Jim Lurie

Skriftserien til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) • Rapport 5/2016

Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern

NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

NTNU
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern

Postadresse: RKBU Midt-Norge
Postboks 8905 MTFS
7491 Trondheim

Besøksadresse: Klostergata 46, Trondheim

Telefon: +47 73 55 15 00

Epost: rkbu@ntnu.no
www.ntnu.no/rkbu
facebook.com/RKBUmidt

Org.nr.: 974 767 880

Rapport

TITTEL

Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern

FORFATTERE

Jim Lurie

FINANSIERING

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

RAPPORT NR	GRADERING
5/2016	Åpen

ISBN
978-82-93343-08-0 Trykt utgave
978-82-93343-09-7 WEB

PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER
70302710	36

PROSJEKTLEDER
Jim Lurie

DATO
29. januar 2016

SAMMENDRAG

Denne rapporten presenterer erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Flere offentlige instanser har anbefalt etablering av felles institusjoner av denne typen i Norge, blant annet i det BLD oppnevnt Flatø-utvalget (NOU 2009:22). Det presenteres erfaringer fra fire prosjekter i Norge som har etablert, eller har hatt målsetting om etablering av felles institusjon. Seljelia senter for barnevern drev en vellykket felles døgnavdeling for utredning av barn i 6 til 12 års alder i 8 år (2003-2010). Prosjekt "Akutten i Nord-Trøndelag" (AiNT) på Levanger Sykehuset planla en felles institusjon, men etablert en vellykket felles utredningsenhet på en BUP sengepost. AiNT drev prosjektet som pilotordning i perioden november 2014 til desember 2016. To andre felles institusjoner ble planlagt i Oslo og Ålesund. Begge prosjekter ble ferdig utredet i 2011, men har ikke blitt implementert av ulike årsaker, blant annet manglende finansiering og omorganiseringer i ansvarlige etater. Begge disse prosjekter planla langvarig behandling av barn/ungdom med sammensatte problemer i en felles institusjon. Et litteratursøk har ikke funnet litteratur om felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i Europa eller andre land. En forespørsel til styremedlemmer i European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF) fant heller ikke eksempler av felles institusjoner i medlemslandene. Flere medlemmer anbefalt en behandlings metode som brukes til behandling av barn med sammensatte problemer i barneverninstitusjoner, "Therapeutic Residential Care" (TRC). Metoden har vist positive resultater i Australia og andre land. Det er uklart hvorvidt det bør satses på etablering av flere felles institusjoner i Norge. Det bør i så fall prioriteres ungdom 13 år og eldre, og det bør vurderes å søke status som forsøksordning for å unngå komplikasjoner med drift under to etater og to lovverk. Felles institusjoner er kostbar, og uansett bør kombineres med andre løsninger som opplæring av personell i barneverninstitusjoner, innleggelse av barnevernbarn i BUP døgninstitusjoner, behandling i barneverninstitusjoner med TRC, og bruk av arenafleksible BUP behandling for å nå flest mulig barn med sammensatte problemer.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
	Felles institusjoner	Common institutions
	Barneverntjeneste	Child protection service
	Psykisk helseverntjeneste	Mental health services
	Terapeutisk institusjonsbehandling	Therapeutic Residential Care

Illustrasjon forside: thinkstockphotos.com

FORORD

Flere offentlige instanser i Norge har anbefalt etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern, blant annet Flatø-utvalget (NOU 2009:22), Bufdirs arbeidsgruppe om kvalitet i barneverninstitusjoner (2010), Helsetilsynet (2011) og Barneombudet (2015). Flatø-utvalget begrunnet dette slik:

> "Slike institusjoner vil kunne innebære at barn og unge som har behov for et tilrettelagt omsorgstilbud og et terapeutisk behandlingstilbud, vil kunne få det samlet i en og samme institusjon. Et slikt alternativ vil i seg selv utløse et bedre samarbeid mellom de to tjenesteområdene, og vil kunne utnytte spesialistkunnskapen i begge tjenesteområdene på en mer hensiktsmessig måte enn når tilbudet gis på to ulike arenaer".

