

Oppdatert 01.04.00 kl. 19:02

## Barnevern, barnepsykiatri og medieoppslag

**Øbskøne ord, spiseforstyrrelser eller tvangstanker hos barn er ikke nødvendigvis tegn på omsorgssvikt eller overgrep i familien. Årsaken kan like gjerne være en funksjonshemning som Tourette syndrom eller andre hjerneforstyrrelser. Barnevernet vet skremmende lite om slike tilstander.**

---

Uten medieoppslag om barnevernets feilvurderinger ville flere uskyldige mennesker blitt dømt for seksuelle overgrep eller fratatt sine barn, skriver **Lise Henriksen**, mor til barn med nevropsykatiske diagnoser. Hennes familie har opplevd å bli fratatt omsorgen for en niåring - fordi barnevernet manglet nødvendig medisinsk ekspertise.

---

I Aftenposten 8. desember i fjor hevdet direktør Erik K. Normann ved barne- og familieetaten i Oslo at den enorme mediefokuseringen i Bjugn-saken og flere enkeltsaker har passivisert barnevernet og skapt redsel for å gjøre feil. Det skinner igjennom at han har en usvikelig tro på barnevernets ufeilbarlighet.

Men barnevernet kan gjøre feil, til dels svært grove, og det kan dokumenteres.

Svært ofte kan feilvurderinger fra barnevernets side få vidtrekkende og alvorlige følger for dem som rammes. Uten medieoppslagene hadde antagelig *enda* flere uskyldige mennesker blitt dømt for seksuelle overgrep som aldri er begått, eller utsatt for det som representerer det mest inngripende vedtak overfor enkeltmennesker: Urettmessig å bli fratatt sitt eget barn ved omsorgsovertagelse. For det er det endel familier som er blitt.

Normann forstår sikkert at medieoppslagene også har vært til nytte for barnepsykiatrien og barnevernet selv. De har gitt både hjelpeapparatet, offentligheten og politikere viktig informasjon om at alt slett ikke var eller er som det burde være; de har gitt verdifulle korrektiver om en helt nødvendig kompetanseheving på de ulike nivåer innen behandlings- og hjelpeapparatet som naturlig måtte komme, og som igjen danner grunnlaget for inngripen og hjelpetiltak i den enkelte familie. Medieoppslagene kommer således ikke minst barna selv til gode.

Det er spesielt på området *nevropsykiatri* at en gjennomgripende kompetanseheving fortsatt er helt nødvendig. Dette omfatter barn og ungdom med *skjulte funksjonshemninger*, herunder Tourette syndrom, AD/HD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, dvs. Oppmerksomhetssvikt med eller uten hyperaktivitet, tidligere kalt MBD, Minimal Brain Dysfunction), OCD (Obsessive Compulsive Disorder, tvangslidelse/tvangspregede forstyrrelser), opposisjonell adferd, affektproblemer og søvnforstyrrelser.

Alle disse tilstander kan gi seg utslag i adferd som både psykiatrien og barnevernet har hatt lett for å mistolke som en følge av omsorgssvikt eller seksuelt misbruk. Det være seg banning, eller sexrelatert og obskøn ordbruk; noe som spesielt gjelder Tourette syndrom.

Videre: Hyperaktivitet og uro, konsentrasjonsproblemer, oppmerksomhetssvikt og motivasjonsproblemer, lese- og skrivevansker, humørsvingninger og nedstemthet som ikke kan forklares ut fra ytre omstendigheter, depresjoner og iblant suicidale tanker, dårlig impuls-kontroll, aggresjon og hyppige raseriutbrudd utløst av bagateller, sær påståelighet, angsttilstander (separasjonsangst er vanlig), fobier, spiseproblemer, selvskadende adferd,

natterangling, ekstraordinær tretthet på skolen, tvangspreget adferd i form av plagsomme tankeforstyrrelser, merkelige vaner, spesielle ritualer, svake sosiale ferdigheter, spilllegalskap, tagging og til dels også voldelig adferd, kriminalitet og rusmisbruk.

Lærevansker er vanlig hos rundt halvparten av barna, og man regner at ca. 65 prosent har behov for spesielle hjelpetiltak i skolen.

Tradisjonelt er mange såkalte MBD-barn blitt oppfattet som noen klønnete eller late surrekopper, særdeles uoppdragne, rampete og frekke, ofte klassens klovn eller skolens skrekk. Og foreldrene stemplet som mer eller mindre udugelige, uten evne til fasthet, struktur og grensesetting. Helt fra de er små, er mange av disse ungene veldig urolige, strie og vanskelige å korrigere, de blir lett provosert, kan være aggressive og virke uforutsigbare. Felles for dem er at de ikke responderer som forventet på tiltak fra det voksne miljøet rundt dem. Barna har store problemer med å rette seg etter vanlige regler og rutiner, nær sagt uansett hvilke sanksjonsmidler man tar i bruk.

