

Differensiering og standardisering av Funksjon 3: Omsorg for ungdom

Et forslag fra Bufetat Region nord

**Prosjektgruppe: Avdelingsdirektør Kristin Johnsen Presteng,
Psykologspesialist Anne Karin Arvola, Avdelingsleder Olaf Jensen,
Seniorforsker Kitty Dahl, Seniorrådgiver Per Jostein Matre**



«Å flytte sånn samanliknar eg med ein liten blome som blei planta og akkurat har slått rot, så rykkas den opp og må bruke mange krefter på å få rota til å fungere igjen. Uansett blir den hengande etter i veksten. Jo fleire flyttingar, jo svakare blir den... »

(Gutt 18 år, med flere flyttinger mellom barneverninstitusjoner bak seg)

Innhold

1.	Innledning	4
1.1	Oppbygging av rapporten.....	5
2.	Oppdraget	5
2.1	Organisering av oppdraget.....	5
3.	Metode.....	6
3.1	Arbeidsplan og utvalg av informanter.....	6
3.2	Det eksisterende kunnskapsgrunnlaget.....	6
3.3	Ekspertuttalelser.....	7
3.4	Undersøkelsen.....	7
3.4.1	Utarbeidelse.....	7
3.4.2	Utvalget.....	7
3.4.3	Gjennomføring.....	8
3.4.4	Databehandling.....	8
4.	Bakgrunnsinformasjon om målgruppen	8
5.	Kartlegging og kartleggingskompetanse.....	8
5.1	Kartlegging ved innsøknning.....	8
5.2	Kartlegging på institusjon.....	11
5.3	Sammenfatning om behov for kartlegging.....	12
6.	Brukermedvirkning	12
6.1	Opplevelser av egen medvirkning.....	13
6.2	Forskning om medvirkning.....	13
6.3	Sammenfatning om brukermedvirkning.....	14
7.	Bemanning	14
7.1	Tid og kompetanse.....	14
7.2	Fellesfaktorer og forskningsstøttede metoder.....	15
7.3	Fleksibilitet i institusjon.....	15
7.4	Sammenfatning om bemanningsbehov.....	16
8.	Ungdom med psykiske vansker	16
8.1.	Omfang og opplevelse av hjelpetilbudet.....	16
8.2	Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern.....	18
8.3	Felles institusjoner for barnevern og psykisk helsevern.....	21
8.4	Helhetlig tilbud.....	22
8.5	Sammenfatning av behovene innenfor tilbudet til barn og unge med psykiske vansker i barnevernstiltak.....	25
9.1	Familien som konstruktiv makt eller motmakt.....	25
9.2	Involvering av familie og nettverk.....	26
9.3	Samarbeid mellom fosterforeldre og biologiske foreldre.....	27
9.4	Sammenfatning av behovene innenfor familie- og nettverksarbeid.....	28
10.	Utsatt ungdom i sammensatt ungdomsgruppe.....	28
10.1	Truende utagering.....	28
10.2	Krevende gruppesammensetninger.....	29
10.3	Særskilte utfordringer.....	30

10.4 Sammenfatning av behovene vedrørende utsatte ungdommer i sammensatte ungdomsgrupper	33
11. Kvalitetssikret overføring.....	34
11.1 Behovet for kvalitetssikret overføring fra institusjon.....	34
11.2 Behovet for kvalitetssikret overføring fra fosterhjem.....	35
11.3 Sammenfatning av behov vedrørende overføring.....	35
12. Forslag til differensiering og standardisering av behandling	36
12.1 Modell for differensiering av tjenestetilbud	37
12.1.1. Tilbud til unge med psykiske lidelser.....	37
12.1.2 Ungdom som misbruker rusmidler.....	38
12.1.3 Barn og unge med annen etnisk bakgrunn.....	38
12.1.4 Differensiering mellom institusjon og fosterhjem.....	38
12.1.5. Institusjoners mulighet for fleksibilitet under opphold.....	39
12.1.6 Fysisk utforming og arealplanlegging.....	39
12.2 Standarder for kvalitetssikret behandlingsforløp i Funksjon 3.....	39
12.3 Opplæring og vedlikehold av kunnskapsbaserte metoder.....	44
12.4 Samarbeid og samordning av tjenester.....	45
12.4.1. Skole og tilretteleggingsbehov.....	45
12.4.2 Barne- og ungdomspsykiatri.....	45
12.5 Evaluering med resultatdokumentasjon knyttet til tjenestetilbud.....	46
12.6 Ledelse, organisering og implementering.....	47
13. Oppsummering	Feil! Bokmerke er ikke definert.
14. Referanser.....	50

Sammendrag

Kunnskapen om psykiske helse hos barn og unge som plasseres i barnevernsinstitusjoner, er vesentlig styrket i den senere tid, blant annet gjennom rapporten til NTNU-2015 «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner». Kunnskapen avdekker behov for en systematisk gjennomgang av tjenestetilbudet til denne målgruppen, og utarbeidelse av forslag til forbedringer. Denne utredningen om behov for differensiering og standardisering innenfor omsorgsfunksjonen, Funksjon 3 i Bufetat, er et nasjonalt oppdrag tildelt gjennom Disponeringsbrev 2015 til Bufetat, Region nord. Sammenstilling av kunnskapsgrunnlag og forslag i utredningen er ment å inngå i direktoratets grunnlag for å beslutte faglige standardiseringstiltak og eventuelle differensieringer.

Forslag til differensiering og standardisering er gjort på bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag og informasjonsinnhenting fra barn og ungdom selv, familier, fosterforeldre, institusjonsansatte, fylkesmannen, ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien og kommunal barneverntjeneste. Forslaget retter seg både mot hva som bør gjøres innen Bufetats eget tjenestetilbud, og hva som bør gjøres parallelt i samarbeid med andre tjenester.

Når det gjelder differensieringsbehov foreslås følgende:

- Det utredes grunnlag for etablering av institusjoner/behandlingstiltak som drives i et samarbeid mellom barnevern og spesialiserte helsetjenester i egen utredning. Utredningen må inkludere behov for endringer i lovverk og forvaltningsplattform, og gjennomføres av Bufdir og Helsedirektoratet.
- Gjennom prosedyre for forhåndskartlegging av utfordringer knyttet til utviklet rusmisbruk skal denne gruppen ungdom gis et tilbud om annet plasseringssted enn i Funksjon 3-institusjoner. Om rusmisbruk kartlegges etter plassering skal det vurderes mulighet for behandling i institusjon med kompetanse på effektiv rusbehandling.
- Endringer i lovverk slik at det unntaksvis kan gjøres begrensningsvedtak også med hjemmel i omsorgsparagrafer, for å sikre og regulere ungdommer som i korte perioder har behov for ekstra oppfølging og voksenkontakt.
- Barn og ungdommer med annen etnisk bakgrunn differensieres ikke som egen gruppe, men tilbys riktig plasseringstiltak innenfor eller utenfor omsorgsfunksjonen, ut fra individuell kultursensitiv kartlegging. Målgruppen gis omsorgs- og behandlingsinnhold innen F3 ut fra individuell kultursensitiv kartlegging. Det bør også utarbeides egen modul i opplæringen av ansatte om kulturforståelse.
- Det tilknyttes en eller flere institusjonsfamilier til hver F3-institusjon for mulighet for familietrening, som inngår i det totale institusjonstilbudet.
- Institusjonene bør ha en fysisk utforming som tilrettelegger for individuell skjerming og trening utenfor ungdomsgruppen ved behov.

Det foreslås i utredningen en konkret standardisering av behandlingsforløpet fra innsøkning til avsluttet tiltak i Funksjon 3, herunder overføringsfase.

Standarden for et behandlingsforløp inkluderer:

- Administrative prosedyrer for søknad om tiltak
- Prosedyre for omsorg og behandling i institusjon
- Bruk av forskningsstøttede metoder
- Prosedyre for overføring og generalisering
- Prosedyre for evaluering på tre nivå: ledelse, personal og klient

I standarden ligger et kvalitetssikringssystem for daglig drift i F3, gjennom organisering av ledelse, opplæring, veiledning, tverretattlig samordning og samarbeid. Videre inneholder den metodikk for systematisk måling og evaluering av brukermedvirkning i forløpet.

Et kvalitativt godt tilbud for barn og unge med psykiske lidelser innebærer utstrakt bruk av forskningsbaserte tilnærminger.

Det må være et tydeligere samsvar mellom det polikliniske terapitilbudet gitt av BUP og miljøterapien i barneverninstitusjonene. Dette kan oppnås gjennom at det utarbeides mal for regionale og lokale samarbeidsavtaler om tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser for å sikre et likt helsetilbud for målgruppen, som brukes som grunnlag for regional og lokal tilpasning.

1. Innledning

Bufetats visjon er vekst og utvikling for barn, unge og familier. Bufetats 6 kvalitetskriterier skal ligge til grunn for alle tjenester og tiltak;

- Virkningsfulle tiltak
- Trygge og sikre tjenester
- Involvering og innflytelse til brukerne
- God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
- God ressursutnyttelse
- Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Bufetat er en kompetanseorganisasjon der Kvalitetsutviklingsprogrammet i etaten er sentralt i styring mot en videre etablering og utvikling av trygge og virkningsfulle tiltak på alle områder. Bufetat ble i 2013 målgruppedifferensiert og organisert funksjonsvis. Siden da har hver funksjon jobbet med å utvikle felles kompetanseplattform, tilnærmet lik organisering og tilpasset behandling for definert målgruppe.

Institusjonene i Bufetat er i dag kompetente arenaer for behandling og utvikling, og har klare juridiske rammer og etablerte kontrollrutiner for å ivareta barn og unges rettsikkerhet og brukermedvirkning. Det er ofte utfordringer mellom lovbestemmelsene som hjemler plasseringen og ungdommenes behov og problematikk. Dette virker inn på både tilbudet og målsetningen med plasseringen.

Funksjon 3 «Omsorg for ungdom» er funksjonen med flest tiltak, noe som innebærer at ca. 50 % av alle plasseringer defineres i ulike omsorgstiltak. Dette er kvalitetsmessig utfordrende med tanke på høy forekomst av alvorlig sammensatt problematikk i en målgruppe med ulike behov som skal ivaretas gjennom god og likeverdig behandling. Ulike tiltak som institusjon, fosterhjem, behandlingshjem og ulike forebyggende tiltak er samlet i Funksjon 3. For å ha høy kvalitet i tilbudet i funksjonen, er det derfor viktig å definere standarder for tilbudet som skal gis målgruppen. Dette med utgangspunkt i felles målsetning, fellesfaglig metodikk, inkludert fellesfaglig kompetansegrunnlag.

Med utgangspunkt i den store forekomsten av alvorlig sammensatte psykiske lidelser i målgruppen bør det også vurderes en videre differensiering. Når ungdommer med ulike utfordringer plasseres sammen, kan det bli vanskeligere å ivareta hjelpebehovet til den enkelte i god nok grad, og det kan øke forekomsten av risikoatferd.

Forskning viser at ungdom i barneverninstitusjon har en total forekomst av psykiske lidelser som er ca. 10 ganger høyere enn sammenlignbare grupper i befolkningen (Kayed et al., 2015). Systemet som jobber rundt ungdommene må i større grad være oppmerksom på problemstillingen, og hjelpeinstansene og omsorgsyterene må gjennom samhandling sikre god behandling.

Vi vil i rapporten tydeliggjøre at god omsorg er nødvendig, men ikke nok for de som plasseres i funksjon 3. For å bedre ungdommenes emosjonsregulering, endre uhensiktsmessige tanke- og

atferdsmønster, samt generalisere mestring, kreves et målrettet endrings og utviklingsarbeid. *Dette er tradisjonelt kalt behandling. Behandling* er knyttet til helsetjenestene og siden 2013 til atferdsinstitusjonene i Bufetat (funksjon 4). Siden omsorgsbegrepet kun delvis favner det faglige arbeidet som F3- institusjoner skal tilby, velger vi å bruke begrepet behandling om tilbudet som skal gis i funksjon 3.

Vi vil rette en stor takk til alle våre informanter, ungdommer og deres foresatte, institusjonsansatte og ansatte i kommunalt barnevern og BUP, samt ekspertene som har delt av sine kunnskaper.

1.1 Oppbygging av rapporten

Fra kapittel 5 til 12, presenteres funnene i utredningen, herunder behov for differensiering og standardisering knyttet til målgruppen i Funksjon 3. I slutten av hvert hovedkapittel er en sammenfatning av de viktigste behovene for endring.

I kapittel 12 og 13 konkretiseres forslagene til differensiering og standardisering.

2. Oppdraget

I rapporten «Kvalitet i barneverninstitusjoner» (Bufdir, 2010) anbefales det seks ulike inndelinger ut fra funksjon/målsetting. Bufdir valgte i differensieringen å etablere fire funksjoner, der ungdommer med sosioemosjonelle problemer, psykiske lidelser og andre omsorgsrelaterte utfordringer ble samlet i en funksjon, «Omsorg for ungdom». Siden etableringen av funksjonsorganisering har det manglet en felles standard og målsetning for funksjonen. Resultatet er at tjenestetilbudet og metodevalg i stor grad er valgt ut fra regionale vurderinger.

Mandat fra Bufdir 2015:

Bufetat Region nord er gjennom Disponeringsbrev 2015 tildelt nasjonalt oppdrag for å utrede behovet for differensiering og standardisering innenfor omsorgsfunksjonen i Bufetat. Mandatet skal inngå i direktoratets grunnlag for å beslutte faglige standardiseringstiltak og eventuelle differensieringer. Oppdatert kunnskap om målgruppens behov og virkningsfulle intervensjoner skal ligge til grunn for forslag til faglig standardisering av innhold og forløp under omsorgs/behandlingsperioden samt eventuell differensiering av tjenestetilbudet. Arbeidet skal identifisere konkrete aktuelle praksisområder i funksjonen der det er behov for faglig standardisering. Videre skal arbeidet identifisere eventuelle mangler i tiltakssammensetningen og med det beskrive eventuelle behov for tiltaksutvikling i funksjonen.

Utredningen skal ta utgangspunkt i en nærmere kartlegging av målgruppens behov, praktikernes erfaringer og innhenting av erfaringer og behov direkte fra barn, unge og familier. Utredningen skal inkludere relevante kunnskapssammenstillinger på området, herunder kartlegging gjennomført av RKBU Midt.

Gjeldende lover og regelverk på barnevernsområdet skal legges til grunn for utredningen. Eventuelle identifiserte endringsbehov i lov og regelverk skal tydeliggjøres i utredningen.

2.1 Organisering av oppdraget

Bufetat Region Nord har prosjektorganisert oppdraget og arbeidsgruppens faste representanter har bestått av Avdelingsdirektør Kristin Johnsen Presteng, Psykologspesialist Anne-Karin Arvola og Avdelingsleder Olaf Jensen. Videre har stipendiat Tina Hansen (Høgskolen i Harstad), Seniorforsker Kitty Dahl og Spesialrådgiver Per Jostein Matre (RBUP øst og sør) deltatt med innspill til rapportens innhold.

Oppdraget er utført i samarbeid med både statlige og private aktører i øvrige regioner i Bufetat. Brukere og profesjonelle aktører gitt innspill, både i form av svar på spørreundersøkelser, deltakelse i dybde intervjuer og skriftlige innspill fra forskjellige «eksperter» på ulike områder. Utredningen har vært informert om og drøftet i Direktørmøte og Nettverk Funksjon 3.

3. Metode

3.1 Arbeidsplanen og utvalg av informanter

På bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag ble det utarbeidet en arbeidsplan, prinsippansvarskart, interessentkart og evalueringsmatrise. Erfaringer fra arbeidet i Funksjon 3 ble innhentet fra erfarne fagfolk i ledelse på institusjoner og fra fosterforeldre i fosterhjem. Tilbudet i Funksjon 3 og spørsmål om standardisering og differensiering må ses i en sammenheng med kommunalt barnevern og med psykisk helsevern. Derfor var disse etatene med som informanter. Det var viktig å få inn erfaringer og innspill fra brukerne selv, ungdommene som får og har fått et tilbud i Funksjon 3, og foreldre til ungdommer som får slike tiltak. Skoletilbudet er viktig og ble spurt om i spørreundersøkelsen og intervjuer. Gjennom flere år er det imidlertid utarbeidet gode samarbeidsformer for skole og barnevernstiltak, og derfor var ikke lærere fra skoler informanter i denne utredningen.

3.2 Det eksisterende kunnskapsgrunnlaget

I dette utredningsarbeidet er forskningsrapporter og utredninger som beskriver dagens situasjon en viktig informasjonskilde.

I løpet av 2014 og 2015 har det kommet viktige rapporter som er relevante for å belyse utfordringer med differensiering og standardisering.

NTNU, Trondheim: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner (Kayed et.al., 2015)

UniResearch og NOVA: Forskningskunnskap og barnevernets hjelpetiltak (Christiansen et.al., 2015)

RKBU Nord: Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern, en kunnskapsoversikt (Fossum et.al., 2014)

Barneombudets fagrapport 2015: Grenseløs omsorg, om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern (Barneombudet, 2015)

Noen litt eldre rapporter er sentrale i kunnskapsgrunnlaget for denne utredningen

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets arbeidsgruppe (2010): Kvalitet i barneverninstitusjoner (Andreassen, et al. 2010)

NOVA: Barnevern i Norge 1990-2010, en longitudinell studie (Backe-Hansen et al. 2014)

NOU (2008:8) Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning. Ledet av Edvard Befring, oppnevnt av Barne og likestillingsdepartementet.

NOU (2009:22) Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Utredning fra et utvalg ledet av Flatø, oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet.

Øvrig litteratur er funnet gjennom litteratursøk. Følgende nettsteder og tilhørende fagbibliotek ble gjennomført for relevant litteratur:

<http://www.bufetat.no/bufdir/>

<http://www.regjeringen.no/>

<http://www.helsetilsynet.no/>

<http://www.sintef.no>

<http://www.hioa.no/om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA>

<http://www.kunnskapssenteret.no/>

<http://www.ssb.no>

<http://www.ungsinn.no>

<http://www.insum.no>

Dokumenter med enten statlig barnevern, kommunalt barnevern, samhandling barnevern, barnevern og psykisk helse, brukermedvirkning, kartlegging, forskningsstøttet praksis, evidensbasert praksis i fosterhjem, fosterhjem ble gjennomgått.

I tillegg har medlemmer fra gruppen deltatt på relevante konferanser høsten 2015.

Forskningsskunnskap om barnevernets hjelpetiltak, Oslo, 24.09. Psykisk helse hos barnevernsbarn, Oslo 23.-24.11.

3.3 Ekspertuttalelser

Ulike fagfolk har stor ekspertise som er relevant for utredningsoppdraget. Vi har fått skriftlige ekspertuttalelser fra:

Erik Larsen, psykologspesialist og lærebokforfatter (psykisk helse og miljøterapi)

Willy T. Mørch, professor emeritus, UiTø (psykisk helse og miljøterapi)

Trine Lise Bakken, cand.san. klinisk forsker(utfordringer med funksjonshemninger i sammensatt ungdomsgruppe)

Helga Arionson, fylkesmannen i Hordaland, fylkeslege (kartlegging, tverretattlig samarbeid, juridiske begrensinger)

Tina Hansen, stipendiat (Barn som kommer alene til Norge, ungdom med fremmedkulturell bakgrunn)

3.4 Undersøkelsen

Undersøkelsen ble utarbeidet i tidsrommet mai – august og gjennomført august - oktober 2015.

3.4.1 Utarbeidelse

Før utarbeidelse av spørreskjema og intervjuguide, ble store deler av det eksisterende kunnskapsgrunnlaget gjennomlest og diskutert. I forlengelsen av dette foretatt åpne intervjuer med kommunalt barnevern, institusjon og ungdom i barnevernsinstitusjon om temaet.

På bakgrunn av funnene i forundersøkelsen og refleksjoner i arbeidsgruppa, ble det utarbeidet spørreskjema til institusjonsansatte, kommunal barneverntjeneste, barne- og ungdomspsykiatrien, fosterforeldre i fosterhjem, ungdommer under omsorg i F3, og brukerorganisasjoner. Intervjuguider ble utarbeidet til intervjuer med ungdommer i institusjon, til institusjonsleder og fagledere og til biologiske foreldre.

3.4.2 Utvalget

Spørreskjema ble distribuert til i alt 75 informanter: 23 Ledere/fagledere på institusjoner, 24 ungdommer på institusjoner, 8 ungdommer fra brukerorganisasjoner, 10 Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og 10 kommunale barneverntjenester.

De enkelte avdelingsdirektører for Funksjon 3 i landets 5 regioner, valgte ut hvilke institusjoner, tjenester og klinikker som skulle kontaktes.

For institusjonene ble leder/fagleder bedt om å svare. Leder for kommunalt barnevern og leder for BUP. Samtlige som svarte hadde mer enn 4 års arbeidserfaring fra aktuelle stilling, og dermed god kjennskap til tjenesten

Ungdommene på institusjonene ble spurt om å delta på spørreundersøkelsen av den enkelte institusjon. Personalet fulgte opp i forhold til å besvare undersøkelsen av ansatte på institusjonen.

Alle regionene er representert. Hver region valgte på sammen måte informanter til intervjuer. Intervju ble gjennomført med institusjonsledere og fagledere ved 6 institusjoner, 7 ungdommer og 5 biologiske foreldre.

Fra fosterforeldrene innhentet vi skriftlige svar på våre spørsmål på en fagsamling i Nordland, der 16 fostermødre deltok. Her var det også mulig å avklare eventuelle uklarheter og få utdypende svar.

3.4.3 Gjennomføring

Spørreskjemaene ble publisert gjennom Easyfact som er en internettbasert løsning med et lett forståelig og selvinstruerende brukergrensesnitt. Svarene kan gis der informanten er, så lenge det er en datamaskin med internettilgang tilgjengelig. Svarene er anonyme, og de som deltok ga informert samtykke.

To erfarne intervjuere fra gruppa gjennomførte intervjuene der informantene ønsket, enten det var hjemme eller på institusjoner. Intervjuene varte fra 1 ½ til 2 timer. Informantene ga informert samtykke, og resultatene fra intervjuene er anonymiserte.

3.4.4 Databehandlingen

De ble generert statistikk av kvantitative data og temamessige sammenfatninger kvalitative data fra spørreundersøkelsen på Easyfact. I intervjuene ble samtale tatt opp og deretter skrevet ut. Besvarelsene ble så sortert etter tema. Prosjektgruppen gikk samlet igjennom alt datamaterialet, og intervjumaterialet ble sammenholdt med data fra spørreundersøkelsen. De sju hovedfunnene som blir presentert i rapporten var funn som utpekte seg med svært høy grad av samsvar i svarene fra informantene og med sterk relevans for oppdraget.