Til tross for disse anbefalinger har det vært lite erfaringer så langt med felles institusjoner av denne typen i Norge. En statlig barneverninstitusjon (Seljelia) drev en felles døgnavdeling for utredning av barn i 6 til 12 års alder i åtte år (2003-2010) i samarbeid med BUP på Sykehuset Innlandet. Prosjektet "Akutten i Nord-Trøndelag", planla en felles institusjon, men har isteden etablert et felles utredningstilbud på en BUP døgnavdeling på Sykehus Levanger. Prosjektet drives foreløpig som pilotordning ut 2016. To andre felles institusjoner i Oslo og Ålesund ble utredet ferdig i 2011, men har ikke blitt implementert av ulike årsaker, blant annet manglende finansiering og faglig omorganisering. Disse hadde planlagt institusjoner for mer langvarig behandling av barn/ungdom med sammensatte problemer.

Denne rapporten presenterer erfaringer fra disse fire prosjekter og fra et litteratursøk om felles institusjoner i andre land. Det ble ikke funnet litteratur om andre slike institusjoner. Kontakt med «European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents» (EUSARF) avdekket ingen felles institusjoner ellers i Europa. Flere henviste imidlertid til en lovende behandlingsmetode – Therapeutic Residential Care, som kan benyttes i blant annet barneverninstitusjoner til behandling av barn og unge med alvorlige og sammensatte psykososiale problemer.

Prosjektet er gjennomført ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) ved NTNU på oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som har finansiert prosjektet. Rapporten er skrevet av prosjektlederen.

Vi vil takke ledere fra Seljelia, Akutten i Nord-Trøndelag og prosjektene i Oslo og Ålesund som har vært behjelpelig med både skriftlig materiale og som har stilt opp i intervjuer. Uten deres informasjon vil det ikke vært mulig å gjennomføre prosjektet.

Trondheim, januar 2016

Jim Lurie
Prosjektleder og forsker

INNHOLD

INNLEDNING **1**

Bakgrunn – offentlige føringer 1

NOU 2009:22 (Flatø-utvalget) 1

Bufdirs arbeidsgruppe om kvalitet i barneverninstitusjoner 2

Helsetilsynets rapport om barn med hjelp fra barnevern og psykisk helsevern 2

Barneombudets rapport om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern 3

METODE **5**

Beskrivelser av fire felles institusjoner i Norge 5

Litteratursøk om felles institusjoner for psykisk helse og barnevern i andre land 5

Forespørsel til styremedlemer i European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF) 6

RESULTATER **7**

Seljelia senter for barnevern på Gjøvik 7

Etablering, drift og nedleggelse 7

Målsetting 7

Delmålene 7

Verdigrunnlag 8

Kapasitet og plasseringshjemmel 8

Oppholdstid 8

Organisering og bemanning 8

Finansiering 8

Metode 9

Utredning 9

Veiledning 9

Styrker 9

Svakheter 10

Prosjekt "Akutten i Nord-Trøndelag" 11

Etablering 11

AiNT etableres som BUP døgninstitusjon med plassering etter barnevernloven og psykisk helsevernloven 11
Pilotprosjektet med tre barneverntjenester 11
Finansiering 12
Statistikk 12
Felles utredning 13
Informasjon fra to ledere 14
Prosjektlederens synspunkter 14
Barnevernlederens synspunkter 17
Planlagt evaluering og utvidelse 18
Plan for felles institusjon i Oslo - samarbeid mellom Barne- og familieetaten (BFE) og Oslo universitetssykehus, (OUS) Senter for psykisk helse barn og ungdom 18
Prosjektgruppens mandat 19
Organisering 19
Økonomi og finansiering 19
Faglig orientering 20
Målgruppen for prosjektet 20
Oppholdstid 20
Plasseringshjemmel 20
Behandlingsmetode 21
Synspunkter til ledere fra BUPA/OUS 21
Synspunkter til ledere fra BFE 23
Ny samhandlingsavtale 25
Plan for en felles institusjon i Ålesund "Olsvika" 25
Tilbud 26
Målgruppen 26
Plasseringshjemmel 26
Organisering 26
Finansiering 27
Behandlingsmetoder 27
Synspunkter fra prosjektleder 27

Litteratursøk 28

Forespørsel til styremedlemmer i European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF) 28

KONKLUSJON OG OPPSUMMERING 31

LITTERATUR 35

INNLEDNING

RKBU Midt-Norge har fått oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdom- og familiedirektoratet (Bufdir) å bistå direktoratene med å sammenfatte erfaringene med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern (jfr. tildelingsbrev for 2015 pkt. 4.15.2). Flere offentlige instanser har anbefalt etablering av felles institusjoner av denne typen i Norge, og fire av disse nevnes innledningsvis.

