote-102)

### Viktig å huske på ved kommunikasjon

Den som er hørselshemmet, kan lett misforstå eller mistolke det som sies dersom han eller hun bare hører deler av det du sier. Barnets ansiktsuttrykk kan fortelle deg om barnet oppfatter det du sier. For å unngå misforståelser bør du forsikre deg om at barnet har oppfattet det du sa. Det kan du gjøre ved å stille kontrollspørsmål eller be barnet om å gjenta informasjonen. Forsøk å si setningen på en litt annen måte dersom han eller hun ikke hørte det du sa.

**Huskeregler ved kommunikasjon med hørselshemmede**

* Spør. Ta kontakt med de/den hørselshemmede før oppstart og spør om det er spesielle hensyn du bør ta.
* Ved behov skaff tolk. En del hørselshemmede bruker tegnspråk som kommunikasjonsform. NAV har oversikt over godkjente tolker i hele landet, og gir veiledning om hvordan man går frem for å skaffe tolk.[[103]](#footnote-103)  
    
  Ved bruk av døvetolk vil den døve måtte se på tolken istedenfor den som snakker. Pass på at tolken får snakke ferdig før den døve eller andre får/tar ordet.
* Hold munnen fri. Hørselshemmede er ofte taleavlesere/munnavlesere, så sørg for å holde munnen synlig og fri for tygging, hender og annet når du prater. Sørg for at eventuelt bart/skjegg ikke skjuler munnen.
* Sitt riktig. Du bør sitte slik at lyset faller på munnen din – da blir det lettere å følge med på munnbevegelsene. Unngå at den hørselshemmede blir blendet av dagslys – plasser han/henne med ryggen mot vinduet. Unngå for mye bevegelser mens du snakker.
* Unngå støy. Støy i form av høye lyder, musikk, bakgrunnsstøy, dårlig akustikk (eks. ekko) bør unngås for at den hørselshemmede lettest skal klare å skille ut lydene.
* Snakk normalt. Snakk i rolig tempo og med normale, men tydelige munnbevegelser (ikke overdriv). Snakk ikke høyere enn normalt med mindre den hørselshemmede selv ber om det.
* Forbered tilhøreren på hva du skal snakke om. Skal du bruke tavle eller vise noe på en skjerm, husk på å snakke mot tilhøreren. Del gjerne ut et skriv på forhånd om hva dere skal ta opp i samtalen
* Få den hørselshemmedes oppmerksomhet. Tiltrekk deg oppmerksomheten til den hørselshemmede før du begynner å prate. På den måten kan den hørselshemmede å vite hvor og når han/hun bør fokusere.
* Ikke snakk flere på en gang. Er det flere som skal snakke sammen, bør dere sitte samlet, med den hørselshemmede på motsatt side eller i en sirkel/rundt et bord. Gi tegn når du vil ha ordet.
* Ta pauser. Konstant fokus og konsentrasjon over lengre tid er slitsomt

*NRK har laget en opplysningsfilm om å være tunghørt, den kan du se på:* <http://www.nrk.no/skole/klippdetalj?topic=nrk:klipp/298670>

## Utviklingshemming

Utviklingshemming er definert som en «Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f. eks. kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.»[[104]](#footnote-104)

Dette betyr at

1. Evnenivået må være betydelig svekket. Mental fungering skal ligge under et IQ-nivå på 70.
2. Sosial modenhet og evne til å tilpasse seg (adaptive ferdigheter) skal være betydelig svekket. Funksjonsvanskene skal ha vist seg før fylte 18 år.[[105]](#footnote-105)

Utviklingshemming er en funksjonsdiagnose, og diagnosen kan settes også uten at det finnes en klar årsaksdiagnose.[[106]](#footnote-106)

I diagnosesystemet ICD-10 benyttes begrepet psykisk utviklingshemning. Dette er korrekt diagnosebetegnelse. Men ettersom det er bred enighet om at betegnelsen psykisk er misvisende i denne sammenheng, er det vanlig at en i de fleste sammenhenger i stedet sier og skriver utviklingshemming når en omtaler denne diagnosegruppen.

Vanligvis deles utviklingshemming inn i fire grader[[107]](#footnote-107):

• Lett utviklingshemming: IQ 50-69.

• Moderat utviklingshemming: IQ 35-49.

• Alvorlig utviklingshemming: IQ 20-34.

• Dyp utviklingshemming: Under 20.

Kognitive funksjoner og evne til å tilpasse seg utvikler seg og endrer seg gjennom hele barndommen for barn med typisk utvikling så vel som for barn med utviklingshemming. For å kunne vurdere grad av utviklingshemming må en derfor se tilpasningsferdigheter opp mot kronologisk alder (se figuren nedenfor).[[108]](#footnote-108) [[109]](#footnote-109)

|  |  |
| --- | --- |
| **Førskolealder (0-6)**   * **Lett:** Barnet kan utvikle sosiale og kommunikative ferdigheter. Motorisk koordinering er lett svekket. Diagnostiseres ofte i senere alder * **Moderat:** Barnet kan snakke eller lære å kommunisere; noe vansker med sosial forståelse; noe redusert motorisk koordinasjon; har nytte av ADL-trening. * **Alvorlig**: Barnet kan si noen få ord, har begrensede ferdigheter i tale; kan lære noen ADL-ferdigheter[[110]](#footnote-110); motorisk koordinering er tydelig redusert. | **Skolealder (6-20)**   * **Lett:** Eleven kan lære seg skoleferdigheter tilsvarende ca.6.klasse, i siste del av tenårene: «passende» sosiale ferdigheter. * **Moderat:** Eleven kan lære noen sosiale ferdigheter og ferdigheter tilpasset yrkesfag; noen skolefaglige ferdigheter som på grunntrinnet. Eleven kan reise alene på kjente plasser. * **Alvorlig:** Eleven kan snakke eller lære å kommunisere. Eleven kan lære enkle vaner knyttet til egenomsorg (helse); har nytte av innlæring av rutiner. |

Jo mer alvorlig utviklingshemming, jo større er sannsynligheten for tilleggsvansker og kroniske lidelser. Samtidig øker også sjansen for at diagnosen blir stilt tidlig. Lettere utviklingshemming blir gjerne ikke oppdaget før barnet ikke klarer å møte kravene i barnehage og skole.

Årsakene til utviklingshemming deles inn i to hovedgrupper; biopatologisk og uspesifikk. Innen biopatologiske årsaker skilles det mellom genetiske og ervervede. Utviklingen i genteknologiske metoder gjør at man kan gi mer eksakte diagnoser for stadig flere. Downs syndrom er den mest kjente av kromosomfeilene som gir utviklingshemming, men mange diagnoser viser til sjeldne tilstander/syndromer hvor utviklingshemming er en del av syndrombildet. Uspesifikk eller ukjent årsak er vanligst ved lett utviklingshemming.

Infeksjon hos mor under svangerskapet, for tidlig fødsel[[111]](#footnote-111), mors bruk av medikamenter eller alkohol under svangerskap kan også være årsaker til utviklingshemming.[[112]](#footnote-112)

Føtalt alkoholsyndrom (FAS) er en medfødt tilstand som skyldes mors inntak av alkohol under svangerskapet. FAS er betegnelsen på de alvorligste tilstandene hvor fosteret har avvikende utseende, er veksthemmet og har påvisbar hjerneskade. Men alkoholen kan også ha en rekke skadelige effekter på fosteret uten at skaden er like tydelig, det kan vise seg som lærevansker, hyperaktivitet o.l. Slike forandringer kalles FAE – føtal alkoholeffekt. FAE forekommer langt hyppigere enn FAS.[[113]](#footnote-113)

I Norge er det vanlig å beregne antall personer med utviklingshemming til 75 000, ca. 1,5 % av befolkningen. De fleste av disse har lettere utviklingshemming og er uten diagnose, eller kan ha fått andre diagnoser. Kommunene har registrert ca. 21 000 mennesker med utviklingshemming over 16 år som får kommunale tjenester.

Komplikasjoner i forbindelse med fødsel, f.eks. langvarig fødsel, oksygenmangel eller infeksjon er årsaken til utviklingshemming hos 5 til 20 prosent av alle med utviklingshemming.

Alvorlig omsorgssvikt og manglende stimulering kan også føre til utviklingshemming. Dette er imidlertid ikke en vanlig årsak i Norge.

I barnehagene vil det være ca. 4200 barn som vil falle innenfor kriteriene i definisjonen for å ha en utviklingshemming, men bare ca. 1700 vil ha en dokumentert diagnose som utviklingshemmet. Tilsvarende tall finner vi i skolen med til sammen ca. 12 100 elever i grunn- og videregående skole, hvorav ca. 4 900 elever har en diagnose. Dette er statistisk beregnet. Skolene fører ikke registre over diagnoser.

Diagnostisering foretas av spesialisthelsetjenesten representert ved habiliteringstjenesten i fylkene. Ved diagnostisering inngår sykehistorie, kartlegging av tilpasnings-/(adaptive) ferdigheter og intelligenstest.

### Symptomer og kjennetegn

Barn og unge med lettere utviklingshemming, vil møte vansker med å forstå jevnaldrenes språk og sjargong, særlig når denne forutsetter evne til abstraksjon og ironi. De vil også kunne ha vansker med å trekke logiske slutninger og se konsekvensene av sine handlinger. Sosial kontakt og sosiale regler kan også være vanskelig, særlig i spontane relasjoner og situasjoner.[[114]](#footnote-114) Lett utviklingshemming fører til lærevansker i skolen.

Det er ofte først i skolealder at barnets intellektuelle begrensninger blir oppdaget. Det kan være vanskelig å skille lett utviklingshemming fra spesifikke lærevansker, ADHD eller atferdsproblemer.

*For mer informasjon om utviklingshemming se:* [*www.naku.no*](http://www.naku.no) *og* [*http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/psykisk-utviklingshemming-2847.html*](http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/psykisk-utviklingshemning-2847.html).

*Mer informasjon om utviklingshemming med ukjent årsak finner du på* [*www.frambu*](http://www.frambu)

*http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Sosial\_Inkludering/Rapport\_Utviklingshemmede\_NY.pdf*

### Huskeregler ved kommunikasjon

* Noen utviklingshemmede har større eller mindre uttalevansker. Start derfor samtalen med å snakke om hverdagslige ting til du blir vant med barnets talemåte.
* Utviklingshemmede har ofte lite ordforråd og mangelfull begrepsutvikling. Bruk derfor enkle setninger og enkle ord. Gi barnet god tid til å tenke seg om. Unngå å stille spørsmål som krever ja-nei-svar eller "se på klokka".
* Det kan være klokt å gjenta ting flere ganger for å forsikre seg om at barnet har forstått det du har sagt. Still spørsmål på flere måter for å se om det er konsistens i det barnet sier. Barn forstår ikke alltid selv det de gir uttrykk for, eller evner å generalisere fra en situasjon til en annen. Det vil si at det som forstås i en samtale på et kontor, ikke generaliseres til situasjonene det er ment å gjelde for.
* Utviklingshemmede kan ha glemt ting som er hendt, men vil likevel ofte forsøke å svare det de tror den andre forventer, unngå derfor ledende spørsmål. Gjenta i stedet det barnet har sagt og si «fortell mer om det».
* Mange barn, foreldre og andre nære personer har fått opplæring i alternativ kommunikasjon, og har kommunikasjonsformer barnevernet kan dra veksler på. Mennesker med ulik grad av utviklingshemming har i sin språkopplæring fått bruke ulike former for tegn sammen med tale eller berøring og bevegelse. For andre er det lagt vekt på å bruke bilder og piktogrammer, talemaskiner eller blindeskrift. Overfor personer med de største og mest sammensatte funksjonsnedsettelser kan en bruke tolking av og respons på blikk, bevegelse, pust og annet for å utvikle samspillet mellom dem og omgivelsene.

*Sykehuset Østfold har gitt ut en informasjonsbrosjyre ”Følelser, kropp og samspill” som gir gode råd og tips om hvordan man kan snakke med ungdom med utviklingshemming*. <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Documents/Håndbok_Habilitering_oppslag.pdf>

**Samtale om mulige overgrep**

Spørsmålet om troverdighet dukker ofte opp når barn med utviklingshemming forteller om overgrep. Flere studier har undersøkt dette og funnet at barn med utviklingshemming

* husker og motstår falsk informasjon omtrent på samme måte som barn med samme mentale alder, men gjør dette dårligere enn barn med samme kronologiske alder (Michel et al., 2000).
* forteller færre detaljer enn andre barn på samme kronologiske alder (Henry et al., 2011)
* er mer påvirkelige av ledende spørsmål, konfabulerer mer og er mer føyelige (Clare & Gudjonsson, 1993)
* kan gjenkalle fritt som andre barn på samme kronologiske alder, men er dårligere til å svare på spørsmål når barnet bes om å utbrodere, eller svare på generelle spørsmål. De er mindre nøyaktige, og endrer lettere forklaring ved gjentatte forhør (Henry & Gudjonsson, 2003; Agnew & Powell, 2004)

*Statens Barnehus kan gi råd og tips om hvordan du kan snakke med barn og unge med utviklingshemming som har opplevd vold og overgrep,* [*http://www.statensbarnehus.no/*](http://www.statensbarnehus.no/)

*Se også kap. 6.2.*

## Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

ADHD er en fellesbetegnelse for diagnosene «Hyperkinetiske forstyrrelser» (ICD-10) og «Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder» (DSM-5). Det karakteristiske ved tilstandene er et mønster med konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet som er til stede over tid på flere arenaer. Symptomene gir seg vanligvis til kjenne tidlig i barneårene og vedvarer ofte inn i ungdomsalderen og opp i voksen alder.

I følge Helsedirektoratet er det i Norge vanlig å regne med at 3–5 prosent av barn og unge under 18 år har forstyrrelser 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]](#footnote-115)

**Årsaksfaktorer**

Genetiske faktorer er av stor betydning for utvikling av ADHD. Det er påvist avvik i gener for transport eller binding av signalstoffet dopamin. Undersøkelser har også vist at komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel gir en økt risiko for utvikling av ADHD. Det finnes også studier som viser at eksponering for alkohol eller andre stoffer i svangerskapet er assosiert med risiko for ADHD.

### Symptomer og kjennetegn

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

**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.

**Andre grunner til uro og konsentrasjonsvansker**

Det er mange grunner til at barn og ungdom kan bli urolige og ukonsentrerte. 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 ukonsentrerete.

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 oftest være grunn til henvisning til spesialisthelsetjenesten (BUP) for diagnostisk undersøkelse. Barn og unge som diagnostiseres med ADHD vil ofte ha behov for flere hjelpetiltak samtidig.

*Her finner du mer informasjon:*

*Nasjonalt kompetansesenter om AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi:* [*www.nasjkomp.no*](http://www.nasjkomp.no)

[*http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/ADHD/Om-ADHD.aspx*](http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/ADHD/Om-ADHD.aspx)

[*http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd/Sider/default.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*](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*

### Huskeregler ved kommunikasjon

* Barn med ADHD vil ha problemer med å konsentrere seg over lang tid. Gi klare korte beskjeder og ta eventuelt pauser i samtalen.
* Snakk langsomt.
* Bruk korte setninger med få og kjente ord.
* Vær konkret.
* Led barnet tilbake til samtalens tema hvis det avbryter og begynner å snakke om noe annet.
* Hvis barnet blir urolig eller virker ukonsentrert, er det på tide med en liten pause. Etterpå kan dere begynne igjen.

## Tourettes syndrom (TS)

Tourettes syndrom (TS) er en nevrobiologisk tilstand som karakteriseres av ufrivillige, raske, plutselige bevegelser og lyder som gjentar seg. De ufrivillige bevegelsene og lydene kalles tics (ICD-10/DSM-5). Tics er ofte forbigående, og må derfor ha vart i minst ett år før diagnosen Tourettes syndrom kan stilles. Hvis enten bevegelses- eller lydtics, men ikke begge former for tics, har vart i minst ett år, brukes betegnelsen kroniske tics.

Ticsene kommer ofte til syne ved 5-7 års alderen, noen ganger enda tidligere. Fordi det ofte tar tid før omgivelsene forstår at dette er tics, blir diagnosen vanligvis stilt først i 8-10 årsalderen.

Mye tyder på at TS er underdiagnostisert. Nyere internasjonale undersøkelser har vist at mellom 0,3 % og 1 % kan ha TS.[[116]](#footnote-116)

Det antas at Tourettes syndrom forekommer tre til fire ganger så ofte hos gutter som hos jenter.

TS kan foreløpig ikke kureres, men symptomene reduseres vanligvis med alderen. Forløpet av TS varierer betydelig fra individ til individ. Den vanskeligste perioden er vanligvis mellom 10 og 13 år. For svært mange kommer ikke bedringen før puberteten er over.[[117]](#footnote-117)

**Årsaksfaktorer**

Den nøyaktige årsaken er foreløpig ikke funnet, men mye peker i retning av at det kan være forstyrrelser i enkelte signalstoffer i hjernen, bl.a. dopamin. Genetiske studier indikerer at TS kan være arvelig.

### Symptomer og kjennetegn

De vanligste motoriske symptomene er blunking, hodebevegelser og grimasering. De vanligste lydticsene er harking, kremting og snufsing.

Tics:

* kan være sammensatte – flere ulike tics på en gang eller i serie.
* starter oftest i ansiktet, og kan flytte seg til hals, skuldre og videre til resten av kroppen
* flytter seg ofte fra en kroppsdel til en annen
* kan variere i hyppighet og intensitet gjennom dagen, over uker eller måneder
* kan midlertidig undertrykkes. Det betyr at barn med TS f eks kan holde tilbake tics gjennom en legetime, noen ganger en hel skoledag. Det er allikevel ikke slik at tics er en uvane en kan slutte med hvis man vil.
* kan være usynlige for omverden- som å stramme mage/lårmuskler, krølle tærne i skoene osv.
* kan minske ved distrahering eller ved konsentrasjon om noe en er veldig opptatt av
* kan forsterkes av angst og nervøsitet, men også av å glede seg til noe

Personer med TS kan være svært følsomme for det som skjer i omgivelsene, og kan være plaget av sensorisk overfølsomhet. F.eks. kan merkelapper, skrukker i klær og konsistensen på tekstiler oppleves som svært ubehagelige. Det samme gjelder ulike typer mat (lukt, klumper, blandet mat osv.), lukter, lyder mm. [[118]](#footnote-118)

Noen har uprovoserte, uønskede verbale utbrudd av seksrelatert art, og ord og setninger som kan være truende og aggressive. Mindre enn 15 prosent har slikt uakseptabelt språk eller banning (koprolali). Slik atferd kan føre til vanskelige situasjoner og er svært plagsomt for dem det gjelder.

**Tilleggsvansker**

De vanligste tilleggsvansker er ADHD og tvangstanker/ tvangshandlinger (OCD). For informasjon om ADHD, se kapittel 4.6.

Noen kan ha søvnproblemer fordi de har tics om natten. Stort søvnbehov og ekstra trøtthet er også vanlig. Muskler brukes langt oftere og mer intenst enn det som er vanlig. I tillegg er bivirkninger av de medisiner som brukes for å dempe tics en viktig årsak til trøtthet hos mange.[[119]](#footnote-119)

OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er en tilstand med tilbakevendende tvangstanker og/eller tvangshandlinger. Tvangstanker er gjennomgående og vedvarende tanker/tankebilder, impulser eller fantasier. Disse tankene kan ta overhånd og oppleves som meningsløse. De fleste som har en tvangstilstand/OCD, har både tvangstanker og tvangshandlinger. Manglende/redusert kontroll over kroppen, kan føre til angst og/eller depresjon. Hos barn kan dette arte seg som sinne eller store humørsvingninger. En kan også se selvskadende atferd.

Utviklingen hos barn og unge med TS kan bli påvirket av hvordan omgivelsene og/eller familien klarer å takle barnets tics, utfordrende atferd og emosjonelle problemer. Tidlig diagnose blir derfor svært viktig både for barnets egen forståelse av tilstanden og for omgivelsenes mulighet til å forstå barnet. Familier med barn/ungdom med kompliserte tics og utfordrende atferd trenger derfor å få god informasjon og kunnskap for å kunne leve best mulig med TS. God informasjon til skole/medelever er også viktig, men må skje i samarbeid med barn og foreldre.

**Utfordringer med diagnostisering**

Diagnosen stilles vanligvis av lege etter undersøkelser som utelukker andre nevrologiske tilstander. Undersøkelsene av barn gjøres vanligvis av barnelege eller i psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

Evnen til å undertrykke tics kan gjøre det vanskelig å stille riktig diagnose. Ticsene kan også være helt borte i lengre perioder. Perioder med lite tics eller ingen tics behøver derfor ikke bety at barnet ikke har TS.

Det er både forskjeller og likheter mellom OCD og Tourettes syndrom, men begge kan innebære at barnet gjentatte ganger utfører bestemte handlinger som kan være vanskelig for omverdenen å forstå. Ofte er det slik at samme person er rammet av både OCD og TS, og det kan da være utfordrende å skille ut hva som er hva. Det kan også være vanskelig å skille på om konsentrasjonsvansker og uro skyldes ADHD som tilleggsvanske, eller om disse symptomene er et resultat av mange tics og TS i seg selv.

Noen barn får anfall med ukontrollerbart sinne. Anfallene kan komme plutselig og tilsynelatende uten noen, eller svært liten, form for provokasjon. Slike ukontrollerte raserianfall sees vanligvis hos dem som har TS med tilleggsvansker, f eks ADHD eller OCD eller begge deler. Anfallene kan være vanskelig å skille fra «vanlige» atferdsvansker. Raserianfallene kan også forveksles med reaksjoner på manglende omsorg og grensesetting. Seksualisert språk og atferd kan feilaktig bli tolket som reaksjoner på seksuelle overgrep.

Barn med TS kan bli utsatt for omsorgssvikt og overgrep på lik linje med andre barn. Tiltakene som settes inn må være tilpasset barnets særlige utfordringer og behov. Det er svært viktig at de som skal ivareta barnet har kunnskap om TS. I motsatt fall kan barnet/ungdommen møtes på feil måte for atferd som er relatert til TS og følgetilstander, noe som kan øke barnets vanskeligheter.

### Huskeregler ved kommunikasjon

* Gjør samtalen kort. Barn med TS kan ha problemer med å konsentrere seg over lang tid, fordi de undertrykker tics.
* Sett deg rett overfor barnet og se det inn i øynene.
* Bruk korte setninger med få og kjente ord.
* Vær konkret.
* Forsikre deg at barnet/ungdommen har oppfattet det du sa riktig, ved å stille kontrollspørsmål eller be vedkommende gjenta informasjonen.
* Unngå støy i form av høye lyder, bakgrunnsstøy, dårlig akustikk (f. eks. ekko).

Barn med sammensatte tilstander som TS, kan gi foreldrene store utfordringer. Se kap. 6.1. for hvordan du kan møte foreldre til barn med spesielle utfordringer og behov*.*

*For mer informasjon, se Norsk Tourette Forening* [*www.touretteforeningen.no*](http://www.touretteforeningen.no/) *og  
Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi* [*www.nasjkomp.no*](file:///C:\Users\haing\AppData\)*.*

*Se også http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/tics-og-tourettes-syndrom-1035.html?page=all*

## Cerebral Parese

Cerebral parese, CP, er en samlebetegnelse for en gruppe tilstander av kronisk funksjonsnedsettelse som finnes i mange former og alvorlighetsgrader. CP skyldes en skade i den umodne hjernen. Denne skaden kan oppstå i fosterlivet, under fødsel eller i løpet av de første barneårene, vanligvis før barnet er omkring to–tre år. Hvor stor skaden er, og hvordan skaden arter seg er avhengig av hvilken del av hjernen som er skadet.

Hjerneskaden påvirker signaler både fra hjernen til musklene og fra kroppens sanseceller til hjernen. Det medfører at hjernen mistolker en del signaler, og det kan skape ufrivillige bevegelser, dårlig balanse og ustø gange. Selv om den motoriske forstyrrelsen er det sentrale kjennetegnet ved diagnosen, er det også klart at de fleste ofte har vansker på andre områder i tillegg. I en utvidet definisjon (2007) tar man høyde for nettopp dette: «… Den motoriske forstyrrelsen er ofte ledsaget av forstyrrelser i sansefunksjon, kognisjon, kommunikasjon, persepsjon og/eller av epilepsi.» Barnet kan f.eks. ha rom/retningsproblemer og komplekse synsproblemer. Barn med CP er derfor en sammensatt gruppe med ulike funksjonsnivå og dermed også ulike behov for hjelp og tilrettelegging

I Norge blir ca. 120 barn diagnostisert med CP årlig.

For tidlig fødsel, lav fødselsvekt, oksygenmangel hos barnet under fødsel, at barnet har vært nær ved å drukne, eller at barnet har fått infeksjoner eller ulike typer hodeskader de første leveårene er noen av årsakene til CP.