Siden svarprosenten var såpass lav, gir ikke spørreundersøkelsen alene grunnlag for å trekke klare slutninger, ei heller sammen med de 20 intervjuene vi gjennomførte. Det var imidlertid høy grad av sammenfall i svarene på de mest sentrale områdene.

Funnene det vises til i rapporten er i sterkt samsvar med, og gir utdypende forståelse for tidligere forskningsfunn og utredninger når det gjelder behov for standardisering og differensiering. I tillegg bidrar våre data med praksisnære fortellinger om behovene og erfaringene innenfor tilbudet i Funksjon 3 i 2015. I rapporten viser vi til sitater fra både spørreundersøkelse og intervju og i noen tilfeller til svarprosenter.

4. Bakgrunnsinformasjon om målgruppen

Ved utgangen av 2014 mottok 8500 barn et eller flere barneverntiltak gjennom Bufetat, de fleste mottok hjelp i form av fosterhjem. 3152 barn og unge som ikke kunne bo hjemme hos foreldrene sine ved utgangen av 2014, bor i ulike fosterhjem, og omlag 1863 barn og ungdommer bor på barneverninstitusjon, av disse var 67 % plassert i omsorgstiltak, 21 % i akutttiltak og 9% var i atferdstiltak. Plassering i tiltak uten samtykke er mer utbredt enn frivillige plasseringer (Bufdir, Årsrapport 2014). Gruppen er svært sammensatt med hensyn til problematikk og utfordringer. Mange barn og unge er traumatiserte, har tilknytningsforstyrrelser og de har utviklet u hensiktsmessige samspillsmønstre i større eller mindre grad. Noen har alvorlige atferdsuttrykk der selvskading eller utagering er en del av bildet, andre har spesielle utfordringer, som autisme og psykisk utviklingshemming. Felles for de fleste er at de har levd i utrygge omgivelser som har gjort at de har blitt utsatt for psykiske og fysiske belastninger over tid.

5. Kartlegging og kartleggingskompetanse

5.1. Kartlegging ved innsøking

I de siste årene har det vært gjennomført en kvalitetsheving innen kartlegging i Bufetat, både før og under institusjonsopphold. Dette har sammenheng med differensieringen av barneverninstitusjonene i Bufetat i 2013. Alle ungdommer som kan kvalifisere til plass i Bufetats Funksjon 4, behandling av høy /lav risikoatferd samt rus, kartlegges nå etter egen standard. Erfaringene er at mange av de unge med sterke atferdsmessige utfordringer nå får en bedre og mer tilpasset hjelp i Funksjon 4 institusjoner. Det finnes ingen tilsvarende standard for kartlegging for plassering i omsorgsinstitusjonene, Funksjon 3.

Ungdommer som har behov for et institusjonstilbud har komplekse og omfattende problemer, selv om atferdsproblematikken ikke tilsier at det er behov for et tilbud på en Funksjon 4-institusjon. Den nylige forskningsrapporten om psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner viste dette tydelig (Kayed et al., 2015). Resultatet av mangelfull kartlegging er at ungdomsgruppen som får plass i Funksjon 3 institusjoner har store hjelpebehov som er ikke er tilstrekkelig identifiserte. Følgelig blir sammensetningen i ungdomsgruppa ikke tilpasset den enkeltes behov, og det blir heller ikke hjelpetilbudet forøvrig. Identifisering av problematikken er en vesentlig faktor for å kunne gi adekvat hjelp, både på individuelt nivå og i gruppa. Feilplasseringer fører også til flyttinger mellom barnevernstiltak. For ungdommene dette gjelder, betyr det enda flere brutte relasjoner. Dette vanskeliggjør utviklings- og endringsarbeidet og vil for mange gi tilleggsbelastninger. Barneombudet understreker at mange av de barn og unge som trenger hjelp både fra barnevernet og psykisk helsevern, får ytterligere forverret sine vanskeligheter av flyttinger og en ustabil livssituasjon (Barneombudet, 2015). Gjennomsnittlig antall bosteder i barnevernstiltak er 3,34 (Kayed et al., 2015).

I undersøkelsen, i forbindelse med utredningen, framkommer det at institusjonsansatte, foreldre og ungdommer har erfart at de fleste i Funksjon 3 er utilstrekkelig kartlagt psykisk, sosialt og somatisk. En institusjonsleder sier det slik:

«Dei fleste ungdommane er ikkje tilstrekkeleg kartlagt før plassering. Tiltaksplanar har ofte generelle og lite spesifikke mål. Tilsagna har tidsavgrensing, men ofte lite realistiske»

Betydningen av standardisert kvalitetssikret kartlegging før tiltak framheves blant annet i NOU 2009:8, side 61:

“I et nasjonalt perspektiv om utvikling mot et likeverdig barnevern, vil betydningen av implementering av felles kartleggingsverktøy og gode, gjennomgripende intervensjoner i landets kommuner være stor”.

Noen ungdommer som søkes til i Funksjon 3 har hatt akuttopphold i Bufetats institusjoner eller Helseforetak. Dette er imidlertid ofte korte opphold som ikke har resultert i en god og helhetlig kartlegging.

I undersøkelsen uttrykte både ansatte i kommunalt barnevern og institusjonsansatte at de har behov for kompetanseheving og bedre kartleggingsverktøy. Informantene fra kommunal barnevernstjeneste så særlig behovet for mer ekspertise i forhold til psykiatrisk problematikk.

Helga Arionson, Fylkeslege i Hordaland, beskriver i sin ekspertuttalelse, at en premiss for å sikre tilstrekkelig kartleggingskompetanse i kommunalt barnevern, er at ansvaret for undersøkelse, kartlegging og plassering ligger til kommunen:

Bufetat sin oppgave er å finne et «matchende» tilbud på bakgrunn av informasjon fra kommunene. Det er da en forutsetning at «bestillingen» er basert på relevant kunnskap om barnets behov og fungering. Det er den sjeldent godt nok. Denne kompetansen benyttes i for liten grad slik ansvarsdelingen i dag er. Dagens organisering i disse to nivåene hindrer således en optimal utnytting av den samlede kompetansen i barnevernet.

Arionson peker videre på at barn som har vært utsatt for mishandling og omsorgssvikt har en høy forekomst av komorbiditet (samsykelighet), noe som er dokumentert i forskningen til Kayed et al (2015).

For eksempel kan disse ungdommene utvise symptomer forenelig med atferdslidelser, samtidig som de fyller kriteriene for depresjon eller angst. Forekomsten av alvorlige utviklingsforstyrrelser og nedsatt kognitiv fungering er relativt høy (...).

Å sikre tilstrekkelig kartleggingskompetanse er både en organisatorisk og kompetansemessig utfordring og bør løses med ulike tiltak (...). En systematisk kartlegging ved kommunalt barnevern, vil kunne bidra til å øke deres bestillerkompetanse mot spesialisthelsetjenesten og sikre at ungdom som trenger det får videre utredning og oppfølging der.

Etablering av felles standarder for kartlegging, og en felles terminologi for å beskrive barn og unges situasjon, vil trolig styrke samarbeidet mellom både det kommunale og det statlige barnevernet og med psykisk helsevern. Når det gjelder samarbeidet mellom kommunalt og statlig barnevern vil felles terminologi og kartleggingsstandarder både tydeliggjøre barnets behov, og samarbeidet vil bli mer formalisert, to faktorer som erfaringene etter forvaltningsreformen i barnevernet har vist virker samarbeidsfremmende. I delrapporten om erfaringene etter forvaltningsreformen i barnevernet, framkommer det at samarbeid mellom kommune og stat har vært en utfordring også etter iverksettelse av reformen. Imidlertid har barnas behov stått i sentrum når stat og kommune har samarbeidet om valg av tiltak, og formelle samarbeidsavtaler har fremmet samarbeidet (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012).

Hensikten med kartlegging er å sikre at det barnet eller den ungdommen det gjelder, får et tilbud som er best mulig. Et godt barnevernfaglig arbeid betinger også at barnet blir snakket med og blir informert på en måte de kan forstå. Å flytte til en institusjon er en dramatisk endring i ungdommens liv. Å skjønne hvorfor dette skjer, er avgjørende for hvordan ungdommen opplever grunnleggende faktorer som forutsigbarhet og godhet i det samfunnet de er en del av. Opplever ungdommen at flyttingen skjer uten god grunn, og mot deres ønske, vil det i sterk grad ramme deres tillit til barnevernet, og kanskje til det sosiale hjelpesystemet i sin helhet. Med svekket tillit kommer gjerne også svekket samarbeidsønske, og derved reduseres mulighetene til positiv personlig utvikling. Informasjon om hvorfor barnevernet tar avgjørelser om omsorgsovertakelse, og hvorfor barn og unge får det aktuelle tilbudet, er både en kvalitetssikring av tilbudet og en rettighet i forhold til brukermedvirkning.

På spørsmål om ønsker og behov ble ivarettatt før første plassering på institusjon, svarte de fleste i undersøkelsen at de visste hvorfor de skulle bli plassert, men det var en tredjedel som ikke visste det.

Jeg visste ingen ting!!! (jente 16 år)

De fleste ungdommene i vår undersøkelse visste ikke om det ble kartlagt hvilke problemer de trengte hjelp til. Dette gir en indikasjon om at kommunikasjonen fra kommunal barneverntjeneste i for mange tilfeller ikke er tilstrekkelig tilpasset ungdommenes informasjonsbehov, og institusjonene i for liten grad følger opp med tydelighet omkring årsakene til plassering.

I vår undersøkelse rapporterer fosterforeldre en overvekt av erfaringer med for dårlig kartlegging i forkant av plassering og at det ikke blir informert tilstrekkelig til fosterhjemmet. To fostermødre i undersøkelsen vår beskriver dette slik:

Vi fikk ikke vite noe da barnet kom. Ungen var i alarmberedskap da den kom og at den kanskje derfor ikke fikk med seg info/kartleggingen. Vi har enda ikke (etter 8 år) fått informasjon eller innsyn i saken, begrunnet i at foreldrene er nevnt i rapporten

Barnet er informert om at han måtte flytte, men har aldri akseptert det og forstått hvorfor han måtte flytte

Barneverntjenesten har flere utfordringer i måten informasjonen formidles på. I mange tilfeller er alle i familien i krise i forbindelse med omsorgsovertakelse. Kommunikasjonen må derfor være

tydelig og informasjon må gjentas. Det kreves også at barneverntjenesten har evne til å formidle hvordan foreldrene svikter i omsorgskompetanse uten at barnet dermed må forkaste det gode med sine foreldre og verdien av sitt biologiske opphav. Derfor må barneverntjenesten tydeligere formidle resultatene av kartlegging ved innsøking til institusjon og fosterhjem.

Barneombudet anbefaler: "Barnets behov og psykiske helse må kartlegges grundig før det plasseres i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon" (Barneombudet, 2015 s.76)

Noen barn og unge har særskilte utfordringer som er mer krevende og desto viktigere å kartlegge grundig, slik som psykiske lidelser og autismespekterforstyrrelser og psykiske utviklingshemninger.

I rapporten fra Kaye et al (2015) framkommer det at så mange som 23,2 % av ungdom på barnevernsinstitusjoner har diagnosen "Asbergers syndrom". Barn og unge med autismespekterforstyrrelser, kan være en utfordrende gruppe å kartlegge og gi et institusjonstilbud. Trine Lise Bakken sier i sin ekspertuttalelse:

Barnevernstjenesten bør alltid samarbeide med fagfolk innen autismefeltet for om mulig å kartlegge de spesielle utfordringene hvert enkelt barn / ungdom har.

Det gjelder i alle ledd av prosessen – ikke minst i fasen hvor barnevernet skal ta stilling til om barnet / ungdommen skal plasseres i "Funksjon 3"- institusjoner.

5.2. Kartlegging på institusjon

Kartlegging og målarbeidet på institusjon er avhengig av hva som er gjort av generell og spesifikk kartlegging før institusjonsoppholdet. Slik det er beskrevet tidligere i kapitlet finnes det i dag ingen felles standard for kartlegging av barn og unge i forkant av institusjonsopphold i Funksjon 3. Dette gjelder også kartlegging etter inntak. Det vil derfor være viktig å avklare hvilke deler av kartleggingen som bør gjøres i forkant og etter inntak ved institusjonen.

I Ekspertuttalelse fra Erik Larsen fremheves betydningen av å kartlegge barnets utviklingsmessige status. Han mener det er viktig å skille mellom integrerte barn, som kan knytte seg til,- og inngå i gjensidige relasjoner, desintegrerte barn som grunnet traumatiserende opplevelser har regrediert til en mer «primitiv» samværsform, og dårlig integrerte barn veksler mellom avvisning og kontakt. Disse ulike personlighetsstrukturene krever forskjellige tilnærminger. Han skriver:

Alle disse gruppene er kjennetegnet ved behovet for (tilpasset)omsorg og sine særlige handlinger eller atferds former. Slik sett fremstår det statlige barnevernets begreper omsorg og atferd som unyanserte og lite faglige. Selvfølgelig er det viktig å kartlegge barnets, eller den unges, familiesituasjon og øvrige nettverk. Det blir viktig å kartlegge positive personer i nettverket og positive erfaringer barn og unge har opplevd, og som det kan bygges videre på.

En slik kartlegging er altså viktig fordi barn og unge med forskjellige utviklingsmessig status har forskjellige hjelpebehov og vil kreve forskjellige tiltak. Erfaring viser at det kreves omfattende og helhetlig kartlegging for å avdekke denne statusen. Samtlige erfaringer institusjonsledere og fagledere har delt i utredningens undersøkelse, viser at kartlegging er mangelfull, både generelt sett, om psykisk helse og om familie og nettverk. Følgende utsagn fra ulike informanter er dekkende for tendensen i tilbakemeldingene:

Ofte må beboere utredes på nytt eller videre, da omfanget av problematikk viser seg å være større og mer omfattende enn hva som beskrives ved inntak. Dette gjelder særlig i forhold til psykisk helse.

Også i forhold til familie og nettverk, opplever vi manglende kartlegging i de fleste tilfellene. Kommunens tiltaksplan er ofte lite tydelig/måltrettet. Vi opplever også at videreføringsplan ikke foreligger.

Erfaringer med mangelfull kartlegging fra institusjonsledere, ungdommer og foreldre harmonerer med tilbakemeldingene i ekspertuttalelsene. Helga Arionson er i sin ekspertuttalelse til utredningsgruppen, tydelig på at det på kommunalt nivå og i barneverninstitusjonene bør gjennomføres en kompetanseheving der kartlegging er en viktig komponent. Hun skriver:

Også institusjonene har behov for styrket kompetanse. Kravene til kompetanse må bli høyere og mer tydelig enn i dag. Ansatte bør for det første ha kunnskap om, og kunne ta i bruk tilsvarende kartleggingsverktøy som kommunene, kunne kommunisere med ansatte i det kommunale barnevernet og med spesialisthelsetjenesten om behov, vurderinger og tiltak. De må videre kunne håndtere resultater av kartleggingen, og kommunisere dette til både ungdommen selv, foreldre og samarbeidsparter. Bruk av samme metoder vil også gjøre det enklere å fremme et felles språk som kan lette samarbeidet. For det andre må de ha bestillerkompetanse mot samarbeidsparter som BUP. For det tredje må de ha mer inngående kompetanse til å drive systematisk miljøterapi i samarbeid med BUP. En noe mer utvidet måte å forstå ungdommenes opplevelse av sin situasjon på, kan være avgjørende. Det kan samtidig være starten på arbeidet med å forberede tilbakeføringen (når dette er aktuelt) slik at den kan bli vellykket.

5.3 Sammenfatning om behov for kartlegging

I utredningen fremkommer det at det ikke gjennomføres kartlegging før institusjonsoppholdet som gir et godt nok helhetsbilde av ungdommens problemer og hjelpebehov. Kartleggingen som gjøres er fragmentert og det er for lite forpliktende samarbeid. Det finnes ingen felles standard for samordning og kvalitetskrav for kartlegging på kommunalt og statlig nivå. Kartleggingen bærer preg av å være noe vilkårlig og avhengig av både interne og eksterne faktorer, som nærhet og kontakt mellom den enkelte institusjon og eksempelvis BUP. Per i dag risikerer barn og ungdommer i institusjoner å få for lite tilpasset og måltrettet hjelp. Dette øker risikoen for feilplasseringer og gjør at barn og ungdommer ikke får den hjelpen de behøver.

Det er behov for standarder som sikrer både generell og tilstandsspesifikk kartlegging, også ved re-kartlegging.

Det er et stort behov for en standard i forhold til kartlegging, både før (ved innsøking), under og i en overgang (gjennom forløp) fra institusjon og fosterhjem til nærmiljø.

6. Brukermedvirkning

Barn og unges rett til å uttrykke sin mening i saker som angår dem, rett til å bli tatt på alvor og rett til at deres meninger tillegges vekt er blant annet forankret i FNs Barnekonvensjon artikkel 12, Barneoven § 31-33, Barnevernsloven § 3-6 og Opplæringsloven § 9a. Barns rett til innflytelse og medbestemmelse ble skjerpet da FNs barnekonvensjon ble tatt inn i norsk lovverk i 2003. Og Barnekonvensjonen er klar: Alle barn og unge skal ha anledning til å si hva de mener og ønsker før det tas avgjørelser som angår dem. I Bufetat vil mulighetene for brukermedvirkning også være påvirket av de føringer som ligger i barnevernsloven, føringer fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, vedtak fra kommunal barneverntjeneste, vedtak i fylkesnemnda og faglige vurderinger. Disse rammebetingelsene legger premisser for det statlige barnevernets muligheter for brukermedvirkning på vesentlige områder. Med bruker forstår vi først og fremst barn og unge, men også foreldre og familie. Dette selv om foreldre og familie ikke alltid har de samme interesser som ungdommen.

I Norge har barnets rett til deltakelse lenge stått høyt på den politiske dagsorden. Det anses som viktig og riktig at barn gis mulighet for deltakelse. Jfr. artikkel 3 og 4 i Barnekonvensjonen (1991) er staten pålagt å virkeliggjøre dette på en måte som er til barnets beste. For at barneperspektivet skal ivaretas må de voksne se og bruke tid på å forstå barnet. De må være innstilt på, og forsøke å finne løsninger som er til akkurat dette barnets beste. Voksne må *både* ha fokus på hva de selv mener er best for barnet *å* forsøke og forstå hva barnet ønsker og mener: barnets eget perspektiv, hva barn ser, hører, opplever og kjenner som deres virkelighet (Strandbu 2008).

Manglende fokus på barn og unges perspektiv, at de skal forstå og har meninger, understøttes også av forskning på avgjørelsene tatt i fylkesnemndene. Forskningen viser at i nesten 70 prosent av sakene forskerne har sett på, er barnas meninger ikke eller lite nevnt. Professor og barnevernsforsker Marit Skivenes ved Universitetet i Bergen sier:

Våre resultater viser at barn sjelden er delaktig i disse sakene. I liten grad får vi frem hvordan de har opplevd forholdene hjemme, og hva som er barnets syn på saken. Ofte er det veldig alvorlige saker. Det kan dreie seg om rusmisbruk, omsorgssvikt og mentale eller psykiske problemer. Kanskje tenker man at det ikke er nødvendig å snakke med barna når vi vet at de skal flyttes likevel (Skivenes, 2016 i NRK Hordaland, 15.1.2016).

6.1 Opplevelser av egen medvirkning

Gjennom senere tids samfunnsdebatt har det vært stilt spørsmål om barn og unge i barnevernet blir hørt og får medbestemmelse. Barnevernsbarnas egne organisasjoner har gjennom denne debatten vært tydelig på at medvirkning ikke blir ivaretatt godt nok. Mange har enda opplevelse av manglende brukermedvirkning. Det ser ut til å være et større behov for å bli informert og å oppleve seg som en aktiv deltaker. I seminar i regi av minister Solveig Horne 01.12.15 om tillit og rettssikkerhet i barnevernet, uttalte leder av Landsforeningen for barnevernbarn Stine Maclar seg slik:

“Det må være infoplikt til barna når det snakkes med foreldre. Det tar lang tid å åpne seg opp. Ta på alvor at barnevernbarn har superhjerter til å forstå hva som skjer, og til å sjekke ut om de kan stole på folk.”

Macar forklarer at barn ofte forstår mer enn voksne tror. Å gi for lite informasjon til barnet i hensikt å skjerme det har ofte en negativ effekt. Utredningen viser en opplevelse fra både ungdom og foreldre at en ikke alltid blir gitt informasjon, og tatt på alvor. Hvis brukermedvirkning ikke har virkning gir det manglende opplevelse av å være likeverdig og skaper dårlig grobunn for allianse og samarbeid om nødvendig endringsarbeid. En mor som har hatt barnet sitt i institusjon sa det slik:

“Det er vanskelig å ha tillit til noen som du utleverer deg til, og som kun tenker negative tanker om oss.” (...) “Øverst på ønskelista står at de som skal hjelpe har trua på at vi kan endre oss og være god nok, og behandler oss med respekt.”

6.2 Forskning om medvirkning

I 2010 ble det gjort en større undersøkelse om brukermedvirkning i det statlige regionale barnevernet. (Oterholm et al., 2010). Konklusjonene er blant annet at det internt på institusjonene er det behov for bedre rutiner, og økt kompetanse om brukermedvirkning både for ansatte og brukere. I deres forslag til forbedringer er blant annet disse punktene lagt vekt på:

- Opplæring i brukermedvirkning for brukere og ansatte på institusjon og beredskapshjem
- Videreutvikle rutinene for samarbeid mellom stat og kommune
- Videreutvikle tilbudet rettet mot minoritetsfamilier og brukermedvirkning.
- Vurdere om kartleggingsverktøy legger til rette for brukermedvirkning
- Flere brukerundersøkelser

I et arbeid mot en faglig standardisering er disse punktene grunnleggende. Barneombudet (2015) er opptatt av at måten barns stemme blir hørt på, blant annet om hvordan de vil bli møtt når de har det vanskelig, trolig vil kunne redusere tvangsbruk. Barneombudet understreker behovet for utarbeidelse av tydelige retningslinjer for tvangsbruk (Barneombudet, 2015). Erfaringer fra tiltak som ivaretar barn og ungdommer er at tvang reduseres ved gode faglige standarder ved tilpasset turnus og ved gode avviksrutiner/prosedyrer, og brukermedvirkning. I Willy Tore Mørch sin ekspertuttalelse sier han følgende om brukermedvirkning:

Brukermedvirkning er nedfelt i barnevernsloven. Ungdommene skal ha mulighet til å påvirke i prinsippet alle avgjørelser som angår dem. Det bør derfor etableres et system for innhenting av ungdommenes opplevelser og syn på institusjons eller fosterhjemoppholdet. Det bør for eksempel spørres om hvordan ungdommene trives, om de har god kommunikasjon med de voksne i institusjonen, om de opplever å ha innflytelse på oppholdet og individuelle planer og om de hjelpes til å gå på skole. Svarene bør danne utgangspunkt for eventuelle justeringer av oppholdet. Ungdommene har rett til kontakt med sin biologiske familie. Selv om historien med den biologiske familie kan være traumatisk vil kontakt under institusjonsoppholdet eller fosterhjemmet ha betydning for ungdommens opplevelse av å ha et fast ankerpunkt.