Det presenteres deretter erfaringer fra fire felles institusjoner i Norge. Disse er to institusjoner som har vært i drift - Seljelia barnevernsenter på Gjøvik og prosjekt "Akutten i Nord-Trøndelag" på Levanger, og to institusjoner i Oslo og Ålesund som bare har vært i planleggingsstadium. For de to siste, presenteres informasjon om hindringer til implementering, og mulige planer for fremtiden.

Det ble gjort et forsøk å finne informasjon om felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i andre land, særlig i Europa og engelsk-talende land. Dette ble gjort på to måter, gjennom et litteratursøk, og gjennom en forespørsel til styremedlemmer i European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF). Det ble ikke funnet informasjon om felles institusjoner i andre land på denne måten.

EUSARF styremedlemmer fortalte imidlertid om en behandlingsmodell – Therapeutic Residential Care (TRC) som har vært tatt i bruk i flere land i Europa og andre steder i de siste årene. Denne modellen er relevant for behandling av barn og ungdom med sammensatte problemer i forbindelse med omsorgssituasjonen og psykiske vansker. En kort oppsummering av denne modellen er også presentert. Rapporten avsluttes med en oppsummering og konklusjon.

Bakgrunn – offentlige føringer

Flere offentlige instanser har anbefalt etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i Norge i de siste årene. Blant disse er Flatø-utvalget oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet (2009), en arbeidsgruppe om kvalitet i barnevern-institusjoner oppnevnt av Bufdir (2010), Helsetilsynet (2011) og Barneombudet (2015).

NOU 2009:22 (Flatø-utvalget)

Flatø-utvalgets utredning "Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge" (NOU 2009:22) anbefalte flere tiltak for samordning av tjenester for barn og unge. Blant disse var opprettelse av felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling. Institusjonene

skulle etableres i samarbeid mellom det statlige barnevernet (Bufetat) og helseforetakene. Fordelene med slike institusjoner var:

> "Et slikt alternativ vil i seg selv utløse et bedre samarbeid mellom de to tjenesteområdene, og vil kunne utnytte spesialistkunnskapen i begge tjenesteområdene på en mer hensiktsmessig måte enn når tilbudet gis på to ulike arenaer. Det vil også sikre heldøgns- og hel ukes tilgang til tjenester."(s.90)

Utvalget anbefalt å bruke erfaringer fra en eksisterende felles institusjon, Seljelia barnevernsenter på Gjøvik, i utformingen av felles institusjoner. Seljelias erfaringer med en felles avdeling for barnevern og psykisk helsevern er beskrevet i en rapport fra Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge (Lurie 2013).

Bufdirs arbeidsgruppe om kvalitet i barneverninstitusjoner

Bufdirs arbeidsgruppe om kvalitet i barneverninstitusjoner støttet Flatø-utvalgets forslag om felles institusjoner, men advarte mot utfordringer dette vil medfører:

> For noen barn/ungdommer er det likevel problematisk at barnevernet på det ene siden kan ha omsorgsansvaret, mens de på den andre siden ikke har nødvendig kompetanse på å ivareta barna og deres problematikk. Flatø-utvalget foreslår blant annet etablering av institusjonstilbud som et samarbeid mellom barnevernet og psykiatrien. Arbeidsgruppen støtter ideen om utvikling av et slikt samarbeidstilbud til denne gruppen barn/ungdommer ut fra at det er behov for både barnevernfaglig og psykiatrisk kompetanse. Arbeidsgruppen ser imidlertid at det medfører store utfordringer og god planlegging for å lykkes med etablering av et slikt tiltak ift. ulike profesjoner, ulike ansvarlige etater og ulike regelverk. (Rapport fra arbeidsgruppen, 2010, s. 83)

Helsetilsynets rapport om barn med hjelp fra barnevern og psykisk helsevern

Helsetilsynet har støttet utprøving av forsøk med felles institusjoner for barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i rapporten "Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester for psykisk helsevern for barn og unge (Rapport 5/2012)." Der støttes utprøving av et forsøksprosjekt i Oslo i samarbeid mellom Barne- og familieetaten (BFE) og Oslo universitetssykehuset (OUS):