### Symptomer og kjennetegn

Virkningene av cerebral parese varierer fra individ til individ. Milde tilfeller kan blant annet bare gi noe manglende håndkontroll eller dårlig balanse. De hardest rammede kan ha meget dårlig muskelkontroll. Dette påvirker både bevegelse og tale i betydelig grad. Hvilket bilde tilstanden gir, er avhengig av hvilken del av hjernen som er skadet.

Spesielt **det første leveåret** kan det være vanskelig å avgjøre om barnet har en hjerneskade eller ikke. En rekke trekk kan gi mistanke om tilstanden:

* Suge-svelge-problemer som gir sikling
* manglende interesse for lyder og synsinntrykk
* forskjeller i bevegelser mellom de to kroppshalvdelene
* uvanlige kroppsstillinger
* mangelfull kontroll over hodebevegelser

**Ett eller flere av disse symptomene er vanlige:**

* Stramme muskler og muskelspasmer (muskelstramninger)
* Ufrivillige bevegelser
* Problemer med de grovmotoriske ferdighetene (f.eks. å gå eller å springe)
* Problemer med finmotorikk (f.eks. å skrive og å snakke)
* Unormal oppfatning og bearbeiding av sanseinntrykk
* Problemer med romforståelse og øye–hånd–koordinasjon
* Innlæringsvansker og vansker med å sette i gang aktivitet på egen hånd, viser seg tydeligere i skolealder

De fleste personer med CP har et normalt intellektuelt nivå. Noen har imidlertid tilleggsvansker som utviklingshemming, og en del har lærevansker som dysleksi og non-verbale lærevansker. Slike lærevansker kan føre til at de vil ha problemer med å oppfatte/bearbeide nye eller sammensatte synsinntrykk, orientere seg (svak rom- og retningssans), og mestre nye og sammensatte motoriske ferdigheter (motorisk klønete, enten finmotorisk eller grovmotorisk, eller begge deler). Personer med vanlig intellektuelt nivå kan også ha vansker med å løse nye problemer og forholde seg til nye situasjoner, og kan ha utfordringer med sosial kommunikasjon og tilpasning.[[120]](#footnote-120)

Personer med CP kan ha en rekke tilleggsutfordringer som epilepsi og spise- og svelgeproblemer, nedsatt syn og hørsel og kommunikasjonsproblemer i form av utydelig eller ingen tale.

Lette tilfeller av cerebral parese gir i noen tilfeller lite synlige utslag som for eksempel noe nedsatt syn og dårlig balanse. Også når det gjelder disse lette tilfellene kan det være behov for tilrettelegging i barnehage og skole, blant annet når det gjelder hjelpemidler, plassering i klasserom og ved deltakelse i fysiske aktiviteter.[[121]](#footnote-121) Personer med de letteste formene for CP bruker gjerne mye energi på å leve opp til hva som ansees som «normalt». Disse mestringsstrategiene er ikke alltid heldige da de medfører stort energiforbruk og på lengre sikt unødvendig slitasje og belastning.

Hjerneskaden som har oppstått, kan ikke endres, men god og individuell tilrettelegging kan endre på de konsekvensene den kan gi.

### Huskeregler ved kommunikasjon med barn med CP

* Personer med CP kan ha problemer med kommunikasjon blant annet på grunn av spasmer som kan føre til utydelig tale og/eller brudd i taleflyten. Slike problemer kan forsterkes ved opplevelse av stress. Samtalen bør derfor foregå i rolige omgivelser samtidig som det settes av nok tid. Den som snakker med barnet bør ikke gi uttrykk for å ha dårlig tid.
* Før samtalen er det viktig å finne ut hvordan barnet kommuniserer. Noen barn kommuniserer ved hjelp av kommunikasjonshjelpemidler som norsk med tegnstøtte, bilder, lydapparater osv. Andre trenger tegnspråktolk. Tolken kan med fordel være en person som barnet omgås til daglig, og som kjenner barnets måte å kommunisere på.

Hvis barnet har utviklingshemming i tillegg, se kommunikasjonsråd i kapittel 4.5.2.

*NRK har laget opplysningsfilm om CP, den finner du her:* <http://www.nrk.no/video/a_leve_med_cerebral_parese/61B4A1FD9C0EDBAF/emne/Naturfag/>

## Fremadskridende (progredierende) hjernesykdommer

Noen barn får fremadskridende hjernesykdommer. De fleste av disse skyldes en uidentifisert, genetisk betinget biokjemisk/metabolsk forstyrrelse i sentralnervesystemet. Det kan også foreligge en uidentifisert betennelse i sentralnervesystemet.

Barn med fremadskridende hjernesykdom er vanligvis symptomfrie ved fødsel, en del også i de første leveårene. Deretter ser en et sammensatt nevrologisk sykdomsbilde med mindre kontaktevne, utviklingsavvik, tap av funksjoner og forverring over tid.

Det er vanlig at foreldre til barn med en fremadskridende sykdom reagerer med sorg og fortvilelse når diagnosen blir stilt. De kan ha vanskelig for å forholde seg til informasjon og trenger tid til å bearbeide og tilpasse seg den nye livssituasjonen for barnet og familien. Barnet og deres foreldre vil oppleve frustrasjon og sorg over at barnet ikke kan mestre ting barnet tidligere har klart.

Sykdommen kan utvikle seg i ulike stadier med ulik grad av aktivitetsnivå hos barnet. Noen stadier kan være preget av at barnet stadig gjentar de samme bevegelsene eller aktivitetene, andre stadier kan være preget av lavt aktivitetsnivå med liten interaksjon med omgivelsene. Barnet kan miste det verbale språket, og også noe av det kroppslige språket. Dette kan gjøre det utfordrende å tolke barnets signaler. Atferden vil ofte være preget av reduserte språkferdigheter og økende grad av forvirring, frustrasjon og sinneutbrudd. Barnet kan i tillegg få et forstyrret søvnmønster som gjør at barnet må ha tilsyn om natten. Barnet vil over tid få endret personlighet og miste egenskaper og ferdigheter som omgivelsene knytter til dette barnet. Familien vil derfor over tid oppleve at de gradvis ”mister” barnet sitt. Fremtiden vil være preget av usikkerhet. Foreldrene vil måtte innstille seg på at barnets liv kan bli avkortet. Familien har ofte behov for hjelp til å takle de utfordringene som oppstår over tid når det gjelder å ta vare på barnet, barnets søsken og seg selv. Det kan være nyttig for dem å delta på samlinger med foreldre som også har barn med samme eller lignende fremadskridende sykdommer.

Når barn endrer seg og taper funksjoner, må en være oppmerksom på at dette også *kan* skyldes pågående traumatisering/omsorgssvikt.

### Symptomer og kjennetegn

Tap av funksjoner er det viktigste tegnet på at det kan foreligge en fremadskridende, nevrologisk sykdom, men også ved autisme rapporterer foreldre noen ganger at barnet har mistet sosiale og språklige ferdigheter. Sjeldne epilepsitilstander kan også gi tap av funksjoner i småbarnsalder.

*For mer informasjon kontakt Frambu senter for sjeldne diagnoser, www.frambu.no.*

### Huskeregler ved kommunikasjon med barn med fremadskridende hjernesykdommer

Når det verbale språket og også til dels kroppslige uttrykk forsvinner, er det viktig å ha kjennskap til barnets historie før sykdommen utviklet seg. Dette kan for eksempel være sanger og aktiviteter som barnet likte tidligere. Gjennom å synge disse sangene eller samtale med barnet om hva det likte å gjøre, kan det bidra til å skape en sammenheng i barnets livshistorie. Samtidig kan dette bli en måte å vise respekt for barnets egenart, uavhengig av sykdomsutviklingen. Barnet kan oppleve glede ved dette, selv om dette ikke alltid kommer til uttrykk.

Barn med progredierende sykdommer vil i likhet med andre barn ha glede av kontakt med jevnaldrende i barnehage og skole. Det finnes gode eksempler på hvordan barnehage og skole i samarbeid med foreldre og kommunale, statlige og regionale instanser har lykkes med å inkludere barn med fremadskridende hjernesykdommer og skape en meningsfull hverdag for barnet. Inkludering av barn med store funksjonsvansker har vist seg også å komme til nytte for andre barn og for barnehage- skolemiljøet.[[122]](#footnote-122) For at barnet med diagnosen skal kunne fungere sammen med og ha glede av kontakt med andre barn, er det viktig med informasjon til både de andre barna og til deres foreldre. Utfordringer i forhold til språk og endret atferd krever at omgivelsene har forståelse for hva som kan være vanskelig for barnet. Både andre barn og voksne vil trenge kunnskap om hvordan de kan samhandle med barnet på en god måte.

## Sjeldne funksjonshemminger

I Norge defineres en tilstand som sjelden hvis det er færre enn 500 kjente tilfeller i landet, det vil si 1/10.000 kjente tilfeller. Sjeldne diagnoser og funksjonsnedsettelser omfatter en rekke ulike tilstander som gir seg uttrykk på et utall forskjellige måter. Noen gir primært utslag i fysiske avvik eller sykdommer, som for eksempel visse former for kortvoksthet, muskelsykdommer, hudsykdommer og synshemming. Andre gir seg utslag i form av utviklingshemming. En rekke tilstander innebærer en kombinasjon av fysiske og kognitive problemstillinger.

Det finnes ingen oversikt over antall sjeldne tilstander i Norge, men Helsedirektoratet anslår at det er rundt 30 000 personer som faller inn under definisjonen. På verdensbasis opererer en med at det finnes 6–8000 sjeldne tilstander, men det er grunn til å tro at tallet er høyere enn dette. Noen diagnoser omfatter så få som 1–5 personer i Norge. Kunnskapen om slike tilstander og hva de kan innebære, er derfor ofte veldig liten.

### Symptomer og kjennetegn

Sjeldne tilstander er ofte genetisk betinget og medfødt. Noen blir diagnostisert under svangerskapet mens andre må vente flere år før en diagnose blir stilt. En grunn til dette er at diagnosene er sjeldne og helsevesenet har liten kunnskap om symptomene. En annen grunn er at symptomene ikke alltid gir seg til kjenne før det har gått noe tid. Noen tilstander er fremadskridende/progredierende. Det vil si at barnet blir dårligere etter hvert som tiden går. For noen diagnoser betyr dette at barnet utvikler seg normalt inntil en viss alder for deretter å utvikle seg i negativ retning.

En utfordring med noen av de sjeldne diagnosene er at de kan ha symptomer som kan forveksles med symptomer på mishandling. Et eksempel på dette er Osteogenesis Imperfecta Congenita, som er en arvelig (genetisk) sykdom med feil i beinvevet som gir skjøre bein, lav beinmasse og fører til hyppige beinbrudd. Alvorlighetsgraden varierer betydelig fra alvorlige til meget milde former uten brudd. Foruten benvevet gir sykdommen også forandringer utenfor skjelettet og kan ramme tenner, hud, hørsel og øyne. Et annet eksempel er Ehlers-Danlos' syndrom som er en arvelig bindevevssykdom. Defekter i kollagenfibre kan føre til så vel hyperelastisitet som skjørhet av bindevev, noe som blant annet kan gi leddproblemer, brokk og sprekkdannelser av blodkar og andre organer. Andre karakteristika er hyperelastisitet i huden og blødningstendens som kan gi seg utslag i blåmerker. I verste fall kan vevsskjørheten medføre plutselig død ved sprekkdannelser i hovedpulsåren.

### Kompetansesystem og kontaktinformasjon

I likhet med andre barn med nedsatt funksjonsevne vil barn med en sjelden funksjonsnedsettelse eller sykdom ofte ha sammensatte problemstillinger. De vil da ha behov for tverrfaglige og tverretatlige tiltak, og langvarige og koordinerte tjenester. Ofte har personer i hjelpeapparatet ikke vært borte i tilstandene tidligere. De kan derfor være usikre på hvordan de skal bistå barnet best mulig. I Norge er det derfor bygd opp et kompetansesystem og et informasjonssystem som skal være til hjelp.

Det finnes ti kompetansesentre for sjeldne tilstander i Norge. Disse har kompetanse på 320 ulike sjeldne tilstander. Fra 2014 er kompetansesentrene organisert under en paraply med sete i Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger ved Oslo Universitetssykehus HF. I tillegg er det etablert en nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN). Den nye nasjonale kompetansetjenesten for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger har oversikt over hvilke tilstander og grupper som har et tilbud, og hvordan det eventuelt kan gis et kompetansetjenestetilbud for nye grupper.

*For mer informasjon kan du ta direkte kontakt med kompetansesentrene. For liste over kompetansesentrene se nettstedet:.*

[*http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/sjeldnetilstander/Om-sjeldne-tilstander.aspx*](http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/sjeldnetilstander/Om-sjeldne-tilstander.aspx)

*Avdeling rehabilitering og sjeldne funksjonshemminger i*

*Helsedirektoratet har en gratis servicetelefon for sjeldne*

*til stander: 800 41 710 og på nettstedet* [*www.rarelink.no*](http://www.rarelink.no)

*Les mer:*

[*www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/sjeldne-tilstander/Sider/default.aspx*](http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/sjeldne-tilstander/Sider/default.aspx)

*Gundersen, T.(2012). Et ordinært og særegent foreldreskap. En studie av foreldre til barn med sjeldne medisinske tilstander. Universitetet i Oslo*

## Viktige momenter i dette kapitlet

* Noen funksjonsnedsettelser er medfødte og synlige ved fødsel, andre er medfødte, men manifesterer seg ikke før det har gått en tid. Noen funksjonsnedsettelser oppstår som følge av ulykke, sykdom eller mishandling. Noen funksjonsnedsettelser er kun fysisk betinget, andre rammer kun psykiske eller kognitive funksjoner, mens noen rammer fysiske, psykiske og kognitive funksjoner. Noen funksjonsnedsettelser er vanlige, andre er sjeldne. Samme diagnose kan gi svært forskjellige symptomer når det gjelder hvilke funksjoner som er rammet.
* Det er ikke alltid lett å vite om barnets væremåte eller atferd skyldes omsorgssvikt eller nedsatt funksjonsevne, eller begge deler i samspill.
* Hvis et barn har fysiske, kognitive eller atferdsmessige utfordringer, og andre instanser ikke er koblet inn, bør barnevernets ansatte som en tommelfingerregel ta kontakt med relevante instanser som kan sørge for å få barnet utredet. Se kap. 6.3.1.
* Barn som er utsatt for omsorgssvikt og overgrep, kan utvikle avvikende væremåter. Det må undersøkes om disse atferdstrekkene er knyttet til nevrobiologiske funksjonsvansker hos barnet, og/eller om de er reaksjoner på omsorgssvikt/overgrep. En avklaring av dette vil kunne være av stor betydning for vurderingen av omsorgssituasjonen, for å kunne sette inn riktige hjelpetiltak, og for å finne riktig omsorgsbase ved en eventuell omsorgsovertakelse. I møte med barn og unge med avvikende utvikling bør derfor alle mulige årsaker til barnets utviklingsavvik vurderes og eventuelt utredes.
* Når det gjelder sped- og småbarn vil de vanligvis ikke være utredet. Tegn til funksjonssvikt er ofte vage og uspesifikke i denne aldersgruppen, og tegnene kan forveksles med reaksjonsmønstre som sped- og småbarn kan utvikle ved omsorgssvikt eller mishandling. Disse barna bør observeres av fagfolk med ulik kompetanse og i ulike situasjoner. Både barnevernsfaglig og medisinsk/psykologisk kompetanse bør benyttes.

# del II Saksgang

# Bekymringsmelding

**Trine 3 år, med uavklart utviklingsavvik**

|  |
| --- |
| Gunn henvender seg til barneverntjenesten fordi hun opplever at hun ikke er i stand til å gi sin treårige datter, Trine, god omsorg. Gunn har nylig vært gjennom et samlivsbrudd, etter et samliv preget av vold. Hun er deprimert. Hun er nå blitt bekymret for om hun er en god nok mor. Hun opplever også at Trine viser liten interesse for henne. Trines hjelpebehov utredes nå av PPT fordi hun har vist utviklingsavvik i form av sen språkutvikling og utagering. Gunn forteller at selv om hun forstår at Trine trenger mer oppfølging, så makter hun ikke selv å ta nødvendige grep. |

**Knut 10 år, med en diagnostisert funksjonsnedsettelse**

Drosjesjåfør Petter Olsen er bekymret for Knut. Knut er 10 år og er bevegelseshemmet på grunn av cerebral parese. Han kjøres til og fra skolen med drosje. Det er stort sett Petter Olsen som har dette oppdraget. Olsen er bekymret for Knut, blant annet fordi han ofte ber Olsen om å kjøre en liten omvei når han skal hjem. Knut har fortalt Olsen at moren hans er veldig sliten, så det er best at han ikke kommer for tidlig hjem. Han har også sagt til Olsen at han ikke må fortelle noe om dette til moren. Knut har også fortalt at han ikke har noen å være sammen med etter skoletid, og at moren ikke synes at han skal ha noen organiserte aktiviteter fordi hun da må følge opp dette, og det orker hun ikke. Olsen opplever Knut som en ansvarsfull og sosial gutt, men som også er veldig trist.

Når barneverntjenesten mottar en melding om bekymring for omsorgssituasjonen til et barn skal barneverntjenesten senest innen en uke avklare om saken skal følges opp med en undersøkelse etter barnevernloven § 4-3. En undersøkelse skal gjennomføres snarest og senest innen tre måneder. I særlige tilfeller kan fristen forlenges til seks måneder.

***Terskelen for mistanke og melding kan være høyere når barn og unge har nedsatt funksjonsevne*.**

Mange vegrer seg lenge før de melder om bekymring til barnevernet. Dette kan særlig gjelde bekymringer for barn med funksjonsnedsettelse. Til tross for at studier viser at forekomsten av omsorgssvikt og mishandling er høyere for barn med funksjonsnedsettelse enn for andre barn, har mange likevel vanskelig for å tro at noen vil utsette barn og unge med funksjonsnedsettelse for omsorgssvikt eller overgrep. Mange er også usikre på hva som kan være tegn på omsorgssvikt og hva som har med funksjonsnedsettelsen å gjøre, og eventuelt hvordan dette virker sammen (se kap. 4).

En melding til barnevernet kan også forsinkes hvis barnet har kommunikasjonsutfordringer og derfor har vansker med å formidle til andre hva det utsettes for. Noen barn kan unnlate å fortelle noen om sin situasjon fordi det tar på seg ansvar for det som det utsettes for. Barnet kan også ha skyldfølelse for den belastningen funksjonsnedsettelsen påfører foreldrene (se kap.4).

## Hva bør vekke bekymring?

Uavhengig av om barnet har en funksjonsnedsettelse eller ikke bør følgende vekke bekymring for et barns omsorgssituasjon

* foreldres rusmiddelmisbruk
* psykisk sykdom hos foreldre
* utviklingshemming hos foreldre
* vold i hjemmet/store konflikter i foreldrenes samliv
* merkbar endring i atferd hos barn/ungdom (f.eks. unormalt stille, engstelig, passiv eller aggressiv og voldelig)
* tegn på fysiske skader (f.eks. arr og blåmerker)
* hvis foreldrene snakker nedlatende eller aggressivt til eller om barnet
* hvis barnet ser ustelt ut eller foreldrene ikke ser ut til å bry seg om barnets utseende og påkledning
* hvis barnet ikke har venner [[123]](#footnote-123)

Når det gjelder særskilte faktorer som bør vekke bekymring for barn med nedsatt funksjonsevne vil dette være avhengig av barnets funksjonsnivå. Det kan f.eks. være grunn til uro hvis foreldrene ikke tilrettelegger for at barnet kan delta på fritidsaktiviteter. Lærere, ansatte i barnehager og andre som følger opp barnet, f.eks. fysioterapeuter eller ansatte i PP-tjenesten, bør reagere dersom barnet ikke utvikler seg som forventet. Likeledes hvis foresatte viser liten interesse for å følge opp barnet eller rette seg etter råd og veiledning fra fagpersoner.

Særlig bekymringsfullt er det hvis foreldre ikke sørger for at barn som lider av livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade, kommer til undersøkelse eller behandling. Det samme gjelder hvis foreldre ikke sørger for at et barn med funksjonsnedsettelse eller et spesielt hjelpetrengende barn får dekket sine særlige behov for behandling eller opplæring.[[124]](#footnote-124)

Generelt bør det vekke bekymring dersom foreldre med få ressurser eller med store egne utfordringer har barn som er spesielt ressurskrevende. Å ha omsorgen for et barn med nedsatt funksjonsevne krever ekstra sensitivitet for barnets behov.[[125]](#footnote-125) Rusproblematikk, psykiske problemer, og nedsatt kognitiv funksjonsevne kan redusere foreldres sensitivitet. Også dårlig økonomi og en vanskelig livssituasjon kan ha negativ innvirkning på foreldres omsorgsevne. Vold og konflikter i foreldrenes samliv reduserer også oppmerksomhet for barnets behov, og utgjør i seg selv en fare for barnets utvikling.

## Foreldre som selv ønsker tiltak fra barnevernet

Barn med nedsatt funksjonsevne vil ofte ha behov for mer og annen type omsorg og oppfølging enn barn uten slike utfordringer. Det er ofte krevende for foreldre å gi denne omsorgen/oppfølgingen. I tillegg har de færreste foreldre tidligere erfaring med barn som både kan trenge mer og en annen type omsorg og oppfølging enn det barn flest gjør. Mange opplever at de blir nødt til å tenke nytt om barnets utvikling, noe som ofte innebærer en stor omstillingsprosess. Hvis barnet har omfattende omsorgs- og pleiebehov kan familien blir nødt til å finne nye måter å organisere hverdagen sin på.

Barnets omsorgsbehov endrer seg etter hvert som det blir eldre. Mens noen behov blir mindre, vil andre oppfølgings- og omsorgsbehov øke med barnets alder. Foreldre til barn med store fysiske funksjonsnedsettelser vil kunne måtte yte omfattende stell (skifting av bleier, mating, påkledning) og utføre fysisk krevende omsorgsarbeid (løfte inn og ut av sengen, rullestol, toalett). Atferdsmessige utfordringer kan også bli større når barnet vokser til.

Å kombinere omsorgsarbeid med jobb, og kanskje også med omsorg for andre barn, fordrer at foreldrene får god hjelp og støtte i form av tjenester og ytelser fra stat og kommune.

Det er en politisk målsetting at barn skal vokse opp hos sine foreldre. Dette ble slått fast i St. meld. nr. 88 (1966-1967).Det betyr at det offentlige skal gi hjelp som gjør det mulig for barn med særlige behov å vokse opp hjemme. Hjelp og støtte fra det offentlige skal også sikre en så vanlig oppvekst og et så vanlig familieliv som mulig.[[126]](#footnote-126)

Ikke alle foreldre får imidlertid den støtten og hjelpen som de opplever at de trenger. Enkelte av disse foreldrene vil ønske at barnevernet overtar omsorgen for barnet. Andre vil kontakte barnevernet for å få hjelp til å få på plass tjenester fra stat og kommune, slik at de selv kan ta hånd om barnet uten å slite seg helt ut. Noen foreldre kan oppleve at de ikke er i stand til å håndtere barnets atferd, og kan kontakte barnevernet av den grunn. Dette kan gjelde barn som har fått en diagnose og som får oppfølging, men der foreldrene likevel strever med omsorgen. Det kan også gjelde barn som ikke har fått en diagnose. Foreldre kan også kontakte barnevernet fordi de på grunn av egne utfordringer føler at de ikke klarer å gi barnet det det trenger, uavhengig av om barnet har en funksjonsnedsettelse eller ikke.[[127]](#footnote-127)

Foreldre som sliter med egne utfordringer vil kunne oppleve det særlig krevende å ivareta et barn med nedsatt funksjonsevne. Foreldrene vil da ha behov for ekstra bistand enten fra barneverntjenesten eller andre tjenester.

## VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET

* Forekomsten av omsorgssvikt og mishandling er høyere for barn med funksjonsnedsettelse enn for andre barn
* Barn med kommunikasjonsutfordringer kan ha vanskeligheter med å formidle til andre hva det utsettes for
* Det bør vekke bekymring dersom barnet ikke utvikler seg som forventet, hvis foreldre ikke retter seg etter råd og veiledning fra fagpersoner, hvis foreldre ikke sørger for at barnet kommer til undersøkelse eller behandling, eller hvis barnet ikke får dekket sine særlige behov for behandling og opplæring
* Vær særlig oppmerksom på foreldre med store egne utfordringer og spesielt ressurskrevende barn
* Hjelp og støtte fra det offentlige skal sikre en så vanlig oppvekst og et så vanlig familieliv som mulig
* Vær oppmerksom på at ikke alle foreldre får den støtte og hjelp som de opplever at de trenger

LESETIPS

Kvello, Ø. (2010) Barn i risiko: Gyldendal Norsk forlag AS

Tøssebro, J. og Wendelborg, C. (red.) *Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger.* 2014. Gyldendal Norsk Forlag AS

# Undersøkelsesfasen

**Trine II (med uavklart utviklingsavvik)**

Etter at Trines mor, Gunn, kontaktet barneverntjenesten, avtaler saksbehandler et hjemmebesøk. Under hjemmebesøket observerer saksbehandler at det virker som om Trine synes det er ubehagelig når moren prøver å kose med henne og ta henne på fanget. Saksbehandler observerer også at Trine generelt viser liten interesse for å kommunisere, blant annet snur hun seg bort når saksbehandler prøver å oppnå kontakt. Saksbehandler observerer også at Gunn tar få initiativ til å samhandle med Trine. Gunn forteller saksbehandler at hun synes det er vanskelig å leke og snakke med Trine fordi Trine gir henne så lite respons. Samtidig har hun selv lite overskudd til å gjøre noe sammen med henne. Hun forteller at hun tidvis har hatt en ”trillepike” som har tatt med seg Trine på lekeplassen. Utover dette har hun ingen form for avlastning i hverdagen. Hun føler seg ekstra bundet nå som samboeren har flyttet ut.

**Knut II (med en diagnostisert funksjonsnedsettelse)**

|  |
| --- |
| Barneverntjenesten har vurdert at bekymringsmeldingen fra drosjesjåfør Olsen gir grunnlag for å igangsette en undersøkelse. Saksbehandler ringer til Knuts mor, Siri, og forteller om meldingen de har mottatt og ber henne komme til en samtale. I telefonsamtalen får saksbehandler inntrykk av at Siri er positiv til å komme på barnevernskontoret.  Knuts mor møter imidlertid ikke til den avtalte samtalen. Når saksbehandler ringer henne, forteller hun at hun ikke kunne komme fordi hun ikke kunne la Knut være alene hjemme. Saksbehandler lager en ny avtale uken etter. Før denne avtalen kommer det imidlertid inn en ny bekymringsmelding, denne gangen fra Knuts fysioterapeut. Han er bekymret for manglende fremgang hos Knut. Knut har gått hos ham i lengre tid. Fysioterapeuten har laget et treningsopplegg for å lære Knut å bruke rullestol og oppøve andre ferdigheter som vil gjøre det lettere for ham å bevege seg på egenhånd både hjemme og ute. Fysioterapeuten forteller at han har snakket med Knuts mor og fortalt henne hvordan hun kan hjelpe Knut. På tross av dette er det liten fremgang å spore. På bakgrunn av det Knut selv har fortalt, er fysioterapeuten også bekymret for om Knuts mor hindrer Knut i å ha en aktiv fritid med venner. Knut har den siste tiden virket mer innesluttet. Han har også hatt aggressive utbrudd. |

Når du skal undersøke om et barn med funksjonsnedsettelse, eller et barn med *mulig* funksjonsnedsettelse, har behov for barneverntiltak, må du på samme måte som overfor barn uten nedsatt funksjonsevne, undersøke hvordan foreldrene ivaretar barnets generelle og spesielle behov.

## Samtale med foreldre

Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse har måttet lære seg hvordan de skal forholde seg til barnets særegne utfordringer, muligheter og begrensninger. Dette krever stor fleksibilitet og sensitivitet. Å være foreldre til barn med spesielle behov vil derfor ofte innebære «et annerledes foreldreskap». I samtalen med foreldrene bør du formidle anerkjennelse og interesse for hvordan de opplever og håndterer denne krevende oppgaven. Ved å vise dem anerkjennelse legger du til rette for at foreldrene får tillit til deg. Dette kan skape grobunn for et godt samarbeid og øke mulighetene for at foreldrene mobiliserer egne ressurser og leter etter konstruktive løsninger i en vanskelig situasjon.[[128]](#footnote-128)

Aktuelle temaer i samtalen med foreldrene:

* foreldrenes opplevelse av barnet
* foreldrenes opplevelse av egen/hele familiens situasjon
* hvordan foreldrene strukturer hverdagen for å følge opp barnets behov, for eksempel når det gjelder medisinering eller fysisk tilrettelegging
* hvilken hjelp og støtte har foreldrene
  + oppleves evt. denne hjelpen som tilstrekkelig
* evt. hva slags hjelp og støtte kan bidra til å lette deres hverdag
* foreldrenes psykiske og fysiske helse/vansker

Du bør også tematisere søskens situasjon. Oppgave- og rollefordelingen i familien kan være annerledes enn i familier uten barn med en funksjonsnedsettelse.[[129]](#footnote-129)

Noen ganger vil foreldre bekymre seg for om søsknene til barnet med funksjonsnedsettelse får nok omsorg og oppmerksomhet.[[130]](#footnote-130) I samtale med foreldre som er bekymret for dette, er det viktig å være klar over at foreldrenes bekymring ikke behøver å være i samsvar med søsknenes egen oppfattelse og opplevelse av situasjonen. Når det gjelder søsknenes roller og oppgaver viser studien til Tøssebro m.fl (2012) at selv om en god del søsken fikk mer ansvar enn barn i andre familier syntes de at det å være søster/bror til et søsken med nedsatt funksjonsevne, hadde gitt dem verdifull lærdom.

Familien og søsken til barn som har en fremadskridende (progredierende) sykdom eller barn med store atferdsvansker er en særlig utsatt gruppe. Se kap. 4.9. Søsken er avhengig av foreldrenes evne til å takle utfordringer knyttet til barnets sykdom. Dersom familiens liv er preget av foreldrenes depresjoner og sorg bør hjelpeapparatet ha et særlig fokus på søsken. Se kap. 4.10.

Søskens situasjon bør uansett vies ekstra oppmerksomhet. De er en viktig del av familien. Søsken til barn og unge med nedsatt funksjonsevne har mye å tilføre sine familier spesielt, og samfunnet generelt, særlig når det gjelder solidariske holdninger. De fremstår som ressurspersoner. Noen søsken opplever imidlertid å komme i annen rekke, og vil ha behov for mer støtte fra hjelpeapparatet.[[131]](#footnote-131)

*Les mer om søskens situasjon: Tøssebro m.fl. (2012) «Som alle andre? Søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelser» NTNU, rapport 2012. http://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/Som-alle-andre.aspx*

### Samtale med foreldre med minoritetsbakgrunn

Mange foreldre med innvandrerbakgrunn som har barn med nedsatt funksjonsevne, lever i en kompleks situasjon der noen utfordringer er knyttet til barnets nedsatte funksjonsevne, andre kan handle om familiens migrasjonshistorie og vanskelige livssituasjon.

Språkproblemer kan skape problemer i familiens dagligliv. Språkproblemer kan også være en barriere i forbindelse med diagnostisering. Det er risiko for at hjelpeapparatet kan forstå en funksjonsnedsettelse som senutvikling som har oppstått på grunn av traumer knyttet til opplevelser i opprinnelseslandet eller knyttet til en vanskelig eksilsituasjon. Eller motsatt: normale reaksjoner på en unormal livssituasjon kan sykeliggjøres og forstås som en funksjonsnedsettelse. I tillegg kan symptomer på nedsatt funksjonsevne noen ganger bli «kulturforklart».[[132]](#footnote-132)

Dersom foreldrene har begrensete norskkunnskaper og lavt utdanningsnivå kan det være vanskelig for dem å innhente informasjon om sykdom og diagnoser, lover og rettigheter, og hvordan det norske velferdssamfunnet er organisert. De er avhengig av å få grundige forklaringer fra hjelpeapparatet. Både språkproblemer og begrenset kunnskap om ansvarsforhold og spilleregler i det norske samfunnet, kan skape avmakt og usikkerhet. Barnevernet og øvrig hjelpeapparat må derfor sette av nok tid til grundige forklaringer, og gjenta disse om nødvendig, samtidig som de må sikre god språkforståelse gjennom bruk av tolk.   
Det varierer fra land til land hvordan en tenker og forholder seg til barn med funksjonsnedsettelse. Se kap. 3.4. Barneverntjenesten må derfor være utforskende og legge til rette for at foreldrene får formidlet sin opplevelse av barnet, og de tanker og følelser de knytter til barnets funksjonsnedsettelse.

Mye tyder på at minoritetsfamilier med barn med funksjonsnedsettelse har mindre støtte i nettverket sitt enn familier som tilhører majoritetsbefolkningen. Både foreldre med og uten innvandrerbakgrunn kan etterlyse avlastning, samtidig som de ikke kjenner seg trygge på å overlate barnet til andre. Denne ambivalensen kan bli ytterligere forsterket dersom viktige personer i familiens nettverk gir uttrykk for at foreldrene bør greie å ta vare på barnet selv uten støtte- eller avlastningstiltak. Mange innvandrerfamilier sier de savner noen å snakke med om dette. De kan også savne rollemodeller innen egen etnisk gruppe som har kjennskap til velferdsordningene i Norge. Informer derfor foreldrene om hvor de kan finne noen å snakke med, f.eks.

* Lærings- og mestringssentre  
  Lærings- og mestringssenteret ved Oslo universitetssykehus HF (Ullevål) har i flere år hatt egne temadager og samtalegrupper for minoritetsforeldre.
* Interesseorganisasjoner for mennesker med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende. Se kap. 2.2.

Et viktig spørsmål i møte med foreldre med ikke-norsk bakgrunn er i hvilken grad du skal ta hensyn til ulikheter. Forskning tyder på at barnevernets generelle tiltak har ønsket virkning også i familier med minoritetsbakgrunn. Den nødvendige kulturtilpasningen bør derfor være begrenset, konkret og praktisk. Slike tilpasninger dreier seg blant annet om å ta hensyn til religiøse tabuer, ha beredskap for å kommunisere på morsmålet, samt vise respekt for indre rangordning i familie og slekt.

Mange av de utfordringene ikke-vestlige innvandrere har, skyldes den sosio-økonomiske situasjonen de lever under. Barneverntjenesten bør derfor kartlegge familiens situasjon og vurdere behov for tiltak på samme måte som de gjør med familier med norsk kulturbakgrunn.[[133]](#footnote-133)

## Samtaler med barnet

Barn har rett til å bli hørt i saker som angår dem. Deres mening skal tillegges vekt i samsvar med alder og modenhetsnivå uavhengig av om barnet har en funksjonsnedsettelse eller ikke. Se kap. 2.1. Ny bestemmelse i barnevernloven presiserer at barnet skal gis mulighet til medvirkning og det skal tilrettelegges for samtaler med barnet.[[134]](#footnote-134)

Alle barn trenger å få informasjon som kan bidra til forutsigbarhet og forforståelse for egen livssituasjon. Overfor noen barn kan det være nødvendig med spesiell forberedelse av samtalen.

* Er barnet utviklingshemmet og du er usikker på om barnet er i stand til å forstå situasjonen eller gi uttrykk for sine ønsker bør du innhente kunnskap fra foreldre eller andre som kjenner barnet og dets måte å uttrykke seg på
* Dersom barnet har kommunikasjonsutfordringer bør du rådføre deg med foreldre eller andre som kjenner barnet godt
* Planlegg og tilrettelegg for samtalen ut fra rådene du får
* Bestill om nødvendig tolk dersom barnet f.eks bruker tegn eller tegn-til-tale, se kap. 2.6.

I kapittel fire kan du lese nærmere om hva du bør ta hensyn til i samtale med barn med ulike funksjonsnedsettelser.

Se huskeregler for kommunikasjon med følgende grupper:

* Autismespekteroforstyrrelser kap. 4.2
* Synshemming, kap. 4.3
* Hørselshemming, kap, 4.4
* Utviklingshemming, kap. 4.5
* ADHD, kap. 4.6
* Tourettes Syndrom, kap. 4.7
* Cerebral parese, kap. 4.8
* Fremadskridende hjernesykdommer, kap. 4.9
* Sjeldne funksjonshemminger, kap. 4.10

**Vold og seksuelle overgrep**Ved mistanke om at barnet er utsatt for vold eller seksuelle overgrep må du snakke med barnet uten at foreldrene er tilstede. Ved ekstra kommunikasjonsutfordringer bør du spørre barnet om det ønsker å ha med en det kjenner godt i samtalen, for eksempel en miljøarbeider. Statens Barnehus kan kontaktes for råd og veiledning eller for bistand til gjennomføring av samtalen.

Hvis barnet har en utviklingshemming, bør du på samme måte som overfor andre barn, snakke med det om det det har opplevd og situasjonen det er i, slik at barnet, som andre barn, får anledning til å kjenne på og uttrykke sine opplevelser av for eksempel sorg og avvisning. I alle saker der det er mistanke om vold og overgrep, bør du unngå påvirkning av barnet før et eventuelt dommeravhør gjøres ved et av Statens Barnehus.[[135]](#footnote-135) Da det ofte er lang ventetid på dommeravhør, bør barnets behov ivaretas på best mulig måte i ventetiden.

*Kontakt habiliteringstjenesten, PPT eller Statens Barnehus for å få råd og veiledning i hvordan du kan oppfatte og fortolke signaler og kommunisere med barn som har kommunikasjonsutfordringer*.

## Innhenting av informasjon om barnets generelle og spesielle behov/helse og utvikling

Foreldre/foresatte vil som regel kunne gi informasjon om barnets helse, kontakt med hjelpeapparatet, om barnet er utredet eller om utredning med tanke på funksjonsnedsettelse er planlagt. Som i andre undersøkelsessaker kan det være nødvendig at barnevernet i tillegg innhenter opplysninger direkte fra helsetjenesten (f.eks. helsestasjon, fastlege, habiliteringstjenesten, og BUP).

Informasjonen bør innhentes i samarbeid med foreldrene, men barnevernet kan også innhente slike opplysninger uten foreldrenes samtykke hvis det er grunn til bekymring for at barnet utsettes for alvorlige overgrep eller omsorgssvikt.[[136]](#footnote-136)

**Fremagangsmåte når barnet har en diagnostisert funksjonsnedsettelse**

Hvis hjelpeapparatet allerede har utredet barnet, bør du kontakte aktuelle instanser for å få informasjon om hva barnet er utredet for, og hva de eventuelt har kommet frem til. Egen boks:

|  |
| --- |
| **Trine III, med uavklart utviklingsavvik** Saksbehandler kontakter PPT for å få informasjon om hva de har kommet frem til i utredningen av Trines hjelpebehov. Hun får vite at PPT er usikre på om Trines utviklingsforstyrrelse og væremåte kan være forårsaket av omsorgsforholdene eller om hun kan ha en diagnose innenfor autismespekteret. PPT vil nå i samarbeid med mor og fastlegen henvise Trine til habiliteringstjenesten.  **Knut III, med en diagnostisert funksjonsnedsettelse** Kontakt Knuts fysioterapeut for å få informasjon om Knuts spesifikke problematikk.  For å få mer informasjon om diagnosen og Knuts utfordringer som følge av denne, kan du også innhente informasjon fra habiliteringstjenesten eller andre Knut har vært til behandling/utredning hos relatert til hans CP.  Avklar om det er laget individuell plan, oppnevnt koordinator og/eller om det er opprettet en ansvarsgruppe. |

**Behov for utredning av tilleggsproblematikk?**

Avklar i samråd med foreldre og helsepersonell om det er grunnlag for å undersøke om barnet har tilleggsproblematikk knyttet til diagnosen.[[137]](#footnote-137) Ta i samarbeid med foreldre kontakt med fastlege eller helsestasjon dersom det for eksempel er aktuelt å få gjort en grundig sjekk av barnets, hørsel, syn og motoriske ferdigheter. Ved behov kan fastlege eller lege på helsestasjon henvise til videre utredning i spesialisthelsetjenesten. Utredning av for eksempel syns- og hørselsfunksjon vil primært skje ved sykehusenes øyeavdelinger og øre-, nese-, halsavdelinger. For utredning av eventuelle lærevansker kan barneverntjenesten i samråd med foreldrene og skole/barnehage få barnet henvist til PPT.

PPT eller helsevesenet kan eventuelt henvise til Statped.[[138]](#footnote-138)

### Avklaring av om barnet har en funksjonsnedsettelse eller ikke

Noen ganger tar det tid før foreldre eller hjelpeapparat forstår at barnet har en funksjonsnedsettelse. Dette kan noen ganger skyldes at foreldres bekymring for barnet ikke er tatt på alvor av helsetjenesten. Andre ganger har foreldre selv ingen mistanke om at barnet kan ha en funksjonsnedsettelse. Dette kan særlig gjelde førstegangsforeldre som ikke kan sammenligne barnets utvikling med utviklingen til eldre søsken.

Hvis det er et gap mellom barnets faktiske og forventede utvikling har noen foreldre erfart at det er blitt stilt spørsmål ved deres omsorgskompetanse. Dette gjelder særlig barn med avvikende sosiale evner eller kommunikasjonsferdigheter. Dersom barnet har utviklings- eller atferdsutfordringer bør det derfor avklares om dette kan skyldes en funksjonsnedsettelse eller om det har andre helsemessige årsaker.

For å få utredet om barnet kan ha nedsatt funksjonsevne, bør barneverntjenesten i samarbeid med foreldrene henvende seg til barnets fastlege eller helsestasjonslege, som kan bistå med henvisning til spesialisthelsetjenesten. Barneverntjenesten kan også be spesialisthelsetjenesten om en utredning av barnets utfordringer og fungering, og også be om informasjon om konsekvensene av funksjonsnedsettelsen (f.eks. for barnets samspill med andre).

Noen ganger kan barnets utfordringer eller eventuelle funksjonsnedsettelse skyldes eller forsterkes av foreldres manglende omsorgskompetanse.[[139]](#footnote-139) Funksjonsnedsettelser kan også forsterkes hvis foreldrene lar være å oppsøke nødvendig helsehjelp eller unnlater å gi barnet adekvat opplæring.

*Konsulter habiliteringstjenesten eller BUP ved tvil om hvorvidt og hvor barnet bør henvises. Flere steder er det etablert faste konsultasjonsteam hvor barnevernet og andre kan henvende seg for hjelp til vurdering. For eksempel har Bufetat og BUP i Midt-Norge etablert konsultasjonsteamet ”Synlige små”. Teamet tilbyr konsultasjon til kommunene. Se http://www.ntnu.no/rkbu/synligesma.*

Utredningsinstanser EGEN BOKS

**Habiliteringstjenestene**n haransvar for å gi tverrfaglige spesialisthelsetjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom i aldersgruppen 0 til 18 år. Tjenestespekteret omfatter diagnostikk og funksjonsutredninger, opptrening av funksjon og ferdighetstrening, intensiv spesialisert trening og opplæring til barna, ungdommene og familiene. Habiliteringstjenesten gir også råd og veiledning på generelt grunnlag og om enkeltbrukere til kommunene.

**Barneavdelingene og øre/nese/hals- og øyeavdelingene** i helseforetakene foretar utredning og behandling

**Kompetansesystemet for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger** har ansvar for nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innenfor sitt spesifiserte fagområde. Tjenestene har et særlig ansvar for å sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere (se punkt 4.10.2).

## Observasjon av samhandlingen mellom foreldre og barn

I tillegg til samtaler med barn og foreldre, informasjon fra andre instanser eller andre som kjenner barnet/familien kan observasjon av samhandlingen mellom foreldre og barn belyse barnets omsorgssituasjon. Observasjon av samspillet kan gi kunnskap om relasjonen mellom foreldre og barn, og i hvilken grad samspillet er støttende for barnets utvikling. Samspillet mellom barn og foreldre bør gjøres på ulike steder, det vil si både i hjemmet og på andre arenaer, og i ulike situasjoner, som for eksempel under måltider, legging, lek osv.

Hvis du skal observere samspillet til et barn som har en kognitiv funksjonsnedsettelse bør du være oppmerksom på at barnet for eksempel kan ha en annerledes responshastighet enn barn uten slik problematikk. I slike situasjoner vil det være viktig å observere om foreldrene oppfatter og besvarer barnets signaler, og om de forstår, tilrettelegger for og handler utfra barnets spesielle behov. (Se også kap. 3).

Barn med fysiske funksjonsnedsettelser vil ofte være mer avhengig av foreldrene til daglige gjøremål og for deltakelse i fritidsaktiviteter enn det som er vanlig for barn på samme alder. Observasjon av samhandling mellom barn og foreldre vil kunne gi innblikk i hvordan foreldre håndterer den «maktposisjonen» som oppstår som følge av barnas avhengighet av dem. Latterliggjøring, ignorering og manglende selvstendiggjøring er handlinger som barn med funksjonsnedsettelse kan være spesielt utsatt for av foreldre med lav omsorgskompetanse.

*Her kan du få tips og råd:*

*Habiliteringstjenesten og BUP kan gi råd om samhandlingsproblematikk knyttet til ulike funksjonsnedsettelser*.

## Konklusjon på undersøkelsen

Barneverntjenesten må ved avslutning av undersøkelsen vurdere om saken skal henlegges eller om det er grunnlag for tiltak etter barnevernloven.

Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne vil som oftest ha en mer krevende hverdag enn foreldre flest i form av ekstra omsorgsarbeid og fysiske og psykiske belastninger. Når du vurderer om det skal settes inn barneverntiltak må ikke foreldrenes krevende hverdag komme i veien for å se barnets behov for barneverntiltak. Det sentrale spørsmålet må alltid være om, og på hvilken måte, foreldrene ivaretar barnets generelle og spesielle behov, jf. kap. 2.1.

Barneverntjenesten skal sørge for å sette i verk hjelpetiltak når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det.[[140]](#footnote-140) At barnet må ha et særlig behov innebærer at det enkelte barn må ha et behov utover det barn i alminnelighet vil ha. For eksempel vil ikke nedsatt funksjonsevne hos et barn i seg selv gi grunnlag for å iverksette et hjelpetiltak.

Hvis barneverntjenesten konkluderer med at barnets behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av foreldrene, bør det vurderes om dette kan ha sammenheng med om familien eventuelt ikke mottar tilstrekkelig hjelp fra kommunens øvrige hjelpeapparat.[[141]](#footnote-141) Dersom det kan være en slik sammenheng bør barneverntjenesten bistå foreldrene med å få på plass nødvendige tiltak fra helse-, og omsorgstjenesten i kommunen.[[142]](#footnote-142) Dette kan noen ganger gjøres gjennom å gi konkrete råd og veiledning til foreldrene om hvordan de kan gå frem. Andre ganger kan det være nødvendig at barneverntjenesten bistår foreldrene ved å være en pådriver overfor andre instanser.[[143]](#footnote-143) Se også kap. 2.4.1 om individuell plan. Dersom barnet ikke tidligere har vært diagnostisert kan dette være særlig aktuelt.

Noen ganger har foreldre alminnelig god omsorgskompetanse, men barnets omsorgsbehov kan være så stort at foreldrene likevel ikke makter å ivareta barnets behov i tilstrekkelig grad. Hvis dette har sammenheng med at familien ikke mottar tilstrekkelige helse- og omsorgstjenester, bør barneverntjenesten bidra til at familien får disse tjenestene. Se forrige avsnitt. Eksempelvis vil avlastningstiltak og praktisk bistand[[144]](#footnote-144) være tiltak som vil kunne sette foreldrene bedre i stand til å ivareta barnets behov. Særlig enslige foreldre vil kunne ha behov for avlastning og praktisk bistand.

INFOboks:

**Eksempel 1**

Barnevernet mottar bekymringsmelding om mulig omsorgssvikt. Ut fra situasjonen familien er i, setter barneverntjenesten inn avlastning/besøkshjem allerede i undersøkelsesfasen. Undersøkelsen konkluderer imidlertid med at utfordringene familien har, ikke skyldes forholdene i hjemmet eller mangler ved foreldrenes omsorgsevne, men er knyttet til barnets diagnose. Barneverntjenesten kontakter kommunens helse- og omsorgstjenesten som overtar administrasjonen og oppfølging av avlastningen/besøkshjemmet. Barnevernsaken avslutttes.