Mørch betoner viktigheten av metoden Familieråd inn i forkant av hver plassering. I utredningen framkommer det behov for gode metoder som ivaretar kartlegging og brukermedvirkning i forkant av institusjonsopphold. Videre er det behov for at kommuner som har ungdommer plassert i Bufetats institusjoner får jevnlig tilbakemelding fra institusjonen om hvordan ungdommen opplever sitt opphold der. Slik kan ungdommens stemme lettere bli hørt i etablerte fora som ansvarsgruppemøter og lignende. Det er viktig at også andre familiemedlemmer har kontakt med ungdommen gjennom oppholdet. Dette spesielt om det er satt begrensninger i kontakten med foreldre. Dette vil ivareta ungdommens behov for kontakt med egen familie og slekt, og gi ungdommen en mulighet til å bli hørt av andre enn ansatte på institusjonen. En slik ivaretagelse av ungdommens behov vil i en overføringssammenheng kunne styrke nødvendige bånd til familien uansett hvilken omsorgsbasis ungdommen i etterkant skal ha.

6.3 Sammenfatning om brukermedvirkning:

Utredningen viser behov for en faglig standardisering som inneholder rutiner og systemer der brukermedvirkning har en mer sentral plass. Dette gjelder gjennom hele forløpet. Det vil være behov for at medvirkning skriftliggjøres og gjenspeiles i rutiner og systemer, slik at medvirkningen er en integrert del av hele forløpet i institusjonen og i overføring etter oppholdets slutt.

7. Bemanning

På samme måte som annen ungdom, må unge i institusjon og fosterhjem oppleve sitt bosted og dagligliv som trygt for å kunne ha en god utvikling. Forutsetninger for trygghet er varme, bekreftende og kompetente voksne som er i stand til å gi forutsigbare strukturer. Miljøterapeuter må ha tid og kompetanse til å se, forstå og sette grenser, og de må ha verktøy til å arbeide konstruktivt med utviklings og endringsarbeid (Larsen, 2015).

7.1 Tid og kompetanse

For å oppnå gode resultater må miljøterapeutene være tilstede der ungdommen er, og bruke tilstrekkelig tid sammen med dem. Mange av ungdommene som ble intervjuet opplevde at de voksne på institusjonen hadde for lite tid til dem. Dette ble understøttet av foreldre og institusjonsansatte. En gutt på 17 år i barneverninstitusjon sa det slik:

Jeg skulle ønske det var roligere her og at de voksne hadde hatt mer tid til meg og tatt oftere kontakt med meg når jeg er der.

Når det snakkes om bemanning er det ikke nok å “telle hoder”. I en bemanningssammenheng vil det være viktig å rekruttere medarbeidere som er positiv til å arbeide med den praksis som institusjonen har, og har en programlojalitet til denne. Miljøterapeuter som er fokusert på egen rolle i endringsarbeidet, og er kompetente til å arbeide systematisk med kartlegging, analyse, og målarbeid er en stor bemanningsressurs i Funksjon 3-institusjonene. Kompetansen og forståelsen terapeutene besitter er avgjørende for å kunne legge til rette for endring og utvikling. Barneombudet (2015) viser til at det er større krav til fagkompetanse og antall ansatte er barn på psykisk helseinstitusjoner enn på barnevernsinstitusjoner. På barnevernsinstitusjoner er det tillatt å ha inntil 50% ufaglærte. Barneombudet mener dette er problematisk, med tanke på at disse to tjenestene ofte skal hjelpe de samme barna. I undersøkelsene som ligger til grunn for denne rapporten er det tydelig at ungdommene er opptatt av hvordan de blir møtt av de voksne. En jente på 16 sa det slik:

Jeg savner oppegående voksne. De som er her har ikke forståelse om traumer. Vi blir ikke sett. Eksempelvis, hvis jeg kommer til middag og det er tomatsuppe, og jeg ikke er i godt humør så trenger ikke det å handle om tomatsuppa. De må jo kunne tenke leger enn nesa rekker og de må ha kunnskap og forståelse om hva som ligger bak.

Å bli forstått er et tema som oppleves som viktig av de ungdommer som er intervjuet. For å bli forstått må den voksne ha tid, kompetanse og empatiske evner. Ungdommene i undersøkelsen er opptatt av å bli forstått og noen de kan prate med og dele ting med. En annen ungdom sa det slik:

Gode fagfolk er de som ikke bare snakker om akkurat DET som er det vanskelige, men kan snakke vanlig og også om det som er det vanskelige.

I sum er det mye som kreves av de som skal arbeid med ungdom i barneverninstitusjon. Terapeuten skal ha et bevisst forhold til avstand og nærhet, ha kompetanse om psykiske vansker og ha ferdigheter til å skape allianse med ungdommen. Terapeuten må også ha kompetanse og ferdighet til systematisk endringsarbeid og hvordan de i samarbeid med andre signifikante kan arbeide med endring og utvikling for ungdommen.

7.2 Fellesfaktorer og forskningsstøttede metoder

Ogden og Kjøbli (2013) hevder at generelle fellesfaktorer ikke er nok til å forklare positive endringer mellom terapeut og klienter. Med fellesfaktorer menes typisk terapeutisk allianse og relasjonen mellom terapeut og klient. De mener at i tillegg til fellesfaktorene må det være evidensstøttede tiltak der terapeuten hjelper klienten med å ta i bruk spesifikke mestringsstrategier og ferdigheter for å takle og overkomme problemene de sliter med. I en faglig standardisering er det behov for at et relasjons- og alliansearbeid går hånd i hånd med forskningsstøttede metoder for å kunne hjelpe ungdommen til å utvikle nødvendige ferdigheter.

7.3 Fleksibilitet i institusjonen

Dagens turnusordninger i Funksjon 3 er et resultat av behovet for trygghet og stabilitet både for ungdommene og arbeidstakere. Private institusjoner har en større fleksibilitet når det gjelder tilpasning enn de statlige institusjonene. Dette både når det gjelder antall ungdommer på avdelingen, utformingen av de fysiske rammer i den enkelte boenhet, samt større handlingsrom i turnusordninger. Dette er faktorer som er betydningsfulle for å imøtekomme behovene i ungdomsgruppa. En institusjonsleder sa det slik, på spørsmål om det er behov for å etablere standarder på faglige områder innen institusjon:

Rammer for dette hadde vært bra, med tilpasning i forhold til bemanning, turnus. I Bufetat er dette forferdelig. Dispensasjon for døgnturnus i staten, går over til tredelt turnus, alternativt langturnus, dette er ikke bra verken for ungdommer eller personal.

Det vises til et prosjekt mellom Nordlandssykehuset og Bodø kommune ved en enhet for psykisk/fysisk utviklingshemmede, "Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling", der enheten fikk ned tvangsbruk og medisinbruk signifikant etter omlegging av turnus (Engbråten et al. 2015). Prosessen ble forankret i virksomhetens helse- miljø- og sikkerhetsarbeid der alle parter har vært involvert, det vil si arbeidstakere, ledere, verneombud og tillitsvalgte. Per i dag foreligger det et forslag om oppmykning av turnusordningene, der det blant annet kan gjøres endringer opp mot 18 timers vakter.

Bemanning innen Funksjon 3 vil variere noe med de behov som til enhver tid skal dekkes. Her er spekteret svært stort. For ungdommer med dårlig kognitive funksjoner, sammensatte og krevende vansker, og ungdom med diagnoser i autismespekteret vil behovene kunne kreve en annen organisering og bemanning.

7.4 Sammenfatning om bemanningsbehov

Sett ut fra ungdommens behov for stabilitet og tid med voksne, framkommer et behov for en oppmykning av turnusordningene. Bemanningsfaktorer som antall terapeuter og nødvendig kompetanse må stå i forhold til endring og utvikling for ungdomsgruppens særskilte hjelpebehov.

Ungdommenes behov for kontinuitet må ivaretas gjennom en bemanning som tilrettelegger for alliansebygging og gode relasjoner. En endring av dette må selvfølgelig skje i tråd med arbeidslivets parter, men må ha like stort fokus på ungdommenes behov som på arbeidstakernes.

8. Ungdom med psykiske vansker

Rapporten om psykisk helse i barneverninstitusjoner slår ettertrykkelig fast at ungdommer som er i barnevernsinstitusjoner er ekstra sårbare (Kayed et al., 2015). På flere måter kan dette sees som en selvsagt følge av at mange av de som er i barneverninstitusjoner har opplevd belastninger over mange år, og har omfattende hjelpebehov. Det er imidlertid viktig at den enkelte unges psykiske vansker tidlig blir kartlagt og eventuelt diagnostisert, slik at de kan få et egnet behandlingstilbud både fra psykisk helsevern og fra barnevernet.

I de senere år har fokus på psykiske lidelser i barneverninstitusjon ført til økt forståelse av barn og unges uttrykk som igjen avspeiles i mer tilpasset og sensitiv miljøterapi. Gjennom traumeforskning møtes barnevernfeltet og psykiatri (Nordanger 2011). I de senere årene har barnevernet fått et større fokus på traumer og gjennomført kompetanseheving i traumesensitiv omsorg i barnverntiltakene (Bjørkeland, 2014, Jørgensen og Steinkopf, 2013), og Bufdir har iverksatt kompetansehevingsprogrammet Handlekraft (2012).

8.1 Omfang og opplevelse av hjelpetilbudet

Svært mange av de som kommer til barneverninstitusjoner har psykiske vansker. Ny forskning om psykisk helse blant ungdom i barneverninstitusjoner i Norge, rapporterte at 76% har minst en DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual- IV) diagnose på psykisk lidelse, 32% har ADHD, 22% har alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) eller opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), 21% har en reaktiv tilknytningsforstyrrelse, ca 15% er rusavhengige eller belastet med rusmisbruk, 37% har minst én depressiv lidelse og 34% har minst en angstlidelse. Stor og sammensatt problematikk var særlig vanlig hos de som er plassert på bakgrunn av barnevernparagrafer uten eget eller foreldre/foresattes samtykke (Kayed et al., 2015).

En tidligere rapport indikerer at 70 % av barn i barneverninstitusjoner har psykiske vansker. I ordinære fosterhjem hadde 52 % psykiske vansker, og i slekts-fosterhjem var tallet 36 % (Holtan et al., 2005).

En stor og ofte dårlig kartlagt gruppe i omsorgsinstitusjoner er ungdom med omfattende traumebelastninger. Ungdom som er traumatisert kan gjerne reagere med det andre ser som uforståelige reaksjoner, utagering, nedstemthet og aggresjon. Fordi uttrykkene kan være så vanskelig å forstå og fordi de har så omfattende psykiske belastninger er dette en krevende gruppe å hjelpe. Kayed et al. (2015) fant at 79% av ungdommene på institusjon hadde opplevd tidligere potensielle traumatiserende hendelser.

I rapporten om psykisk helse hos ungdommer på barnevernsinstitusjoner, oppgir nesten alle at de hadde vært i kontakt med psykisk helsevern, de aller fleste hos BUP. Mens kun 38 % av de med psykiske lidelser hadde fått noen form for psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten de tre siste månedene. 18 % av institusjonene fikk rutinemessig besøk av helsepersonell, og det var gjennomgående for dårlige rutiner for å skaffe helsehjelp i barnevernsinstitusjonene (Kayed et al 2015).

De ungdommene vi var i kontakt med rapporterte at de hadde mottatt eller skulle få tilbud på Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Noen hadde alvorlig sammensatt problematikk, andre mindre alvorlige problemer. En sa han bare hadde *tenkt seg fast*.

Det var delte erfaringer med hvor godt tilbudet hadde hjulpet

Har da vært innom tre forskjellige behandlere. Har og vært noen få ganger til helsesøster. Disse hjelpetilbudene har ikke hjulpet der og da jeg er med dem, men over tid har det hjulpet meg veldig mye.

Jeg snakket med henne på BUP om hvilke problemer jeg hadde. Synes det hjalp. Godt å kunne snakke med noen om problemene jeg hadde.

Det hjelper ikke særlig. De bare spør og jeg svarer også sier de mhm.

Innleggelse ved ungdomspsykiatriske klinikk - hjalp ikke. Samtaler ved BUP - hjalp ikke.

Omtrent halvparten av ungdommene i vår undersøkelse hadde opplevd av at det var et samarbeid mellom institusjonen og de eksterne hjelpeinstansene som for eksempel BUP. Men sammenhengen mellom det eksterne terapitilbudet og miljøterapien i institusjonen var ikke så klart.

Var ikke sammenheng mellom opplegget hos psykologen og det som skjedde på avdelingen da jeg bodde der.

Ja, noe, men denne siste institusjonen burde lære mer om psykiske vansker. De kan ikke så mye om hvordan de skal behandle oss.

Individualterapi og miljøterapi har begge fokus på individets utvikling, der relasjoner og emosjonsregulering er sentralt. Når sammenhengen mellom individualterapi og miljøterapien mangler, vil den mulige synergieffekten bli borte, og det kan vanskeliggjøre måloppnåelsen.

8.2 Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern

Samhandling og samarbeid mellom ungdomsinstitusjoner og psykisk helsevern er nødvendig for å gi god omsorg til barn og ungdom i barnevernet som har sammensatte hjelpebehov, der psykiske lidelser er en av komponentene. I Stortingsmelding st.26, Fremtidens primærhelsetjeneste 2014-15, kap 20.2) påpekes viktigheten av samarbeidet med barn i barnevernet slik:

“Barn og unge i barnevernet er en særlig sårbar gruppe, som kan ha alvorlige psykiske vansker som krever utredning, diagnostisering og behandling. For å sikre at barn i barnevernet får nødvendig helsehjelp, er det behov for et bedre koordinert samarbeid mellom barnevernet og helsetjenesten.”

Flere undersøkelser har pekt på en utvikling som viser at barneverninstitusjonene i langt større omfang må ivareta barn med store utfordringer knyttet til atferd, rus og alvorlige psykiske lidelser (Kayed et al., 2015, Barneombudet 2015). Funnene i vår undersøkelse er i samsvar med dette. Mange av barna har en meget sammensatt og krevende problematikk som krever høy kompetanse hos ansatte, og blir utfordrende og håndtere i en sammensatt ungdomsgruppe. Et godt tilbud til ungdommene forutsetter et tett og godt samarbeid på tvers av tjenestene, noe både Barneombudet (2015), Barnevernpanelet (2011) og Flatø-utvalget (NOU, 2009:22) har fremhevet. Her påpekes og den manglende samordningen mellom barnevernet og det psykiske helsevernet for barn og unge. Barneombudet (2015) kan ikke se at retten til nødvendige helsetjenester etter barnekonvensjonens artikkel 24, og helselovgivningen (Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 a om rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen og § 2-1 b om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten) blir oppfylt for barn som bor på barnevernsinstitusjon.

Opplever ofte at det er vanskelig å få spesialisthelsetjenesten på banen når det er inne tiltak fra barnevernet (leder på barnevernsinstitusjon)

Flere rapporter har vist til hvordan barnevern og psykisk helsevern for barn og unge, har manglende kunnskap om hverandres fagtradisjoner og arbeidsmetoder og følgelig utfordringer med å koordinere tjenestene. Ulike forvaltningssystemer og forhandlingsmuligheter mellom tjenestene utgjør de viktigste samarbeidsproblemene (NOU, 2009:22). I en annen rapport ble samarbeidsproblemene knyttet til mangel på kunnskap, ulikheter i roller, organisering, lovverk og tilbud mellom de to tjenestene (Barne- og likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012). Myrvold et al. (2011) fant i sin undersøkelse at ulik problemforståelse og ulike metodiske tilnærminger i forhold til barn og unge i vanskelige omsorgssituasjoner utgjorde samarbeidsutfordringene. Fossum et al.(2014) fant at de problematiske forholdene som peker seg ut i denne samhandlingen er administrasjon, organisering, økonomi, kompetanse og lovverk. De fant videre at gode og omfattende kartlegginger av disse utfordringene ikke forekommer, derfor er samhandlingsreformens effekt vanskelig å se her.

Det er hevdet fra juridisk hold at det er et grunnleggende problem at barnevern og psykisk helsetjeneste for barn og unge synes å ha ulik virkelighetsforståelse av hva som er barnets problemer, hvordan de kan hjelpes, og hvem som skal hjelpe. Fagmiljøene innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har tradisjonelt framstått som sterkere enn de barnevernfaglige miljøene. Det er hevdet at ansatte i psykisk helsetjeneste for barn og unge kan synes å ha en holdning om at de som arbeider i barnevernet ikke ‘har greie på’ psykisk helse. Det er også erfaringer med at psykisk helsetjeneste for barn og unge benytter ulike begrunnelser for avslag, for eksempel mangel på stabile omsorgsforhold, når barn og unge som er i kontakt med barneverntjenesten henvises dem (Riedl, 2009).

I sin ekspertuttalelse knyttet Willy-Tore Mørch problemene til at det har vært en tradisjon for å skille mellom behandling og omsorg.

Dette skillet kommer tydeligst frem i diskusjoner om funksjonsfordeling mellom barnevernets institusjoner og institusjoner under psykisk helsevern. Årsaken til innleggelser i barnevernsinstitusjoner er knyttet til bvl. §§ 4-4 og 4-12 og er relatert til foreldrenes omsorgsevne og i mindre grad relatert til barnets helsetilstand. Hovedtesen er derfor at disse institusjonenes hovedoppgave er omsorg. Årsakene til innleggelse i psykisk helsevern institusjoner er derimot relatert til barnets psykiske helsetilstand og hovedoppgaven blir derfor behandling. Dette skillet er kunstig. Det er grunn til å tro at mangelen på tilgjengelig utredning og behandling av psykiske lidelser og helseplager i barneverninstitusjonene er knyttet, bevisst eller ubevisst til denne forskjellen. Uansett har denne funksjonsforskjellen ført til at barnevernsbarna ikke får tilfredsstillende utredning og behandling i barnevernsinstitusjonene (inkludert statlige fosterhjem). Dette skillet er overraskende siden det lenge har vært kjent at omsorgssvikt, vold og overgrep fører til psykiske helseproblemer hos barna, noen ganger av svært alvorlig karakter.

Fylkeslege Helga Arionson kommer også inn på inndelingen i omsorgs- og behandlings- institusjoner i sin ekspertuttalelse. Hun mener

(...)det er en premiss for å lykkes med god plassering at man revurderer den lite hensiktsmessige inndelingen i institusjoner med ansvar for «omsorg» og «behandling». Barn og unge som trenger denne type omsorgsinstitusjoner er nesten uten unntak eksponert for grov omsorgsvik og mishandling. De har derfor ofte behov som går utover «omsorg» og vil også ha behov for mer eller mindre omfattende behandlingstiltak. Sviktende omsorg og mishandling gir høy risiko for å utvikle et bredt spekter av ulike psykiske lidelser. Det er ikke støtte for spesifikke effekter av ulike former for skadelige omsorgserfaringer.

Behovet for et styrket samarbeid mellom barnevern og helse understrekes både i Bufdirs disponeringsbrev (Disponeringsbrev 2015) og i Oppdragsbrev fra Helse og omsorgsdepartementet til helseforetakene (Oppdragsdokumentet, 2015). I praksis vil dette kreve et etablert systemsamarbeid mellom helsevesenet og statlig barnevern, både på overordnet plan og lokalt knyttet til den enkelte barneverninstitusjon. I samarbeidsavtalen bør det beskrives hvordan de kan tilpasse tjenestene til barnas hjelpebehov og hvordan det konkrete samarbeidet skal gjennomføres.

Behovet for å ha nær kontakt med psykisk helsevern om ungdommer med psykiske lidelser ble tatt opp av flere. For flere institusjonsledere kom dette øverst på ønskelista:

BUP må mer på banen og komme ut på institusjonene for å møte ungdommene.

Egen psykolog på BUP som er tilknyttet institusjonen. Kan tilhøre et fagmiljø der, og være ofte på institusjonen. Være på møter, gi veiledning og konsultasjoner til ungdommene som trenger det der.

Det var store variasjoner i hvordan institusjon og psykisk helsevern samarbeidet om å hjelpe ungdommene. Der institusjonen og psykisk helsevern var lokalisert nært hverandre eller fagfolkene kjente hverandre, syntes samarbeidet å fungere bedre. Viktige faktorer for å lykkes var rutiner for samarbeid, kompetente kontaktpersoner og kunnskapsoverføring forankret i ledelse.

Erfaren BUP-leder beskrev utfordringene slik:

Vi har vært fornøyd med samarbeidet med (institusjon X) over tid, det er ikke veldig tidkrevende, men effektivt (enkelt når de holder til rett over veien) Møte på 1 til 1 1/2 time ca annahver uke med ledende miljøterapeut. Krever at denne har god kommunikasjon med de ulike hovedkontaktteam og vet situasjon og spørsmålsstillinger. Har vært heldig med person som har vært interessert og kunnet mye også mot psykiatri. Planlagt mye utredning, observasjon og forståelse på denne tida. Strevd mer mot (institusjon Y.) Dette også fordi det er lang vei, over en time kjøring, og flere ledere. Institusjonen er spredt over hele kommunen og det er medlever-

turnus som gjør at det er vanskelig å få kontinuitet for eksempel ved traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

For å lykkes med samarbeidet, må det på institusjonen tilrettelegges både for møter og oppfølging slik at kunnskapsoverføring til alle miljøterapeutene gjennomføres. Dette kan by på utfordringer med noen typer turnusordninger.