> Vi ser at ein slik felles institusjon kan ha nokre styringsmessige utfordringar, men ser også at eit slikt forsøk kan føre til nyttig fagutvikling. Dersom ein gjennomfører eit forsøk med felles institusjon med omsorgs- og behandlingstilbod basert på omsorgskompetansen i barnevernet og kompetansen på psykiske

lidingar i PHBU, kan ein få erfaringar som viser om dette kan vere eit eigna tilbod for blant anna barn og unge med eit lågt psykososialt funksjonsnivå. (Helsetilsynet, 2012, s. 59).

Barneombudets rapport om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern

Barneombudet har nylig anbefalt opprettelse av felles institusjoner for barn og unge med behov for både barnevern- og psykiske helseverntjenester i rapporten "Grenseløs Omsorg - Om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern." (2015)

> "Barneombudet anbefaler at det må opprettes felles institusjoner for barn og unge med behov for både barnevern- og psykisk helseverntjenester". (Barneombudet 2015, s.76).

Barneombudet har besøkt en felles institusjon på Sykehuset Levanger/BUP Det gis en kort beskrivelse av opplegget på institusjonen og konkluderes med følgende anbefaling:

> "Selv om dette er et relativt nystartet prosjekt, vinteren 2015, mener Barneombudet at døgninstitusjoner med et felles tilbud til barn som trenger både barnevern- og psykisk helseverntjenester, er et viktig og nødvendig tilbud for barn med sammensatte behov". (s.76)

METODE

Beskrivelser av fire felles institusjoner i Norge

Denne rapporten beskriver erfaringer med fire felles institusjoner i Norge, Seljelia barnevernsenter på Gjøvik, prosjektet "Akutten i Nord-Trøndelag" (AiNT) på Sykehuset Levanger, et samarbeid mellom Barne- og familieetaten (BFE) i Oslo og BUPA ved Oslo universitetssykehuset (OUS), og en institusjon utredet av Bufetat i Ålesund i samarbeid med BUP Ålesund (Olsvika).

Datakildene som brukes er skriftlig dokumenter og intervjuer med ledere fra institusjonene/prosjektene. Dokumentene inkluderer en rapport om Seljelia fra Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge (Lurie 2013), prosjektplan, samarbeidsavtale, og forløpsbeskrivelser fra AiNT, og utredningsplaner og andre dokumenter fra Oslo og Ålesund.

Det ble også intervjuet til sammen 8 ledere fra disse fire prosjekter. To av intervjuene var gjennom direkte kontakt, mens de andre var på telefon eller via Skype. Intervjuene var semi-strukturert og ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide. Intervjuene vart circa en time.

Litteratursøk om felles institusjoner for psykisk helse og barnevern i andre land

Det ble gjennomført et litteratursøk på engelsk om felles institusjoner for psykisk helse og barnevern i andre land, særlig land i Europa og engelsk-talende land som USA, Canada og Australia. Søket ble gjennomført med bistand fra NTNU medisinsk bibliotek, ved hovedbibliotekar Oddvin Heggestad.

Det ble søkt i følgende databaser:

- Google Scholar
- Cochrane Library
- DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effect)
- Medline
- PubMed
- EMBASE
- Sociological Abstracts
- Scopus
- Psychology and Behavioral Sciences Collection

- Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews
- Web of Science

Følgende søkeord ble brukt:

- Child welfare
- Child protection
- Mental health service
- Multidisciplinary
- Collaboration
- Cooperation
- Multi-agency
- Integrating
- Integrated service
- Inter-organizational
- Common service

Forespørsel til styremedlemer i European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF)

European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF) EUSARF er en organisasjon for forskere i barnevern som har som målsetting å fremme og utvikle vitenskapelig forskning om barn- og familievelferd og om barn plassert i fosterhjem og institusjon. EUSARFs styre bistår av 18 medlemmer fra 15 europeiske land og USA, Canada og Israel. Det ble sendt ut epost til styremedlemmene for å finne ut om de kjente til felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i sitt eget eller andre land, særlig i Europa.