**Eksempel 2**

Foreldre oppsøker barneverntjenesten. De er utslitt og opplever at de ikke lenger klarer å gi barnet, som har nedsatt funksjonsevne, omsorgen det trenger. De mottar ingen bistand fra kommunens helse- og omsorgstjeneste for barnets funksjonsnedsettelse. Barneverntjenesten åpner undersøkelsessak. De fatter vedtak om praktisk hjelp i hjemmet og avlastning for å avhjelpe og forhindre at foreldrene ikke klarer å stå i omsorgsoppgavene sine. Etter at undersøkelsen er avsluttet, er konklusjonen at familiens utfordringer ikke skyldes forholdene i hjemmet eller mangler ved foreldrenes omsorgsevne, men er knyttet til barnets helse og nedsatte funksjonsevne. Barneverntjenesten hjelper foreldrene med i å søke om bistand etter helse- og omsorgstjensteloven fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Familien får avslag. Barneverntjenesten bistår deretter foreldrene i å klage på vedtaket. Barneverntjenesten opprettholder barneverntiltakene gjennom klagerunden og krever refusjon i etterkant. Begrunnelsen er at foreldrene har en særlig tyngende omsorgsoppgave, og at dette er årsaken til at de ikke klarer å yte god nok omsorgsevne uten støttende tiltak knyttet til barnets nedsatte funksjonsevne. Dersom foreldrene mottar tilstrekkelig avlastning vil de kunne klare å yte den omsorgen barnet er i behov av.

Hvis barnets omsorgssituasjon anses å bli god nok når et tilstrekkelig hjelpetilbud fra kommunen er på plass, kan barneverntjenesten avslutte barnevernssaken. Dersom det råder usikkerhet om tjenester fra helse- og omsorgstjenesten vil være tilstrekkelig til at barnets omsorgssituasjon blir god nok, bør barneverntjenesten følge situasjonen over tid, og gjøre en ny vurdering av barnets omsorgssituasjon etter at det kommunale hjelpetilbudet er på plass.

**Valg av tiltak**

Barneverntjenesten bør prøve å mobilisere de ressurser som familien har rundt seg. Familieråd, der slekt og andre som er betydningsfulle for barnet drøfter hva som kan bedre barnets situasjon, kan være til hjelp.[[145]](#footnote-145)

Når barnet har nedsatt funksjonsevne er det spesielt viktig å være åpen for ulike løsninger for å gi et helhetlig tilbud. I utforming og sammensetning av hjelpetiltak fra ulike lovverk kreves et godt tverretatlig samarbeid. Tiltakene må være skreddersydd barnets funksjonsnedsettelse og de utfordringer den medfører.

Noen tilstander har en større eller mindre grad av arvelighet knyttet til seg. Hvis det skal settes inn tiltak for å støtte foreldrene i deres foreldrefunksjon må hjelpetiltakene derfor være tilpasset foreldrenes egne utfordringer.

**Tiltaksplan**

Når barnevernet vedtar at det skal settes inn hjelpetiltak, skal barneverntjenesten samtidig utarbeide en tidsavgrenset tiltaksplan.

Arbeidet med en tiltaksplan bør sees i forhold til målsettingene for og utformingen av de tiltak barnet eventuelt allerede mottar fra andre kommunale eller statlige etater, og slik de eventuelt fremkommer i individuell plan.

Vurder også om det kan være hensiktsmessig at barneverntjenesten forsterke/utvider de tiltakene som allerede gis fra andre tjenester. Dette vil kunne være aktuelt i de tilfeller barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlige behov som skyldes andre forhold enn funksjonsnedsettelsen. Hvis det er behov for slik utvidelse bør det drøftes med den tjenesten som følger opp det opprinnelige tiltaket om denne tjenesten selv kan forsterke/utvide tiltaket for å unngå at to tjenester følger opp/administrerer samme tiltak.

EGEN BOKS

Eksempel: Hvis barnet allerede har et avlastningstilbud, kan barneverntjenesten tilby ytterligere avlastning gjennom utvidelsen av timeantall eller lignende.

Hvis det er etablert en ansvarsgruppe rundt familien, bør du i samarbeid med foreldrene og barnet vurdere om barneverntjenesten skal delta i denne. (se kap 2.4.1 om individuell plan).

## VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET

* Å være foreldre til barn med spesielle behov vil ofte innebære «et annerledes foreldreskap».
* Foreldre trenger å bli møtt med anerkjennelse for den kompetansen de har opparbeidet i å ivareta et barn med spesielle behov.
* Familiene trenger å bli møtt med forståelse for barnets vansker og familiens spesielle utfordringer og behov.
* Snakk med foreldrene om hvilken hjelp og støtte som kan lette deres hverdag
* Snakk med foreldrene om eventuelle søskens situasjon
* Ta hensyn til at foreldre med innvandrerbakgrunn lever i en kompleks situasjon. Noen av foreldrenes utfordringer kan være knyttet til barnets nedsatte funksjonsevne, andre kan handle om familiens migrasjonshistorie og/eller en vanskelig livssituasjon.
  + Vær oppmerksom på at språkproblemer kan forsinke diagnostisering, og at symptomer på nedsatt funksjonsevne kan bli ”kulturforklart”
  + Barnevernet og øvrig hjelpeapparat må sette av nok tid til å gi grundige og gjentatte forklaringer. Dette kan motvirke den avmakt og usikkerhet som kan oppstå hos foreldre som har språkproblemer og begrenset kunnskap om ansvarsforhold og spilleregler i det norske samfunn.
  + Forståelse og opplevelse av funksjonsnedsettelser varierer fra land til land. Utforsk og legg til rette for at foreldre får formidlet sin forståelse og sine opplevelser.
* Informer foreldre om hvor de kan hente hjelp og støtte   
  For eksempel  
  -lærings- og mestringssentre   
  -interesseorganisasjoner for mennesker med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende.
* Snakk med barnet.
* Gi barnet god informasjon slik at barnet kan oppleve forutsigbarhet og også forstå egen livssituasjon. Ta hensyn til barnets eventuelle kommunikasjonsutfordringer når du planlegger og tilrettelegger for samtalene med barnet.
* Kontakt faginstanser som for eksempel habiliteringstjenesten, BUP, PPT eller Statens Barnehus for å få råd og veiledning om hvordan du kan oppfatte og fortolke signaler, og hvordan du kan kommunisere med barn med kommunikasjonsutfordringer.
* Avklar i samråd med foreldre og helsepersonell om det er grunnlag for å undersøke om barnet har tilleggsproblematikk knyttet til diagnosen
* Har barnet en funksjonsnedsettelse? Behov for utredning? Noen ganger tar det tid før foreldre eller hjelpeapparat forstår at et barn har en funksjonsnedsettelse. Dersom et barn ikke utvikler seg som forventet eller har atferdsproblemer bør det avklares om dette kan skyldes en funksjonsnedsettelse eller ha andre helsemessige årsaker.
  + Kontakt BUP, habiliteringstjeneste eller eventuelt konsultasjonsteam dersom du er i tvil om hvorvidt og hvor barnet bør henvises til utredning
* Barnets utfordringer eller funksjonsnedsettelse kan skyldes eller forsterkes av omsorgssvikt
* Funksjonsnedsettelser kan også forsterkes hvis foreldrene lar være å oppsøke nødvendig helsehjelp, eller unnlater å gi barnet adekvat opplæring
* Hvis du skal observere samspillet til et barn som har en kognitiv funksjonsnedsettelse bør du være oppmerksom på at barnet for eksempel kan ha en annerledes responshastighet enn barn uten slik problematikk. I slike situasjoner vil det være viktig å observere om foreldrene oppfatter og besvarer barnets signaler, og om de forstår, tilrettelegger for og handler ut fra barnets spesielle behov
* Konklusjon på undersøkelsen
  + - Hvis vurderingen ved avslutningen av en barnevernsundersøkelse konkluderer med at barnet ikke blir godt nok ivaretatt av foreldrene, bør det avklares om dette kan ha sammenheng med om familien eventuelt ikke mottar tilstrekkelig hjelp fra kommunens øvrige hjelpeapparat. Hvis nødvendig, bistå foreldrene med å få på plass nødvendige tiltak fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen.
* Tenk helhet. Vær åpen for ulike løsninger for å gi familien et helhetlig tilbud.
* Samarbeid med andre etater i utforming og sammensetning av hjelpetiltak fra ulike lovverk
* Skreddersy tiltak ut fra barnets funksjonsnedsettelse

Barneverntiltakene bør avstemmes i forhold til målsettingene for og utformingen av de tiltak barnet eventuelt allerede mottar fra andre kommunale eller statlige etater, og slik de eventuelt fremkommer i individuell plan

LESETIPS

Aambø, A. 2004. LOS – løsningsorienterte samtaler, Oslo: Gyldendal akademisk

Tøssebro. J., Kermit, P., Wendelborg, C. og Kittelsaa, A.. (2012). *Som alle andre? Søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelser.* NTNU Rapport 2012.

# Hjelpetiltak

**Trine IV, (med uavklart utviklingsavvik)**

På hjemmebesøk hos Trines mor, Gunn, får saksbehandler vite at Trine nå er til utredning for om hun har en diagnose innen autismespekteret. Gunn sier hun er veldig sliten. Familien mottar ingen hjelpetilbud fra helse- og omsorgstjenesten. Dette skyldes at Trine fortsatt ikke har noen diagnose.

Gunn forteller at hun fortsatt har det vanskelig på grunn av samlivsbruddet og erfaringene med den voldelige kjæresten. Hun har derfor ikke orket å finne ut av om de har mulighet til å få hjelp til å klare hverdagen.

Saksbehandler og Gunn samtaler deretter om hva som skal til for at Gunn skal få det bedre. Saksbehandler foreslår for Gunn at hun begynner med samtaler hos en psykolog, noe Gunn sier seg enig i.

Etter samtalen sørger saksbehandler for at Gunn kommer inn i et behandlingsopplegg hos en psykolog.   
  
Saksbehandler har liten tidligere erfaring med autismespekterdiagnoser og ber derfor først PPT og deretter habiliteringstjenesten om mer informasjon om diagnosen.

Etter drøfting med PPT og habiliteringstjenesten tilbyr barneverntjenesten Gunn foreldrestøttende tiltak som har fokus på å bedre tilknytningen og samspillet mellom Gunn og Trine. Gunn får også tilbud om en miljøarbeider. Miljøarbeideren får i oppgave å hjelpe Gunn med å lage rutiner for dagliglivet slik at hun kan få mer overskudd til å ivareta Trines behov.

|  |
| --- |
| **Knut IV, (med en diagnostisert funksjonsnedsettelse)**  Etter at Siri, moren til Knut, har avlyst møter med barneverntjenesten tre ganger bestemmer saksbehandler seg for å dra på hjemmebesøk. Siri forteller da at hun verken har overskudd til å trene på det fysioterapeuten har anbefalt eller til å ta Knut med på ulike fritidsaktiviteter. Hun forteller også at hun er redd for at Knut skal bli mobbet, og at hun derfor ikke synes han skal være så mye ute.  Helse- og omsorgstjenesten har tilbudt Knut støttekontakt, men Siri har takket nei. Slik barneverntjenesten vurderer det, vil en støttekontakt som kan ta Knut ut på fritidsaktiviteter, bidra til å løse deler av både Siris og Knuts utfordringer. Siri vil kunne få frigjort tid slik at hun kan hente seg inn, og Knut kan komme seg ut sammen med jevnaldrende. Knut sier til saksbehandler at han gjerne vil ha støttekontakt. Siri uttrykker mer skepsis, men godtar etter en viss overtalelse at barneverntjenesten finner en støttekontakt.  Når det gjelder Siris manglende oppfølging av fysioterapeutens anbefalinger, vurderer barneverntjenesten dette som skadelig for guttens helse og utvikling og ser det som nødvendig å sette hjemmet under tilsyn. Tilsynsføreren skal følge opp/påse at moren følger opp anbefalinger fra de fagpersoner Knut er i kontakt med. Tilsynsfører skal også følge med på Knuts utvikling og passe på at avtalen med støttekontakten overholdes. Siri samtykker til at det opprettes tilsyn. |

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Hjelpetiltak skal ha som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien.

## Råd og veiledning

Barnevernloven pålegger barneverntjenesten et veiledningsansvar. Dette ansvaret innebærer imidlertid ikke at barneverntjenesten selv må gjennomføre veiledningen. Noen ganger kan tjenester/etater som står nærmere barnet, og som derfor har større innsikt i barnets hverdag, som for eksempel skole, barnehage og helsestasjon, være bedre egnet.[[146]](#footnote-146) Det kan også være aktuelt å innhente spesialkompetanse for å gi veiledning til foreldre som har problemer i omsorgsrollen.

Råd og veiledning fra barneverntjenesten kan for eksempel dreie seg om å

* gi foreldrene råd om hvor de skal henvende seg for å få tjenester og økonomisk støtte
* veilede foreldre i hvordan de kan skape en struktur i hverdagen tilpasset barnets behov[[147]](#footnote-147)

## Hjelpetiltak

Hjelpetiltak til barn med funksjonsnedsettelse vil kunne være både like og forskjellige fra tiltak til barn uten funksjonsnedsettelse.[[148]](#footnote-148)

Nedenfor følger eksempler på noen tiltak som kan være aktuelle. Noen av tiltakene er rettet mot foreldre for å bistå dem i deres omsorgsoppgaver. Andre er direkte rettet mot barnet for å gi barnet nye opplevelser, stimulere til fritidsaktiviteter, eller være til hjelp til å bearbeide og forstå en vanskelig livssituasjon. Andre tiltak kan være rettet mot familien som helhet. Ofte vil samme tiltak kunne ha ulike funksjoner.

Noen tiltak er hjelpetiltak etter barnevernloven. Andre vedtas og effektueres av andre offentlige instanser.

Når barneverntjenesten skal vurdere hvilke tiltak som er best egnet, bør utgangspunktet være at barn med funksjonsnedsettelse vil kunne ha samme utbytte av tiltak/endringsorienterte program som barn flest. For barn med utviklingshemming kan vurderingen, være mer komplisert.[[149]](#footnote-149) Imidlertid vil selv barn med lavt evnenivå kunne ha nytte av for eksempel psykologfaglig bistand for å bearbeide vonde erfaringer.

Hjelpetiltak deles gjerne inn i endringsrettede eller kompenserende tiltak. I denne veilederen har vi valgt å dele inn tiltakene ut fra hvem tiltakene primært er rettet mot.

### Tiltak særlig rettet mot foreldre

Foreldreveiledning, avlastningstiltak og hjelp i hjemmet er særlig sentrale tiltakskategorier.

**Foreldreveiledning**

Foreldre kan trenge veiledning for å ivareta både barnets generelle og spesielle behov. Når det gjelder barnets generelle behov vil det kunne være aktuelt å delta i foreldreveiledningsprogram som tar for seg hvordan foreldre kan understøtte barnets utvikling. Når det gjelder barnets spesielle behov er det utviklet foreldreveiledningsprogram som vil kunne være til nytte for foreldre til barn med funksjonsvansker. Veiledning gis både individuelt og i grupper. Nedenfor følger eksempler på noen foreldreveiledningsprogram.

*ICDP International Child Development Program*

Kvaliteten på samspillet mellom foreldre og barn kan påvirke utviklingen til barn med funksjonsnedsettelse. Studier viser positive resultater av foreldreveiledning (ICDP) for denne gruppen foreldre.[[150]](#footnote-150) Der slike programmer er tilgjengelig i kommunene, kan de derfor være til god hjelp.[[151]](#footnote-151)

Det er utviklet et eget foreldreveiledningsprogram for foreldre til barn med kognitive og/eller fysisk funksjonsnedsettelse.

*Les mer om foreldreveiledning her: http://www.bufetat.no/foreldrerettleiing/tilbod/*

*Marte Meo-metoden*

Metoden brukes i hovedsak for å styrke og utvikle samspillet mellom foreldre og barn. [[152]](#footnote-152) Målet er å gi hjelp til selvhjelp. Marte Meo veiledning brukes forebyggende i helsestasjonssammenheng og som tiltak/behandling i barnevernet, i psykisk helsevern for barn og unge og i habiliteringstjenesten for barn med spesielle behov. Metoden er videreutviklet på flere måter, blant annet for å veilede i utviklingsstøttende kommunikasjon med utviklingshemmede.

*Circle of Security (COS)*

Detfinnes to COS-program.Det ene erCOS International (foreldre- og gruppemodell). Tiltaket retter seg mot familier med barn i alderen 0–6 år som har eller er i risiko for å utvikle tilknytningsproblematikk.

Se http://uit.no/Content/291855/COS-Parenting%2001.03.12%20(2)%20(Reparert).pdf

Den andre programmet heter Virginiagruppemodellen. Dette programmet er primært tenkt for foreldre eller andre omsorgspersoner med barn der det har vært brudd i tidlige omsorgsrelasjoner, som for eksempel hos foster- og adoptivbarn.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør implementerer COS Virginia i Norge.

Se https://www.ungsinn.no/post\_tiltak/circle-of-security-cos-virginia-gruppemodellen/

*De utrolige årene (DUÅ) BASIC BABY/SMÅBARN* De Utrolige Årene.

DUÅ er en programpakke med åtte utviklingsstøttende program som fremmer positivt samspill mellom barn – og mellom barn og voksne. Noen er universalforebyggende, andre er indikert forebyggende, og de resterende tilrettelagt for behandling av atferds- og sosiale vansker hos barn.

Det er utviklet et eget program for barn under tre år. DUÅ BASIC BABY/SMÅBARN er et foreldreprogram som skal sensitivisere foreldre for barnets signaler og måter å kommunisere på, og gi dem effektive strategier for å fremme barnets utvikling og trygghet.

Programmet tilbys av tjenester som helsestasjon, familiesenter, PPT-kontor og BUP.

Les mer her: <http://dua.uit.no/>

*Parent Management Training - Oregon (PMTO)*

Tilbudet retter seg mot familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer, der samhandlingsmønstre mellom foreldre og barn kjennetegnes av gjensidig negativitet som har vedvart minimum et halvt år. Barnets symptomer utspiller seg ofte i form av konstant opposisjon, med liten vilje til samarbeid, mangelfull sinnekontroll, uvanlig stor trassighet og svake sosiale ferdigheter. Med økende alder overføres reaksjonsmønsteret ofte til arenaer utenfor hjemmet.

Målet med behandlingen er at barn og foreldre kan gjenopprette en positiv relasjon slik at opposisjonell atferd brytes og positiv utvikling fremmes.

Tilbudet er ikke landsdekkende, men det fins en oversikt over hvor i landet tilbudet eksisterer på [www.pmto.no](https://www.pmto.no/).

Les mer her:http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html

**Avlastningstiltak**

Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne vil ofte trenge avlastning. Avlastningstiltak gis ofte til familier i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (§3-2), men kan også kan være aktuelt for barnevernet å sette inn, da gjerne som et tillegg til den avlastningen helse- og omsorgstjenesten yter.

Målet med avlastning er ivaretakelse av den som gir omsorg og den som trenger omsorg. Foreldre med stor omsorgsbyrde kan for eksempel få avlastning en eller to helger i måneden. Dette kan gi dem mulighet til å opparbeide overskudd som gjør at de kan yte god nok omsorg for barnet. Det kan også gi muligheter for at foreldrene kan bruke mer tid på søsken til barnet med nedsatt funksjonsevne. Samtidig kan barnet som har funksjonsnedsettelsen få omsorg fra personer som har overskudd til å gi det oppmerksomhet og sosial stimulering.

EGEN INFOBOKS

Rett til personlig brukerstyrt assistanse - BPA[[153]](#footnote-153)

Kommunene har de siste årene vært pliktige til å tilby en BPA-ordning, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven, KHOL. I juni 2014 vedtok Stortinget å innføre dette som en individuell rettighet.[[154]](#footnote-154)

Personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven[[155]](#footnote-155) har rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA.) Retten omfatter avlastningstiltak[[156]](#footnote-156) for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Med langvarig behov menes behov ut over 2 år. Med stort behov menes et tjenestebehov på minst 32 timer per uke. Brukere med tjenestebehov på minst 25 timer har likevel rett til å få tjenester organisert som BPA med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen.

Noen ganger kan foreldre bekymre seg for om barnet får god nok omsorg og pleie i avlastningshjemmet. For å minske foreldrenes bekymring bør barnevernet ha gode rutiner for kvalitetssikring av avlastningstilbudet.

En viktig forutsetning for å bruke avlastning er at barnet har glede av tiltaket. Før vedtak om avlastningstiltak treffes, må barneverntjenesten derfor gjøre en grundig vurdering av hvordan avlastningen vil fungere for barnet.

Avlastningstilbudet må ivareta barnets behov for trygghet og forutsigbarhet. Barneverntjenesten bør derfor etablere en avtale om fast avlastning med en og samme person(er). Det kan være en fordel om dette er en person som barnet og foreldrene kjenner fra før, for eksempel en slektning av barnet.[[157]](#footnote-157)

For familier med minoritetsbakgrunn kan avlastning i en familie de ikke kjenner fra før, eller i en avlastningsbolig, virke skremmende. Det kan handle om egen skam over at de ikke klarer å ivareta barnet, frykt for at barnet skal miste sin kulturelle og religiøse identitet, eller engstelse for hva som kan skje dersom barnet skal bo sammen med personer av motsatt kjønn. Mange familier med minoritetsbakgrunn har en sterk forankring i storfamilien. Vurder derfor om familieavlastningshjem kan være en god løsning.

Hvis barnet har multifunksjonsnedsettelser og/eller alvorlig/dyp utviklingshemming (jfr. kap 4.5) kan avlastning i avlastningsbolig være aktuelt. Avlastningsbolig er et tilbud til familier med hjemmeboende barn som i perioder har behovet for særlig omsorg.[[158]](#footnote-158) Avlastning kan også gis i en barnebolig[[159]](#footnote-159), det vil si en bolig der det på permanent basis utføres daglig omsorg for barnet på vegne av foreldrene.[[160]](#footnote-160)

Kommunens helse- og omsorgstjeneste kan fatte vedtak om avlastningsbolig. Ta kontakt med denne tjenesten dersom du vurderer at barnet kan trenge en slik plassering.

Vær oppmerksom på at foreldre kan være skeptiske til plassering i avlastningsbolig. Foreldres skepsis kan skyldes at de har hørt, og i mange tilfeller erfart, at mange avlastningsboliger er organisert slik at det er mange ansatte og ofte ufaglærte vikarer, stor turnover, og turnusordninger som bidrar til manglende kontinuitet i omsorgen. Sett i et barneperspektiv vil slike organisatoriske forhold ikke gi barn mulighet for trygghet, forutsigbarhet, ro og tilknytning. Opphold i avlastningsbolig vil under slike forhold kunne forsterke barnas opplevelse av utrygghet. Ved vurdering av ulike typer avlastningstilbud er det derfor nødvendig at barneverntjenesten forsikrer seg om tilbudets kvalitet. Eventuelt kan barneverntjenesten selv organisere et avlastningstilbud som ivaretar barnets interesser på en slik måte at barnet har glede av tiltaket. Involver barn og foreldre i prosessen med å finne et egnet avlastningstilbud.[[161]](#footnote-161)

**Hjelp i hjemmet**

Noen ganger kan hjelp til praktiske gjøremål i hjemmet og hjelp til å strukturere hverdagen være det som skal til for å gjøre situasjonen i hjemmet god nok for barn med særlige behov. Det er ikke alltid barnets omsorgsbehov som er mest belastende for foreldre. Ofte er det vanskelig for foreldrene å håndtere hverdagens krav, og samtidig gi god omsorg. Hvis familien opplever det slik, bør du vurdere om for eksempel hjemkonsulent/miljøarbeider kan være et aktuelt tiltak.*[[162]](#footnote-162)* En hjemkonsulent er en person som går hjem til familien og hjelper til med å legge opp rutiner for husarbeid og barnestell, eller som utfører dette arbeidet dersom foreldrene midlertidig er ute av stand til det f.eks. på grunn av sykdom, utslitthet eller personlige problemer, eller hvis barnet er særlig hjelpetrengende.

### Tiltak direkte rettet mot barn og unge

I det følgende gis eksempler på tiltak som kan være aktuelle.

**Støttekontakt**

Når foreldres kapasitet til å stimulere barnet og sørge for aktiviteter er begrenset, er støttekontakt et aktuelt tiltak. Dersom barnet allerede har en støttekontaktordning gjennom helse- og omsorgstjenesten (§ 3-2) bør du vurdere om det er grunnlag for om barneverntjenesten kan utvide denne ordningen. Dette kan være aktuelt i de tilfeller barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlige behov som skyldes andre forhold enn funksjonsnedsettelsen.

Hvis barnet allerede har en støttekontakt, bør det vurderes om det er til barnets beste å utvide antall timer med den samme støttekontakten, eller om det er best for barnet at det får en støttekontakt til. Hvis det er behov for å utvide antall timer med samme støttekontakt, kan det være hensiktsmessog å drøfte med den tjenesten som følger opp det opprinnelige tiltaket, om denne tjenesten selv kan forsterke/utvide tiltaket. Dette for å unngå at to tjenester følger opp/administrerer samme tiltak.

**Fritid med bistand**

Fritid med bistand kan være et alternativ til støttekontakt.[[163]](#footnote-163) Dette er en ordning der personer på de ulike fritidsaktivitetene har et særlig ansvar for barn med spesielle behov. Barnet trenger derfor ikke å ha en støttekontakt tilstede. Fritid med bistand kan eventuelt kombineres med oppnevnelse av en støttekontakt som kan hjelpe til med å bringe barnet til og fra aktiviteter, dersom foreldrene selv ikke kan følge opp dette.