Alle BUP-lederne som deltok i undersøkelsen ønsket mer samhandling og samarbeid med barnevernsinstitusjonene. Et representativt sitat fra en BUP-leder er:

a) ønske om at institusjon/barnevern spør om å få være med ungdommen på oppstart, selv om ungdom er fylt 16 år b) faste samarbeidsmøter mellom BUP og institusjon slik at vi er godt kjent med hverandres tilbud c) noe felles undervisning/samarbeid om fagutvikling

Noen steder har etablert samarbeidsrutiner med psykiatrisk helsetjeneste som fungerer godt, der akutt ambulant team kommer til institusjonen en gang i måneden og gir veiledning, primært om ungdommene som har et tilbud i BUP-systemet. Men de kan også komme ved behov. Ledere for barnevernsinstitusjoner beskrev det slik:

En episode sist uke med en ungdom som blant annet sies å være kronisk suicidal, da kom de ut og tok seg en prat med henne, og tok henne med slik at hun ble lagt inn.

Det er også sånn at vi om det er noe vi trenger å drøfte, tar vi det på telefonen med dem

En annen erfaring med den tette kontakten med akutt ambulant team, var at når teamet har sagt innleggelse ikke er nødvendig, ble miljøterapeutene tryggere i at hjelpen de ga var god nok.

Når de kjenner avdelingen, ungdommen og personellet, er det lettere å få til innleggelser ved behov. (...) Vi trenger det analytiske blikket og som samtidig har gjennomslagskraft på sengepost og poliklinikk som kan tale barnevernsinstitusjonenes sak, slik at ungdommene som trenger hjelp får det.

Dette samarbeidet kom i gang etter initiativ fra barnevernleder.

Det var et par møter med barnevernleder, avdelingsdirektør på BUPA og avdelingsoverlegen. Vi har funnet en måte å gjøre det på som alle er fornøyd med, forteller barnevernlederen.

På dette stedet hadde de tidligere erfaringer med at ungdommene ble sendt tilbake til barnevernsinstitusjonen fra psykiatrisk sykehus for fort, men det er ikke lenger slik etter samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern kom i stand.

Fra 2016 vil spesialisthelsetjenesten få hovedansvar for tilbud til barn og voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep (Meld.st.26 s 22). Selv om dette primært involverer kommunene, ser vi at samarbeid betones sterkere innen andrelinjetjenestene. I oppdragsdokument fra Helse og omsorgsdepartementet til helseforetakene vektlegges viktigheten av å prioritere barn og unge i Barneverninstitusjon med psykiske vansker. Mål i Oppdragsdokument for 2015 lyder:

“Etablerte strukturer og rutiner i samarbeid med Helsedirektoratet og Bufetats regioner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjon får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet.”

Denne satsingen gjenspeiles i Bufdirs disponeringsskriv for 2015:

“For å sikre at barn i barneverninstitusjoner får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet skal regionene inngå samarbeid med de regionale helseforetakene (jfr. oppdrag gitt de regionale helseforetakene)”

I praksis vil dette fordre et etablert systemsamarbeid mellom helsevesenet og statlig barnevern, både på overordnet plan og knyttet til den enkelte barneverninstitusjon. I samarbeidsavtalen bør det beskrives hvordan de i samarbeid kan tilpasse tjenestene til barn og unges hjelpebehov. Et samarbeid mellom tjenestene vil lettere kunne skape de nødvendige stabile og kompetente omsorgs- og behandlingsrammene disse ungdommene trenger.

For å lykkes med samarbeidet er det en premiss at institusjonene identifiserer den unges behov gjennom kartlegging. Helga Arionson kommer inn på dette i ekspertuttalelsen der hun understreker behovet for at institusjonene:

for det første har kartleggingskompetanse i standardiserte kartleggingsverktøy, og evner å kommunisere med spesialisthelsetjenesten om behov, vurderinger og tiltak.

De må videre kunne håndtere resultater av kartleggingen, og kommunisere dette til både ungdommen selv, foreldre og samarbeidsparter. Bruk av samme metoder vil gjøre det enklere å fremme et felles språk som kan lette samarbeidet.

For det andre må de ha bestillerkompetanse mot samarbeidsparter som BUP. For det tredje må de ha mer inngående kompetanse til å drive systematisk miljøterapi i samarbeid med BUP. En noe mer utvidet måte å forstå ungdommenes opplevelse av sin situasjonen på, kan være avgjørende. Det kan samtidig være starten på arbeidet med å forberede tilbakeføringen (når dette er aktuelt) slik at den kan bli vellykket.

8.3 Felles institusjoner for barnevern og psykisk helsevern

I vår undersøkelse hadde både ledere på barnevernsinstitusjoner og BUP-ledere ønske om psykiatriske døgnplasser til psykisk syke ungdommer som har opphold på barnevernsinstitusjoner. Dette gjelder de som er så alvorlig psykisk syke at de ikke får tilstrekkelig hjelp gjennom et poliklinisk psykiatritilbud og miljøterapi på barnevernsinstitusjon.

Det er et stort dilemma at det i Norge er bestemt at ungdom ikke skal være i psykiatrinstitusjoner over tid. Man lukker øynene for at det finnes kronisk alvorlig psykisk syke ungdommer hvor psykiatrist forståelse er en viktig del av omsorgen. Dette kan vi ikke forvente at personale på barnevernsinstitusjoner har på samme måte, selv om det i det siste er gitt mer opplæring (leder for BUP).

En leder for barnevernsinstitusjoner beskrev det slik:

Det er en stor forskjell på å være innelåst på en sengepost og bo på en omsorgsinstitusjon. Det er noe midt i mellom der som mangler

Institusjonsleder legger til:

En ungdom vi nå har boende sier at når hun kommer fra sengeposten der hun er innelåst, er der for stor frihet på ungdomsinstitusjonen. Hun er ikke der at hun takler det, kjenner hun. Alternativet blir opphold på sengeposten for å komme seg nedpå. Å ha en plass som er “midt i mellom”, hadde jo vært helt fantastisk

Slik det er nå kan en anbefaling om at en ungdom skal innlegges i døgnenhet under psykisk helsevern (det vi si sektorovergripende plassering der barnet blir innlagt i døgnenhet under psykisk helsevern

med hjemmel i barneloven), likevel avvises av helsetjenesten. I de tilfeller der dette skjer, har ikke barnevernet klagemulighet. Dette er derfor en mulighet som i liten grad benyttes (Barneombudet 2015).

Et offentlig nedsatt utvalg har argumentert for at best sikring av god behandling og omsorg for barn og unge som har behov for tjenester både fra statlig barnevern og fra psykisk helsevern, vil være at det opprettes regionale felles institusjoner med særskilt kompetanse (NOU 2009:22) og dette har fått støtte i etterkant blant annet av Barnvernpanelet (2011) og Barneombudet (2015).

Denne modellen er prøvd på Levanger BUP fra 2015, der de har døgnbasert tilbud med akutt plasser reservert for barn med behov for omsorg og utredning etter barneloven. Første dag etter innleggelse starter en tverrfaglig utredning både av barn og foreldre hvor både barnevern og psykisk helsevern deltar, så gjentas disse møtene regelmessig, og videre oppfølging er i samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevern (Barneombudet 2015).

Erik Larsen støtter i sin ekspertuttalelse behovet for et tilpasset institusjonstilbud som innehar den kompetansen og den tidsrammen som er nødvendig for å gi hjelp:

Tiltakene for denne gruppen barn og unge må være robuste. De må kunne romme angst og usikkerhet, og de voksne må kunne tåle og håndtere intense projeksjoner og testing av grenser. Det er en krevende faglig og terapeutisk utfordring å gi denne gruppen barn og unge muligheter til å oppleve kontakt og tillit. Den terapeutiske alliansen må bygges over tid, og derfor er det viktig å ha tilstrekkelig med tid når man arbeider med denne gruppen barn og unge. På bakgrunn av det som her er sagt fremgår det at det må skapes og utvikles spesialiserte tilbud til denne gruppen barn og unge. Et slik spesialisert tilbud må ha en meget kompetent ledelse (...) så vel som teoretiske kunnskaper og miljøterapeutisk kompetanse. Dessuten bør de ansatte i et slikt tilbud være godt teoretisk og terapeutisk skolerte, og de bør ha obligatorisk veiledning.

Barneombudet understreker at det i forbindelse med oppretting av kombinerte barneverns/helsevern sinstitusjoner utarbeides lovgivning som ivaretar barns rettigheter, der brukermedvirkning og retten til å bli hørt er essensiell, og det er klare retningslinjer for å redusere tvangsbruk (Barneombudet, 2015).

8.4 Helhetlig tilbud

Om det skulle etableres sektorovergripende institusjoner med både et behandlings og omsorgsperspektiv, vil det likevel være mange ungdommer på barnevernsinstitusjoner som har psykiske lidelser som kan behandles poliklinisk. Det er behov for å utarbeide helhetlige tilbud der det er en tydelig sammenheng mellom hjelpetilbudet fra psykisk helsevern og barnevern, både på institusjonen og kommunalt. Barn og unges problemer må alltid både forstås og løses i sammenheng med sin omsorgskontekst, der de er i et samspill hvor de blir påvirket, selv påvirker andre, og hvor de kan få prøvd og øvd på nye ferdigheter i både emosjonsregulering og samspillskompetanse.

Et nært samarbeid mellom institusjon og terapeut i psykisk helseforetak, vil være av stor betydning for å få ønskede resultater av behandlingen. Ungdommene med psykiske lidelser vil også trenge hjelp til utvikling av emosjonsregulering og gode samhandlingsstrategier i miljøet som har det daglige omsorgsansvaret.

En vesentlig del av kvaliteten i det miljøterapeutiske tilbudet til unge med psykiske lidelser, er gruppesammensetningen på institusjonen.

Willy Tore Mørch (2016) kommer inn på dette i sin uttalelse til utredningen:

Når vi studerer prevalensen for de forskjellige psykiske helseproblemene ovenfor, slår det oss ikke bare hvor stor variasjonen er, men også det store omfanget. Når disse psykiske helseproblemene ikke blir tilstrekkelig identifisert kan man komme i skade for å plassere ungdommen i et institusjonstilbud som forverrer tilstanden, og som skader hele gruppen ved at den ene ungdommens unike problemer skader andre ungdommers utviklingspotensial. Et eksempel kan være at rusbelastet ungdom settes sammen med ungdom med atferdsvansker der man risikerer «smitteeffekter» begge veier.

For å forhindre destruktive gruppeeffekter med ungdommer med sterkt lidelsestrykk og svak fungering, vil det være ønskelig at institusjonene har fleksibilitet i avdelingsstørrelser og arealmessig utforming, som kan tilpasses behovene som er i ungdomsgruppa til en hver tid.

Forskning har tydeliggjort generelle faktorer for å fremme psykisk helse som emosjonsregulering, utvikling av gode samspillsferdigheter og generalisering av disse (Gross, 2015; Trupin et al. 2011). Virksomt i behandling er støtte, korrigerende erfaringer, regulering av angst, eksponering, innsikt i egne uhensiktsmessige mestringsstrategier, og tilbakemelding om fremgang (Hartmann, 2013). Dette ivaretas i mange miljøterapeutisk tilnærminger, men forskningsbaserte tilnærminger som systematisk jobber med disse fellesfaktorene for å fremme psykisk helse er for eksempel Kognitiv atferdsterapi, Traumefokusert kognitiv atferds terapi og Family Integrated Transitions. Dette er atferds rettede og kognitive tilnærminger som er traumesensitive og familie- og nettverksorienterte, og har vist seg å gi gode resultater (Weitz, 2010, Kendal, 2011, Trupin et al. 2011, Trupin 2013, Jensen et al., 2013).

Per Jostein Matre systematiserer hvilke behandlingsbehov barn og unge i Funksjon 3 har:

Mange barn og unge som er i målgruppen for institusjon og fosterhjem i Funksjon 3 har opplevd traumehendelser i form av både engangs og flergangs-hendelser over tid. Ut over tradisjonell omsorg, normalisering av hverdagslivet og ivaretagelse (sikkerhet, forutsigbarhet og trygghet i utviklingsfremmende relasjoner), trenger disse ungdommene både systematisk tilnærming for å arbeide med følgeproblemer knyttet til traumatisering som 1) stressmestring (emosjonsregulering og coping), 2) hjelp til mestring av gjenopplevelse, 3) hjelp til mestring av unngåelse, 4) hjelp med egen negativ tenking og egne negative følelser og 5) hjelp til å mestre egen sårbarhet, lav stresstoleranse og forhøyet trussel-monitorering.

God kompetanse og tilstrekkelig bemanning som kan ivareta behandlingsbehovene er nødvendig for å gi positiv utviklingsstøtte, og for å forhindre at unges krevende atferdsuttrykk blir møtt på måter som sementerer eller forverrer problemene. Både spillerom til å vise destruktiv atferd og grensesetting som ender i tvang vil være uheldige tilnærminger. I barneombudets rapport om tvangsbruk mot barn i barnevern og psykisk helsevern (2015), kommer det fram at tvang oftest brukes mot barn og unge som har psykiske vansker og eller lidelser, der grensesetting er hensikten. Tvang kan oppleves som skremmende, krenkende og sidestilt med å bli utsatt for vold. Barneombudet hevder at i alle institusjoner vil mer kunnskap om psykisk helse forhindre tvangsbruk. Barn og unge med tilknytningsforstyrrelser og sammensatte psykiske lidelser, har behov for kontinuerlige og langvarige tiltak. I tillegg til institusjonstiltak har mange omsorgsinstitusjoner, også ansvar for drift og oppfølging av statlige fosterhjem. Ytterligere profesjonalisering, samt en gjennomgripende standardisering for statlige fosterhjem og for samarbeidet mellom institusjonene og fosterhjemmene, vil gi bedre og mer målrettet utvikling for barn og ungdom som har behov for langvarige tiltak.

En erfaren behandler på BUP mente det som manglet for å gi et bedre tilbud til psykisk syke unge i barnevernet var systemendringer der det ble større fleksibilitet mellom institusjon og fosterhjem.

Jeg ønsker meg et system med institusjon som har knyttet fosterhjem opp mot seg på en slik måte at det er mulig med fleksibilitet. Endel barn og unge er så krevende at faren for at fosterhjem sprekker, hele tiden er overhengende. Vi ser ungdommer som har vært i mange fosterhjem, beredskapshjem og institusjoner og til slutt gir helt opp. Hvis ungdommene kunne hatt noen uker innimellom i institusjonen, som var kjent for dem og man var knyttet opp mot, og institusjonen også kunne trå til ved kriser, ville sannsynligvis fosterhjemmene vare lengre.

Langsiktige kontinuerlige tiltak trengs for å gi god nok hjelp til ungdom med tilknytningsforstyrrelser og sammensatte psykiske lidelser. Mange av våre omsorgsinstitusjoner har egne avdelinger der statlige fosterhjem driftes. Disse vil være svært viktige ressurser i tiden fremover i en differensiering, - og standardiseringssammenheng.

Profesjonalisering, samt en gjennomgripende standardisering av omsorgs- og behandlingstilbudet også for fosterhjemmene, vil gi bedre og mer målrettet utvikling for barn og unge. Det kan også gi nødvendig kunnskapsoverføring til fosterhjem.

Fremover er det også behov for å tilrettelegge for styrket fleksibilitet mellom våre institusjoner og beredskapshjem, slik at beredskapshjemmene kan få nødvendig faglig støtte til å klare sine oppgaver.

8.5 Sammenfatning av behovene innenfor tilbudet til barn og unge med psykiske vansker i barnevernstiltak

Utredningen viser at det er viktig at behandlingsbehovet og psykiske lidelser blir tidlig kartlagt, slik at rett hjelp kan gis. Resultater av kartleggingen må bli hensiktsmessig kommunisert til ungdommen selv, foreldre og samarbeidende hjelpeinstanser. En minste standard kartlegging som innebærer felles fagterminologi, vil bidra til å kvalitetssikre kommunikasjonen mellom barnevern og psykisk helsevern.

Barn og unge med psykiske lidelser har behov for et egnet behandlingstilbud både fra psykisk helsevern og fra barnevernet for å gi de stabile omsorgs- og behandlingsrammene disse barna og ungdommene trenger. Brukerperspektivet må ivaretas i standarder for miljøterapi og samarbeid.

Viktige faktorer for å lykkes med samarbeidet, er at det er forpliktende og forankres i ledelse på høyt nivå, at det etableres rutiner, at kontaktpersonene er kompetente og at det er kunnskapsoverføring i organisasjonene. Miljøterapeutene i barnevernsinstitusjoner trenger mer inngående kompetanse til å drive systematisk miljøterapi i samarbeid med BUP med kvalitetssikret, obligatorisk og regelmessig veiledning.

I samarbeidet må BUP og barnevernsinstitusjonene holde fokus på virksomme behandlingsfaktorer: støtte, korrigerende erfaringer, regulering av angst, eksponering, innsikt i egne uhensiktsmessige mestringsstrategier, og tilbakemelding om fremgang,

Barnevernsinstitusjonene bør implementere forskningsbaserte miljøterapeutiske tilnærminger som fremmer psykisk helse.

Institusjonene bør ha en fleksibilitet i avdelingsstørrelser og arealmessig utforming, tilpasset til behovene for tilrettelagt miljøterapi. For de som har alvorlige og sammensatte psykiske lidelser, støtter kunnskapsgrunnlaget at det opprettes regionale felles institusjoner med særskilt kompetanse for å ivareta behovet for psykiatrisk behandling og stabile omsorgsrammer.

9. Familie- og nettverksarbeid

God hjelp på barnevernstiltakene innebærer også at det legges til rette for, og jobbes med, å styrke positive bånd til foreldrene, eller andre viktige i barn og unges nettverk. Dette er viktig både ved innsøking, underveis og i overgangen til livet etter barnevernstiltaket. Unntak finnes, da gjerne knyttet til vold- og overgrepssproblematikk, alvorlig psykiatrisk problematikk, alvorlig rusproblematikk og manglende evne eller vilje fra foreldrene til å arbeide med å gi ungdommen en god relasjon.

9.1. Familien som konstruktiv makt eller motmakt

Biologiske og historiske bånd er sterke, selv om samspillet og tilknytningen kan ha negative og destruktive konsekvenser for barnas utvikling (NOU 2012:5). Ungdommer på barnevernsinstitusjoner har med seg omsorgserfaringer som ikke er ikke har vært gode nok, men likevel representerer tilhørigheten til foreldre, familie og nettverk de vokste opp i en kontinuitet i «hvem jeg er».

Willy-Tore Mørch skriver om dette i sin ekspertuttalelse:

Ungdommene har rett til kontakt med sin biologiske familie. Selv om historien med den biologiske familie kan være traumatisk vil kontakt under institusjonsoppholdet eller fosterhjemmet ha betydning for ungdommens opplevelse av å ha et fast ankerpunkt. Kontakten bør utvides til å gjelde andre familiemedlemmer fordi familienettverkets styrke har betydning for prognosen. Det anbefales at familieråd etableres som standardisert innslag i samarbeidsprosessen.

Forskning på fosterbarn har vist at i tillegg til foreldre er ofte tilknytningen til besteforeldre og søsken størst. (Backe-Hansen et al. 2010). Søskenforhold er kanskje de eneste livslange relasjonene barn i barnevernets omsorg har.

Foreldre som er stand til å formidle til deres barn at de blir elsket, hører til og duger, sitter med en uerstattelig mulighet til å støtte barn og unge i deres utvikling. Disse mulighetene har barnevernet et stort ansvar for å støtte og forsterke. Uten at barnevernet både forstår og jobber med atferdsendringen i en sammenheng med familie og øvrig nettverk, har tiltakene som regel dårlig effekt. Endringene kan ikke bare skje i den unge selv, det må parallelt jobbes med systemiske endringer av samspillet i familien.

Slik beskrev en gutt på 14 år i barnevernsinstitusjon beskrev sitt behov for kontakt med familien i den første tiden:

Jeg ringte hjem nesten annenhver time, fordi jeg hadde sjukt hjemlengsel, Brakk nesten sammen hver dag.

Andre ungdommer på institusjon fortalte:

Vil ha mer kontakt med mamma!!! Skal og begynne å dra til pappa oftere.

Før snakket jeg med alle brødrene mine på torsdager, og mamma på fredager. Nå vet jeg ikke hvor de bor en gang, eller hvordan de har det. De de bor hos lar meg ikke få snakke med de eller vite noen ting.

Det som står øverst på ønskelista er FAMILIEN

For andre barn og unge oppleves det negativt og ha kontakt med foreldrene, og mange er ambivalente. For de fleste er det betydningsfullt å ha ei ankerline til det som har vært hjem og

tilhørighet og identitet til nå. Erfaring tilsier at svært mange ungdommer søker seg tilbake til biologiske foreldre etter at tiltakene fra barnevernet er over.

I noen tilfeller vil et aktivt samarbeid for å bedre samspillet i familien være det avgjørende for at foreldre kan ha omsorgen for sine barn etter plasseringen. Der ungdommen får en opplevelse av at foreldrene og barnevernets omsorgsgivere er vennlig innstilt overfor hverandre, og har som felles mål at ungdommen skal ha det bra, vil det fjerne en konflikt som er ødeleggende for livskvaliteten og identitetsdannelsen, men som ungdommen selv ikke har makt til å løse.

Ungdom som har blitt plassert uten samtykke og har mange flyttinger bak seg, opplever det som vanskeligere å flytte til institusjon enn de som ble plassert med samtykke (Kayed et al., 2015). Opplevelsen av konflikt mellom foreldre og barnevernet kan være en del av forklaringen på dette.

Barn og unge ønsker at plasseringsstedet skal akseptere den biologiske familien, og forskning viser at inkluderende holdninger fra fosterforeldre, er en betydelig positiv faktor for barnet (Backe-Hansen et al. 2010). Dersom omsorgspersonene gir uttrykk for å akseptere hverandre og samarbeide om den unge, kan det gi ungdommer en opplevelse av en helhet. En av ungdommene vi snakket med som hadde bodd lenge i fosterhjem, sa:

Mamma og fostermor sier de er som søstre. Fostermor kaller mamma for søsteren sin. Det er godt for meg å vite.

Fra foreldreperspektivet er dette selvsagt også viktig både personlig og for muligheten til å bidra til å gi omsorg. En mor i undersøkelsen hadde to barn i to forskjellige fosterhjem. Kontakten til det ene var preget av mistillit mellom mor og fostermor, og datteren flyttet til slutt ut derfra og i institusjon, mens i det andre følte hun seg *“som en søster til fostermor”* og hadde god kontakt med sønnen tilpasset hans behov og samarbeidet godt med fosterhjemmet.