RESULTATER

Seljelia senter for barnevern på Gjøvik

Seljelia senter for barnevern på Gjøvik drev en felles døgnavdeling for utredning av barn sammen med BUP ved Sykehuset Innlandet Helseforetaket (SIHF) fra januar 2003 til september 2010. Erfaringene fra Seljelias felles døgnavdeling er beskrevet i rapporten "Erfaringer fra en felles døgninstitusjon" fra Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge (Lurie 2013, se vedlegg). En oppsummering fra denne rapporten presenteres her.

Etablering, drift og nedleggelse

Planlegging av barneavdelingen skjedde i regi av Oppland fylkeskommune fra 1999 til 2002, på et tidspunkt da fylkeskommunene fortsatt hadde ansvar for spesialisthelsetjeneste og barneverninstitusjoner. Ansvaret for videreføring av prosjektet ble overført til nye aktører, Sykehuset Innlandet Helseforetak (SIHF) og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) Region øst. Disse aktørene overtok ansvaret fra fylkeskommunen for BUP og barneverninstitusjoner i forbindelse med sykehusreformen i 2002 og forvaltningsreformen i barnevern i 2004.

Avdelingen ble drevet i samarbeid mellom Bufetat og SIHF i nesten åtte år inntil den ble gjort om til en avdeling for observasjon av småbarnsfamilier etter beslutning fra ledelsen i Bufetat Region Øst. Beslutningen kom som en del av en nasjonal omprioritering i Bufetat rettet mot redusert bruk av barneverninstitusjoner for barn under tolv år. BUP ledelsen på Sykehuset Innlandet hadde ønsket å fortsette med og utvide BUPs aktivitet på Seljelia. Ledere og ansatte på Seljelia var også uenig i nedleggelse av avdelingen, som de mente var et vellykket eksempel på tverrfaglig samarbeid.

Målsetting

Ut fra en miljøterapeutisk ramme gir en barnevernfaglig, henholdsvis psykiatrisk vurdering/anbefaling vedrørende barnets aktuelle situasjon som omhandler individ, familie, nettverk og hjelpeapparat.

Delmålene

- Avdelingen skal tilby kortsiktige utrednings-/behandlingsplasser for barn i alderen 6–12 innenfor en miljøterapeutisk og helhetlig ramme.
- Det enkelte barn skal gis nødvendig og tilstrekkelig omsorg basert på anerkjente miljøterapeutiske metoder, hvor samarbeid med foresatte og nettverk skulle stå sentralt.

- Avdelingen skal ha en faglig oppbygging og en struktur som sikrer høy grad av kvalitet og samhandling på tvers av profesjonsgruppene.

Verdigrunnlag

Utviklingsøkologisk perspektiv basert på Bronfenbrenner og systemteori. Perspektivet ble brukt til å forene barnepsykiatriens fokus på mikronivå med barnets indre og barnevernets fokus på mesonivå og barnets omsorgssituasjon og samhandling med familien og andre nettverk som skole og venner.

Kapasitet og plasseringshjemmel

Avdelingen hadde plass til 6 barn, derav 4 plasser for barnevernbarn og 2 plasser for barn plassert av BUP.

- 74 barn ble plassert på avdelingen i perioden 2003–2010.
- 37 plassert etter barnevernloven (50 %)
- 20 plassert etter lov om psykisk helsevern (27 %)
- 17 plassert etter begge lover (dobbelklienter) (23 %).

Oppholdstid

- Planlagt oppholdstid på avdelingen var tre måneder, men var avhengig av barnets situasjon. Gjennomsnitts oppholdstid var lengre, særlig for barn plassert etter barnevernloven. Flere barn ble boende på avdeling etter ferdig utredning i påvente av egnet plassering etter Seljelia. Det var ofte vanskelig å finne passende fosterhjem til barn som ikke skulle flytte hjem til foreldrene.

Organisering og bemanning

Seljelias institusjonleder var ansatt i Bufetat. Barneavdelings lederteam bestod av to personer, en avdelingsleder ansatt i Bufetat, og en faglig leder for BUP-enheten. Avdelingslederen, en barnevernpedagog, hadde personalansvar for alle ansatte på avdelingen og faglig ansvar for barn plassert etter lov om barnevern. BUPs faglige leder, en klinisk psykolog, var ansatt i SIHF og hadde ansvar for BUP døgnenhet og faglig ansvar for barn plassert etter lov om psykisk helsevern.