**Leksehjelp**

Leksehjelp kan også være et aktuelt tiltak, enten til barnet med funksjonsnedsettelse eller til andre barn i familien.

**Deltakelse på samlinger for diagnosegrupper**

Lærings- og mestringssentre og habiliteringstjenestene arrangerer samlinger/treff for enkelte diagnosegrupper. Det samme gjør for eksempel Frambu senter for sjeldne diagnoser.

*Se også Nasjonal kompetansesenter for barn og unge med funksjonsnedsettelser, http://www.aktivung.no/?id=1540869090*

### Program som ikke er spesielt rettet mot barn med funksjonsnedsettelse, men som likevel kan være aktuelle

**Mestringsgrupper**. Dette er samtalegrupper for barn og unge i alderen 8–16 år. Målet med gruppene er å styrke barnas resiliens (motstandsdyktighet) ved å skape sammenheng og mening i de erfaringer og opplevelser barna har som følge av foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk. I gruppene møter barna andre barn med lignende erfaringer som dem selv. De får anledning til å snakke, lytte og bearbeide egne erfaringer, og får støtte og hjelp til å mestre sin livssituasjon.

Mestringsgrupper anbefales som ett tiltak i en kjede av tiltak rettet mot foreldre med psykisk sykdom/rusmiddelmisbrukere og barna deres.

**Barneperspektivsamtalen** retter seg mot barn av foreldre med psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Formålet er å fokusere på barnets situasjon i et mindre antall samtaler med barn og foreldre – noe som er særlig viktig hvis barnet har nedsatt funksjonsevne. I dette tiltaket inngår også informasjon til foreldre, kartlegging av eventuelle behov, og motivering av foreldre til å gå med på ytterligere tiltak der det er behov for det.[[164]](#footnote-164)

Barn og unge som vokser opp med foreldre som har psykiske problemer eller rusmiddelproblemer, har økt risiko for å utvikle atferdsproblemer og psykiske problemer. Barn med nedsatt funksjonsevne kan være ekstra sårbare i så henseende, blant annet fordi de kan bebreide seg selv for den situasjonen de er i.

Noen programmer retter seg både mot barn og unge og deres foreldre.

**Forebyggende familieintervensjon (FFI)** retter seg både mot barn og unge og deres foreldre. Intervensjonen tar utgangspunkt i familiens beskrivelse av sin situasjon og historie, og fokuserer på områder som kan styrke barn og unge. Intervensjonen har som uttalt målsetning å hjelpe foreldrene med å utvikle et barneperspektiv på det som skjer i deres familie, og å hjelpe og støtte foreldrene i deres rolle som foreldre.[[165]](#footnote-165)

**Trine V**

Et år har gått. Trines utvikling har ikke bedret seg. Trine har nå fått diagnosen barneautisme. Diagnosen er stilt av utredningsteamet for autisme i regionen, og baserer seg også på utredningen som er gjort av PP-tjenesten.[[166]](#footnote-166)

Barneverntjenesten vurderer at Trines mor, Gunn, vil kunne ivareta Trines behov i tilstrekkelig grad dersom hun fortsatt får oppfølging i form av råd og veiledning.

Barneverntjenesten innkaller, i samarbeid med Trines mor, representanter fra helse– og omsorgstjenesten i kommunen til et møte. På møtet blir de enige om de tiltak som skal iverksettes innenfor hver enkelt tjenestes eget regelverk for å gi Gunn og Trine en god hverdag. Arbeidet med individuell plan blir igangsatt, og barneverntjenesten tar på seg koordinatorrollen. Det bestemmes samtidig at når barneverntjenesten avslutter sin kontakt med familien vil koordinatoroppgaven overføres til en person i helse- og omsorgsavdelingen i kommunen.

## VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET

* Hjelpetiltak til barn med funksjonsnedsettelse vil kunne være både like og forskjellige fra tiltak til barn uten funksjonsnedsettelse.
* Både barn og foreldre kan ha god nytte av tiltak som ikke er utviklet spesielt for barn med nedsatt funksjonsevne, for eksempel støttekontakt og foreldreveiledning.
* Det finnes også tiltak som er utviklet spesielt for foreldre til barn med spesielle behov, for eksempel et eget ICDP-program for foreldre til barn med kognitive og/eller fysiske funksjonsnedsettelser.
* Avlastningstiltak er ofte aktuelt for at foreldre skal kunne få overskudd til å gi god omsorg for barnet eller bruke mer tid på barnets søsken. Samtidig kan barnet få omsorg fra personer som har overskudd til å gi det oppmerksomhet og stimulering. Avlastningstiltak kan gis både i hht helse- og omsorgstjenesteloven og i hht barnevernloven.

LESETIPS

Askheim, O.P., Andersen, T. and Eriksen, J. (2006) *Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelser,* Oslo: Gyldendal akademisk.

# Plassering utenfor hjemmet som følge av vedtak i Fylkesnemnda

**Knut IV, (med en diagnostisert funksjonsnedsettelse)**

Det har nå gått seks måneder siden Knut fikk støttekontakt og det ble opprettet tilsyn. Knut og støttekontakten skulle treffes ukentlig. De siste to månedene har imidlertid avtalene blitt avlyst enten av Knut eller Knuts mor, Siri. Samtidig rapporterer tilsynsfører om at Siri følger opp Knuts behov når tilsynsfører er til stede. I enesamtaler mellom Knut og tilsynsfører kommer det imidlertid frem at oppfølgingen utenom dette er dårlig. Tilsynsfører refererer også fra en fellessamtale hun hadde med Knut og Siri. I denne samtalen fortalte Knut at han ikke følger opp det treningsprogrammet fysioterapeutens har satt opp for ham. Knut begrunnet dette med at «han er funksjonshemmet og ikke har evne til å lære som andre, så det er ikke noen vits». Siri bekreftet det Knut sa, og hadde i samtalen henvendt seg til Knut og sagt: ”Så, så gutten min, du har meg vet du – jeg skal passe på deg”.

På samme tid som barneverntjenesten mottar rapporten fra tilsynsfører, melder Knuts fysioterapeut at Knut blir mer og mer innesluttet og nedstemt.

Barneverntjenesten vurderer at de igangsatte hjelpetiltakene ikke fører frem. Knuts situasjon har blitt forverret.

Barneverntjenesten har de neste månedene flere samtaler med Siri der målsettingen er å få til en dialog om hvordan hun kan bidra til å støtte guttens utvikling slik at han kan få en sterkere tro på seg selv og økt mestringsopplevelse. Siri gir i disse samtalene uttrykk for at hun ikke begrenser Knuts utviklingsmuligheter. Hun mener tvert imot at hun følger opp Knuts behov for behandling og opplæring, og at hun også tilrettelegger for at han skal delta på fritidsaktiviteter. Hun kjenner ham og vet hva som er bra for ham.

I barnevernets enesamtaler med Knut sier han at han ikke lenger vil bo hos moren fordi hun bestemmer alt uten å høre på ham, f.eks. ønsker hun ikke at han skal være ute etter skoletid. Samtidig gir han inntrykk av å ha et sterkt avhengighetsforhold til moren. Han unnskylder moren overfor saksbehandler.

Barneverntjenesten konkluderer etter en tid med at det er grunn til alvorlig bekymring for Knuts utvikling og omsorgssituasjon. De igangsatte hjelpetiltakene har ikke ført frem, og de ser ikke at det er grunnlag for å sette inn nye hjelpetiltak. De beslutter derfor at det at de vil fremme forslag om omsorgsovertakelse for fylkesnemnda i henhold til barnevernloven § 4-12 a og b[[167]](#footnote-167).

**Plasseringsalternativ**

Barn med funksjonsnedsettelse som skal plasseres utenfor hjemmet etter vedtak om omsorgsovertakelse i iht. barnevernloven § 4-12 eller på grunn av alvorlige atferdsvansker iht. §§ 4-24 og 4-26, kan plasseres i tiltak som er regulert etter andre lover enn barnevernsloven. Begrunnelsen for plassering i tiltak etter andre lover vil være at det er til det beste for barnet å bli plassert i tiltak tilpasset barnets særlige behov, det vil si behov som følger av funksjonsnedsettelsen. Ved vurdering av plasseringsalternativ er det like viktig å ta hensyn til de behovene barnet har som følge av omsorgssvikt som de behovene barnet har på grunn av funksjonsnedsettelsen.

For barn som blir plassert i en institusjon under en annen lov, skal Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) sørge for at et blir etablert et samarbeid med barneverntjenesten og institusjonen.[[168]](#footnote-168) [[169]](#footnote-169)

Barnet kan plasseres i

* Fosterhjem
* barnevernsinstitusjon, om nødvendig med særskilt tilrettelegging
* barnebolig/omsorgsbolig regulert av andre lover, for eksempel lov om sosiale tjenester i NAV § 4-2 d.

**Hvem har ansvar for hva?**

Uavhengig av hvor barnet plasseres, har kommunen et særlig ansvar for å gi tilbud til barn med funksjonsnedsettelser i tråd med helse- og omsorgslovgivningen. Dette gjelder også om barnet/den unge mottar andre typer hjelpetiltak fra barnevernet. Den kommunen barnet til enhver tid bor i, har ansvar for å gi tiltak etter helse- og omsorgslovgivningen.[[170]](#footnote-170)

Dersom plasseringen medfører bytte av kommune/skole må det gjøres et grundig overføringsarbeid som inkluderer eventuelle spesialpedagogiske ressurser/assistent og annen kompetanse (både generell og individrettet).

*Du kan lese mer om tiltak for barn med nedsatt funksjonsevne utsatt for omsorgssvikt og som derfor kan ha behov for tjenester fra flere instanser eller lovverk, på:*

<http://www.helsetilsynet.no/no/Regelverk/Tolkningsuttalelser/Helse-omsorgstjenester/Grenseoppgang-lov-barnevernstjenester-sosiale-tjenester-tiltak-flere-instanser-lovverk/>

**Foreldresamarbeid når barn plasseres**

Tilrettelegg for et best mulig samarbeid med foreldrene. Dette kan inkludere tilrettelegging av at foreldrene kan informere barnets nye omsorgspersoner om hvordan barnet fungerer, hva det liker eller ikke liker å gjøre, hva det liker å spise, hvem barnet liker å være sammen med, hvilke instanser foreldrene og barnet har vært i kontakt med osv. Foreldrenes behov for oppfølging av egne opplevelser og reaksjoner på at barnet er plassert må også ivaretas.[[171]](#footnote-171)

**Samtaler med barnet**

Barnet trenger god informasjon og hjelp til å forstå sin nye omsorgssituasjon.

* Forklar barnet/ungdommen hvorfor det er plassert
* Fortelle barnet hva som vil skje videre
* Bistå barnet i prosessen med å skape mening når det skal omstille seg til en ny omsorgssituasjon[[172]](#footnote-172)
* Vurder også om barnet i tillegg har behov for eventuell samtaleterapi tilpasset barnets behov og forutsetninger

Når det gjelder barn med utviklingshemming kan det variere hva barnet får med seg av informasjonen du gir. Tilstreb å gi så god informasjon som mulig. Vær klar over at det ikke alltid er lett å vite hva barnet oppfatter. (Se også kap. 4.5.2 Huskeregler ved kommunikasjon)

Barn som barnevernet har overtatt omsorgen for kan gis anledning til å ha med seg en person barnet har særlig tillit til i samtale med barnevernet.

## Akuttvedtak

Barn med funksjonsnedsettelse kan være særlig sårbare for miljøskifte. Dette gjelder spesielt barn med nedsatt kognitiv funksjonsevne. Ved vurdering av plasseringsalternativ etter et midlertidig vedtak, bør du i størst mulig grad ta hensyn til dette.

Barn som er diagnostisert med en funksjonsnedsettelse har gjerne et apparat rundt seg, for eksempel avlastning (privat eller i institusjon), støttekontakt, ekstraressurs i barnehage/skole osv. Ved akuttplassering bør du undersøke om en av dem som kjenner barnet og som barnet har tillit til, i en periode kan fungere som beredskapshjem. Hvis dette ikke er mulig, er en alternativ løsning at de som kjenner barnet, opprettholder kontakten med barnet mens det er akuttplassert.

Ved plassering i beredskapshjem må beredskapshjemmet på forhånd få god informasjon om hva omsorgen kan innebære av tilleggsutfordringer og krav til kompetanse.

Har barnet store funksjonsavvik, og for eksempel har behov for sondemating eller spesialutstyr for å kunne puste, vil spesialenheter med slik kompetanse være bedre egnet enn beredskapshjem. Hvis barnet allerede har avtale om avlastningsopphold i en avlastningsbolig, bør det undersøkes om det vil være det beste for barnet å bo der i en akuttfase.

*Ta kontakt med habiliteringstjenesten hvis du trenger råd om hvor barnevernet kan akuttplassere barn som har særlige behov på grunn av funksjonsnedsettelse. Habiliteringstjenestene (en i hvert fylke) vil gjerne ha god oversikt over plasseringsalternativene i kommunene de har ansvar for.*

## Langvarig plassering

Barn med nedsatt funksjonsevne som har vært utsatt for omsorgssvikt, har en dobbelproblematikk som det må tas hensyn til uansett hvor det plasseres.

Alle barn trenger en stabil omsorgssituasjon. Det innebærer blant annet at en bør unngå at barnet/ungdommen må forholde seg til mange nye personer som ikke kjenner dem, deres historie, eller måte å kommunisere på. For barn og unge med omfattende funksjonsnedsettelser som allerede mottar et avlastningstilbud, bør det vurderes om dette tilbudet kan benyttes som plasseringssted. Hvis dette ikke er aktuelt, bør det vurderes om det er mulig å tilrettelegge for at barnet kan opprettholde kontakten med andre personer som det har en god relasjon til.

Fosterhjem vil som regel være det beste tiltaket enten barnet har en funksjonsnedsettelse eller ikke. Noen barn vil imidlertid trenge en annen type oppfølging og systematisk endringsarbeid enn det et fosterhjem kan gi. Hvis problematikken knytter seg til alvorlige atferdsvansker, kan institusjonsplassering etter § 4-24 være aktuelt. Uansett hvilket plasseringsalternativ som velges, må barneverntjenesten sørge for at barnets nye omsorgspersoner får informasjon og opplæring om barnets/ungdommens utfordringer når det gjelder funksjonsnedsettelsen og hvilke særskilte omsorgsbehov barnet/den unge har.

### Barnebolig

Barnevernet kan etter vedtak om omsorgsovertakelse (bvl. §§ 4-12 og 4-14 c) plassere barnet i tiltak etablert for barn med nedsatt funksjonsevne, som barnebolig.[[173]](#footnote-173) Hvis barnet plasseres i en barnebolig[[174]](#footnote-174), er det viktig å være oppmerksom på at personalet sjelden har opplæring i, eller erfaring med, barn og unge som har vært utsatt for omsorgssvikt. De ansatte i barneboligen må derfor få informasjon om hva barnet har vært utsatt for, hvilke behov barnet har, og hvordan personalet best mulig kan møte disse behovene. For at miljøpersonalet lettere skal kunne tolke barnets signaler og forstå barnets væremåte, bør de særlig få vite hva som er vanlige reaksjoner på omsorgssvikt/mishandling. Slik informasjon kan gjøre det lettere for personalet å skille mellom hva som har sammenheng med funksjonsnedsettelsen og hva som har sammenheng med barnets tidligere opplevelser.

Ved plassering i barnebolig må det være et jevnlig samarbeid mellom barneverntjenesten og ansvarlig ved boenheten. Det må også etableres et samarbeid med den tjenesten i kommunen boenheten hører inn under. Slikt samarbeid er nødvendig for at barnevernet – som ansvarlig for barnet – kan være trygg på at barnet får god oppfølging i forhold til de problemstillingene som følger av å ha vært utsatt for omsorgssvikt eller overgrep.

Barn med alvorlig utviklingshemming eller med store sammensatte funksjonsnedesettelser kan, i likhet med andre barn, bli sterkt preget av/traumatisert av omsorgssvikt. Barneverntjenesten bør derfor sørge for at barnet får nødvendig hjelp fra psykisk helsevern, privatpraktiserende psykolog eller lignende.

### Barneverninstitusjon

Den kompetansen ansatte i barneverninstitusjoner har på å møte barn som har opplevd omsorgssvikt kan de også anvende på barn med funksjonsnedsettelse. Mange vil imidlertid mangle nødvendig kunnskap om og erfaring med barn med funksjonsnedsettelse. God opplæring er derfor nødvendig, og barnevernet må sikre at slik opplæring gis av kvalifiserte fagpersoner.

#### Opplæring av personalet

Bufetat må sikre at institusjonen har den kompetansen som er nødvendig for å gi barnet forsvarlig omsorg ut fra barnets individuelle behov.

De institusjonsansatte må få kunnskap om hva funksjonsnedsettelsen kan bety for barnets fungering i dagliglivet, hvilken betydning den kan ha for hvilke aktiviteter barnet kan delta i og eventuelt hvilken tilrettelegging som kreves. Når det skal tas individuelle hensyn kan det noen ganger oppstå problemstillinger knyttet til holdninger om at «alle skal behandles likt». I slike situasjoner bør barnets individuelle behov gå foran ønsket om lik behandling.

Noen ganger vil det være nødvendig at de ansatte får opplæring i pleie eller håndtering av teknisk materiell. Dersom barnet har kommunikasjonsutfordringer på grunn av sansemotoriske problemer eller utviklingshemming, må de ansatte få opplæring i hvordan de skal kommunisere med barnet. Det kan være nødvendig med opplæring og veiledning i hvordan de kan forstå hvordan barnet uttrykker behov, følelser, og ønsker. Se kap. 3.3.1. Veiledning kan minske usikkerhet, styrke de ansattes trygghet og bidra til at de utnytter sin kompetanse.

#### Assistanse som fremmer barnas mestringsopplevelse

De ansatte må også få opplæring i hvordan de best kan assistere barn og unge som er avhengig av andres assistanse. Assistanse må gis på en måte som fremmer barnets mestringsopplevelse. Gis den på en lite sensitiv måte, kan den krenke barnets integritet og få barnet til å føle seg maktesløs. Spør barnet hvordan han eller hun foretrekker at for eksempel praktiske oppgaver løses. Avklar sammen med barnet og eventuelt med dem som kjenner barnet, hvilke daglige praktiske gjøremål barnet kan delta i, og i så fall, om dette krever særskilt tilrettelegging.

Når det gjelder barn og unge som trenger assistanse til personlig hygiene (dusj, toalett), kan det ha betydning om assistansen utføres av en mann eller en kvinne. Særlig for tenåringer kan dette være sensitivt. Snakk derfor med barnet/ungdommen om hva han eller hun ønsker med hensyn til om en mann eller kvinne skal hjelpe til med personlige hygiene.

Selv om ansatte i barnevernsinstitusjoner må følge opp de ekstrautfordringer barn og unge med funksjonsnedsettelser kan ha, bør dette imidlertid ikke gis større oppmerksomhet enn nødvendig. Forutsigbarhet, trygghet, gode relasjoner, muligheter til å delta i aktiviteter og noen å snakke med er stikkord for god omsorg for barn og unge med og uten funksjonsnedsettelse.

#### Skolegang

Undervisningen må tilrettelegges og barnet/ungdommen må få nødvendige hjelpemidler og ekstraressurser i tråd med opplæringsloven.[[175]](#footnote-175) Det bør utredes om og eventuelt hvilke behov barnet har for særskilt tilrettelegging dersom dette ikke er gjort tidligere.

Opplevelse av mestring er viktig for læringsutbyttet. Tilrettelagt undervisning og opplæring som tar hensyn til barnets/ungdommens særlige utfordringer, vil øke sannsynligheten for en skolegang som gir mestringsopplevelser.

Barn som har krav på spesialundervisning skal ha en individuell opplæringsplan. Vær klar over at selv om foreldrene er fratatt omsorgen for barnet er det fortsatt de som skal samtykke til spesialundervisning, sakkyndig utredning og individuell opplæringsplan på barnets vegne.[[176]](#footnote-176)

**Knut V**

Fylkesnemnda vedtar omsorgsovertakelse for Knut, med hjemmel i barnevernloven § 4-12a, og Knut flytter til i en barnevernsinstitusjon i en av nabokommunene.

Rett etter innflytting på institusjonen opptrer Knut utagerende. Han kjefter, kaster ting rundt seg og nekter å høre på de ansatte. De ansatte har erfaring med denne typen atferd hos barn som har det vanskelig og møter Knuts på samme måte som de møter andre barn med tilsvarende atferd.

To av de ansatte har gått på et kurs for å lære om CP. De lærte blant annet at Knut lett kunne bli sliten og utmattet. Dette tok de hensyn til når de satte opp arbeidslister og fordelte arbeidsoppgaver. Tilpasningen av oppgavene bidro til at Knut alltid var med, men uten å slite seg ut. Selv om Knut syntes det var vanskelig å være på institusjonen, satte han pris på å bli behandlet som alle andre. Knut ble på institusjonen i nærmere to år før barnevernet fant et egnet fosterhjem. Knut sier at fosterhjemmet ble hans redning, samtidig som han mener at institusjonsoppholdet, selv om det ble litt for langt, var viktig. På institusjonen opplevde Knut at det var rom for å vise sinne og misnøye, uten at de ansatte fordømte ham eller lot seg skremme. Han fikk hjelp til å bearbeide sine vanskelige erfaringer. Da han til slutt flyttet til fosterhjemmet følte han seg velkommen og satt pris på.

### Fosterhjemsplassering

Fosterhjemsplassering vil ofte være det beste plasseringsalternativet for barn, uavhengig av om de har en funksjonsnedsettelse eller ikke. Studier viser at barn med funksjonsnedsettelse utsatt for omsorgssvikt har god nytte av å bo i fosterhjem med dedikerte og engasjerte fosterforeldre.[[177]](#footnote-177) En viktig forutsetning for at fosterhjemsplasseringen skal lykkes, er imidlertid at barnevernet samarbeider godt både med fosterforeldre og andre offentlige etater, som helse- og omsorgstjenesten.

#### Avklaring av ansvar

Før plassering av barn med funksjonsnedsettelse i fosterhjem, bør kommunen ha avklart hvilke tjenester barnet trenger som skal dekkes etter annet lovverk, for eksempel etter helse- og omsorgstjenesteloven og lov om sosiale tjenester i NAV. Dersom barnet skal plasseres i fosterhjem i en annen kommune enn omsorgskommunen, bør kommunene seg imellom også ha avklart hvem som skal ha ansvaret for ulike tjenester. Avklaringer må gjøres tidlig for å forhindre konflikter på et senere tidspunkt.

Ansvarsforholdene rundt barnet nedfelles i fosterhjemsavtalen. Ifølge fosterhjemsforskriftens § 6 skal det ved plassering i fosterhjem inngås en skriftlig avtale mellom barneverntjenesten og fosterforeldrene som regulerer partenes forpliktelser. Avtalen skal inngås før barnet plasseres i fosterhjemmet, bare unntaksvis kan avtale inngås i ettertid.[[178]](#footnote-178)

Fosterhjemsavtalen skal gjennomgås minst en gang i året for å vurdere behov for endringer. Endringer kan være særlig aktuelt for barn med en funksjonsnedsettelse. Endring i helsetilstand og mental utvikling kan medføre at barnet har behov for andre eller nye hjelpetiltak.

Dersom barnets funksjonsnedsettelse oppstår eller oppdages etter at barnet er fosterhjemsplassert, må barneverntjenesten gjennomgå fosterhjemsavtalen på nytt sammen med fosterforeldrene og eventuelt reforhandle avtalen på bakgrunn av den nye situasjonen som er oppstått (Retningslinjer for fosterhjem Q-1072 B).

Dersom det oppstår uenighet mellom barneverntjenesten og fosterforeldrene om hvordan den inngåtte avtalen skal forstås, herunder blant annet hva barneverntjenesten har forpliktet seg til overfor fosterforeldre med fosterbarn som også har rett til tjenester etter annet lovverk, kan Fylkesmannen bes om råd.

EGEN INFOBOKS

Fosterforeldre som har omsorg for barn med funksjonshemming/kronisk sykdom har rett på å få utvidet antall omsorgsdager (”sykt barndager” fra 10 til 20 dager årlig).