Der barnevernet ikke i tilstrekkelig grad inkluderer foreldrene og familien forøvrig bygges det ofte opp en unødig motmakt mot «barnevern-systemet» og hindrer en samarbeidsallianse til barnets beste. I noen tilfeller kan motmakten føre til sterkere maktbruk fra det offentlige hjelpeapparat. Eksempel på dette kan være at bestemmelser satt av fylkesnemnda blir tolket som maksimumssamvær, der det er ment å skulle være minstesamvær. Konsekvenser blir gjerne at ungdommen føler seg isolert og alene, tyngt av konflikten og styrket i opplevelsen av egen skyld i plasseringen. I neste omgang kan fortvilelsen føre til væremåter som bidrar til hjelpeløshet og fastlåsthhet.

Når hjelperne klarer å anerkjenne foreldrene som likeverdige uten at vi aksepterer alt de gjør, anerkjenner vi ofte barnet også. Barnet identifiserer seg som regel mye med en eller begge av sine foreldre, eller andre viktige personer i familien, og er oppmerksom på om hjelperne liker foreldrene og får til å samhandle med dem. Utfordringen til fagfolk i barnevernet er å forstå og kommunisere at selv om ikke omsorgen har vært god nok, og slik tilrettelegge for at foreldrene kan bidra under institusjonsoppholdet. Dette er beskrevet i NOU 2009:8 (side 54-55):

“I noen tilfeller vil et aktivt samarbeid for å bedre samspillet i familien være det avgjørende for at foreldre kan ha omsorgen for sine barn etter plasseringen. Et annet aspekt med dette er betydningen det har for ungdommen å vite at noen gir foreldrene oppfølging, hjelper og koordinerer hjelpen til foreldre som de selv har tatt ansvar for tidligere. Slik kan unge bedre slippe ansvaret og ha fokus på egen utvikling.”

9.2. Involvering av familie og nettverk

Alle institusjonsansatte vi var i kontakt med vektla involvering av familie og nettverket. Forskjellige tilnærminger til dette som møtedeltagelse, samvær, invitasjoner til middager, sende bilder og lignende. Uttalelser fra forskjellige institusjoner reflekterer dette:

Det burde vært en standard for hvordan familie og nettverk skulle involveres i behandlingen – kartlegging, muligheter, ressurser. Lev med det nettverk og den biologiske familie man har, selv om det ikke er tilbakeføring

Det er ekstremt viktig at de inkluderes. Trist å se at dette ikke prioriteres. De skal være der resten av livet. Vi er inne bare liten tid. Vi legger til rette for samvær på institusjonen.

Vi skal spille med og ikke mot dem. Finne hvordan vi kan spille på de ressursene de har. At de er med rundt barnet. Derfor har vi nettverksmøter og andre tiltak.

De biologiske foreldre vi intervjuet hadde alle opplevelser av at institusjonen involverte de i noen grad. Mange opplevde seg respektert.

Vi har ikke hatt så stor innflytelse tidligere. Vi har blitt møtt med like mye tillit som vi har gitt.

Vi ble møtt positivt. Det var ingen dumme spørsmål. Jeg ble tatt på alvor og ble brukt som en ressurs. Ble spurt om hva jeg trodde var best i forhold til saker som omhandla jenta mi.

Flere foreldre fortalte også at de deltok aktivt i møter med skole og lege, og var i posisjon til å både trygge og motivere ungdommen. Ei mor sa det slik:

Jeg tør å presse jenta mi litt. Jeg møter opp for at hun skal få gjort møter med andre utenfor institusjonen.

I andre situasjoner vil foreldrene sitte med nøkkelen til å roe ungdommen.

En mor fortalte dette om betydningen av kontakten med datteren som bor på institusjon:

Følger med om ho har det bra. Hører det på hvordan hun sier hei... i telefonen, selv om det er midt på natta. Da kan jeg si: fortell mamma, ellers får jeg ikke hjelpt deg. Så forteller hun. Sånn kan jeg få hjelpt henne med å gjøre henne rolig

Foreldrene vi intervjuet fortalte at den positive måten institusjonen møtte dem på sto i kontrast til hva de tidligere hadde opplevd i forhold til kommunal barneverntjeneste, der de i liten grad verken hadde fått være delaktige eller fått informasjon.

For å hjelpe foreldre som har mistet omsorgen for sine barn til å bli så gode samværsforeldre som mulig, samt gi hjelp til å bearbeide vanskelige opplevelser med omsorgsovertagelse, har Bufdir opprettet spisskompetansemiljøer for foreldre som er fratatt omsorgen for sine barn. Dette er tillagt Familievernet, og det er ressurskontorer i alle regioner. Spisskompetansesenteret er i Stavanger. Familievernets kompetanse på endringsarbeid i familiesamspillet, kan i langt større brukes i et familie- og nettverksarbeid, både med tanke på samvær og eventuell tilbakeføring til hjemmet.

9.3 Samarbeid mellom fosterforeldre og biologiske foreldre

Alle fosterforeldrene i utredningen legger vekt på at de skal ha et godt samarbeid med biologiske foreldrene, og at barnet skal ha samvær med dem så lenge de biologiske foreldrene har en positiv innvirkning på barnet. Men mange fosterforeldre opplever at det er opp til dem å besørge kontakten med biologiske foreldre, og at de får lite hjelp og støtte fra kommunal barneverntjeneste til dette.

Ofte er saksbehandler en travel person, og de siste to årene har jeg laget samværsplan og også foreslått møtepunkter med biologisk familie. Dette har saksbehandler vært fornøyd med og godkjent.

Vi fikk råd fra barneverntjenesten om å ikke samarbeide med foreldre, men dette plasseringa ville vi ha samarbeid med foreldre, så vi hadde mange diskusjoner med dem. Det endte med snuoperasjon fra barneverntjenesten. Denne plasseringa hadde ikke fungert uten samarbeid.

Vi fosterforeldre må selv avtale med biologiske foreldre for hvert samvær. Dette er i sin helhet overlatt til fosterforeldre. Å be biologiske foreldre å ta kontakt med barneverntjenesten om dette, blir uforutsigbart for barnet og fosterforeldrene.

Når det gjelder fosterbarns kontakt med familien, mangler det imidlertid prosessorientert og erfaringsorientert kunnskap om hva slik kontakt betyr, og hvordan det kan tilrettelegges slik at det fungerer mest mulig positivt for alle parter, også der samvær ikke er tilrådelig (Backe-Hansen et al, 2010, s 75).

9.4 Sammenfatning av behovene innenfor familie- og nettverksarbeid

I utredningen framkommer det behov for at kommunalt og statlig barnevern både forstår barn og unge, og jobber med deres utviklings og endringsarbeid, i en sammenheng med foreldre, søsken og øvrig nettverk. Barnevernet har et stort ansvar for å støtte og forsterke positivitet og tilhørighet til familie og nettverk, og innbefatte barnet og ungdommen selv, foreldre og søsken i både utredning og tiltak. Det er behov for standarder som sikrer overgangsordninger der familie- og nettverksperspektivet er involvert slik at en fortsatt positiv utvikling kan skje i hjemmet etter utflytting fra institusjon.

For å oppnå ønskelige varige endringer i barn og unges liv, må det i tillegg til personlig utvikling hos den unge selv, parallelt jobbes med positive systemiske endringer av samspillet i familien. Familievernets kompetanse kan i langt større grad brukes i et familiearbeid, både med tanke på samvær og eventuell tilbakeføring til hjemmet.

Det er behov for at det utvikles standarder for samarbeidet mellom de statlige fosterhjemmene og kommunalt barnevern om samvær og involvering av familie og nettverk for barn og unge som bor i disse fosterhjemmene. Det er også behov for mer forskning på kontakten mellom fosterbarn og biologiske foreldre.

10. Utsatt ungdom i sammensatt ungdomsgruppe

Sammensetning av ungdomsgruppa som skal dele hverdager i en utfordrende fase av livet, er betydningsfull for hvorvidt omsorgs- og behandlingssituasjonen blir god nok. For at en institusjon skal legge til rette for utvikling må ungdommenes ulike behov, samspillet i gruppa og antall ungdommer vurderes.

10.1. Truende utagering

Selv om differensieringen har gitt mulighet til et mer tilpasset behandlingsforløp for mange, plasseres ungdommer som har store og sammensatte problemer inn i Funksjon 3. Ungdommene i Funksjon 3 har alt fra lettere problemer til store og sammensatte vansker med sterke atferdsuttrykk. I denne heterogene gruppen kan det være utfordrende å gi hjelp som er målrettet og virkningsfull. Uttrykkene, funksjonsnivået og behovene varierer stort. En leder for barnevernsinstitusjoner sa:

Mangfoldet kan være konstruktivt innenfor omsorg. Ved inntak tenker én: OK, de strever med forskjellige ting, men spørsmålet er om de klarer å holde det for seg sjøl, eller om problemet blir en del av gruppa.

En ungdom i undersøkelsen svarte slik på spørsmål om det er ungdom som de har bodd sammen med på institusjonen som ut fra deres problemer ikke skulle ha bodd der:

Rus og folk som er psykisk eller fysisk voldelige mot seg selv. Alle andre bør blandes for å føle seg mer normale

Utviklingsbetingelsene blir for dårlige for alle dersom det over tid er for stor utrygghet i tiltaket. Slik utrygghet sannsynliggjør at ungdommenes forsvarsstrategier i form av uhensiktsmessig atferd blir opprettholdt, og den forsterker deres negative selvbilde og manglende håp om å bli ivaretatt. For ungdommene som blir utsatt for andres truende og voldelige atferd, kan deres positive utvikling bremses eller stoppes. Særlig skadelig vil dette være for andre ungdommer som er traumatisert, eller sårbare på andre vis.

Samtlige ungdommer i vår undersøkelse har opplevd ungdom som er utagerende og truende.

Her er to representative uttalelser fra ungdom som bor på institusjoner og deltok i vår undersøkelse:

Han gjør det vanskelig. Hver gang han klikker må vi ut av huset eller inn på romma, fordi han er farlig, kaster ting og går løs på folk.

Han som bråker mye, han må komme en annen plass!

Det er også vanskelig å ivareta de som gir sin indre smerte voldsomme atferds uttrykk. Ungdommer med utagerende atferd kan oppleve å bli utsatt for tvang eller flyttet til annen institusjon fordi det ikke er god nok kapasitet og egnede rammefaktorer til å ivareta dem i den ungdomsgruppa de bor sammen med.

Attenårig gutt, nylig flyttet i ettervernsbolig, fortalte om ikke å bli ivaretatt på gode måter da han hadde vanskelige perioder:

At eg ble suicidal ble for heftig for dei. I staden for å stå i det vanskelige saman med meg, tenkte de "korfor ikkje sende han til en annen institusjon, så kan de deale med det! Så ble eg flytta igjen. Å flytte sånn samanliknar eg med ein liten blome som blei planta og akkurat har slått rot, så rykkas den opp, og må bruke mange krefter på å få rota til å fungere igjen. Uansett blir den hengande etter i veksten. Jo fleire flyttingar, jo svakare blir den...

10.2 Krevende gruppesammensetninger

Ledere og fagledere på institusjoner i undersøkelsen legger vekt på at en god sammensetning av ungdomsgruppa på avdelingen er en forutsetning for å lykkes med å gi et godt miljøterapeutisk tilbud.

Institusjonen er god på komplekse utviklingstraumer så lenge gruppesammensetningen er riktig og ikke skaper for mye utrygghet

Samansetting av ungdomsgruppa er av stor betydning for korleis ein klarer å hjelpe den einskilde ungdom. Ei samansett gruppe med ulik problematikk synes ofte lettare å handtere enn ei gruppe som har samme problematikk - fører ofte til negativ smitteeffekt (til dømes fleire med alvorleg sjølvskading, fleire med rusproblem, fleire med utagerande åtferd)

Noen institusjonsledere hadde erfart at deres forsvarlighetsvurdering knyttet til sammensetning av gruppe i liten grad ble vektlagt.

Det er institusjonslederens ansvar å gjøre en forsvarlighetsvurdering for å sikre en gruppesammensetning som gir gode utviklingsvilkår, både ved inntak av nye ungdommer, og ved endring av behovet for andre rammer underveis i oppholdet. Både i kartleggingen av den enkelte

ungdom ved inntak og ved re-kartlegging, må det være fokus på ungdommens utvikling og endring sett i en sammenheng med miljøterapien og dynamikken i ungdomsgruppa.

Barneombudet (2015) har rettet fokus på størrelsene på enhetene og mener at antall i hver enhet bør vurderes. Private tilbydere har ofte større fleksibilitet og tilpasser antallet ungdommer og utformingen av de fysiske rammer innen institusjonen, etter behovet til den enkelte ungdom.

Robuste institusjoner, som har fleksibilitet i tilpasning av rammene både i gruppestørrelse, bemanning og arealmessig, vil kunne gi et mer stabilt behandlings- og omsorgstilbud. Flyttinger mellom institusjoner er krevende. Det skaper ytterligere ustabilitet for ungdom som allerede har mange opplevelser med svik og relasjonsbrudd. I Kayed et al.'s forskning (2015) hadde ungdommene opplevd i snitt 3,4 bosteder, der det varierte fra 1 opp til hele 25 forskjellige bosteder.

10.3. Særskilte utfordringer

Institusjonslederne i vår undersøkelse hadde erfaringer med at ungdommene som var vanskeligst å gi et godt hjelpetilbud i Funksjon 3, var de som ruset seg mye, hadde alvorlige psykiatriske lidelser eller hadde sterke atferdsuttrykk som virket skremmende eller ble svært slitsomt for de andre ungdommene.

Følgende utsagn er dekkende for hvordan institusjonslederne beskrev utfordringer knyttet til å gi ungdommer med sterke atferdsuttrykk et godt hjelpetilbud. På spørsmål om hvilke ungdommer de syntes det var vanskeligst å hjelpe, fikk vi disse svarene:

Ungdom med utagerende atferd. Dette handler først og fremst om at bemanningssituasjonen og den struktur som institusjonen er bygd opp på, ikke ivaretar denne målgruppen på en like god måte som blant annet samspillsvansker og sosioemosjonelle vansker.

Ungdom som deler sine smerteuttrykk så til de grader, at det blir svært uheldig for andre beboere å være vitne til.

En konsekvens av såkalt «utagerende atferd» i institusjoner som ikke har rammevilkår tilpasset slik problematikk, er at det kan bli mer tvangsbruk mot utagerende ungdommer. Mange ganger skyldes tvangsbruk at det er grensesettings-situasjoner som eskalerer (Barneombudet 2015). Dette er bekymringsfullt både med tanke på de ungdommene som utsettes for tvangsbruk som kan oppleves som krenkende, og for de unge som er vitne til tvangsbruk (Barneombudet, 2015). Med tanke på at en stor overvekt av unge i barnevernsinstitusjoner er traumeutsatt, må retraumatiseringsperspektivet være med i forståelsen av tvangsbruk. Kayed et al. (2015) fant at det i barnevernsinstitusjonene var hele 79 % som hadde opplevd traumer. Barneombudet (2015) finner det også urovekkende at det finnes få etablerte rutiner for å ivareta barn som er vitne til tvangsbruk, siden det finnes mye kunnskap om hva det gjør med barn og unge å være vitne til at et annet menneske blir krenket eller utsatt for vold.

Også foreldrene i vår undersøkelse opplevde det svært problematisk med utagerende ungdommer i sammensatte ungdomsgrupper. En mor fortalte dette:

De med store psykiske problemer bør ikke være i samme institusjon som de som ikke har det. Har vært ungdom som har knust møbler, klint blod på veggene, skadet seg og truet med å stikke ut øynene til sønnen min. De bør være i egne institusjoner, både for de som gjør det sin del, og av hensyn til de som ikke gjør det.

Rusproblematikk er noe som flere institusjonsledere beskrev som utfordrende å håndtere. Særlig problematisk blir det i når ungdommene samtidig har psykiske lidelser.

Det er vanskelig å hjelpe ungdom som søker til rusmiljø. Ungdom med samansatt problemtikk (t.d. både rus og ustabil personlighetsforstyrrelse). Generelt er dette ungdom som er lite motivert for eige målarbeid og som slit med å gå inn i stabil allianse med miljøpersonalet. Dette er også ungdom som ofte unndreg seg hjelp frå psykisk helsevern.

Det er vanskeleg når ein kartlegg eit rusomfang som ikkje er beskreve i søknaden, men kjem til syne i opphaldsperioden.

Når rusmisbruket er av et stort omfang, skal ikke ungdommen ha et tilbud i Funksjon 3. Hvis rusmisbruk er primærproblemet skal ungdommen få et tilbud etter §§ 4-24 og 4-25 innenfor Funksjon 4. Etter rusbehandlingen er avsluttet, kan ungdommen få et videre tilbud i Funksjon 3 ved behov for ytterligere behandling- og omsorgstilbud.

Fylkesmannen i Hordaland, ved fylkeslege Helga Arionson vektlegger i sin ekspertuttalelse behovet for å bo i en konstruktivt sammensatt ungdomsgruppe, og mener vurdering av sammensetning skal være styrende for inntak. Dette innebærer systematikk i evalueringer av ungdommenes funksjonsnivå.

I dag blir barn med svært ulike vansker plassert sammen. Det er oppmerksomhet rundt type institusjon, men plasseringen fremstår i mange enkeltsaker nærmest tilfeldig ved at det i stor grad styres etter hvor det er ledig plass. Dette er ikke bare uheldig, men direkte skadelig for noen av barna. (..) I dag opplever mange å bli utsatt for skremmende situasjoner og introduksjon til et rusmisbruk ved å bli plassert på institusjoner med andre som har en utagerende atferd (§4-24). Samtidig vil disse barna ofte trenge mer beskyttelse enn det som gis av institusjonen dersom de plasseres etter § 4-12.

Dersom barnevernstjeneste og Bufetat ved alle plasseringer tar utgangspunkt i kravet til forsvarlig virksomhet og hensyn til barnets beste, er ikke de juridiske bestemmelsene til hinder for god og rett plassering. Men kravene må utdypes, gjerne i rundskriv eller forskrift. (...) Det må blant annet gjøres tydelig at det i kravet til forsvarlighet (allerede) ligger at det enkelte barns behov skal tas hensyn til, at dette må sammenholdes med gruppen som allerede er plassert.

I institusjonene vil det være ungdommer med psykisk utviklingshemming og diagnoser i autismespekteret. I forskningsrapporten til Kaye et al. (2015) framkom det at en del var en stor gruppe (23,2 %) med Asbergers syndrom i barnevernsinstitusjoner.

En leder for barnevernsundersøkelsen beskrev sine erfaringer med denne gruppen slik:

Kan gi eit godt tilbud til ein med Asberger. Utfordringen er i perioden før det er kartlagt og du ikkje veit noe om ka dei strever med.

Utfordringene institusjonene har med å gi unge med Asbergers syndrom og utviklingshemming et godt tilbud beskriver Trine Lise Bakken i sin ekspertuttalelse:

Vedrørende diagnosen "Aspergers syndrom" (AS), tilhører denne diagnosen autismespekteret. (...) Det er et kriterium for å få denne diagnosen at personen skårer for intelligens i normalområdet. Imidlertid har mennesker med AS sosiale, emosjonelle og sensoriske vansker som andre med autisme. Disse vanskene kan lett bli oversett fordi personer med AS som regel har et godt språk. Det er lett å tro at de forstår det andre mennesker sier og gjør fordi de selv har et godt ordforråd og kan ha god kunnskap om spesielle områder. (...) Det er store overlapp atferdsmessig mellom autisme, ADHD, angstlidelser; og i ungdom- og voksen alder også mellom autisme og psykiske lidelser som schizofreni og personlighetsforstyrrelse.

Barn og ungdom som i tillegg til utviklingshemning / autisme utvikler psykiske vansker, vil som regel endre atferd og fremstå som "vanskelige". Dette henger som regel sammen med at personen har vansker med å forklare hvordan de opplever sine plager, men ubehaget og den psykiske smerten de opplever kan likevel være vedvarende og intens.

Utredningene bør gjøres i spesialisthelsetjenesten. (...) Omsorgstilbudet til barn og unge med utviklingshemning / autisme som har behov for barnevernstjenester, bør differensieres relatert til funksjonsnivå og spesielt med tanke på om barnet har autisme eller ikke.

Barn og unge med autisme (herunder AS) har langt hyppigere psykiske vansker som angst og depresjon sammenliknet med både normalbefolkningen og med barn og unge med "bare" utviklingshemning. Sammenliknet med disse to gruppene har de signifikant større vansker med sosial samhandling og det å være i grupper. De blir signifikant oftere kognitivt overbelastet ("utslitt hjerne" med blant annet stresset væremåte, irritabilitet, motorisk uro og søvnvansker som resultat) og de har nesten alltid sensoriske utfordringer som oversensitivitet for lyd, lys eller lukt, eller de kan være undersensitive for berøring eller temperaturendringer. Disse vanskene er personene selv ofte ikke klar over.

Generelt (ideelt sett) bør barn og ungdom med autisme (og / eller utviklingshemning) i større grad enn barn og ungdom med "bare" utviklingshemning skjermes fra for mye inntrykk og de bør bo i små bofellesskap med en fast og dedikert personalgruppe med kunnskap om autisme og utviklingshemning.

En annen utfordring er at aldersspennet på ungdommer som blir flyttet til Funksjon 3 er stort. Det er vesentlige forskjeller på en 13-åringers og 18-åringers funksjonsnivå og behov. Det framkommer i utredningen at ungdom i dette spennet opplever utfordringer relatert til utviklingsrelaterte forutsetninger. Det er imidlertid stor variasjon i modenhet som ikke bare har sammenheng med alder, og behovet for behandlingstilbud må primært ta utgangspunkt i den enkeltes hjelpebehov og institusjonen evne å være fleksibel i gruppesammensetninger og gruppestørrelser. De yngste i en Funksjon 3-institusjon vil ha behov for større grad av foreldreinvolvering i behandlingsopplegget enn de eldste, noe som må ivaretas av institusjonene.

En gruppe som samtlige institusjonsansatte i vår undersøkelse synes det er vanskelig å gi et godt tilbud, er ungdom som kommer alene til Norge. Dette er i løpet av sommeren og høsten 2015 blitt en stor utfordring, og vil kreve omfattende tiltak som vi ikke rekker å berøre i tilstrekkelig grad i denne utredningen. Det ordinære oppdraget til Bufetat i 2015 er blant annet å drifte 89 omsorgssenterplasser (Bufetat, 2015). De barna det fattes barnevernsvedtak på, innsøkes blant annet i Funksjon 3. Denne gruppen unge er ofte ensomme, og ekspertene anbefaler gruppebaserte tiltak for disse ungdommene. (Oppedal et al., 2009). Slik sett er et institusjonstilbud egnet, der ungdommen får være i ei gruppe over tid.