Barneavdelingens øvrige personale bestod av ca. 15 miljøterapeuter/miljøarbeidere som gikk i turnus, de fleste av dem miljøterapeuter med fagutdanning på høgskolenivå (barnevernpedagog, sosionom, førskolelærer eller sykepleier). Det var noen miljøarbeidere uten fagutdanning.

Finansiering

Finansieringen av barneavdelingen ble fordelt mellom barnevernet og BUP. Bufetat, som eide institusjonen, betalt avdelingens driftsutgifter, herunder lønnskostnader for

avdelingsleder og lønn til ca. tolv miljøterapeuter/miljøarbeidere. BUPs faglige leder på avdeling og tre miljøterapeuter var ansatt i BUP/SIHF, og lønnskostnader for disse ble dekket av SIHF. Kommunene betalte en egenandel til Bufetat for barn plassert på avdelingen etter barnevernloven, men det var ingen tilsvarende egenandel for barn plassert etter lov om psykisk helsevern.

Metode

Miljøterapi står sentralt som ramme og metode, basert på prinsipper av Erik Larsen. (2004) Følgende definisjon av miljøterapi ble beskrevet i deres virksomhetsplan:

> "En systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av det psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til vår målgruppes situasjon og behov sett i forhold til den miljøterapeutiske oppgaven vi er satt til å utføre".

Utredning

Målsetting fra institusjonsplanen - "Ut fra en miljøterapeutisk ramme gir en barnevern-faglig, henholdsvis psykiatrisk/psykisk helsefaglig vurdering/anbefaling vedrørende barnets aktuelle situasjon som omhandler individ, familie, nettverket og hjelpeapparatet."

Utredningsmetode basert på Bunkholdt og Sandbæk (2008) utviklingspyskologi basert på fire kompetanselinjer:

- Motoriske/kroppslige
- Kognitive
- Sosiale
- Følelsesmessige

Veiledning

Veiledning av miljøterapeutene og andre ansatte ble sett på som veldig viktig. Erik Larsen ga veiledning i miljøterapeutisk metoder og Vigdis Bunkholdt ga veileding i utredning basert på utviklingspsykologiske prinsipper.

Styrker

- Observasjon av barn fra to faglig perspektiver samtidig ga en mer helhetlig forståelse, barnet ses med "nye øyne".
- Psykologisk kompetanse ga mulighet for tidlig identifisering av psykiske vansker hos alle barn på avdelingen.

- BUP-fagleders fleksibelt praktisering av yrkesrollen med observasjon av alle barn på avdeling og veiledning av miljøterapeuter i forhold til alle barn, ikke bare barn plassert etter psykisk helsevernloven.
- Utredning på institusjon over tid ga en bedre forståelse enn utredning av barn i hjemmemiljø.
- Utredning på institusjon før plassering i fosterhjem ofte bidro til mer vellykket plassering etterpå, fosterforeldre fikk bedre forståelse av barnets behov og hvordan de burde håndteres.
- Samarbeidet var preget av pragmatisme og samarbeidsvilje.
- Utviklingsøkologi var et nyttig felles fagsyn som ga rom for både barnevernfaglige og psykisk helsevern-faglige perspektiver.
- Det ble gitt god veiledning til medarbeiderne i miljøterapi og utredningsmetode fra kompetente veiledere.
- Bruk av en utredningsmodell basert på utviklingspsykologi og barns kompetanseområder bidro til mer strukturert observasjon.
- Samarbeid med spesialskole for institusjonsbarn bidro til økt trivsel og mestring på skolen.
- Delegasjon av ansvar til avdelingsledere gjorde det lettere å få til et tverrfaglig samarbeid.
- Felles døgnavdeling ga BUP to nyttige institusjonsplasser som det ikke hadde vært mulig å drive alene.