#### Avklaring av ansvar mellom fosterforeldre og barnevernet

Fosterforeldre er ikke juridisk part i saken som angår barnet. Det juridiske ansvaret ligger hos barneverntjenesten. Denne ansvarsdelingen kan skape grunnlag for uklarheter i samarbeidet mellom fosterforeldrene og barnevernet. Det kan for eksempel dreie seg om hva fosterforeldrene har rett til å bestemme, og oppgavefordeling mellom fosterforeldrene og barnevernet. For eksempel:

* hvem skal søke om hjelpestønad
* hvem skal delta i ansvarsgruppemøter - og - hvis fosterforeldrene deltar i ansvarsgruppemøter, hvilket mandat har de til å fatte avgjørelser som angår barnet.
* hvem som bestemmer vedr. helsehjelp for barnet (hva skal biologiske foreldre med foreldreansvar bestemme)

Barnevernet og fosterforeldrene bør derfor lage en skriftlig avtale om hvem som skal gjøre hva. Avtalen bør revideres jevnlig da det kan være vanskelig å forutse hvilke utfordringer eller situasjoner som kan oppstå hvis barnets situasjon endrer seg. Ettersom barnet blir eldre vil omsorgsbehovene kunne endres uten at fosterforeldrenes omsorgsbyrde nødvendigvis blir mindre.

#### God dialog og godt samarbeid med fosterforeldre

Dialog, samarbeid og åpenhet er stikkord for et godt samarbeid mellom barneverntjeneste og fosterforeldre. Det er viktig å være oppmerksom på at fosterforeldrene kan ha andre forventninger til barnevernet enn det barnevernet selv opplever som sitt ansvar. Dette kan for eksempel gjelde hyppigheten av barneverntjenestens besøk i fosterhjemmet. Barneverntjenesten skal besøke fosterhjemmet minimum fire ganger årlig de to første årene, deretter kan antall besøk reduseres hvis forholdene tilsier det.[[179]](#footnote-179) Hvis barnevernet beslutter å redusere antall besøk, må dette formidles til fosterforeldrene sammen med en begrunnelse for beslutningen. Hvis ikke fosterforeldrene blir tydelig informert om dette, kan fosterforeldrene tenke at færre besøk betyr at barneverntjenesten har liten interesse for dem og fosterbarnet.[[180]](#footnote-180)

God ivaretakelse av fosterforeldre til barn med funksjonsnedsettelse innebærer blant annet at:

* Fosterforeldrene må få god informasjon om alt som angår barnet og dets funksjonsnedsettelse.
* Hvis barnets funksjonsnedsettelse er ukjent ved plassering, må barnevernet ta fosterforeldrenes uro for barnet på alvor og sørge for utredning. Hvis det viser seg at barnet har en funksjonsnedsettelse, må fosterforeldrene informeres om hva funksjonsnedsettelsen kan innebære, slik at de kan ta stilling til om fosterhjemsplasseringen skal fortsette. Fosterhjemsavtalen må revideres.
* Barneverntjenesten i omsorgskommunen og hjelpeapparatet i barnets oppholdskommune (kan være samme) må samarbeide om å gi barnet og fosterforeldrene nødvendige tjenester og ytelser. Som ansvarlig for barnets omsorg bør barnevernet passe på at barnet får de tjenester og ytelser det trenger og har krav på i henhold til helse- og omsorgsloven, lov om sosiale tjenester i NAV, og lov om folketrygd.  
    
  Det samme gjelder også tilpasset undervisning etter opplæringsloven. De fleste barn med nedsatt funksjonsevne har behov for tilpasset undervisning/spesialundervisning ihht opplæringsloven. Se kap. 8.2.2.3  
    
  Noen fosterforeldre foretrekker å søke om tjenester og ytelser selv fordi det er de som vet hva barnet trenger. Andre ønsker at barnevernet gjør dette arbeidet.   
    
  Som andre foreldre, kan fosterforeldre erfare at de ikke får det de mener å ha behov for og krav på i henhold til lovverket. Forskjellen mellom fosterforeldre og andre foreldre er at fosterforeldre da med stor sannsynlighet vil forvente at barnevernet støtter dem i deres krav og hjelper dem med å få ordninger på plass.
* Saksbehandler i barneverntjenesten bør med jevne mellomrom kontakte fosterforeldrene for å høre hvordan det går, og også være lett tilgjengelig når fosterforeldre selv tar kontakt. Slik kontakt er særlig viktig fordi fosterforeldre ikke kan snakke med venner og kjente om sine bekymringer for barnet og de utfordringer barnet kan ha som følge av tidligere opplevelser og som følge av funksjonsnedsettelsen. Hyppigheten av kontakt vil være avhengig av fosterforeldrenes behov og omsorgsbyrde og må avklares med fosterforeldrene. Fosterforeldre trenger å oppleve at barnevernet viser interesse for barnet og respekt for den innsatsen fosterforeldrene gjør.   
    
  Ved besøk i fosterhjemmet:
  + Bruk tid til å lytte til det fosterforeldrene har å fortelle
  + Snakk med barnet

Fosterforeldre trenger å få anerkjennelse for sin innsats og sin kompetanse. Noen fosterforeldre har erfaring med personer med funksjonsnedsettelse fra tidligere, og har bevisst valgt å bli fosterforeldre til et barn med nedsatt funksjonsevne. Dra derfor nytte av deres erfaringer og vis dem anerkjennelse ved å etterspørre deres erfaringer og synspunkter. På den måten viser du respekt og tilrettelegger for et fruktbart samarbeid.

*Du kan lese mer om fosterhjemsplassering av barn med nedsatt funksjonsevne i Retningslinjer for fosterhjem:* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/barnevern/retningslinjer-for-fosterhjem/17.html?id=415716>

### Forsterket fosterhjem

Et forsterket fosterhjem er et ordinært fosterhjem hvor det er avtalt forsterkningstiltak på grunn av fosterbarnets særlige behov. Ifølge *Retningslinjer for fosterhjem* har barneverntjenesten ansvar for ”å iverksette de tiltak som er nødvendig for å få fosterhjemsplasseringen til å fungere etter sitt formål”.

Fosterbarn med bevegelseshemminger eller utviklingshemming som krever særlig tilsyn, pleie og behandling, vil kunne ha behov for forsterkningstiltak.[[181]](#footnote-181) Behovet for forsterkning skal diskuteres ved inngåelse av fosterhjemsavtalen og ved den årlige gjennomgangen av avtalen. I fosterhjemsavtalen punkt 3 står det at ”dersom fosterforeldrene krever det, eller forholdene tilsier det, skal barneverntjenesten vurdere og ta stilling til behovet for tilførsel av ekstraressurser eller forsterkningstiltak”. Det er barneverntjenesten som er ansvarlig for å iverksette forsterkningstiltak etter skjønnsmessig vurdering. Slike tiltak er ikke en lovfestet rettighet ([Havik, 2007](#_ENREF_16)).

#### Ulike typer forsterkningstiltak

Et forsterkningstiltak kan være forhøyet arbeidsgodtgjørelse eller frikjøp fra ordinær jobb, for en eller begge fosterforeldre. Det er opp til hver enkelt barnevernstjeneste å fastsette beløp. Det finnes ingen nasjonale veiledende satser.

Et annet tiltak kan være forhøyet utgiftsdekning av særskilte, dokumenterte utgifter som egenandeler, medisiner, transportutgifter og lignende som har sammenheng med barnets kroniske sykdom eller nedsatte funksjonsevne, og som ikke dekkes av folketrygden eller annet lovverk.[[182]](#footnote-182) Dersom fosterforeldrene er yrkesaktive skal de få dekket tapt arbeidsfortjeneste i forbindelse med avtalte møter, kurs, veiledning og lignende.

Barneverntjenesten er vanligvis forpliktet til å dekke utgifter i forbindelse med eventuell skade fosterbarnet påfører fosterhjemmet. Dette kan være skader påført som følge av slag og spark under utagering, eller skader påført som følge av bruk av hjelpemidler.[[183]](#footnote-183) Dersom skaden dekkes av fosterforeldrenes hjemforsikring skal egenandel og eventuelt økning i forsikringspremie dekkes av barneverntjenesten.[[184]](#footnote-184) Grunn- og hjelpestønad etter folketrygdloven skal gi ”økonomisk kompensasjon for visse ekstrautgifter og for særskilt tilsyn eller pleie på grunn av varig sykdom, skade eller lyte”. Fosterforeldrene skal søke grunnstønad og/eller hjelpestønad fra folketrygden for de fosterbarn hvor det er aktuelt. Barneverntjenesten skal bistå i søknadsprosessen dersom fosterforeldrene ønsker det. Hvis ytelsene tilstås, kan det være grunnlag for revidering av fosterhjemsavtalen.

Forsterkningstiltak kan også være besøkshjem, støttekontakt og veiledning ut over ordinært tilbud.

Det bør også vurderes om støttekontakt, avlastning og eventuelt praktisk bistand kan organiseres som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). [[185]](#footnote-185)

### Tobaseløsning for barn med store behov

Dersom barnet har store og sammensatte omsorgsbehov kan en tobaseløsning være et alternativ. En tobaseløsning innebærer at omsorgen for barnet fordeles på flere omsorgsytere, for eksempel mellom fosterhjem og barnevernsinstitusjon, fosterhjem og avlastningshjem for barn med nedsatt funksjonsevne, eller mellom to fosterhjem.

Hvis du vurderer en tobasemodell bør du ta hensyn til fosterforeldrenes vurdering av hva de ser som en god løsning for seg og barnet. Til tross for store omsorgsbehov ønsker ikke alle fosterforeldre en så omfattende avlastningsmodell som en tobaseløsning vil innebære.

## Økonomisk ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene

I følge Rundskriv Q-06/2007 *Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernsmyndigheter* (betalingsrundskrivet), skal den kommunale fosterhjemtjenesten i omsorgskommunen (dvs. den kommunen som plasserte barnet) få refusjon fra staten på utgifter til et fosterhjem utover fastsatt egenandel.

Den kommunen som barnet til enhver tid bor i (fosterhjemskommunen eller bostedskommunen), skal dekke utgifter til tiltak og tilbud som har med funksjonsnedsettelsen å gjøre, i tråd med helse- og omsorgslovgivningen. Eksempler på slike tilbud er tilrettelegging i hjemmet, hjelpemidler, avlastningstilbud og støttekontakt.

Ved plassering utenfor hjemmet i fosterhjem eller barnevernsinstitusjon skal den kommunen som har søkt om tiltaket (omsorgskommunen), betale en andel av oppholdsutgifter etter satser fastsatt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Statlige barnevernsmyndigheter har ansvaret for å etablere og drifte barnevernsinstitusjoner, eventuelt kjøpe private kommunale institusjonsplasser, og dekke utgifter til fosterhjem når disse overstiger satsen for kommunal betaling. Statlige barnevernsmyndigheter har imidlertid ikke ansvar for å dekke utgifter for opphold i institusjoner som er hjemlet i andre lover enn barnevernsloven. Det betyr at statlige barnevernsmyndigheter ikke dekker utgiftene dersom fylkesnemnda ved omsorgsovertagelse treffer vedtak om plassering i opplærings- eller behandlingsinstitusjon (som for eksempel i barnebolig) når dette er nødvendig fordi barnet er funksjonshemmet.[[186]](#footnote-186) Det finnes imidlertid statlige støtteordninger også utenfor barnevernet. Helsedirektoratet har en tilskuddsordning der det kan søkes om delvis refusjon for særlige ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.

*Se* [*http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/serlig-ressurskrevende-tjenester-sok-om-refusjon.aspx*](http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/serlig-ressurskrevende-tjenester-sok-om-refusjon.aspx)

Dersom barn med funksjonsnedsettelse plasseres i statlige eller private barnevernsinstitusjoner eller i fosterhjem, og funksjonsnedsettelsen innebærer at det må settes inn ekstra tiltak eller særlig tilrettelegging slik at oppholdsutgiftene øker, skal omsorgskommunen dekke den del av utgiftene ved oppholdet som knytter seg til funksjonsnedsettelsen, i tillegg til ordinær andel av oppholdsutgiftene. Å skille mellom hvilke tiltak som knytter seg til funksjonsnedsettelsen, og hvilke tiltak som knytter seg til omsorgssvikt, kan være vanskelig, slik det påpekes i betalingsrundskrivet: ”…*det kan være vanskelig å foreta en grensedragning mellom hvilke tiltak ved institusjonsoppholdet som knytter seg til funksjonshemmingen.”* Anbefalingen er derfor å se på behovene til barn i samme alder som har opplevd tilsvarende omsorgssvikt, samt behovene til hjemmeboende barn i samme alder med tilsvarende funksjonsnedsettelse.[[187]](#footnote-187)

Det finnes ett unntak når det gjelder kostnadsfordeling. Dersom den dominerende årsaken til barnets funksjonsnedsettelse vurderes å være omsorgssvikt, skal den ordinære betalingsordningen innenfor barnevernet legges til grunn. Dette innebærer at den kommunale barneverntjenesten i disse tilfellene kun skal betale kommunal egenandel for institusjons- eller fosterhjemsoppholdet. Øvrige utgifter dekkes av statlig regional barnevernmyndighet.

I samhandlingen mellom stat og kommune oppstår det til tider uenighet om valg av løsninger og finansieringsansvar. For å unngå ressurskrevende og langvarige prosesser knyttet til finansieringsansvar, og for å sikre forsvarlig behandling, opprettet Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og KS *Barnevernets tvisteløsningsnemnd* januar 2010. Nemnda gir rådgivende uttalelser om tvister mellom stat og kommune mht. statens betalingsansvar etter barnevernloven og kommunenes betalingsansvar etter andre lover. Uenighet om økonomisk ansvar kun innenfor barnevernloven omfattes ikke av tvisteløsningsnemndas virkeområde.

Du kan lese om saker som har vært behandlet i tvisteløsningsnemnda enten hos KS: [www.ks.no](http://www.ks.no) eller på regjeringens side: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dep/Styrer-rad-og-utvalg/barnevernets-tvistelosningsnemnd.html?id=589293>

## VIKTIGE MOMENTER I DETTE KAPITLET

* Lytt til barnet og tilrettelegg for at barnet kan gi uttrykk for sin mening
* Gi barnet god informasjon, og forklar hva som skal skje og hvorfor
* Barnevernet kan, der det er fattet vedtak om omsorgsovertakelse, ved behov plassere barnet i tiltak etablert for barn med nedsatt funksjonsevne, f.eks i barnebolig.
  + Ved plassering i barnebolig må det være et jevnlig samarbeid mellom barneverntjenesten og boenheten. Det må også etableres et samarbeid med den tjenesten i kommunen boenheten hører inn under. Barneverntjenesten må informere boenheten om hva som er vanlige reaksjoner på omsorgssvikt/mishandling, og hvordan personalet best kan møte barnets behov.
* Ved plassering i barneverninstitusjon må de institusjonsansatte få kunnskap om hva funksjonsnedsettelsen kan bety for barnets fungering i dagliglivet og hvilken tilrettelegging som kreves. De ansatte bør få opplæring og veiledning i hvordan barnet uttrykker behov, følelser og ønsker.
* Det må etableres samarbeid med skolen om barnets behov for særskilt tilrettelegging/ekstraressurser.
* Ved plassering i fosterhjem bør avklaring av ansvarsforhold mellom fosterforeldre og barneverntjeneste vies særlig oppmerksomhet.
* Samarbeid med hjelpeapparatet i omsorgskommunen om de tjenester og ytelser barnet/fosterforeldrene trenger.
* Etterspør fosterforeldrenes erfaringer og synspunkter. Anerkjenn deres innsats og kompetanse.
* Både fosterforeldre og institusjonsansatte må få opplæring i hvordan de kan assistere barn som er avhengig av andres assistanse. Assistanse må gis på en måte som fremmer barnets opplevelse av mestring.
* Kostnadsfordeling: kommunen skal betale utgifter som knytter seg til funksjonsnedsettelsen for barn som plasseres i statlige eller private barneverninstitusjoner. Dersom omsorgssvikt er den dominerende årsak til funksjonsnedsettelsen skal den ordinære betalingsordningen innenfor barnevernet legges til grunn.[[188]](#footnote-188)

LESETIPS

Gulbrandsen, L.M., Seim, S. og Ulvik, O.S. (2012). Barns rett til deltakelse i barnevernet: *Samspill og meningsarbeid*. Sosiologi i dag,42,(3-4) 54 – 78

Gundersen, T., Farstad, G.R. and Solberg, A. (2011) *Ansvarsdeling til barns beste? Barn og unge med funksjonsnedsettelser i barnevernet*, Oslo: NOVA.

# Ettervern for ungdom over 18 år

Studier viser at familien er avgjørende for at ungdom med funksjonsnedsettelse skal lykkes med utdanning, jobb og en selvstendig bosituasjon. Tilsvarende viser studier at også ungdom i barnevernet uten funksjonsnedsettelser er avhengig av stabile og engasjerte voksenpersoner for å lykkes.

Ungdom med funksjonsnedsettelser i barnevernet kan være ekstra sårbare for å falle utenfor deltakelse i samfunnet. Det er derfor viktig at deres behov i overgangen til voksenlivet ivaretas på en god måte av familie, fosterforeldre, helse- og omsorgssektoren og barnevernet. Hvilke hindringer ungdom møter på vei mot voksensamfunnet, og hvilken hjelp og assistanse de trenger vil variere med type funksjonsnedsettelse, samt i hvilken grad funksjonsnedsettelsen(e) påvirker deres fungering i hverdagen. Ungdommens fungering vil avhenge av psykisk problembelastning, hvordan eventuelle fysiske funksjonsnedsettelser arter seg, og ungdommens kognitive evner, ferdigheter og atferd.

Egen infoboks  
Barnevernloven § 1-3 annet ledd gir adgang til å opprettholde igangsatte tiltak eller erstatte disse med andre tiltak som er nevnt i loven, inntil ungdommen har fylt 23 år. I utgangspunktet vil alle typer tiltak etter loven kunne opprettholdes, og nye hjelpetiltak kan iverksettes. Tiltakene kan som hovedregel bare opprettholdes med ungdommens samtykke. Det er viktig at barneverntjenesten, i god tid før ungdommen fyller 18 år, informerer ungdommen om adgangen til å opprettholde tiltak etter fylte 18 år, og avklarer med ungdommen hva han eller hun selv ønsker.

## En overgang der mange tjenester skal samordnes

Ungdom med funksjonsnedsettelse mottar som regel tjenester fra kommunale helse- og omsorgstjenester (f.eks. fysioterapi, ergoterapi, PPT, avlastning, støttekontakt) og/eller habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten. Barnehabiliteringen har ansvaret frem til de er 18 år. Deretter overtas ansvaret av voksenhabiliteringen. Samtidig oppheves foreldrenes ansvar, og ansvaret for å finne ut av hvilke tjenester, ytelser og medisinsk oppfølging som er tilgjengelig, flyttes over på den unge selv. Dette kan være krevende.

Unge *utenfor* barnevernet, har ofte foreldre å støtte seg til, men også de opplever ofte utfordringer med å få på plass de tjenestene de trenger.[[189]](#footnote-189) Ungdom *i* barnevernet, som ofte vil være uten et velfungerende familienettverk og den trygghet det representerer, vil i overgangsperioden fra barn til ungdom kunne ha stort behov for støtte fra barnevernet.

Kontinuitet i tjenestetilbudet er en viktig forutsetning for at overgangen fra barn til voksen skal bli best mulig. Kontinuitet handler blant annet om at det må overføres kunnskap om den unges behov fra barnehabiliteringen til voksenhabiliteringen. Barneverntjenesten må gjennom samarbeid med andre instanser bidra til at den unge får en god overgang og kontinuitet i tjenestetilbudet.

### Tiltak for å lette overgangen

En individuell plan og en ansvarsgruppe rundt ungdommen kan lette samarbeidet med andre instanser i overgangsfasen. Hvis det ikke er opprettet en individuell plan, bør barnevernet, i samråd med ungdommen, ta kontakt med den koordinerende enheten i kommunen (se kap. 2.4.2) og avtale hvordan det best kan samarbeides om overgangsperioden og det videre tilbudet til ungdommen.

Barnevernet må i samarbeid med andre involverte tjenesteytere, ungdommen og foresatte (foreldre, fosterforeldrene, representant for institusjon) starte overgangsprosessen i god tid før ungdommen fyller 18 år. Barnevernet må:

* Klargjøre hvordan ansvarsoverføring fra barnehabilitering til voksenhabilitering skal foregå (gjelder også andre spesialisttilbud)
* Få oversikt over hvilke tiltak ungdommen har rett til fra henholdsvis helse-, omsorgs- og sosialtjenesten, og fra utdanningsetaten
* Finne ut hvilke ønsker ungdommen selv har, og hvem/hvilke instanser som kan bidra i forhold til disse ønskene (bosituasjon, utdanning, arbeid)
* Avklare om eventuell ansvarsgruppe skal videreføres og om ny koordinator skal oppnevnes
* Lage en statusgjennomgang av målene i individuell plan for å se hvilke mål som skal videreføres og om det skal settes nye mål[[190]](#footnote-190)
* Finne ut hvilke ressurser som finnes i ungdommens nære nettverk
* Bli enige om hvilke hjelpetiltak etter barnevernloven som skal videreføres, hvilke som skal endres, og avklare om ansvaret for tiltak skal overføres til andre etater. Bli enige om hvem som har ansvaret for overføringen og videreføringen av tiltak

## Ungdom med fysisk funksjonsnedsettelse

Barnevernet må ha som utgangspunkt at ungdom med funksjonsnedsettelse vil ha tilsvarende behov for utdannelse, arbeid, egen bolig og selvstendig voksenliv som andre ungdommer. I likhet med ungdom flest, vil ungdom med funksjonsnedsettelse på vei mot voksensamfunnet møte hindringer så vel som muligheter. Funksjonsnedsettelsen og helsemessige utfordringer kan innebære noen begrensninger når det gjelder valg av utdanning, fremtidig yrke og bosted. I tillegg er ungdommene avhengig av at helse-, omsorgs- og sosialtjenesten (NAV) og barneverntjenesten virker sammen på en måte som fremmer og ikke hemmer deres muligheter i voksenlivet.

Planleggingen av overgangen bør starte minst ett år før ungdommen fyller 18 år. Generelt trenger unge som har vært under omsorg av barnevernet tid til å forberede seg på overgangen til en selvstendig tilværelse, og de trenger oppfølging etter at de har flyttet for seg selv.[[191]](#footnote-191) For unge med funksjonsnedsettelse er det i tillegg en rekke faktorer som må på plass for å få til en god overgang. Se kap. 9.2. Det som må klargjøres spesielt, er bosituasjon og utdannings- og eventuelt jobbplaner.

### Bosituasjon

I samarbeid med ungdommen må barnevernet vurdere om plasseringen skal opprettholdes. Dersom ungdommen bor i fosterhjem må også fosterforeldrene involveres for å avklare om ungdommen kan fortsette å bo i fosterhjemmet etter fylte 18 år. Hvis ungdommen selv vil, og man får til en avtale med fosterforeldrene, vil det ofte være det beste å bli boende i fosterhjemmet til ungdommen har fullført videregående skole. Når den unge er ferdig med videregående, vil det kunne bli mer aktuelt at de flytter for seg selv.Flyttingkant innebære flytting til annen kommune. Fraflyttingskommunen har da ansvaret for å følge opp ungdommen og opprettholde tiltak. Dette gjelder uavhengig av om ungdommen har vært under barnevernets omsorg eller bare har hatt hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4.[[192]](#footnote-192)

Det finnes i dag ingen ordning som sikrer personer med nedsatt funksjonsevne rett til bolig. Kommunene skal medvirke til at vanskeligstilte som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, får bolig, men har ingen plikt til dette[[193]](#footnote-193). I 2014 kom en Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020).[[194]](#footnote-194) Strategien tydeliggjør ansvar, oppgaver og forventninger i det boligsosiale arbeidet. Den viser til at samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer er avgjørende for å lykkes. Strategien slår også fast at kommunene har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Bakerst i strategidokumentet er en oversikt over statlige tilskudd og låneordninger. For eksempel har Husbanken en ordning der det kan søkes om grunnlån som skal fremme universell utforming i nye og eksisterende boliger og finansiere boliger til vanskeligstilte og andre i etableringsfasen.

Mange kommuner har boliger tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Disse er gjerne fysisk tilknyttet omsorgsboliger/bofellesskap/aldershjem. Det må vurderes nøye i hvert enkelt tilfelle, om en slik bolig er et godt tilbud for en ungdom med fysiske funksjonsnedsettelser med store omsorgsbehov. Ungdom med funksjonsnedsettelse er som ungdom flest; de ønsker ikke å skille seg ut, og de ønsker å kunne gjøre egne valg. Å bo sammen med eldre, demente og utviklingshemmede kan oppleves som stigmatiserende og diskriminerende.