I en undersøkelse oppgir 76 % av de enslige mindreårige at de har opplevd krig på nært hold, og 22 % av disse oppgir at de ble skadet i forbindelse med krigsopplevelsene. Det innebærer for de fleste at de har med seg traumer med, vold og overgrep, i tillegg til at sosial støtte og andre vanlige beskyttende systemer ofte blir revet bort (Oppedal et al., 2009). Dette er betydelige utfordringer å håndtere i barnevernsinstitusjonen.

Vi lever i et stadig mer multikulturelt samfunn, og dette gjenspeiles i institusjonene. Det er et behov for at miljøterapeuter har kompetanse om de kulturelle uttrykkene fremmedkulturelle ungdommer på institusjonen har vokst opp i. Miljøterapeutene må også ha fokus på å veilede ungdommer fra ulike kulturer til å forstå fremmedartete kulturuttrykk som kan komme i veien for kommunikasjon og forståelse.

Kulturforskjeller med innvandrere kan være vanskelig. Da trenger vi å få hjelp til å knekke kulturkoder (gutt på 18 år)

Tina Hansen skriver i sin ekspertuttalelse om barn som kommer alene til Norge:

Det er en heterogen gruppe som er preget av mangfold - noe det er bred enighet om. Derfor bør det være individuell oppfølging og ivaretagelse. Samtidig kan det å plassere barn i samme situasjon skape både trygghet og felleskap. Slik ivaretar du både muligheten til å ha kontakt med «egen etnisk gruppe» (positivt for utviklingen av kulturell identitet og/eller religiøs identitet) – samtidig som du kan knytte kontakter med ungdom som har majoritetsbakgrunn. Slik oppnår du også at institusjonen blir et sted hvor det primært snakkes norsk – språket de trenger som inngangsbillett til fremtiden i Norge.

Det viktigste barnevernet kan gjøre for å møte denne «gruppen» ungdommer i fremtiden er å tilføre kompetanse og ressurser. De ansatte må ha kunnskap om kulturelle aspekter ved menneskers liv samt forståelse for hvordan de kan jobbe kultursensitivt. Ekstra ressurser fordi språk-, kommunikasjons- og kulturbarrierer vil kreve ytterligere av de ansatte. Fokus i arbeidet med ungdommene (utover problematikk de eventuelt sliter med): Skole, fremtid, nettverk. De ønsker å skape seg et liv i Norge. Fokuser på deres sterke sider og tilknytningen til det norske samfunnet. Mestring, tillit og trygghet.

10.4 Sammenfatning av behovene vedrørende utsatte ungdommer i sammensatte ungdomsgrupper

I utredningen framkommer det at ungdommer med store sammensatte vansker i dag får et tilbud i Funksjon 3-institusjoner, og at dette byr på store utfordringer i en ungdomsgruppe der det er svært ulike hjelpebehov.

I følge institusjonslederne i undersøkelsen var ungdom med sterke atferdsuttrykk, rusproblematikk og alvorlige psykiske lidelser de vanskeligste å gi adekvat hjelp til innenfor dagens ramme for Funksjon 3-institusjoner.

Om det i kartleggingen framkommer indikasjoner om psykiatriske lidelser eller psykisk utviklingshemming, må spesialisthelsetjenesten bidra med mer gjennomgående kartlegging av dette.

Det er behov for at institusjonen i kartleggingen av ungdommene ved inntak og ved re-kartlegging, har analysekompetanse og fokus på samspillet mellom den enkelte ungdoms funksjonsnivå, miljøterapien og dynamikken i ungdomsgruppa.

Det må tilrettelegges for å unngå at ungdom i institusjoner blir skremt og re-traumatisert av medboeres utagerende atferd eller miljøterapeutenes tvangsbruk for å grensesette dem.

Det er viktig at ungdommer med psykisk utviklingshemming og diagnoser i autismspekteret tidlig blir kartlagt og diagnostisert av kompetente fagpersoner, slik at de kan få den hjelp og omsorg de har behov for. Deres behov for å skjermes fra sterke inntrykk må ivaretas slik at de får bo i små bofellesskap med en stabil personalgruppe med kunnskap om autisme og utviklingshemming.

Det er et behov for at miljøterapeuter har kompetanse om de kulturelle uttrykkene fremmedkulturelle ungdommer på institusjonen har vokst opp i, og veileder ungdommene til å forstå kulturuttrykk som kan komme i veien for kommunikasjon og forståelse.

11. Kvalitetssikret overføring

Alle barnevernets tiltak må peke framover mot bedre livskvalitet hos barn og unge etter overføring. Slik det tidligere er beskrevet krever dette blant annet støtte til nødvendig utviklings- og endringsarbeid over tid, i samhandling og samarbeid mellom hjelpetjenester. De fleste ungdomsinstitusjoner har et mål om at ungdom bor i institusjonen i maksimum et år. Selv om mange får god hjelp i institusjonen vil de både ha behov for støtte og målrettet arbeid i overgangen ut fra institusjonene og i en periode etter at institusjonsoppholdet er avsluttet. Dette inkluderer forhindring av replassering, styrking av mental helse, økt prososial atferd, forbedring av utdanningsnivå, samt styrking av familiens evne til å støtte ungdommen.

Ved gjennomgang av relevante databaser, finnes det lite forskningsstøttet metodikk knyttet til overføring mellom omsorgsbaser. Det er et stort antall ungdommer som re-plasseres i institusjoner fra fosterhjem og fra eget hjem etter avsluttet plassering i institusjon. Derfor er kvalitetsstyring, bruk av ny kunnskap og nye metoder i arbeidet med overgang fra institusjoner/fosterhjem til andre familiebaserte tiltak i fokus ved vurdering av videre kvalitetsutviklingsarbeid i statlige tiltak.

En videre målsetting med å implementere og kvalitetssikre overgangsordninger er å gi ungdommer og familier mulighet til videre vekst, ytterligere reduksjon av oppholdstid, samt etablering av en driftsmodell for institusjoner som medvirker til faglig og økonomisk kvalitet.

En evidensbasert metodikk som er tilpasset institusjonsopphold i barnevernet, er beskrevet av Trupin et al (2004 & 2011), som fra slutten av 90-tallet og videre etablerte et evidensbasert overføringsprogram kalt Family Integrated Transitions (FIT). Arbeidet med forberedelse av familie- og støttesystem for en vellykket overgang, starter to måneder før og avsluttes fire måneder etter overføringen fra institusjon og fosterhjem til nærmiljø. Behandlingen avsluttes i ungdommens nærmiljø.

I Norge viser den longitudinelle studien om barnevernsbarn (Backe-Hansen et al., 2014), at kjennetegn hos dem som oppnådde gode overganger til voksenlivet var at de i høyere grad var unge kvinner, oftere hadde mottatt ettervernstiltak og oftere hadde vært plassert i fosterhjem.

11.1 Behovet for kvalitetssikret overføring fra institusjon

Etter utflytting fra institusjonen er det viktig for ungdommene at de er trygge på at de har nødvendig støtte i denne overgangen. Enten de skal bo for seg selv, flytte tilbake til foreldre, eller i andre tiltak. De fleste av informantene som hadde vært på institusjon opplevde det ikke slik. Noen av ungdommene synes det var godt å komme ut av barnevernet og endelig "være fri", men mange av informantene beskriver opplevelsen av manglende tilbud og tilrettelegging.

Var utrolig godt å kunne være for meg selv. Men skuffet over oppfølging. Står plutselig helt alene.

Endelig fri. Men det ble en brå overgang. Jeg hadde jo ingen å spørre etter hjelp med ting og måtte ordne alt selv.

På spørsmål om hva de synes er viktigst i overgangen mellom institusjonen og annet tiltak er de opptatt av selvstendighet, men at de likevel kan ha noen som støtter dem og gjør overgangen trygg. Dette både i forhold til psykologisk støtte, å lære praktiske oppgaver i det daglige, økonomisk støtte og jobb. En av ungdommene sa det slik:

Det som er viktig for meg er at jeg får oppfølging i noen måneder sånn at det blir en trygg overgang for meg, i tillegg ønsker jeg jevnlig kontakt både med institusjon og barnevern etter jeg har flyttet.

En ungdom som hadde flyttet i ettervernsbolig beskrev det slik:

Det vanskelegaste er å vite at eg er aleine og er et barn. Viktig å ha kontakt med særkontakt i minst eit år, sånn at eg kan være trygg. Synes det burde vært tilbod om å kome tilbake dei første fem til åtte månedane etter utskriving på korte opphald i eit krisehus. I alle fall fram til du er atten.

11.2 Behovet for kvalitetssikret overføring fra fosterhjem

I de statlige fosterhjem som sorterer under Funksjon 3, er målsettingen at barnet skal være der over lengre tid. For mange barn blir dette det hjemmet de vokser opp i. Tryggheten basert på færre voksne bidrar til et sterkere fokus på relasjon og normalitet, i en familiekontekst. Mange av barna i disse hjemmene har etter tidligere brudd slått seg til ro her. I tiden før utflytting reaktiveres ofte den tidligere utryggheten.

Utredningen viser tydelig at ungdommene er opptatt av overgangen fra fosterhjemmet. Fosterforeldre som har fulgt barnet gjennom årene bekrefter at overgangene er sårbare og for dårlig ivaretatt av statlig og kommunalt barnevern. En fostermor svarte slik på spørsmålet om det finnes en tilstrekkelig god plan for oppfølging etter utflytting fra fosterhjemmet:

Nei, det er ikke planer som tilsier at han får den oppfølgingen han trenger. Han får bare hjelp til å finne et sted å bo. Og ungdommen som er full av angst og depresjon vil trolig isolere seg og få et kraftig tilbakefall om han må bo for seg selv.

11.3 Sammenfatning av behov vedrørende overføring

Ungdommer vil i de fleste tilfeller fortsatt ha et stort behov for endringsarbeid etter utflytting fra institusjon og fosterhjem. Kunnskapsgrunnlaget understreker at det er behov for aktivt og målrettet arbeid med tanke på støtte og generalisering av ferdigheter (Trupin et al., 2011).

Bufetat og kommunene mangler i dag en faglig minstestandard for overføring til hjem, annen omsorgs-base eller selvstendig bosituasjon. I et samarbeid mellom det statlige og kommunale barnevernet er det behov for å etablere kvalitetssikrede og forskningsstøttede overganger mellom institusjonsoppholdet og livet etterpå. Denne bør bygges opp med forskningsstøttede metoder som i dag er etablert, og være en integrert del av et helhetlig faglig forløp der brukermedvirkning, familie og nettverksperspektivet er ivaretatt. Standarden bør inneholde nødvendig basiskompetanse og spisskompetanse hos statlig og kommunalt barnevern.

Overgangsprogrammer må tilby både spesifikke emosjonsregulerende intervensjoner og samtrening med nærmiljø for å sikre overgangsfasen fra barneverninstitusjoner til annen omsorgsbase. Det er behov for å styrke overføringen fra institusjon til hjemmemiljø. Overgangsprogrammer må implementeres i tett samarbeid med utvalgte kommuner som et forebyggende program.

12. Forslag til differensiering og standardisering av behandling

I kommune- og institusjonsbarnevernet gjennomføres det sjelden funksjonell analyse av hva som utløser og opprettholder problemet. Ved inntak vet en ofte ikke i tilstrekkelig grad nok om ungdommenes komplekse problemer. Sammensatte problemer krever at det tilbys et bredt spekter av tiltak rettet mot emosjonsregulering, samspillsendring og generalisering (Trupin et al., 2014). Ved institusjonene trenger de ansatte kompetanse og verktøy for å møte problemene hos barn og unge i ulike aldre, med høyst ulik bakgrunn og erfaring, og ofte med uavklarte mål for fremtiden. Kompetansen og verktøyene må være hensiktsmessige og effektive for å håndtere angst, depresjon, traumeproblematikk, selvskading og samspillsproblemer (Matre et al., 2016, under publisering). Tilnærmingene og standarder bør basere seg på sosial kognitiv teori og kognitiv atferdsterapi da disse tilnærmingene har sterkest støtte i behandlingsforskning for de hyppigst forekommende tilstandene i målgruppen (Weisz & Kazdin, 2010; Kendall, 2011) og kunnskap om ledelse og organisering fra implementeringsforskning (Sørli, 2010).

Forslaget baserer seg på følgende forståelse av hva en standard er (knyttet til Funksjon 3). Standard for behandling i Funksjon 3 forstår vi som en overordnet modellbeskrivelse av omsorg og behandling i funksjonen, som inkluderer intervensjoner og prosedyrer. Modell for standardisering inkluderer dermed intervensjoner, samt administrative og faglige prosedyrer fra før søknad til etter overføring og avslutning.

Miljøterapi ligger til grunn for god praksis og implementering av standarder og prosedyrer. Det er fire kjernekomponenter som bør ligge til grunn for den miljøterapeutiske driften; a) en formålstjenlig organisering av hverdagen som gir forutsigbare strukturer, b) en positiv og støttende mestringskultur som gir håp og fremtidstro, c) gode utviklings- og støttende relasjoner som bidrar til tillit og tilhørighet, samt d) høy positiv lederstøtte som bidrar til etterlevelse og lojalitet til mål, prinsipper og metoder. Målet med organiseringen av den miljøterapeutiske hverdagen er å få disse fire kjernekomponenter til å gjensidig forsterke hverandre (Matre et al., under publisering i 2016). Det forutsettes at tiltakene i Funksjon 3 i dag har dette som definert og implementert del av praksis og organisering. Temaet er derfor ikke utdypende diskutert i denne rapporten.

12.1 Modell for differensiering av tjenestetilbud

Standardisering av Funksjon 3 vil inkludere implementering av nye metoder og prosedyrer. For å oppnå resultater må ledere ta et helhetlig ansvar for utførelse. Dette gjelder både rekruttering av personal, opplæring og veiledning, evaluering av praktisk utførelse av miljøterapien, samt forsvarlighetsvurdering og sammensetning av ungdomsgruppen på institusjonen.

Implementering av nye standarder er en kompleks organisatorisk læringsprosess. Det første steget er å identifisere behov for kvalitetsforbedring av praksis, videre kontinuerlig i praksis gjennom evaluering av praksis og resultatdokumentasjon knyttet til tjenestetilbudet. I det neste steget spesifiseres mål for endring av praksis.

Ny praksis innføres gjennom opplæring og trening. Til slutt forankres implementeringen gjennom vedlikeholds- og generaliseringstrening (Fixsen, Blase, Naoom & Wallace 2009).

Et kvalitativt godt tjenestetilbud i Funksjon 3 kan inndeles i fem delelementer:

- Ledelse og organisering i institusjonene
- Kvalitetssikret behandlingsforløp
- Opplæring og vedlikehold av kunnskapsbasert praksis
- Samarbeid og samordning mellom etater
- Forskning og evaluering med resultatdokumentasjon knyttet til tjenestetilbudet



Differensiering og standardisering av Bufetats Funksjon 3

Figur 1

12.1 Differensiering av tjenestetilbudet i Funksjon 3

12.1.1 Tilbud til unge med psykiske lidelser

I forbindelse med forslag til å differensiere målgruppen for Funksjon 3 i ulike tiltak/avdelinger, gir kunnskapsgrunnlaget og informantene tydelig retning for en endret differensieringspraksis. Det er behov for bedre samarbeid og samhandling mellom barnevern og psykisk helse for barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser. En stor overvekt av våre informanter, inkludert ungdommene selv, uttrykker behov for å etablere behandlingstiltak/institusjoner som på en bedre måte kan ivareta målgruppens behov for behandling. I tillegg er det et behov for institusjonstiltak som har ekspertise på behandlingsmetoder som inkluderer medisinerer.

Barneombudet støtter anbefalingene fra Flatø-utvalget (NOU, 2009:22) om felles døgninstitusjoner som pålegger samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern. Barneombudet anbefaler: "Det må opprettes felles institusjoner for barn og unge med behov for både barnevern- og psykisk helseverntjenester" (Barneombudet, 2015, s 76).

En utfordring med et slikt spesialtilbud er at slike institusjoner for mange ungdommer vil ligge langt fra deres hjem, og det vanskeliggjør god kontakt med familie og nettverk.

En stor andel av ungdommer i Funksjon 3 har så omfattende psykiske problemer at de har behov for spesifikk og tilpasset behandling for styrket psykisk helse. I tillegg til å opprette noen spesialiserte institusjoner for de med det største lidelsestrykket og svakest fungering, må det etableres et forbedret samarbeid mellom samtlige institusjoner og psykisk helsevern.

Forslaget ble allerede i 2009 reist av Flatø-utvalget (NOU, 2009:22) og siden løftet i flere utredninger som alternativt behandlings- og omsorgstilbud. Spørsmålet om barnevernet og helsevesenet i dag samarbeider godt nok i denne målgruppen er også reist i rapporten fra NTNU (Kayed et al., 2015).

- Forslag: Det utredes grunnlag for etablering av institusjoner/behandlingstiltak som drives i et samarbeid mellom barnevern og spesialiserte helsetjenester, i en egen utredning. Dette forankres i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.

12.1.2 Ungdom som misbruker rusmidler

Bufetat differensierer i dag tilbudet om rusbehandling i Funksjon 4, «Behandling for ungdom». Erfaringsvis er det mange ungdommer som plasseres i Funksjon 3 som har store utfordringer knyttet til misbruk av ulike rusmidler. Plasseringen gjøres i Funksjon 3 med hjemmel i omsorgsparagraf.

Dette er en stor utfordring for Funksjon 3-institusjoner da de i liten grad har mulighet på bakgrunn av omsorgsparagrafene å gjennomføre nødvendige og formålstjenlige begrensninger i henhold til lovverk. Videre har misbruk av rus en smitteeffekt på andre ungdommer, og forskning konkluderer med at mange ungdommer blir introdusert for rusmidler som et resultat av plassering på institusjon.

- Forslag: Ungdom med forhåndskartlagte utfordringer knyttet til rusmisbruk skal gis tilbud om annet plasseringssted enn i F3-institusjoner. Om rusmisbruk kartlegges etter plassering skal det utredes mulighet for behandling i institusjon med kompetanse på rusbehandling. Lovverket må endres slik at det unntaksvis kan gjøres begrensingsvedtak også med hjemmel i omsorgsparagrafer, for å sikre og regulere ungdommer som i korte perioder har behov for ekstra oppfølging og voksenkontakt.

12.1.3 Barn og ungdom med annen etnisk bakgrunn

Gruppen av ungdom i institusjon er en sammensatt gruppe både preget av etnisk, kulturell og stort språklig mangfold. Dette er en av grunnene for individuell oppfølging basert på både kultursensitivitet og etnisk ivaretagelse. Det er ingen entydige svar så langt i forskningen for etablering av egne tiltak/institusjoner for barn med annen etnisk bakgrunn. Det kan imidlertid være positivt å ha noen som er i samme situasjon på institusjonen. Å plassere flere barn med fremmedkulturell bakgrunn sammen, kan skape både trygghet, felleskap og læring som fremmer integrering. Disse bør da matches ut fra kulturelle utfordringer. Slik ivaretas både muligheten til å ha kontakt med egen etnisk gruppe, som er positivt for kulturell og religiøs identitet, og kontakt med ungdommer som er i gjenkjennelig livssituasjon med annen etnisitet. Samtidig får ungdommen anledning til å knytte kontakter med ungdom som har majoritetsbakgrunn. Institusjonen skal være et sted hvor det primært snakkes norsk, språket de trenger som inngangsbillett til fremtiden i Norge.

Det viktigste etaten kan gjøre for å møte ungdommer med minoritetsetnisk bakgrunn, er å tilføre kompetanse til personalet og øke ressursene spesielt rettet mot denne gruppen innenfor tiltaksvalgsfasen og i F 3-segmentet. De ansatte må ha kunnskap om kulturens betydning i menneskers liv samt forståelse for hvordan de kan jobbe kultursensitivt. Dette innebærer også ofte ekstra ressurser fordi språk-, kommunikasjons- og kulturbarrierer vil kreve mye av de ansatte.

Fokus i arbeidet med ungdommene, utover problematikk som traumer og lignende, er skole, fremtid og nettverk. Det bør fokusere på deres sterke sider og tilknytningen til det norske samfunnet gjennom mestring, tillit og trygghet (Eide, Ketil og Tuva Broch, 2010).

- Forslag: Barn og ungdommer med annen etnisk bakgrunn gis tilbud om omsorgs- og behandlingsinnhold innenfor ordinære F 3-institusjoner, ut fra individuell kultursensitiv kartlegging. Egen modul i opplæringen av ansatte om kulturforståelse.

12.1.4 Differensiering mellom institusjon og fosterhjem

Som del av kartlegging før vedtak er det avgjørende at kommunene definerer barn og ungdommers behov for plasseringssted knyttet til individuelle ressurser, utfordringer og behov. Gjennom søknad må det komme tydelig frem om behovet for tiltak er knyttet til behandling i institusjon, fosterhjem (statlig eller privat) eller eventuelt institusjonsopphold for kartlegging med videre plassering i fosterhjemstiltak.

- Forslag: Barn og ungdommer tilbys riktig plasseringstiltak ut fra standardisert individuell kartlegging.

12.1.5 Institusjoners mulighet for fleksibilitet under opphold

Ungdommer som er plassert på omsorgsinstitusjon vil i perioder, spesielt knyttet til overføring, ha behov for å trene seg på samhandling i en familiekontekst. Ved å ha fosterfamilier tilknyttet institusjonen som en integrert del av behandlingstilbudet, kan ungdommene gis tilbud om erfaringer med konstruktivt familiesamspill. Dette gjennomføres i tett samhandling med institusjon, som gir oppfølging, avlastning og veiledning til fosterhjemmene.

- Forslag: Det etableres en eller flere institusjonsfamilier tilknyttet alle F 3-institusjoner for familietrening, som inngår i det totale institusjonstilbudet.