Foreldrene sliter hardt, men får i liten grad positiv respons på det å være foreldre. Standardformuleringene fra barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernets side har gjerne vært "store samspillsproblemer i familien", "manglende grensesetting" og "dårlig kommunikasjon".

I "MBD-gruppen" har det gjennom årene skjult seg mange barn og ungdommer med Tourette syndrom, i og med at mange av symptomene er til forveksling sammenfallende.

I en analyse som ble gjort av dr. med. Trygve Lindback og lektor og spesialpedagog Gerd Strand i 1994, viste det seg at AD/HD forekom hos hele 73 prosent av de undersøkte barna med Tourette syndrom, mens 39 prosent oppfylte kriteriene for MBD (Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 19, 1994; 114). Men det var først omkring 1992 og senere at diagnosen Tourette syndrom for alvor ble tatt i bruk i Norge. Da hadde endel familier valgt å stå frem i mediene med sine svært misforståtte problemer. Dette til tross for at Tourette-diagnosen første gang ble stilt så tidlig som i 1885, av den franske nevrologen Gilles de la Tourette.

Lenge rådet det synet innen psykiatrien at det ikke skulle stilles noen diagnose på barn/ungdom overhodet. Så sent som i 1992 ble vår familie avfeid med at "her i huset stiller vi ingen diagnoser", da vi forventningsfulle kom for å få utredet og behandlet vårt hardt rammede barn på en av byens største barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner. Hvordan man da fikk til å behandle de ulike symptomene, hjemmehørende under f.eks. Tourette syndrom og som hver især krever ulik tilnærming og medisiner, er jo et åpent spørsmål, men behandlingsresultatene ble da også deretter.

I svært mange uttalelser fra såkalt faglig hold er gjennomgangstemaet at foreldrene svikter sine oppgaver. Og det er nettopp her forskjellen på et kompetent og inkompetent fagmiljø og hjelpeapparat viser seg i praksis. Det kan, for et ukyndig øye, være vanskelig å skille adferdsavvik som skyldes en nevrologisk dysfunksjon (en biokjemisk ubalanse i hjernens nevrotransmittersystem), fra lignende adferdsavvik som skyldes grov omsorgssvikt, rus og vold i hjemmet, seksuelle overgrep osv. Faktisk forutsetter det kunnskaper, forståelse og tiltak på et høyt faglig nivå og et nært samarbeide på flere fagområder, bl.a. medisin, psykiatri og pedagogikk.

For noen år siden ble det opprettet et landsomfattende system av statlige, spesialpedagogiske kompetansesentre for sammensatte lærevansker, herunder Tourette syndrom, AD/HD og narkolepsi/søvnforstyrrelser. Et av dem var Torshov regionale kompetansesenter i Oslo, som dekker det sentrale Østlandsområdet. Det ble bygget opp en stab av høyt kompetente fagfolk, som samarbeidet med landets største medisinske ekspertise innen ulike diagnosegrupper. For de fleste av de barn og deres familier som var så heldige

å bli utredet av kompetansesentret, betydde det starten på et nytt og bedre liv.

Man skulle, på bakgrunn av de nye kunnskaper som er opparbeidet gjennom de siste åtte-ti årene, og tilførselen av hardt tiltrengt spisskompetanse, tro det var naturlig at barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet hadde evnet og ønsket å oppdatere seg grundig, slik at de tradisjonelle psykodynamiske tilnæringsmåter, som ofte medfører feiltolkninger av barns adferd, i større grad kunne vært unngått. Så vel er det dessverre ikke! Rett som det er, opplever foreldre at barnevernet griper inn på urettmessig grunnlag.

I 1992 opplevde vår familie å bli fratatt vårt ni år gamle barn, som har en alvorlig og sammensatt medisinsk problematikk. Saken var en følge av kunnskapsmangel innen barnepsykiatrien og barnevernet. Vi gjennomlevde en lang og hard kamp mot barnevernet, hvor vi til sist fikk vårt barn tilbake. I 1997 var vi nær ved å oppleve en reprise på det som skjedde i 1992, også denne gang beroende på en systematisk feiltolkning av vårt barns adferd.

Det har altfor lenge rådet en "vi alene vite"-holdning, spesielt innen barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Det tradisjonelle hjelpeapparatets patentløsning på de mest kompliserte problemer var såre enkel, slik vi erfarte så sent som i 1997: Den gikk stort sett ut på å etablere "et mer strukturert og grensesettende omsorgsmiljø".

Når man vet at 3-5 prosent av alle barn i Norge har AD/HD-problemer og rundt 1 prosent har Tourette syndrom, kan man undres på hvorfor dette feltet ikke er blitt tatt mer på alvor. Betegnende nok er det aviser, ukeblader og radio/TV som har gitt folk verdifull informasjon, mens barne- og ungdomspsykiatrene ytterst sjelden gir lyd fra seg.