Noen unge som pga. funksjonsnedsettelse har omfattende omsorgsbehov får tilbud om å bo i bofellesskap. Det er opp til hver enkelt kommune hvilken målgruppe de bygger bofellesskap for og hvem som skal tilbys plass der. Når en skal tilby personer å bo i bofellesskap bør en unngå å plassere utviklingshemmede og personer med fysiske funksjonsnedsettelser i samme bofellesskap. Som hovedregel bør barneverntjenesten gå ut fra at unge med funksjonsnedsettelser har samme ønske for sin bosituasjon som andre unge som har vært under barnevernets omsorg. For unge mennesker med fysiske funksjonsnedsettelser vil brukerstyrt personlig assistent (BPA) kunne være et godt alternativ når det gjelder tjenester i egen bolig (j.fr punkt 7.3.3).

(Settes inn som informasjonsboks)

BPA er et tjenestetilbud som omfatter personlig assistanse i form av praktisk bistand og opplæring, organisert slik at brukeren i prinsippet selv administrerer ordningen. Kommunene har plikt å tilby BPA, men avgjør selv innenfor lovens rammer hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker.[[195]](#footnote-195). En aktuell gruppe er ungdommer som nærmer seg 18 år, og de som har fylt 18 år, enten de har fysiske og/eller lettere kognitive funksjonsnedsettelser. BPA er ikke begrenset til personer som kan ivareta brukerstyringen selv. Også personer med nedsatt kognitiv funksjonsevne og familier med barn med nedsatt funksjonsevne kan få tjenestene organisert som brukerstyrt personlig assistent. [[196]](#footnote-196)

### Utdanning

En god og relevant utdanning er viktig for at personer med funksjonsnedsettelser skal kunne komme i jobb og etablere seg i egen bolig.

Det kan være nødvendig å tilrettelegge undervisningssituasjonen. Dersom det lages en individuell opplæringsplan (IOP) bør denne ses i sammenheng med individuell plan.[[197]](#footnote-197)

Egen boks: En studie av ungdom med usynlige funksjonsnedsettelser (ADHD, dysleksi, CP, mfl.) viser at 40 prosent ikke visste om hvilke rettigheter de hadde, 44 prosent visste ikke hvor de skulle henvende seg, og 72 prosent hadde sluttet eller vurdert å slutte på skolen på grunn av mangelfull tilrettelegging.[[198]](#footnote-198)

Sett i forhold til de ekstrautfordringer unge i barnevernet har, vil det ha stor betydning at noen hjelper dem til å finne frem i regelverket og støtter dem. Slik hjelp kan være avgjørende for å lykkes med utdannelsen. En ansvarsgruppe kan være nyttig. Ettervern fra barneverntjenesten bør inneholde individuell oppfølging og samarbeid med andre tjenester rundt ungdommen, inklusive tjenester fra utdanningsetaten. Alternativt kan ettervernet bestå i å støtte den unge til selv å formidle det den har behov for overfor aktuelle instanser/fagpersoner.

### Los gjennom overgangen fra barn til voksen

Mange barnevernsbarn med nedsatt funksjonsevne har opplevd å bli møtt med lave forventninger både fra samfunnet, fosterforeldre og ansatte i barnevernet når det gjelder deltakelse i utdanning og yrkesliv.[[199]](#footnote-199) Dette står i motsetning til unges behov for å bli møtt med positive forventninger slik at de kan opparbeide selvtillit og tro på seg selv. For at unge skal få en god å overgang til voksenlivet trenger de en støttende voksen som følger opp og gir råd og veiledning. [[200]](#footnote-200) Mange vil ha nytte av en «los». En los er en person som etablerer en tillitsrelasjon til ungdommen, gir tett oppfølging. er både tålmodig og streng, løsningsorientert og fleksibel.[[201]](#footnote-201)

## Ungdom med utviklingshemming

Skolegang, arbeid (eventuelt tilpasset arbeid) eller andre meningsfulle aktiviteter er viktig for alle. Også ungdom med utviklingshemming har ønsker når det gjelder utdanning, arbeid og boforhold. Ivaretakelse av deres ønsker må tilpasses deres funksjonsnivå. Barneverntjenesten bør gjennom samarbeid med andre tjenester bidra til at overgangen til voksenlivet blir best mulig.

Utviklingshemmede vil ofte være spesielt sårbare når det gjelder overganger. De trenger å bli forberedt i god på at endringer vil skje. Planleggingen av overgangen til voksentilværelsen bør helst begynne minst to år før ungdommen fyller 18.

### Områder som vil trenge avklaring

I samarbeid med andre tjenester må barnevernet vurdere behovet for

* verge
* trygdeordninger og andre NAV-tjenester, som arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, arbeidsmarkedstiltak
* utvidet videregående opplæring eller innsøking på høyere utdanning på særskilte vilkår
* vernet arbeidsplass eller lignende

Det må også drøftes og vurderes hvor det er aktuelt for ungdommen å bosette seg. For unge som har vært fosterhjemsplassert, må det vurderes om de skal bo i omsorgskommunen, i fosterhjemskommunen, eller et annet sted. Det må vurderes om det skal gis bistand til kjøp eller leie av bolig. Ulike bostøtteordninger må undersøkes. Det må også avklares om det er behov for fysisk tilpasning av boligen, behov for bistand/oppfølging i bolig, og for pleie- og omsorgstjenester.

### Vurderinger ved valg av bolig

Dersom flytting til for eksempel bokollektiv eller annet botilbud for voksne er aktuelt, bør det velges et alternativ som både er tilpasset den unges utviklingshemming og funksjonsnivå, og behov den unge har som skyldes tidligere erfaring med omsorgssvikt. For eksempel kan noen unge med utviklingshemming som har vært utsatt for traumatiske hendelser, være særlig sårbare for å bo i bofellesskap med personer med utagerende atferd. Hvordan den unges behov for skjerming kan løses, bør så tidlig som mulig tas opp med aktuelle etater og tjenester.

### Omsorgspersoner som los over i en ny livsfase

Når den unge skal flytte, vil den unge trenge god tid på å gjøre seg kjent med det nye bostedet/den nye boligen.

De fleste vil ha knyttet sterke bånd til sine primærpersoner (fosterforeldrene/ støttekontakt/primærkontakt). Når den unge flytter over i ny bolig/institusjon kan det derfor være gunstig at primærpersonen(e) i en periode har en type losfunksjon. Primærpersonene vil ha god kjennskap til hva den unge trenger. Barnevernet bør derfor være i tett dialog med disse i planlegging av overgangsfasen.

## VIKTIGE MOMENTER I KAPITLET

* Ungdom med nedsatt funksjonsevne i barnevernet kan være ekstra sårbare for å falle utenfor deltakelsen i samfunnet.
* Kontinuitet i tjenestetilbudet er en forutsetning for en god overgang fra barn til voksen. Kontinuitet handler blant annet om overføring av kunnskap om den unges behov fra barnehabiliteringen til voksenhabiliteringen.
* Overgangsprosessen må starte tidlig.
* Klargjør hvordan ansvarsoverføring fra barnehabilitering til voksenhabilitering skal foregå (gjelder også andre spesialisttilbud)
* Få oversikt over hvilke tiltak ungdommen har rett til fra henholdsvis helse-, omsorgs- og sosialtjenesten, og fra utdanningsetaten
* Finn ut hvilke ønsker ungdommen selv har, og hvem/hvilke instanser som kan bidra i forhold til disse ønskene (bosituasjon, utdanning, arbeid)
* Avklar om eventuell ansvarsgruppe skal videreføres og om ny koordinator skal oppnevnes
* Lag en statusgjennomgang av målene i individuell plan for å se hvilke mål som skal videreføres og om det skal settes nye mål
* Finn ut hvilke ressurser som finnes i ungdommens nære nettverk
* Bli enige om hvilke hjelpetiltak etter barnevernloven som skal videreføres, hvilke som skal endres, og avklar om ansvaret for tiltak skal overføres til andre etater. Bli enige om hvem som har ansvaret for overføringen og videreføringen av tiltak
* Brukerstyrt personlig assistent (BPA) er et godt alternativ for unge med fysiske funksjonsnedsettelser
* Det kan være nødvendig med tilrettelegging av undervisningssituasjonen. Individuell opplæringsplan (IOP) bør sees i sammenheng med individuell plan (IP).
* Ettervern fra barneverntjenesten bør inneholde individuell oppfølging og samarbeid med andre tjenester, og bistand til at den unge selv får formidlet sine behov overfor andre instanser.
* En støttende voksenperson som følger opp og gir råd og veiledning er en av de viktigste forutsetningene for at den unge skal få en god overgang til voksenlivet.

LESETIPS

Bakketeig, E. and Backe-Hansen, E. (2008) *Forskningskunnskap om ettervern,* Oslo: NOVA

Grue, L. and Rua, M. (2010) *Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering,* Oslo: NOVA

Kristiansen and Skårberg (2010) *Utsatt ungdom 17-23 år i overgangsfaser,* Oslo: NOVA.

# Referanser

Aambø, A. (2004). *LOS – løsningsorienterte samtaler*, Oslo: Gyldendal akademisk

Anke, T. (2007) Tilknytning mellom fosterbarn og fosterforeldre: et behandlingsperspektiv, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 10, 1230-1238.

Askheim, O.P., Andersen, T. and Eriksen, J. (2006) *Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelser*, Oslo: Gyldendal akademisk.

Bakketeig, E. and Backe-Hansen, E. (2008) *Forskningskunnskap om ettervern*, Oslo: NOVA.

Berg, B. (2012) *Innvandring og funksjonshemming: minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet*, Oslo: Universitetsforlaget.

Berggrav, S. (2013) *Tåler noen barn mer juling? En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier*: Redd Barna.

Brøndmo, S. (2008) Synsvansker, In Rygvold, A.L. and Ogden, T. (eds) *Innføring i spesialpedagogikk.*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Burns, C. (2009) *Disabled Children Living Away From Home. In foster care and residental settings*, London: Mac Keith Press.

Clausen, S.-E. and Kristofersen, L.B. (2008) *Barnevernsklienter i Norge 1990-2005: En longitunell studie*, Oslo: NOVA.

Ellingsen, K.E., Jacobsen, K. and Nicolaysen, K. (2002) *Sett og forstått. Alternativer til tvang og makt i møtet med utviklingshemmede*, Oslo: Gyldendal Akademiske.

Gjersvik, P. (2005) Hvordan er altfor tidlig fødte barn ved skolestart?, *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124, 405.

Gundersen, T.(2012). *Et ordinært og særegent foreldreskap. En studie av foreldre til barn med sjeldne medisinske tilstander*. Universitetet i Oslo

Grue, L. (1998) *På terskelen. En undersøkelse av funksjonshemmede ungdoms sosiale tilhørighet, selvbilde livskvalitet*, Oslo: NOVA.*og*

Grue, L. (2011) *Hinderløype. Foreldre, barn og funksjonshemming*, Oslo: NOVA.

Grue, L. and Rua, M. (2010) *Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering*, Oslo: NOVA.

Gundersen, T., Farstad, G.R. and Solberg, A. (2011) *Ansvarsdeling til barns beste? Barn og unge med funksjonsnedsettelser i barnevernet*, Oslo: NOVA.

Gulbrandsen, L.M., Seim, S. og. Ulvik, O.S. (2012). Barns rett til deltakelse i barnevernet: Samspill og meningsarbeid. *Sosiologi i dag*, 42 (3-4) 54-78

Grøsvik, K (2008) Diagnostisering av utviklingshemning hos barn. I Eknes, J. m fl (2008):*Utredning og diagnostisering: Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker.* Oslo: Universitetsforlaget.

Hames, A. (2009) Emotional and developmental issues for disabled children who live away from home, In Burns, C. (ed) *Disabled children living away from home*, London: Mac Keith Press.

Havik, T. (2007) *Slik fosterforeldre ser det - II. Resultater fra en kartleggingsstudie i 2005*, Bergen: Unifob Helse, Barnevernets utviklingssenter på Vestlandet.

Heiervang, E., Stormark, K M.,Lundervold, A., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M-B., Ullebø, A K. Plessen, K. J.,Bjelland, I., Lie, S A & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. Jo*urnal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. ISSN 0890-8567. 46(4), s 438- 447. doi: 10.1097/chi.0b013e31803062bf

Hetherington, R. (2002) *The welfare of children with mentally ill parents: learning from inter-country comparisons*. Chichester: Wiley

Hibbard, R.A., Desch, L.W., Jenny, C., Christian, C.W., Hibbard, R.A., Kellogg, N.D., Spivack, B.S., Stirling, J., Lipkin, P.H., Cartwright, J.D., Desch, L.W., Duby, J.C., Elias, E.R., Johnson, C.P., Levey, E.B., Murphy, N.A., Myers, S.M. and Tilton, A.H. (2007) Maltreatment of children with disabilities, *Pediatrics*, 119, 5, 1018-1025.

Hjelmbrekke, H. (2011). ”Sjå hu smile!” Om å sjå og møte born med behov for ekstra tilrettelegging. Spesialpedagogikk 3/11

Hjelmbrekke, H.erlaug (2008). Møte dæm eit problem sjer dæm straks sju løysingsmuligheita. Spesialpedagogikk 7,/2008, s. 47 – 57

Holm-Hansen, J., Haaland, T. and Myrvold, T. (2007) *Flerkulturelt barnevern. En kunnskapsoversikt*, Oslo: NIBR.

Ingerslev.H.( 2001). Barn med psykisk syke foreldre. - Et komparativt europeisk forskningsprosjekt. Arbeidsrapport nr. 12, Barneverneuts utviklingssenter Midt-Norge

Jaudes, P.K. and Mackey-Bilaver, L. (2008) Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated?, *Child Abuse & Neglect*, 32, 7, 671-681.

Klette, T. (2007) *Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner*, Oslo: Oslo Universitet.

Klette, T. (2008) Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser, *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128, 1538-40.

Kristiansen and Skårberg (2010) *Utsatt ungdom 17-23 år i overgangsfaser*, Oslo: NOVA.

Kvam, M.H. (2000) Is sexual abuse of children with disabilities disclosed, *Child Abuse & Neglect*, 24, 8, 1073-1084.

Kvam, M.H. (2004) Sexual abuse of deaf children, *Child Abuse & Neglect*, 3, 241-251.

Kvello, Ø. (2010) *Barn i risiko*: Gyldendal Norsk forlag as.

Kvilhaug, G. (2011). *Barn og unge med Tourettes syndrom*. Kommuneforlaget.

Langballe,Å, Gamst, K.T og Jacobsen,M. (2010) Den vanskelige samtalen - Barneperspektiv på barnevernarbeid - Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse. Rapport 2 / 2010, NKVTS

Larsen Moen, Øyfrid (2014). *Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses’ conceptions of their role,* doktoravhandling, Karlstads universitet

Larssen, T. and Wilhelmsen, G.B. (2008) Synsvansker - aspekter ved læring og utvikling, In Befring, E. and Tangen, R. (eds) *Spesialpedagogikk*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

LeAdelle, P. (2005) Fetal alcohol syndrome: neuropsychological outcomes, psychoeducational implications, and prevention models, In R.C., D.A., Fletcher-Janzen, E. and Reynolds, C.R. (eds) *Handbook of school neuropsychology*, Hobroken, NJ: John Wiley. pp. 561-73.

Lorentzen, E. (2008) Psykisk utviklingshemming - hvordan stilles diagnosen?, *Tidsskr Nor Legeforen*, 128, 201-2.

Lundeby, H. and Tøssebro, J. (2009) Livsløp i familier med funksjonshemmete barn, In Tøssebro, J. (ed) *Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*, Oslo: Universitetsforlaget.

Moe, Slinning and Hansen, B. (2010) *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse*, Oslo: Gyldendal Akademiske.

Priestley, M., Rabiee, P. and Harris, J. (2003) Young disabled people and the 'new arrangements' for leaving care in England and Wales, *Children and Youth Services Review*, 25, 11, 863-890.

Prytz, JK.a. & Olsen, B.R. (2007). *Fra likestilling til likemannsarbeid? en kartlegging av funksjonshemmedes organisasjoner*, Oslo: Helsedirektoratet, Rapport IS-1495

Prøis, I.K. (2009) Barn med utviklingshemming under barnevernets omsorg : hvordan tilrettelegges det for god livskvalitet i langsiktige omsorgstiltak? *Institutt for spesialpedagogikk*, Oslo: Universitetet i Oslo. p. 102 s.

Reim, M.A. (2008) *Den sårbare overgangen - Om å flytte fra barnevernsinstitusjon til egen bolig,* Oslo: Styve Gard, Kirkens sosialtjeneste.

Robertson, M. og Cavanna, A. (2008). T*ourette Syndrome, The Facts*: Oxford

Rutter, M., Kreppner, J. and Sonuga-Barke, E. (2009) Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 5, 529-543.

Rye, H. (2002) *Tidlig hjelp til bedre samspill*, Oslo: Gyldendal akademisk.

Scharf JM, Miller LL, Mathews CA, Ben-Shlomo Y. 2012. Prevalence of Tourette syndrome and chronic tics in the population-based Avon longitudinal study of parents and children cohort.J *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(2):192-201

Smeplassen, S.F. (2006) Jeg vil ikke flytte, men jeg må, *Embla*, 5.

Solheim, I. J. og Øien, A. M. (2014). Rettleiing som kroppsleg erfaring og refleksjon. Fontene forsking, 1(18-30).

Stalker, K. and McArthur, K. (2012) Child abuse, Child Protection and Disabled Children: A review of recent research *Child Abuse Review*, 21, 1, 24-40.

Stang, G.E. (2007) *Det er barnets sak. Barnets rettsstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4*, Oslo: Universitetsforlaget.

Stang, G.E., Aamot, H., Sverdrup, S., Kristoffersen, L. and Winsvold, A. (2013) *Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett. Regelkunnskap og praksis*, Oslo: NOVA.

Stokke, G. (2011) *Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse : kunnskapsstatus i forhold til likheter, komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer*, Oslo: Autismeenheten, Nasjonal kompetanseenhet for autisme.

Strand, G.(2009). AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok: Fagbokforlaget

Sullivan, P.M. (2009) Violence exposure among children with disabilities, *Clin Child Fam Psychol Rew*, 12, 196-216.

Tøssebro, J. og Christian Wendelborg (red.).(2014). *Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger:.* Gyldendal Akademisk.

Tøssebro, J og Lundeby, H. (2002). Å vokse opp med funksjonshemming - de første årene. oslo: Gyldendal Akademisk.

Winsvold, A. (2011) *Evaluering av prosjektet"Ssammen for barn og unge" - bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*, Oslo: NOVA.

1. Veilederen omhandler kun enkelte psykiske lidelser. De psykiske lidelsene som presenteres, er valgt ut fordi de har symptomer som kan forveksles med tegn på omsorgssvikt. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ot.prp. nr. 44 (2007-2008) kap. 18 s 251 Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet [↑](#footnote-ref-2)
3. Slike overgrep kan skje i hjemmet, i nærmiljøet, i avlastningstilbud, i barnebolig eller på institusjon. [↑](#footnote-ref-3)
4. For mer utdypende beskrivelser av denne typen dilemmaer se: Gundersen, Farstad og Solberg (2011): Ansvarsfordeling til barns beste? Om barn og unge med nedsatt funksjonsevne i barnevernet. Denne kan lastes ned gratis på [www.nova.no](http://www.nova.no). [↑](#footnote-ref-4)
5. Barnevernloven § 1-1 [↑](#footnote-ref-5)
6. Barnevernloven § 1-2. Ved fylte 18 år kan ungdom som selv ønsker det, få oppfølging frem til de fyller 23 år. Dersom barnevernet beslutter å ikke gi tilbud om ettervern, skal dette begrunnes skriftlig. [↑](#footnote-ref-6)
7. Gundersen mfl. (2011) [↑](#footnote-ref-7)
8. Barnevernloven § 6-3 [↑](#footnote-ref-8)
9. Barnevernloven § 4-4 [↑](#footnote-ref-9)
10. Se også: Retningslinjer Q-0982, med endringer gitt i Q-9/00. Og Gording Stang (2007) [↑](#footnote-ref-10)
11. Barnevernloven § 3-2 [↑](#footnote-ref-11)
12. Berg, B. (2012) *Innvandring og funksjonshemming: minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet*, Oslo: Universitetsforlaget. [↑](#footnote-ref-12)
13. Prytz og Olsen, 2007 [↑](#footnote-ref-13)
14. Interesseorganisasjonene kan her være et supplement til det offentlige hjelpeapparat som sitter med hovedansvaret for å gi denne typen informasjon [↑](#footnote-ref-14)
15. Se http://www.ffo.no/Rettighetssenteret/ [↑](#footnote-ref-15)
16. Tøssebro og Lundeby, 2002 [↑](#footnote-ref-16)
17. F.eks forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. [↑](#footnote-ref-17)
18. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (KHOL) [↑](#footnote-ref-18)
19. Habiliteringstjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten. Det er en habiliteringstjeneste i hvert fylke. [↑](#footnote-ref-19)
20. Lov om spesialisthelsetjenester [↑](#footnote-ref-20)
21. Lov om pasientrettigheter [↑](#footnote-ref-21)
22. Lov om psykisk helsevern [↑](#footnote-ref-22)
23. Helse- og omsorgstjenesteloven [↑](#footnote-ref-23)
24. Foketrygdloven [↑](#footnote-ref-24)
25. Folketrygdloven [↑](#footnote-ref-25)
26. Se også https://www.nav.no/Helse/Sykt+barn+eller+familie [↑](#footnote-ref-26)
27. Askheim mfl. (2006) og Lundeby og Tøssebro (2009) [↑](#footnote-ref-27)
28. For mer informasjon om hvordan man får til et godt samarbeid, se: Winsvold (2011): Evaluering av prosjektet sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. NOVA rapport 18/11. <http://www.nova.no/id/19721.0> [↑](#footnote-ref-28)
29. Hetherington, R. (2002), Ingerslev, H. (2001) [↑](#footnote-ref-29)
30. Solheim og Øien (2014) [↑](#footnote-ref-30)
31. Se helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. [↑](#footnote-ref-31)
32. Forskrift 2011-12-16 nr 1256: Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator [↑](#footnote-ref-32)
33. Opplæringsloven § 15-5. [↑](#footnote-ref-33)
34. Barnevernloven § 3-2 a [↑](#footnote-ref-34)
35. <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/koordinerende-enhet/Sider/default.aspx> [↑](#footnote-ref-35)
36. jf. Helse- og [omsorgstjenesteloven § 7-3](http://websir.lovdata.no/cgi-lex/lexles?doc=/lov/nl/hl-20110624-030.html&7-3) og Forskrift 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator [↑](#footnote-ref-36)
37. Kommunene har ansvar for oppnevning av koordinator for personer som mottar tjenester etter Helse– og omsorgstjenesteloven, j.fr § 7-2 første punktum. [↑](#footnote-ref-37)
38. For nærmere informasjon om bestemmelsen se Ot.prp. nr. 69 (2008-2009). [↑](#footnote-ref-38)
39. For grundig gjennomgang av når og hvordan taushetsplikten gjelder for offentlige etater (helse- og omsorgstjenesten, barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) sosialtjenesten og barnevern), se kapittel 4 i Stang mfl. (2013): Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett. Regelkunnskap og praksis. NOVA rapport 3/13 <http://www.nova.no/asset/6818/1/6818_1.pdf> [↑](#footnote-ref-39)
40. I noen tilfeller har man også opplysningsplikt til politi og sosialtjenesten, se kapittel 4 i Stang mfl. (2013): <http://www.nova.no/asset/6818/1/6818_1.pdf> [↑](#footnote-ref-40)
41. Helsepersonelloven § 33 [↑](#footnote-ref-41)
42. Barnevernloven § 6-4 [↑](#footnote-ref-42)
43. Helsepersonelloven § 3 [↑](#footnote-ref-43)
44. Opplæringsloven § 15-3 [↑](#footnote-ref-44)
45. Lov om sosiale tjenester i NAV § 45 andre ledd [↑](#footnote-ref-45)
46. Se Rundskriv til barneverntjenesten Q-24 2005 [↑](#footnote-ref-46)
47. Helsepersonelloven med kommentarer, rundskriv IS-8/2012 [↑](#footnote-ref-47)
48. [↑](#footnote-ref-48)
49. Barnevernloven § 6-7 tredje ledd [↑](#footnote-ref-49)
50. Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov-2011-06-24-30) § 12-1 tredje ledd, Lov om sosiale tjenester i NAV § 45 [↑](#footnote-ref-50)
51. http://www.isaac.no/hva-er-ask/ [↑](#footnote-ref-51)
52. For nærmere informasjon og råd se [www.statped.no](http://www.statped.no) [↑](#footnote-ref-52)
53. Se kap. 9 i Berg, B. (2012). Innvandring og funksjonshemming: minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet, Oslo: Universitetsforlaget. [↑](#footnote-ref-53)
54. NAV: <http://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/Tolketjenesten/Bestille+tolk.328050.cms> [↑](#footnote-ref-54)
55. NOU 2001:22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. [↑](#footnote-ref-55)
56. Lars Grue (2011): Hinderløype. Foreldre, barn og funksjonshemming, NOVA, <http://www.nova.no/asset/4964/1/4964_1.pdf> [↑](#footnote-ref-56)
57. Grunn- og hjelpestønad gis på grunnlag av sykdom, skade eller medfødt funksjonsnedsettelse. [↑](#footnote-ref-57)
58. Clausen og Kristofersen (2008): Barnevernsklienter i Norge 1990 – 2005, <http://www.nova.no/id/16787.0> [↑](#footnote-ref-58)
59. Priestley mfl. (2003). [↑](#footnote-ref-59)
60. Hibbard mfl. (2007), Sullivan (2009) [↑](#footnote-ref-60)
61. Jaudes og Mackey-Bilaver (2008) [↑](#footnote-ref-61)
62. Jaudes, P.K. and Mackey-Bilaver, L. (2008), Kvello (2010), Kvam (2000, 2004) [↑](#footnote-ref-62)
63. K. Stalker og K. McArthur (2012). [↑](#footnote-ref-63)
64. For oversikt på norsk, se for eksempel: Gundersen, Farstad og Solberg (2011), Stokke (2011) [↑](#footnote-ref-64)
65. Etablering av rutiner for overgrep, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming (SUMO- prosjektet), Mars 2013

    Kan lastes ned på <http://naku.no/node/1121> [↑](#footnote-ref-65)
66. Ellingsen mfl. (2002) [↑](#footnote-ref-66)
67. NOU 2012:5 Bedre beskyttelse av barns utvikling s 21 [↑](#footnote-ref-67)
68. Rutter mfl. (2009). [↑](#footnote-ref-68)
69. Klette (2008). [↑](#footnote-ref-69)
70. Anke (2007), Klette (2007). [↑](#footnote-ref-70)
71. Du kan lese mer om sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus på: <http://www.r-bup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/$file/Tiltak42.pdf> [↑](#footnote-ref-71)
72. Stokke, Gunn (2011) [↑](#footnote-ref-72)
73. Hames (2009) [↑](#footnote-ref-73)
74. Hames (2009) [↑](#footnote-ref-74)
75. Rye (2002) [↑](#footnote-ref-75)
76. Rye (2002) [↑](#footnote-ref-76)
77. NOU 2012: 5 Bedre beskyttelse av barns utvikling. [↑](#footnote-ref-77)
78. Rye (2002), Moe, Slinning og Bergum Hansen (2010) [↑](#footnote-ref-78)
79. Smeplassen (2006). [↑](#footnote-ref-79)
80. Hames (2009). [↑](#footnote-ref-80)
81. Prøis (2009), Burns (2009). [↑](#footnote-ref-81)
82. NOU 2012: 5 Bedre beskyttelse av barns utvikling. [↑](#footnote-ref-82)
83. Berg, B (2014). Dobbelt sårbar – minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn. I Tøssebro, J. og Wendelborg, C. (red.). *Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger.* Gyldendal Akademisk. [↑](#footnote-ref-83)
84. Fladstad, T. og Berg, B. (2008). «Gi meg en sjanse!», Trondheim: NTNU Samfunnsforkning.