12.1.6 Fysisk utforming og arealplanlegging

Arealplanlegging og fysisk utforming har mye å si for et utviklingsfremmende miljø. De ungdommer med størst hjelpebehov vil i perioder ha behov for skjerming fra andre ungdommer på enheten. Dette kan ha bakgrunn i at ungdommene i perioder er suicidale, har høy forekomst av selvskading, rømmer, er aggressive og dermed ikke tilgjengelig for vanlige tiltak. Enhetene bør fysisk være strukturert slik at det kan gjøres individuelle tilpasninger i perioder. Ungdommer som i en avgrenset periode bør skjermes fra gruppen ut fra faglige vurderinger, bør få dette tilbudet på institusjonene de er, på for å unngå brudd og flytting. Det må være mulig å jobbe målrettet med en tilpasning og tilbakeføring til institusjonsavdelingen gjennom målrettet trening og behandling. En fleksibilitet i avdelingsstrukturen vil gjøre institusjonene mer robuste. Dermed kan institusjonen ivareta den enkeltes behov for stressreduksjon og oppfølging i kortere eller lengre perioder.

- Forslag: Institusjonene bør tilstrebe en fysisk utforming som tilrettelegger for individuell skjerming og trening utenfor ungdomsgruppen ved behov.

12.2 Forslag til standard for kvalitetssikret behandlingsforløp i Funksjon 3

En standard slik vi forstår det, definerer et helhetlig innhold i et behandlingsforløp med prosedyrer knyttet til de ulike delene i inntaksfasen, behandlingen og overgangsfasen basert på prinsippene beskrevet foran.

Standarden for et behandlingsforløp inkluderer:

- Administrative prosedyrer for søknad om tiltak
- Prosedyre for omsorg og behandling i institusjon
- Bruk av forskningsstøttede metoder
- Prosedyre for overføring og generalisering
- Prosedyre for evaluering på tre nivå

Dette vil kvalitetssikre et overordnet forløp, ved at de administrative og faglige prosedyrene er operasjonaliserte, men også muliggjøre lokale tilpasninger basert på ulikhet og ulike behov i målgruppen.

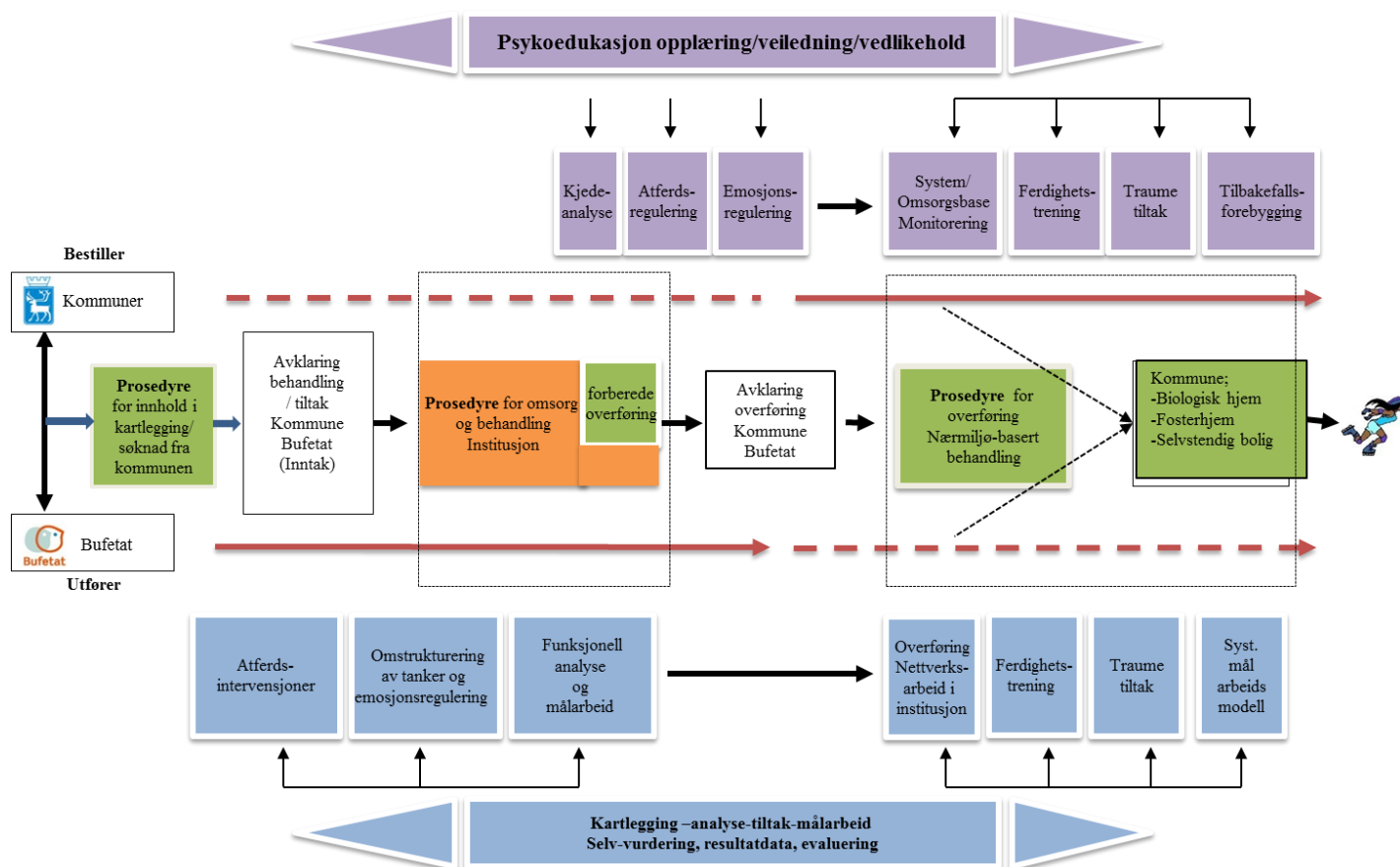
Med tanke på ulikhetene i målgruppen er det vårt forslag at **forløpet standardiseres**, og at standarden bygger på forskningsstøttet praksis, heller enn at man velger en standardisert metode etter et enkelt program for en definert målgruppe.

Intervensjoner som har til hensikt å imøtekomme behovene for emosjonsregulering og generalisering av hensiktsmessig atferd, må bygge på forskningsbasert kunnskap satt sammen i bredspektrede moduler. Modulene bør være rettet mot de vanligst forekommende emosjonelle problemer hos barn og unge basert på systematisk, bred og tilstandsspesifikk kartlegging. Tiltakene må rettes mot emosjonsregulering gjennom endring i tanker, atferd, endring i samspill i familie/nettverk, basert på enighet om mål.

Kartlegging, analyse og målarbeid må være basert på forskningsstøttet praksis, og ikke et enkelt program for et spesifikt problem hos en spesifikk målgruppe.

Modulbaserte tilnærminger har hovedfokus på opprettholdende faktorer av både individuell og kontekstuell karakter knyttet til kognitive, emosjonelle, inter-personlige og økologiske faktorer på tvers av psykososiale problemer.

Ut fra forskningsbasert og erfaringsbasert data, legger vi følgende standard til grunn for et kvalitetssikret behandlingstilbud:



Figur 3

Prosedyre for innhold i søknad fra kommunene

Bestemmelsene som ligger til grunn for å plassere et barn ut av hjemmet er strenge. Lovverket definerer at det skal være *alvorlige* mangler ved den daglige omsorgssituasjonen, ved personlig kontakt, og den trygghet et barn trenger i forhold til alder og utvikling. Vurderinger som legges til grunn skal gjøres på et bredt grunnlag som fordrer at alle områdene er kartlagt og at situasjonen som *helhet* er uholdbar for barnet.

Disse premissene bygger på at kommunene innehar kompetanse og rutiner for å gjennomføre en systematisk og standardisert kartlegging av familiens situasjon.

For at Bufetat skal kunne gi barnet et riktig tilbud, er det viktig at kommunene utarbeider søknader om tiltak som dekker generelle områder som har betydning for barnets videre behov. Bakgrunn for valg av plasseringsparagraf vil være styrende for videre forløp, da i hovedsak om kommunen vedtar plassering etter en omsorgs- eller atferdsparagraf.

Bufetat kan ikke definere kommunenes oppgaver i utredningen av behov for tiltak, men kan definere hva som skal ligge til grunn for søknad om tiltak (god erfaring med krav til dokumentasjon fra NIT).

Det må ut fra søknad om tiltak utarbeides følgende:

Prosedyre for innhold i søknad om tiltak:

Administrative prosedyrer ut fra forløpssjekkliste	Faglige prosedyrer ut fra forløpssjekkliste
Vedtak er besluttet ut fra riktig paragraf og behov for behandling, differensiert mellom atferds- og omsorgsparagraf, institusjon eller fosterhjem	Gjennomført minstestandard kartlegging gjennom standardiserte og normerte kartleggingsverktøy, samt andre metoder med høy praksisrelevans
	Beskrivelse av metoder som inkluderer gjennomførte nettverksintervensjoner, også muligheter for plassering/kontakt med nettverk
Fylle ut innhold i kartlegging ut fra oppsett i søknadsgrunnlag (<i>må utarbeides skjema som vedlegg til søknad</i>)	Analysere og sammenfatte informasjon fra kartlegging i spesifikk og beskrivende bestilling
Utarbeide søknad og ha avklaringsdialog med Inntak	Utarbeide tiltaksplan med utgangspunkt i kartlegging og analyse.
Definere behov for kartlegging/samarbeid med psykisk helsevern, evt. andre, under plasseringen	Inneholder konkret «bestilling» på tiltak og kortsiktige og langsiktige mål med klare avslutning/overføringskriterier.
Avklaring av deltakelse og ansvar i overgangsordning etter avsluttet plassering	Spesifisere mål for overgang fra institusjon/fosterhjem til naturlig omsorgsbasis
Delta på evalueringsmøter under plasseringen etter definerte rutiner, samt definere og forplikte deltakelse i behandlingen etter metodekrav (overgangsordning)	Ungdommen og familiens vurdering av behov skal fremkomme tydelig i tiltaksplanen

Omsorg og behandling i institusjon

Utgangspunktet for å standardisere forløp i behandling knyttes i hovedsak til to hovedutfordringer:

- Behovet for kvalitetssikret behandling knyttet til emosjonsregulering hos barn, unge og familier.
- Behovet for kvalitetssikret overføring av tiltakseffekter på tvers av miljøer, personer, steder, situasjoner og settinger (Stokes & Baer 1977).

Tiltaksmodellen som legges til grunn innebærer et endret, intensivt og forpliktet samarbeid mellom kommunal og statlig tjenesteyting i det offentlige barnevernet.

Den systematiske arbeidsmodellen i en standardisert omsorg- og behandlingsmodell må da være:

- 1) Kartlegging og re-kartlegging
- 2) Psykoedukasjon (opplæring/kunnskapsformidling/vedlikehold)
- 3) Atferdsintervensjoner (ferdighetstrening knyttet til samspill og atferdsregulering – gjøretrening)
- 4) Kognitiv omstrukturering (tankeendring)

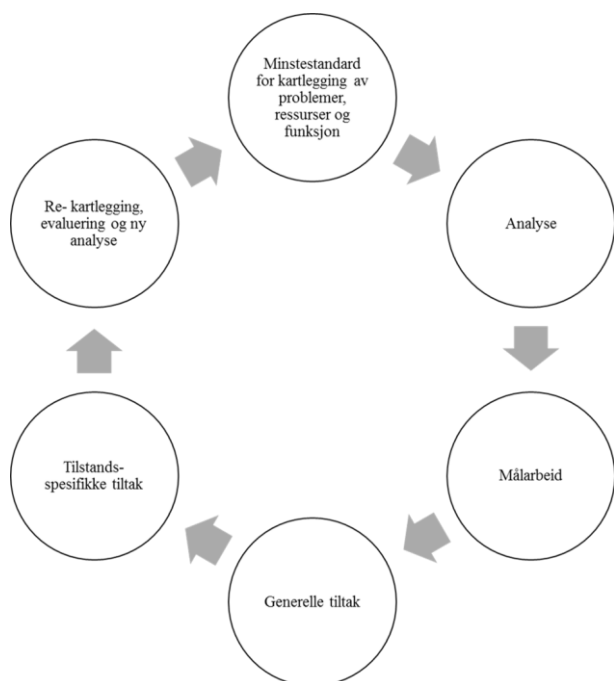
- 5) Andre emosjonsregulerende tiltak som; fokusendring, oppmerksomhetstrening, mindfulness, akseptering og annen ferdighetsbasert trening
- 6) Funksjonell analyse (triggende og opprettholdende faktorer til problemet)
- 7) Ferdighetstrening, atferdseksperiment, eksponering og responsforhindring
- 8) Traumefokusert Terapi (enkel modell)
- 9) Systematisk og forsterket målarbeid som muliggjør evaluering av innsats og oppnåelse

I et institusjonsmiljø tilpasses modulene i behandlingen med bakgrunn i alder, utvikling og modning hos barnet og ungdommen, og det tas hensyn til barrierer og styrker i systemet intervensjonene rettes mot.

Systematisk arbeidsmodell på klientnivå:

- 1) minstestandard kartlegging (generell og tilstandsspesifikk)
- 2) analyse og fellesfaglig forståelse (konseptualisering)
- 3) systematisk målarbeid
- 4) modulbaserte tiltak (også tilstandsspesifikke)
- 5) evaluering og ny analyse i bakgrunn i fellesfaglig forståelse

... som gjør at sirkelen kan gjentas.



Den systematiske arbeidsmodell ivaretar at hver enkelt ungdom får det tilbudet som er besluttet ut fra standarden. Oppfølging og kontroll av at standarden følges i hver sak og gjennomføres med å benytte *Forløpssjekkliste*. En Forløpssjekkliste operasjonaliserer alle administrative og faglige prosedyrer.

Se vedlegg 1: Forløpssjekkliste

Prosedyre for omsorg og behandling i institusjon

Administrativt prosedyre	Faglig prosedyre
Risiko og forsvarlighetsvurdering i tilknytning til gruppesammensetning og kvalitetssikre samarbeid med kommune og andre samarbeidspartnere	Gjennomføre generell og tilstands spesifikk kartlegging innen tid anført i forløpssjekklisen
Etablere forløpssjekklise og sikkerhetsprotokoll med hensyn til risiko for selvmord, selvskading, rømming, aggresjon og rus	Gjennomføre fellesfaglig analyse av kartlegging og etablere en felles forståelse for problemer, ressurser og psykisk fungering
Sikre at de faglige prosedyrene følges	Gjennomføre systematisk målarbeid og ta i bruk periodeplan som samsvarer med tiltak og handlingsplan
Tilrettelegge og sikre samhandling med kommunene og samtrening med foresatte	Iverksette generelle og tilstandsspesifikke tiltak tilpasset aldre, modning og utviklingsnivå etter systematisk arbeidsmodell Gi modulbaserte intervensjoner etter individuelle behov
	Gjennomføre samtrening i forbindelse med overføring og ettervern

Overgang/ettervern

Forløpet i behandlingen må i større grad defineres ved innsøking, og kommunen må forplikte seg til involvering og deltakelse etter utflytting. Overgangen fra institusjon må være del av behandlingen allerede ved oppstart, og intensiveres og inkluderes i et tidfestet forløp som starter før avslutning og avsluttes etter at overføringen er stabilisert.

Begrunnelsen for sikring av overgang/ettervern er følgende:

- 1) overføre tiltakseffekter og forhindre tilbakefall
- 2) sikre ungdommen og familien støtte fra lokalt hjelpeapparat
- 3) gjennomføre samtrening mellom ungdom og foresatte
- 4) redusere rusavhengighet
- 5) bedret psykisk helse og
- 6) øke forekomst av pro-sosial atferd

Prosedyre for overføringsmodell

Administrativt prosedyre	Faglig prosedyre
Avtale ved innsøking og oppstart av plassering om forpliktelse fra kommunen i forhold til overføringsarbeid som starter siste delen av oppholdet	Oppstart av overføring med mål om å trene ferdigheter og overføre tiltakseffekter etter avslutning av opphold på institusjon/fosterhjem
Kommunen deltar i det forberedende overføringsarbeidet og starter samtrening med foresatte i naturlig miljø	Samtrening med foresatte som kan være støttepersoner i vedlikeholds- og tilbakefallsforebyggende arbeid
Kommunen følger opp og driver aktiv veiledning med ferdighetstrening etter overføring	Vedlikehold etter overføringen i en nærmere definert periode med mål om at foresatte og ungdommen blir mer selvhjulpen

12.3 Opplæring og vedlikehold av kunnskapsbaserte metoder

Fra statlig overtagelse av fylkesbarnevernet i 2004, og etter innføring av flere evidensbaserte programmer, kom mange begreper som beskriver noe av det samme. Barnevernet skulle være kunnskapsbasert, - og det ble vanlig å snakke om evidens, evidensbasert praksis, evidensbaserte programmer, evidensbasert behandling o.a. En kan lett forvirres av begreper som brukes for å beskrive det som samles under fellesbetegnelsen «kunnskapsbasert praksis». I Norge ble blant annet Multi-Systemisk Terapi (MST), De Utrolige Årene (DUÅ) og Parent Management Training Oregon (PMT-O) implementert. Evaluering av programmene viser at disse satsningene i stor grad økte kvaliteten i barnevernets tjenester og at de var effektive for målgruppene de var rettet mot (Fossum et al., 2010; Sørli et.al. 2010). De nevnte programmene er i hovedsak basert på endring i omgivelsene gjennom trening av foreldre i samspill og atferdsregulering, med avgrensinger i forhold til problem og målgruppe. (Trupin, 2015).

Ved å modulbasere opplæringen sikres det at kompetansen forankres og utøves på nivået til ansatte som jobber i direkte relasjon til barn og ungdom. Opplæringen gis i fellessamlinger og inneholder undervisning og ferdighetsbasert trening. Innholdet i modulene skal kunne anvendes generelt og for spesifikke tilstander.

For å sikre vedlikehold er det avgjørende at det etableres prosedyrer for veiledning. Veiledningens hovedformål er å opprettholde kompetanse og sikre at metoder innenfor de ulike modulene utføres forsvarlig i behandlingen. Problemstillinger av faglig art i veiledningen følger den systematiske arbeidsmodellen og områdene definert i Faglig Forløpssjekkliste (etterlevelse og lojalitet). Faglige og profesjonelle problemstillinger for ansatte bør knyttes til problemstillinger i sak (klientnivå) og til den enkelte ansattes egen kompetanseutvikling innenfor selv-satte mål. Veiledningen reguleres av et trepartssamarbeid mellom enhetsleder/leder, veileder og ansatt.

Veiledningen må være systematisk og kvalitetssikret ved at det gis veiledning på veiledning. Nivå-inndelingen på kompetanse i veiledning må gis, utøvelsen må legges til rette for, blant annet i forhold til turnus og mulighet for avsetning av tid i hverdagen.

Veiledning i funksjonen kan organiseres gjennom følgende modell:

Figur 4



Bufetat bør i samarbeid med høgschooler og universitet etablere videreutdanninger som gir kompetanse for å jobbe tilstandsspesifikt basert på sammensatte moduler som er forskningsstøttet i arbeidet med for eksempel angst, depresjon, traumer og samspillsproblemer. Veilederutdanningen må følge de samme mål og prinsipper, samt rettes mot vedlikehold av forskningsstøttede intervensjoner og metoder. Et slikt utdanningsforløp vil ansatte også få mulighet til å formalisere egen kompetanse.

12.4 Samarbeid og samordning av tjenester

Det ligger til grunn at for at Bufetats tjenester skal være virkningsfulle er det avgjørende at tiltakene samarbeider og samordner sine tjenester med ulike samarbeidspartnere, da både i forhold til rettigheter og behov knyttet til utvikling og behandling.

12.4.1 Skole og tilretteleggingsbehov

Bufetat har definert behov for tett samarbeid med skole, både grunnskole og videregående skole. Som del av plassering har alle barn og unge ved behov rett til tilrettelagt opplæring. Alle tiltak bør ha lokale avtaler med nærliggende skoler om samarbeidsform, hyppighet på kontakt og sikring av informasjonsflyt. Skolen er svært viktig arena for utvikling av sosiale ferdigheter og samhandling med jevnaldrende (Kayed et al., 2015), og samarbeidet bør definere tiltak som bidrar til trivsel og mestring. PPT (Pedagogisk Psykologisk Tjeneste) skal involveres ved inntak om det foreligger kartlegging fra kommunen som tilsier behov for tilretteleggingstiltak etter Opplæringsloven.

Institusjonene skal ha etablert skoleansvarlige som har særansvar for å sikre oppfølging og samarbeid. Alternative dagaktiviteter for ungdom over skolepliktig alder som av ulike grunner ikke har et skoletilbud (for eksempel plassering midt i skoleåret uten riktig linjetilbud), må gjøres i samarbeid med oppvekstkontor eller lignende. Om dette ikke lar seg gjennomføre må institusjonen etablere dagtilbud på institusjonen, da som en midlertidig ordning frem til egnet tiltak er på plass.

12.4.2 Barne- og ungdomspsykiatri

Gjennom Oppdragsbrev 2015 (Helseforetak) og Disponeringsbrev 2015 (Bufetat) er det definert oppdrag knyttet til etablering av samarbeidsformer som gir barn og unge rett til forsvarlig behandling av psykisk og somatisk helse.

Det må vurderes om en standard for psykisk helsehjelp skal innebære terapi og veiledning fra terapeuter fra helsetjenestene lagt til institusjonene. På en slik måte vil det være mulig å gi et psykisk helsetilbud som vil være en integrert del av institusjonstilbudet, og dermed sannsynligvis vil bli mer effektivt. For at dette skal fungere optimalt, må tilnærmingene til psykisk endring og utviklingsarbeid på barnevernsinstitusjonene og i tilbudet fra psykisk helsevern være kompatible.

Generelt virkningsfulle faktorer i behandling av psykiske lidelser er økt emosjonsregulering gjennom skille av tanke og affekt, oppøvelse av bedre samspillsferdigheter, og generalisering av disse ferdighetene. Evidensbaserte metoder for å oppnå resultater bør benyttes i et slikt arbeid. Det er også av vesentlig betydning at metodene er en integrert del av miljøterapeutenes kompetanse, er målbare og vedlikeholdes gjennom veiledning og etterutdanning. KAT (Kognitiv atferdsterapi), TKAT (Traumefokusert Kognitiv atferdsterapi) og FIT (Family Integrated Transitions) er evidensbaserte tilnærminger med dokumenterte effekter og under implementering i flere institusjoner i regionene.

Terapeuter fra psykisk helsevern som gir et poliklinisk tilbud til ungdommer på barnevernsinstitusjoner, bør følgelig gi et behandlingstilbud som eksplisitt ivaretar de virkningsfulle faktorene ved terapi: støtte, korrigerende erfaringer, regulering av angst, eksponering, innsikt i egne uhensiktsmessige strategier og tilbakemelding om fremgang (Hartman, 2013). Disse faktorene vil kunne skape en felles fagterminologi som er forenlig med miljøterapien i institusjoner.