Det tristeste feilgrep som er gjort fra politisk hold, er nedbyggingen ved de regionale kompetansesentre nylig. Trolig vil dette ramme både hjelpeapparatet, vårt samfunn og ikke minst barna og deres familier med en bumerangeffekt. Vi kan se utviklingen av uhåndterlige problemer i skolene pga. stadig flere elever med problemadferd - og økt kriminalitet og voldsbruk blant barn og ungdom.

Det finnes på langt nær nok behandlingsplasser, spesialskoleplasser eller ekstratimer, og barna må ofte vente i månedsvis på en utredning fra PPT. Politikerne tok det for gitt at de fagfolk som ble oppsagt fra sine stillinger ved de regionale kompetansesentrene, nærmest automatisk skulle søke seg over til ledige stillinger i PPT, men dette har ikke skjedd.

Heller ikke vet man hvor man skal plassere barn og ungdom med de vanskeligste adferdsproblemer - eller hvordan de i det hele tatt skal håndteres. Nå viser nyere forskning at behandlingsopphold i institusjoner ikke har hatt den forbedrende effekt på disse barna, slik man hadde forventet, snarere tvert imot.

Dessverre befinner altfor mange barn seg fortsatt i "gråsonen", uten å ha blitt utredet eller diagnostisert, utprøvd på medisiner eller annen behandling. Dette til tross for at fagfolkene roper fortvilet etter større satsing og ressurser, både fra barne- og ungdomspsykiatrien, PPT og skoleetaten. Forbausende få politikere har tatt seriøst fatt i problemene. Og når hjelpen i heldigste fall kommer, er det i mange tilfeller for sent.

I 1998 skrev Kristine Damsgaard en hovedoppgave i spesialpedagogikk som heter "*Hjelpen som lot vente på seg*", en kvalitativ studie av møtet mellom foreldre til barn med den skjulte funksjonshemningen Tourette syndrom og AD/HD, og det profesjonelle hjelpeapparatet. Oppgaven belyser møtet med hjelpeapparatet før og etter at spisskompetansen ble koblet inn, med et tydelig skille mellom "den dårlige hjelpen" og "den gode hjelpen" hos samtlige syv familier som ble intervjuet.

Den dårlige hjelpen handlet om mangel på både praktisk og følelsesmessig

hjelp. Fem av familiene opplevde til sin fortvilelse at de selv ble gitt skyld og sett på som årsak til barnets problemer, hvor fokus ble satt på samspillsproblemer i familien. Foreldrene opplevde å måtte kjempe mot det systemet som skulle gi hjelp, det manglet både råd og veiledning og tverrfaglig samarbeid.

Konklusjonen ble: "Uprofesjonelt arbeid handlet både om mangel på adekvate holdninger og kunnskap i forbindelse med rådgivningsbegrepet, og om manglende kunnskap omkring foreldrereaksjoner. I tillegg tydet informantenes opplevelser på et hjelpeapparat med liten kjennskap til nevrobiologiske tilstander som Tourette syndrom og AD/HD og til hensiktsmessig behandling og tiltak for denne type tilstander."

"Den gode hjelpen", beskrevet som tilbudet gitt av *spisskompetansen*, i dette tilfelle et av de regionale kompetansesentre eller av nevrolog/barnelege med spesialistkompetanse, handlet om å bli tatt på alvor, sett og hørt, behandlet med respekt, motta ros og oppmuntring, informasjon, råd og tilbud om veiledning.

*Diagnostisering* ble av samtlige foreldre betegnet som helt vesentlig for å forstå og dermed bli bedre i stand til å *mestre* situasjonen omkring et funksjonshemmet barn. Det var avgjørende i arbeidet med å håndtere situasjonen, også i forhold til familie og venner. Det ble lettere å få aksept for barnets problemer og for foreldrenes arbeidsbyrde.

Mediene gjør en høyst prisverdig jobb ved saklig og grundig å belyse de mange spesielle enkeltsaker som forteller oss om mennesker som nærmest strever livet av seg med å nå frem i et innfløkt byråkratisk hjelpeapparat, og som ikke har fått sine behov eller rettigheter ivaretatt på helt sentrale områder. Mange ville aldri ha nådd frem i systemet eller fått noen oppreisning uten disse medieoppslagene.

Mediene har også bidratt til å spre viktig informasjon om medisinske tilstander som tidligere ble betraktet som sjeldne, men som har vist seg å være ganske vanlige. Oppslagene har hjulpet mange mennesker den kronglete veien frem til å få stilt riktig diagnose, som igjen er døråpneren for hjelpetiltak og medisinsk behandling, aksept og forståelse.

Når man så vet at faglig inkompetanse altfor lenge har vært regelen snarere enn unntaket på så sentrale områder som nevropsykiatri, og spisskompetansen og den gode hjelpen så vanskelig tilgjengelig, er medienes rolle desto viktigere.