    Kittelsaa, A. ( 2012). Livsholdning, tro og mestring. I Berg, B. (red): Innvandring og funksjonshemming. Minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet. Oslo: Universitetsforlaget. [↑](#footnote-ref-84)
85. For mer informasjon om tvangsekteskap se veilederen «Tvangsekteskap og æresrelatert vold – en veileder for barneverntjenesten, BUF00200 (Utgitt av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet). [↑](#footnote-ref-85)
86. Brøndmo (2008), Larssen og Wilhelmsen (2008). [↑](#footnote-ref-86)
87. Heiervang et al (2007) [↑](#footnote-ref-87)
88. Differensialdiagnostikk er det å vurdere hvilken av flere mulige sykdommer som foreligger ved å sammenholde symptomer, sykehistorie, funn ved undersøkelse av pasienten, og noen ganger også laboratorie- og røntgenfunn. Ofte kreves en viss observasjonstid, fornyede undersøkelser og prøver før den endelige diagnosen kan stilles. Kilde: Store medisinske leksikon. [↑](#footnote-ref-88)
89. Se pasientrettighetsloven § 4-4 Samtykke på vegne av barn [↑](#footnote-ref-89)
90. [Stokke, G. (2011): Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse](http://www.autismeenheten.no/omvendt-kronologisk/publikasjoner-fra-autismeenheten/rapporter/rapport-nr-2-2011-autismespekterforstyrrelse-eller-tilknytningsforstyrrelse/download)? Autismeenheten Rapport nr. 2, 2011, www.autismeenheten.no [↑](#footnote-ref-90)
91. Som samlebegrep må autismespektertilstander eller ASD brukes. Autisme refererer til en undergruppe innen disse tilstandene, og skal bare brukes når det faktisk er autisme (og ikke hele spekteret) man snakker om. [↑](#footnote-ref-91)
92. Surèn, P., Bakken, I.J., Aase, H., et al.: «Autism Spectrum Disorder, ADHD, Epilepsy, and Cerebral Palsy in Norwegian children», Pediatrics, 2012, 130 (1): s 152-158) [↑](#footnote-ref-92)
93. For grundig innsikt i Autismespekterforstyrrelser se [www.autismeenheten.no](http://www.autismeenheten.no) og Autismeforeningens sider [www.autismeforeningen.no](http://www.autismeforeningen.no) [↑](#footnote-ref-93)
94. Stokke (2011) [↑](#footnote-ref-94)
95. Definert av Verdens helseorganisasjon (WHO)

    Se også http://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|2967342|flow)

    http://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icf-cy|ICF-CYSysDel|-1|flow [↑](#footnote-ref-95)
96. http://www.statped.no/Tema/Syn/Syn-og-sammensatte-vansker/Hjernesynshemning-CVI/ [↑](#footnote-ref-96)
97. http://www.statped.no/Tema/Syn/Tverrfaglig-utredning-av-synsfunksjon/ [↑](#footnote-ref-97)
98. Sjekklisten er utarbeidet av synspedagog Mette B. Rekkedal: <http://www.statped.no/Tema/Syn/Blinde-og-svaksynte-i-forskolealder/Hvordan-oppdage-synsvansker/> Informasjon finnes også på: <http://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/Temahefter+og+nasjonale+standarder/_attachment/1073750773?=true&_ts=10d8d6cb7b8> [↑](#footnote-ref-98)
99. Falkenberg, E-S og Kvam, MH (2012). Hørselshemming i et tverrfaglig perspektiv. I Befring, E og Tangen, R (Eds) Spesialpedagogikk, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag. [↑](#footnote-ref-99)
100. Vil du lese mer om toxoplasmose kan du gjøre det på: <http://nhi.no/graviditetsoraklet/svangerskap-og-fodsel/sykdommer/toxoplasmose-1758.html> [↑](#footnote-ref-100)
101. <http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=16457> [↑](#footnote-ref-101)
102. Mer informasjon om hørselstap, konsekvenser og utredning, se for eksempel: <http://www.statped.no/Tema/Horsel/> og <http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=16457http://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/Temahefter+og+nasjonale+standarder/_attachment/1073750773?=true&_ts=10d8d6cb7b8> [↑](#footnote-ref-102)
103. NAV: <http://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/Tolketjenesten/Bestille+tolk.328050.cms> [↑](#footnote-ref-103)
104. World Health Organization [WHO] ICD - 10 , 2011, s. 380 [↑](#footnote-ref-104)
105. Grøsvik, K (2008) Diagnostisering av utviklingshemning hos barn. I Eknes, J. m fl (2008):*Utredning og diagnostisering: Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget. [↑](#footnote-ref-105)
106. [↑](#footnote-ref-106)
107. IQ inndeling etter WHO. Kommentarer fra Stubrud, L.H. 2001, s.24. *Utviklingshemming i et økologisk perspektiv.* Oslo: Universitetsforlaget [↑](#footnote-ref-107)
108. Grøsvik, K (2008) Diagnostisering av utviklingshemning hos barn. I Eknes, J. m fl (2008):Utredning og diagnostisering: Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker. Oslo: Universitetsforlaget. [↑](#footnote-ref-108)
109. Dyp grad av utviklingshemming er ikke med i figuren. [↑](#footnote-ref-109)
110. ADL står for «Activities of Daily Life» som vi på norsk kaller «aktiviteter i dagliglivet». [↑](#footnote-ref-110)
111. Gjersvik (2005). [↑](#footnote-ref-111)
112. LeAdelle (2005). [↑](#footnote-ref-112)
113. For mer informasjon om FAS se:

     <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/medfodt-fotalt-alkoholsyndrom-10292.html> og <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/alkohol-og-graviditet/Publikasjoner/alkohol-og-graviditet.pdf>

     http://borgestadklinikken.no/kompetansesenter/rusrelaterte-fosterskader/fasd-problematikk [↑](#footnote-ref-113)
114. Sæthre, J. 2008. *Læring og livskvalitet.* Bergen: Fagbokforlaget [↑](#footnote-ref-114)
115. Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, Sosial- og helsedirektoratet 11/2005, revidert 2007. IS-1244.

     NB.Ny retningslinje fra Helsedirektoratet for utredning og behandling av ADHD, forventet ferdig høsten 2014. [↑](#footnote-ref-115)
116. Robertson, M. og Cavanna, A. (2008). *Tourette Syndrome, The Facts*: Oxford

     Scharf JM et al (2012) [↑](#footnote-ref-116)
117. Kvilhaug, G. (2011). *Barn og unge med Tourettes syndrom*. Kommuneforlaget. [↑](#footnote-ref-117)
118. Kap. 4 i Strand, G.(2009). *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok*, Fagbokforlaget

     Kvilhaug, G. (2011). *Barn og unge med Tourettes syndrom*. Kommuneforlaget [↑](#footnote-ref-118)
119. Kap. 4 i Strand, G.(2009). AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok, Fagbokforlaget [↑](#footnote-ref-119)
120. <http://www.statped.no/Tema/Larevansker/Nonverbale-larevansker/> [↑](#footnote-ref-120)
121. Mer informasjon om CP finner du på CP-foreningens nettside: [www.CP.no](http://www.cp.no) og på Norsk helseinformatikk sine sider: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/cerebral-parese-2819.html> [↑](#footnote-ref-121)
122. Hjelmbrekke, H. (2011). ”Sjå hu smile!” Om å sjå og møte born med behov for ekstra tilrettelegging. *Spesialpedagogikk* 3/11

     Hjelmbrekke, H. (2008). Møte dæm eit problem sjer dæm straks sju løysingsmuligheita. Spesialpedagogikk nr.7,/2008, s. 47 – 57

     Hjelmbrekke, Herlaug (2003). ”Hainn va ein ressurs for skolen vår”. Kasustudie av læringsprosessar i ein klasse med store individuelle variasjonar. Hovedfagsoppgave i pedagogikk, Pedagogisk institutt, NTNU, Trondheim 2003 [↑](#footnote-ref-122)
123. Det er viktig å være klar over at barn med nedsatt funksjonsevne generelt kan streve med å få venner. [↑](#footnote-ref-123)
124. Det vil si forhold som er regulert i Barnevernloven § 4–10, 4–11 og 4–12b. [↑](#footnote-ref-124)
125. Om betydningen av sensitivitet, se for eksempel Kvello (2010). [↑](#footnote-ref-125)
126. Tøssebro, J. og Wendelborg, C. (red.) *Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger.* 2014. Gyldendal Norsk Forlag AS. [↑](#footnote-ref-126)
127. I løpet av 2012 kom 14,5 prosent av meldingene/henvendelsene om unge mellom 13 og 17 år fra de foresatte (SSB). [↑](#footnote-ref-127)
128. Aambø, A. 2004. LOS – løsningsorienterte samtaler, Oslo: Gyldendal akademisk [↑](#footnote-ref-128)
129. Stoneman 2001 i Tøssebro mfl. 2012 [↑](#footnote-ref-129)
130. Tøssebro mfl. 2012 [↑](#footnote-ref-130)
131. Tøssebro. J., Kermit, P., Wendelborg, C. og Kittelsaa, A. (2012). *Som alle andre? Søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelser*. NTNU Rapport 2012. [↑](#footnote-ref-131)
132. Se rapporten ”Likeverdige helsetjenester? – Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere(2008): <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/likeverdig-helsetjeneste-om-helsetjenester-til-ikke-vestlige-innvandrere>. Rapporten viser ekspempler på psykiske lidelser hos barn som ikke har blitt oppdaget fordi de har blitt forstått som kultur. [↑](#footnote-ref-132)
133. Holm-Hansen mfl. (2007) og <http://www.fritidforalle.no/media/28267/nibr.pdf> [↑](#footnote-ref-133)
134. Bvl. § 4-1 annet ledd [↑](#footnote-ref-134)
135. Se Seksuelle overgrep mot barn – en veileder for hjelpeapparatet <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2003/0017/ddd/pdfv/286825-seksuelle_overgrep_mot_barn.pdf>

     <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/seksuelle-overgrep-mot-barn-en-veileder-for-hjelpeapparatet/Publikasjoner/seksuelle-overgrep-mot-barn.pdf>

     Langballe,Å. m.fl. (2010). Den vanskelige samtalen - Barneperspektiv på barnevernarbeid - Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse

     http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Den-dialogiske-barnesamtalen-hvordan-snakke.pdf [↑](#footnote-ref-135)
136. Bvl. § 6-4 [↑](#footnote-ref-136)
137. Jf. også barnevernloven § 4-3 annet ledd. [↑](#footnote-ref-137)
138. Informasjon om Statpeds tjenester og hvordan man går frem for å søke, se: [www.statped.no](http://www.statped.no) [↑](#footnote-ref-138)
139. Se for eksempel kap 3.5 om tilknytning [↑](#footnote-ref-139)
140. Barnevernloven § 4-4 annet ledd [↑](#footnote-ref-140)
141. Kommunene ved helse- og omsorgstjenesten har et hovedansvar for å sørge for at personer med nedsatt funksjonsevne får nødvendige tjenester (jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1), og for at tilbudet er helhetlig og samordnet (Lov om sosiale tjenester i NAV § 1). [↑](#footnote-ref-141)
142. For mer informasjon om hvilke rettigheter familier til barn og unge med nedsatt funksjonsevne har, se http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-og-unge-med-nedsatt-funksjonsevne-hvilke-rettigheter-har-familien/Sider/default.aspx [↑](#footnote-ref-142)
143. Jf. pkt. 5.1 i Prop. 106 L (2012-2013) Endringer i barnevernloven [↑](#footnote-ref-143)
144. Jf. §§ 3-2 og 3 – 6 i helse- og omsorgstjenesteloven [↑](#footnote-ref-144)
145. http://www.bufetat.no/barnevern/familieraad/ [↑](#footnote-ref-145)
146. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2000/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf-barnev/5.html?id=279012> [↑](#footnote-ref-146)
147. Dette fordrer at barnevernet har tilegnet seg kunnskap om barnets spesielle behov. [↑](#footnote-ref-147)
148. Se § 4-4 i barnevernloven [↑](#footnote-ref-148)
149. Det finnes nyttig informasjon om barn med utviklingshemming på nettsidene til [www.naku.no](http://www.naku.no) [↑](#footnote-ref-149)
150. For mer informasjon om ICDP se [www.bufetat.no](http://www.bufetat.no), [www.icdp.no/om-icdp](http://www.icdp.no/om-icdp) eller <http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Rapporter/2011/foreldreveiledning_norsk.pdf> og <http://ungsinn.uit.no/ungsinn/startside/artikkel?p_document_id=81124> [↑](#footnote-ref-150)
151. Dette er også aktuelt for omsorgsgivere i institusjoner for barn, for å gjøre omsorgsgiverne bevisst på barnas spesifikke psykososiale behov. [↑](#footnote-ref-151)
152. For mer informasjon om metoden se: <http://www.martemeo.no/> og for anvendelse overfor personer med utviklingshemming se: <http://naku.no/node/181> [↑](#footnote-ref-152)
153. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d [↑](#footnote-ref-153)
154. Ikrafttreden av lovendringen ennå ikke fastsatt. [↑](#footnote-ref-154)
155. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b [↑](#footnote-ref-155)
156. Gjelder avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d. [↑](#footnote-ref-156)
157. For mer informasjon om gode avlastningstilbud og foreldrereaksjoner, se: Askheim, Andersen og Eriksen (2006) [↑](#footnote-ref-157)
158. De fleste større kommuner vil ha en eller flere avlastningsboliger. Avlastningsbolig er et mye brukt tiltak for barn med funksjonsnedsettelser, og ikke bare for dem med multifunksjonsnedsettelser/alvorlig utviklingshemming. [↑](#footnote-ref-158)
159. Barnebolig er i sosialtjenesteloven definert som bolig med heldøgns omsorgstjenester. [↑](#footnote-ref-159)
160. Barnevernet kan plassere barn i tiltak for barn med nedsatt funksjonsevne, som barnebolig, etter vedtak om omsorgsovertakelse (bvl. §§ 4-12 og 4-14 c). Bufetat har i slike tilfeller ikke noe økonomisk ansvar for plasseringen. [↑](#footnote-ref-160)
161. Når det gjelder samtykke fra foreldrene og barn over 15 år og yngre barns rett til å bli hørt, vises det til rundskriv Q-0982 kapittel 3.1 og 3.2, Retningslinjer for hjelpetiltak. [↑](#footnote-ref-161)
162. Se Retningslinjer for hjelpetiltak Q-0982, med endringer gitt Q-9/00 [↑](#footnote-ref-162)
163. Se TaKT, tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier: Gode løsninger. Hva er det? Hvor finnes de? [↑](#footnote-ref-163)
164. For mer informasjon om disse og andre mulige tiltak, se: <http://ungsinn.uit.no/ungsinn/sok> [↑](#footnote-ref-164)
165. Du kan finne mer informasjon om dette andre program på: <http://ungsinn.uit.no/ungsinn/startside/artikkel?p_document_id=83884> [↑](#footnote-ref-165)
166. Når det gjelder autismespekterdiagnoser gjøres det gjerne en første delutredning i PPT, mens en dypere utredning og diagnostisering gjerne skjer i Spesialisthelsetjenesten – BUP, Habiliteringstjenesten eller egne spesialavdelinger. Se eksempelvis ”Retningslinjer for diagnostisering av autismespekterforstyrrelser” utgitt av Regionalt fagmiljø for autisme i Helse Sør-Øst, 2010. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklinikken/RFM/Retningslinjer_utredning_ASF_barn%20og%20unge.pdf> [↑](#footnote-ref-166)
167. § 4-12 a) dersom det er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen som barnet får, eller alvorlige mangler i forhold til den personlige kontakt og trygghet som det trenger etter sin alder og utvikling.

     § 4-12 b) dersom foreldrene ikke sørger for at et sykt, funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket sitt særlige behov for behandling og opplæring. [↑](#footnote-ref-167)
168. Bvl. § 5-6 [↑](#footnote-ref-168)
169. Eget regelverk for Oslo kommune [↑](#footnote-ref-169)
170. [↑](#footnote-ref-170)
171. Se veilederen: Oppfølging av foreldre med barn/ungdom plassert i fosterhjem eller på institusjon. http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barnevern/Q-1157%20B%20Oppfølging%20av%20foreldre.pdf [↑](#footnote-ref-171)
172. For en mer omfattende behandling av meningsarbeid, se: Gulbrandsen, L.M., Seim, S. og Ulvik, O.S. (2012). Barns rett til deltakelse i barnevernet: Samspill og meningsarbeid. *Sosiologi i dag*,42,(3-4) 54 – 78, og prosjektets hjemmeside: http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Snakk-med-oss-Profesjonsutoevelse-og-barns-deltakelse [↑](#footnote-ref-172)
173. Bufetat har i slike tilfeller ikke noe økonomisk ansvar for plasseringen. [↑](#footnote-ref-173)
174. Barnebolig er en institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester. FOR 2011-12-16 nr 1254: Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. [↑](#footnote-ref-174)
175. Opplæringsloven § 5-1 [↑](#footnote-ref-175)
176. Det er behov for å vurdere endringer i opplæringsloven, slik at barneverntjenesten ved omsorgsovertakelse overtar kompetansen til å samtykke til spesialundervisning på barnets vegne, jf. pkt. 5.3.1 i Prop. 106 L Endringer i barnevernloven. [↑](#footnote-ref-176)
177. For oversikt se: Gundersen mfl. (2011) [↑](#footnote-ref-177)
178. Retningslinjer for fosterhjem punkt 8.1 [↑](#footnote-ref-178)
179. Jf. Fosterhjemforskriften § 7 tredje ledd. [↑](#footnote-ref-179)
180. Gundersen mfl. (2011) [↑](#footnote-ref-180)
181. Jf.e *Rutinehåndbok for kommunenes arbeid med fosterhjem* punkt 5.4.5 (BLD, 2006), [↑](#footnote-ref-181)
182. Se fosterhjemsavtalen pkt. 6.3.3 [↑](#footnote-ref-182)
183. Se også Bufetats erstatningsveileder fra 2010: «Ansvar for skade som barnet måtte påføre tredjemann (dvs. andre enn fosterforeldrene) reguleres av alminnelige erstatningsregler.» Dette er omtalt i pkt 8.4.2 i samme veileder. [↑](#footnote-ref-183)
184. Se fosterhjemsavtalen pkt. 6.3.3 [↑](#footnote-ref-184)
185. Det bør også eventuelt vurderes om avlastning til fosterforeldre etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d kan være et alternativ til frikjøp av fosterforeldre, forutsatt at dette vil være til barnets beste. [↑](#footnote-ref-185)
186. bvl. § 4-14 c [↑](#footnote-ref-186)
187. For nærmere informasjon om kostnadsdelingen se f.eks. sak 13/3 http://www.regjeringen.no/upload/BLD/BVA/Barnevernets\_tvistelosningsnemnd/13\_3.pdf [↑](#footnote-ref-187)
188. Dette innebærer at den kommunale barneverntjenesten kun skal betale kommunal egenandel for institusjons- eller fosterhjemsoppholdet. Øvrige utgifter dekkes av Bufetat. [↑](#footnote-ref-188)
189. Grue og Rua (2010), <http://www.nova.no/id/22714.0> [↑](#footnote-ref-189)
190. For flere forslag til hvordan man skal få til en god overgang mellom barne- og voksenhabiliteringen se: Grue og Rua (2010) [↑](#footnote-ref-190)
191. Reim, M.A. (2008): <http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3109/den_sarbare_overgangen.pdf> [↑](#footnote-ref-191)
192. <http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Rundskriv/2011/rundskriv_tiltak_barnevernsloven.pdf> [↑](#footnote-ref-192)
193. Unge funksjonshemmedes rettigheter når det gjelder bolig kan man lese mer om på [www.ung.no](http://www.ung.no). Også husbanken har informasjon om rettigheter og hvordan man skal gå frem når man har en funksjonsnedsettelse og ønsker å etablere seg i egen bolig [www.husbanken.no](http://www.husbanken.no). [↑](#footnote-ref-193)
194. http://www.regjeringen.no/upload/KMD/BOBY/Nasjonal\_Strategi\_Boligsosialt\_arbeid.pdf#search=nasjonal strategi for boligsosialt arbeid&regj\_oss=1 [↑](#footnote-ref-194)
195. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-8 [↑](#footnote-ref-195)
196. For mer informasjon om ordningen se rundskriv I-20/2000 til lov om sosiale tjenester mv.rundskriv I-20/2000» Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)» og og rundskriv I-15/2005 «Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – utvidelsen av målgruppen» fra Helse- og omsorgsdepartementet Rundskriv I-20/2000

     er fortsatt de rundskrivene som beskriver hva BPA er og hvem ordningen omfatter. [↑](#footnote-ref-196)
197. Se opplæringsloven http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61 [↑](#footnote-ref-197)
198. Unge funksjonshemmede har laget to rapporter om denne tematikken. Den ene med tittel: Tilrettelagt for tilrettelegging: <http://www.ungefunksjonshemmede.no/politikk/utdanning/tilrettelagt-for-tilrettelegging>. Den andre rapporten tar for seg elever med usynlige funksjonsnedsettelser og deres behov for tilrettelegging: Ute av øye ute av sinn: <http://www.ungefunksjonshemmede.no/politikk/utdanning/rapport-ute-av-oeye-ute-av-sinn> [↑](#footnote-ref-198)
199. Gundersen mfl. (2011) [↑](#footnote-ref-199)
200. Bakketeig og Backe-Hansen (red.) (2008) [↑](#footnote-ref-200)
201. For mer informasjon om losfunksjonen, se: Kristiansen og Skårberg (2010) [↑](#footnote-ref-201)