Generelt synes det å være behov for at alle institusjonene bør ha en fleksibel organisering ut fra ungdommenes problemer, og bør bemannes med miljøterapeuter som er bedre kvalifisert med hensyn til psykisk helsearbeid for et faglig arbeid med ungdommenes psykiske helse.

- Miljøterapi rettet mot bedre psykisk helse bør etableres, med tilhørende opplæring og veiledningsprogrammer.
- Det bør utarbeides mal for regionale (mellom regionalt Helseforetak og regionene) og lokale samarbeidsavtaler (mellom klinikker og institusjonene/fosterhjem) om tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser for å sikre et likt helsetilbud for hele etaten.

Viser videre til forslag 12.1.1; *Det utredes mulighet for etablering av institusjoner/tiltak som drives i et samarbeid mellom barnevern og helsevesenet. Forankres i Bufdir og Helsedir.*

12.5 Evaluering med resultatdokumentasjon knyttet til tjenestetilbud

Gjennomføres ved bruk av anerkjente metoder og funderes på dokumentasjon, saksdrøfting av veiledning av ledelse og ansatte ved institusjonene.

-Kartlegging, tilbakemelding og evaluering (system-, personal- og klientnivå)

Prosedyre for evaluering på tre nivå

Organisasjon og ledelse	Personal	Klient
Resultatsamlinger med presentasjon av styrker og barrierer ut fra lik mal/skjema (regionalt) -Målet er at hver institusjon setter egne mål og kvalitetskriterier for sitt daglige arbeid	Holdninger til evidensbasert praksis kartlegges sammen med kompetansekartlegging (Evidence Practice Attitude Scale-EBPAS og Cognitive Therapuy Adherence and Competence Scale-CTACS) Kartlegges to ganger per år	Kartlegging/re-kartlegging (pre-post og underveis) Evalueringen på klientnivå er bygget opp av kartleggingsverktøy som rutinemessig brukes i det enkelte klientforløpet -Mål er å synliggjøre utvikling og endring i behandlingsforløp
Målsamlinger med gjennomgang av årlig resultat (regionalt) -Målet er systematisk utvikling for institusjonen samlet	Erfart lederstøtte, egen mestringstro, målrettethet hos personalet med mer kartlegges en gang per år (Empowered Thinking Questionnaire-ETQ)	Ukes-samtaler (humørsjekk før/etter, målevaluering, nye mål) -Mål er mulighet for å justere eller forsterke videre tiltak
Organisert institusjonen etter «Premiss for organisering» -Mål er å sikre lik organisering som bakgrunn for felles utvikling	Med bakgrunn i kartlegging setter den enkelte terapeut mål egne mål to ganger pr år.	Fornøydhets- og Brukerundersøkelser (systematisk en gang pr måned) -Mål er å sikre involvering og opplevelsen av reell brukermidvirkning

Metodene som benyttes må være forskningsstøttet og det må etableres felles rutiner for datainnsamling for å kvalitetssikre at behandlingen som gis er utviklingsfremmende. Ved systematisering av datainnsamlingen vil etaten som helhet kunne vise til resultater, og generere data for videre forskning. En utfordring i dag er at metodene som benyttes mot målgruppen er fragmenterte, lite kompatible og vanskelige å forske på. Ved å systematisk knytte forskning til metodikken som anvendes i alle deler av behandlingsforløpet, vil etaten, regionene og det enkelte tiltak kunne hente ut resultater som viser om de anvendte intervensjonene har effekt.

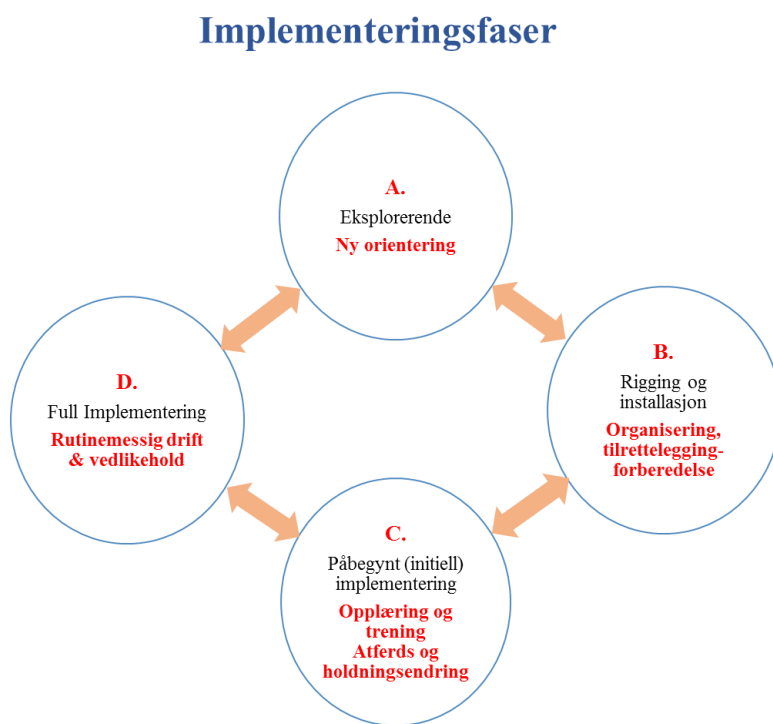
Om forslag om felles minstestandard for behandling blir forankret og besluttet, bør det etableres samarbeid om forskning tilknyttet et nasjonalt eller regionalt kompetansesenter.

12.6 Ledelse, organisering og implementering

Implementering av forskningsstøttet praksis må ha støtte og forankring i ledelsen. Det må være et positivt og velfungerende organisasjonsklima for å ta i bruk nye tilnærminger og praksis. Dette gjelder fra øverste ledelse, og inkluderer klare oppdrag og forventninger ut i organisasjonen (Aarons et al., 2014). Når det skal innføres nye standarder i Funksjon 3, innebærer det å innføre ny felles praksis, etablere dokumentasjonssystemer og innføre et design for å kunne evaluere resultater.

Når ny metode og prosedyre skal implementeres, er en av de viktigste suksessfaktorene leders oppfølging og grep om helheten. Dette gjelder både rekruttering, opplæring og veiledning, evaluering av praktisk utførelse og rett utvelgelse av målgruppe.

Implementering er en kompleks organisatorisk læringsprosess. Denne prosessen er illustrert i figur 3 (Prosedyre for Implementeringsfaser), der det første steget a) er å identifisere behov for kvalitetsforbedring av praksis. I det neste steget b) spesifiseres mål for endring av praksis. I det tredje steget c) innføres ny praksis gjennom opplæring og trening. Til slutt forankrer man implementeringen d) gjennom vedlikeholds- og generaliseringstrening for å sikre rutinemessig drift av den nye praksisen (Fixsen, Blase, Naoom & Wallace 2009).



Ref. Fixsen, Blase & Van Dyke 2011

Figur 3

I arbeidet med implementeringen er målet å jobbe med systematikken i arbeidet, forløpet for den enkelte ungdommen og hans/hennes foresatte, og med effektive metoder for ulike problematikker basert på et felles kunnskapsgrunnlag. Alle ansatte må ha opplæring og trening gjennom «boostere» og regionale samlinger. Undervisning, trening og utprøving av metodene baseres på en felles forståelse med evaluering av måloppnåelse for treningen ut fra selv-satte og spesifikke kriterier for den enkelte terapeuten.

Prosedyre for implementering i Bufetat:

Administrativ implementering	Faglig implementering
Forankres gjennom vedtak i toppledelse	Forankring av felles kunnskapsgrunnlag, standard for forløp i Funksjon 3 i Bufdir
Sikre implementering gjennom styring i Disponeringsbrev, finansiering og andre styringsverktøy	Involvering av regionene i prosess for muligheter og behov knyttet til implementering
Avsettes ansatte i Bufdir som inngår i implementeringen i samarbeid med regionene	Informasjon og opplæring av ressurser som har regionalt ansvar for implementering
Hver region organiserer ressurser og ansatte som har som hovedoppgave å sikre, rigge og tilrettelegge for ny praksis	Opplæring, undervisning og trening av kunnskapsgrunnlag for ledere og ansatte regionalt gjennom regionale og lokale boostere
Hovedansvarlig i hver region inngår i en styringsgruppe sammen med direktoratet, og har et overordnet ansvar for forsvarlighet i prosessen og evaluering.	Utprøving og veiledning
	Evaluering og vedlikehold
Organisere hver institusjon etter besluttet prosedyre for implementering	Drift og videre vedlikehold

Praksis, utøvelse og kompetanseutvikling må gjennomføres på tre nivå: Ledelse- og organisasjonsnivå, personal- og klientnivå. Hensikten med nivåinndelingen er å kunne dokumentere faktorer som påvirker praksisutøvelsen, og deretter systematisk bruke disse dataene for å utvikle og korrigere den praksisen som utøves i alle ledd.

Prosedyre for implementering på tre nivå:

1) Ledergruppe (alle institusjonene)	Resultatsikringssamlinger med bruk av feltrapport. Lederstøttesamlinger. Regionalt nivå
2) Personalgruppe (alle ansatte)	Opplæring og trening i systematisk arbeid, samt modulbaserte intervensjoner. Regionalt nivå
Superbrukere ved hver institusjon Kjernegrupper ved hver institusjon	Regionale super- og kjernegruppesamlinger med kompetanse i kartlegging, analyse og målarbeid. Veiledningskompetanse. Lokalt nivå
3) Klientgruppe	Brukermedvirkning/brukerresultater. Lokalt nivå
Nasjonale oppfølgingsteam fra Bufdir/Bufetat	Oppfølging og kvalitetssikring av implementering. Nasjonalt nivå

13. Avsluttende kommentar

For å gi et best mulig kunnskapsbasert tilbud til barn, unge og familier kreves det et helhetlig tilbud som er basert på forskning om hva som virker best for hvem.

Det er nå en Fosterhjems melding under utarbeidelse som vil definere fremtidig organisering og ansvarsfordeling av fosterhjem mellom stat og kommune. Meldingen vil være styrende for videre organisering og differensiering i Funksjon 3 med tanke på fleksibilitet og en total ivaretagelse av målgruppen.

Det er nødvendig å differensiere tilbudet for dagens målgruppe i funksjon 3 ytterligere, og styre tiltaksvalg gjennom kvalitativ god individuell kartlegging av behov. Det må videre etableres en felles standard for behandlingsforløpet i Funksjon 3, som hensyntar identifiserte individuelle behov. Dette omfatter fasene kartlegging og tiltaksvalg, opphold i omsorgs- og behandlingstiltak, og overføringsfase. I daglig drift bør måling av behandlingsresultater bidra til at metodevalg kvalitetssikres. Dette må i tillegg inkludere et nært og forpliktende samarbeid mellom kommunalt og statlig barnevern, mellom barnevern og psykiatriske og somatiske helsetjenester, mellom barnevernet og skole og PPT. I dette samarbeidet må brukermedvirkning for ungdom og familie styrkes og ivaretas.

Barn og unge må oppleve sitt bosted og dagligliv som trygt, og ha støtte og avklarte og tydelige mål for egen fremtid etter institusjons- og fosterhjemperioden. Forutsetninger for trygghet er fremtidshåp og mestringstro. I behandlingen krever dette bekreftende voksne, samarbeid om et felles prosjekt, respekt og opplevelse av at egen innsats nytter. Dette krever at voksne har kompetanse og er i stand til å gi tydelige, forutsigbare strukturer og arbeide med metoder som gir gode resultater. Omsorgssituasjonen må oppleves som forutsigbar og med fravær av truende situasjoner. Trusler kan være aggressivitet fra jevnaldrende, eller det kan være voksne som ikke har tid eller kompetanse til å se, forstå og betrygge.

Alt endringsarbeid fordrer gode samarbeidsrelasjoner og stabilitet over tid. Gjentatte flyttinger svekker muligheten til å etablere terapeutiske relasjoner til voksne. For å kvalitetssikre plassering i riktig barnevernstiltak, er det avgjørende at kartleggingen som gjøres i forkant av plasseringen er grundig og inkluderer barn, ungdom og deres familier på en god måte. Familien er viktig for barn og unge, og de fleste vil flytte tilbake etter endt plassering. Dette må tas mer på alvor og familie og nettverk må inkluderes i behandlingen med positiv omtale og reell brukermedvirkning.

Vi som jobber med barn og unge må kunne dokumentere praksis og tydeliggjøre hva som virker for hvem, dette i tillegg til å jobbe med egne utviklingsmål som organisasjon og terapeut. Dette kvalitetssikres gjennom klare mål som gir retning for behandlingstiltakene, veiledning, evaluering og praksisnær forskning.

Vi mener det gjennom utredningen er lagt et grunnlag for å arbeide målrettet videre både med kvalitetsutvikling i Bufetats eget tjenestetilbud, samt for videreutvikling av samarbeid med relevante andre tjenester for å bedre tilbudet til barn og unge med omsorgs- og behandlingsbehov. Det er i arbeidet lagt gjennomgående vekt på barn og unges egne fortellinger og anbefalinger.

Referanser

Aarons, G.A., Ehrhart, M.G., Farahnak, L.R & Hurlburt, M. S. (2015).

Leadership and organizational change for implementation (LOCI): a randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science (Open Access)* 10:11. DOI 10.1186/s13012-014-0192-y

Aarons, G.A., Farahnak, L.R & Ehrhart, M.G. (2014).

Leadership and Strategic Organizational Climate to Support Evidence-Based Practice Implementation. In R.S. Beidas & P.C. Kendall (eds.) *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Practices in Child and Adolescent Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.

Andreassen, T., Forslund, M., Stende, M., Hiim, G., Siljan, L., Smith, R., Natrud, A. (2010)

Kvalitet i barneverninstitusjoner. Rapport fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets arbeidsgruppe. <http://www.bufdir.no/n/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00001110>

Backe-Hansen, E., Bakketeig, E., Gautun, H. & Gronningsater, A. B. (2011). Institusjonsplassering – Siste utvei? Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonsbildet (NOVA-rapport nr 21) Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Backe-Hansen, E., Egelund, T., Havik, T. (2010)

Barn og unge i fosterhjem, en kunnskapsstatus. Fosterhjem for barns behov.

Hentet 20.6. 2015. <http://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00001092>

Backe-Hansen, E., Kristoffersen, L.B., Hvinden, B (2014)

Barnevern i Norge 1990- 2010, en longitudinell studie. Nova Rapport 9:14
Barnekonvensjonen (1991)

Hentet 1.12.2015 <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>

Barnekonvensjonen (1991)

Hentet 1.12.2015 <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>

Barneombudet (2015)

Grenseløs omsorg. Om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern. Hentet 21.12.2015. http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2015/08/Rap.Grensel_omsorg_2015_enkelt sider.pdf

Bufetat (2015)

Barn som kommer alene til Norge, under 15 år. Hentet 17.1.2016 <http://www.bufdir.no/Documents/Dokumenter%20Region%20nord/OSO%20Barnevern%20Nord-Norge/EMA%20-%20OSO%20m%20te.pdf>

Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet (2012)

Forvaltningsreformen deloppdrag E

hentet 18.1.2016

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/barnevern/2012/evaluer ing_forvaltningsreformen.pdf

Barnevernpanelet (2011)

Barnevernpanelets rapport

hentet 18.1.2016.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Barnevern/2011/barnevernpanelets_rapport.pdf

Bjørkeland, H. (2014)

Verktøy for bedre omsorg

Fontene hentet 4.1.2016 <http://fontene.no/?app=NeoDirect&com=6/47/164679/d3e317d51a>

Disponeringsbrev Barne-ungdoms og familieetaten (2015)

Hentet

21.12.15

http://intranett/bilder/dokumenthierarki/virksomhetskrav%20og%20styringsdokumenter/vs_vse_disponeringsbrev%20barne-,%20ungdoms-%20og%20familieetaten%202015_05mars15.pdf

Eide, K., Broch T. (2010)

Enslige mindreårige flyktninger. Kunnskapsstatus og forskningsmessige utfordringer. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. RBUP sør øst

Hentet 1.12.2015.

[http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf/\\$file/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf/$file/Ketil%20Eide%20og%20Tuva%20Broch_KOMPLETT.pdf)

Engebråten, AL. (2015)

Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling,- evaluering av langturnus i Lillevollen bofelleskap i Bodø kommune.

Hentet 3.1.2016

<http://bodo.kommune.no/getfile.php/Borgerportalen/Helse%20og%20omsorg/LANGTURNUS%20evaluering%20Lillevollen%202015.pdf>

Fossum, S., Drugli, M.B., Handegård, B.H., Mørch W.T. (2010)

Barns aggressive atferd etter foreldretrening. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 47: 11, ss 1017-1019

Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S.A., (2014)

Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt. RKBU Nord, Universitet i Tromsø

Fixsen D.L., Blase K.A, Naoom SF, Wallace, F 2009).

Core Implementation Components. Sage.

Hentet 3.1.2016

<http://resources.clee.utk.edu/ccrtdi/CCR%20Assessment%20Resources/Fixsen%20Core%20Implementation%20Components.pdf>

Gross J.J. (2015)

Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. Taylor & Francis Group.

Hentet 3.1.2016

<http://spl.stanford.edu/pdfs/2015/Gross%20PI.PDF>

Handlekraft (2012)

hentet 10.12.2015 <http://www.handle-kraft.no>

Hartmann, E. (2013)

Hva er virksomt i Psykoterapi i Benum, K., Axelsen, E.A., Hartmann E. (red) (2013)

God psykoterapi. Et integrativt perspektiv. Oslo: Pax Forlag

Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. & Powell, B. (2006).

Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.

Holtan, A., Rønning, J.A., Handegård, B.H., Sourander, A., (2005)

A comparison of mental health problems i kinship and nonkinship fostercare. *European Child and Adolescent Psychiatry* 14(4), 200-207

Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C. et al. (2013).

A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14.

Jørgensen T.W og Steinkopf, H. (2013)

Traumebevisst omsorg, teori og praksis, *Fosterhjemskontakt* 1/13 og RVTS: <http://sor.rvts/filestore/filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevistomsorg.pdf>

Kayed N., Jozefiak T., Rimehaug T., Tjelflaat T., Brubakk AM., Wichstrøm L. (2015)

Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner. NTNU, Trondheim

Hentet 4.5.2015

https://www.ntnu.no/trykk/publikasjoner/Barnevernrapport_RKBU/

Kendall, P. C. (2011)

Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (3rd ed.) *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (4th ed)*. New York, NY: Guilford Press; US.

Kylling, R. (2014)

Hva motiverer til prestasjon i jobbsammenheng? En gjennomgang av motivasjonsteorier med fokus på målsettingsteori, "The High Performance Cycle" og jobbengasjement. Masteravhandling MALK, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Hentet 3.1.2016

https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/2174/2/Kylling_MALK5000_2014.pdf

Kjølbli, J., Ogden, T. (2013)

Fellesfaktorer: ingen kur for alt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 50: 3, s 263-265

Larsen, E. (2015)

Miljøterapi med barn og unge – Organisasjonen som terapeut. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Locke E.A., Latham, G.P. (2013)

New Developments in Goal Setting and Task Performance. Routledge

Matre, P.J., Jensen, R. (2012)

Kognitiv miljøterapi. I Martisen, K og Hagen, R. (red)

Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Myrvold T., Møller, G., Zeiner, H., Vardheim, I., Helgesen, M., & Kvikne, T. (2011)

Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet. Rapport 25, Oslo: NIBR

Nordanger, D Braarud, H., Albæk, M., Johansen V.(2011)

Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 48, nummer 11](#), 2011, side 1086-1090

NOU (2009:8)

Kompetanseutvikling i barnevernet - Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet (vol. 8)

NOU (2009:22)

Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet (vol.22)

NOU (2012:5)

Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets vurdering av det biologiske prinsipp i barnevernet (vol 5)

Oterholm I, Slettebø T, Stavrum A. (2010)

Brukermedvirkning i det statlige regionale barnevernet. Diakonhjemmets høgskole.

Skivenes, M. (2016)

Ny forskning om fosterhjemsplasseing. hentet 15.1.

http://www.nrk.no/hordaland/ny-forskning-om-fosterhjemsplasseing_-_barna-blir-ikke-hort-1.12750453

Oppdragsdokumentet (2015) Helse Midt-Norge RHF.

Hentet 21.12.2015 <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hmn.pdf>

Oppedal, B., Seglem, K.B., Jensen, L. (2009)

Avhengig og Selvstendig, Enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale. Rapport 2009:11, Folkehelseinstituttet og Integrerings og mangfoldsdirektoratet.

Redd Barna (2015)

Jeg ble møtt som et menneske, ikke som en sak. Unges historier om et barnevern som hjalp dem. Oslo: Andvord Grafisk

Riedl, T.R. (2009)

Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP- sett fra juridisk synsvinkel, s, 28 – 40- Sommerchild, H. Og Magnussen, F. (red) Barn i Norge 2008, Sårbar og sist i køen. Oslo: Voksne for barn

Stokes, T. & Baer, D.,M. (1977).

An implicit Technology of Generalization.

Journal of Applied Behavior Analysis. Number 2 (summer) s. 349-367.

Stortingsmelding st.26

Fremtidens primærhelsetjeneste 2014-15. Hentet 10.12.2015
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
<https://www.ungsinn.no/post tiltak/tf-cbt/>

Strandbu, A. (2008)

Hvordan tilrettelegge for barns deltagelse i familierådets beslutningsprosess. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.

Hentet

15.1.2016

[http://www.bufdir.no/global/nbbf/Barnevern/Hvordan legge til rette for barns deltakelse familierad.pdf](http://www.bufdir.no/global/nbbf/Barnevern/Hvordan_legge_til_rette_for_barns_deltakelse_famili erad.pdf)

Sørli, M-A., Ogden, T., Solholm, R. & Røyhus Olseth, A. (2010).

Implementeringskvalitet-om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, s. 315-321.

Trupin, E., Kerns, S., Walker, S., DeRobertis, M., & Stewart, D. (2011)

Family Integrated Transitions: A Promising Program for Juvenile Offenders with Co-Occurring Disorders,

Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 20:5, 421-436

Trupin, E. (2013)

Updated inventory of evidence-based, research-based, and promising practices for prevention and intervention services for children and juveniles in child welfare, juvenile justice, and mental health systems. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy ; Seattle, WA : University of Washington Evidence-Based Practice Institute.

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010)

Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed.) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed) (pp. xx, 602). New York, NY: Guilford Press; US.