Svakheter

- Drift i henhold til to regelverk skapte komplikasjoner og merarbeid som behov for separat journalføring, separate datasystemer og separat rapportering.
- For lavt klientbelegg (særlig for barnevernplasser) bidro til økte kostnader per barn og mindre effektiv drift.
- Oppstartsproblemer som sen ansettelse av avdelingsledere og uklarhet med hensyn til kompetansebehov bidro til tidlig utskifting av medarbeidere og forsinket enighet om mål og metoder.
- Endret politikk/prioritering i Bufetat om bruk av institusjoner for barn under tolv år bidro til nedleggelse av felles døgnavdeling.
- Avhengighet av kontinuerlig støtte fra to etater (Bufetat og Helseforetaket) gjorde avdelingen mer utsatt for nedleggelse

Prosjekt "Akutten i Nord-Trøndelag"

Prosjekt "Akutten i Nord-Trøndelag" (AiNT) er et samarbeid mellom BUP, Helse Nord-Trøndelag, Bufetat region Midt-Norge og kommunale barneverntjenester i Nord-Trøndelag for samordning av akutt og utredningstilbud for barn og unge i Nord-Trøndelag.

Etablering

Prosjektet har vært gjennom en forholdsvis langvarig planleggings- og etableringsfase fra første prosjektplan ble laget i 2008 til oppstart av et pilotprosjekt i samarbeid med tre barneverntjenester, Levanger, Steinkjer og Midtre-Namdal i november 2014. Prosjektet fikk finansiering fra BLD i september 2012, og ansatte prosjektledere i september 2013.

AiNT etableres som BUP døgninstitusjon med plassering etter barnevernloven og psykisk helsevernloven

Det var opprinnelig planlagt å etablere en felles døgnbasert akuttilbud for barnevern og psykisk helsevern med to plasser ved BUP Sykehuset Levanger. Prosjektstyret og lederne bestemte senere å droppe planer om felles døgnavdeling og utvikle prosjektet som ren helseinstitusjon på BUP sengepost. Barn kunne plasseres på avdelingen med hjemmel i både barnevernloven eller psykisk helsevern loven. Uansett plasseringshjemmel, fikk barnet en felles utredning fra barnevern og BUP mens de var plassert på avdelingen.

I følge prosjektlederen, ble dette gjort for å forenkle prosjekt og unngå komplikasjoner og forsinkelser som etablering av en felles institusjon ville innebære. Man kunne dermed unngå problemer i forhold til taushetsplikt og informasjonsdeling, opprettelse av to systemer for pasientinformasjon og arkivering og for tilsyn osv.

Pilotprosjektet med tre barneverntjenester

Det ble undertegnet en samarbeidsavtale i september 2014 mellom Bufetat region Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag HF ved BUP avdeling og tre barneverntjenester i Levanger, Steinkjer og Midtre-Namdal om drift av prosjektet som pilotprosjekt i perioden 1. november 2014 til 31.12. 2016. Avtalens virkeområde beskrives som følgende:

- Etablering av rutiner for barn/ungdom i alderen 10-18 år slik at tverretatlig samhandling kan starte så tidlig som mulig i saker der det er en reell mulighet for at et akuttvedtak etter barnevernloven vil kunne bli fattet innen kort tid, og der det samtidig er alvorlig bekymring knyttet til barnets/ungdommens psykiske helse. Dette for å muliggjøre tverretatlige tiltak som alternativ til plassering etter barnevernloven.

- Tilbud til barn/ungdom i alderen 10-18 år som har behov for helsehjelp etter psykisk helsevernloven og som har bostedsadresse i Nord-Trøndelag. For disse barn og ungdommene skal BUP sengepost i HNT være et plasseringsalternativ ved akuttvedtak etter barnevernloven. Akuttvedtak defineres i dette prosjektet som vedtak etter barnevernloven §§ 4-6, 1. og 2. ledd, samt frivillige plasseringer etter barnevernloven § 4-4, 4. ledd.

- BUP sengepost i HNT skal også være et plasseringsalternativ for barn/ungdom i alderen 10-18 år som er inneliggende i BUP sengepost, HNT og der helsepersonell i HNT har sendt bekymringsmelding til barneverntjenesten i en av kommunene knyttet til barnets/ungdommens omsorgssituasjon.

Finansiering

Prosjektet har fått delfinansiering for perioden 2013-2016 fra BLD av til sammen 4,6 million kroner. Dette skal dekke bl.a. lønn til prosjektledere, juridisk bistand, ekstern evaluering og andre driftsutgifter som prosjektsamlinger.
Finansiering av tilbud til ungdommene foregår på denne måten (jf. Samarbeidsavtalen av september 2014 med pilotkommunene):

- Tilbudet finansieres ut fra partenes eksisterende rammer for drift.
- Kommunene betaler en egenandel ved plassering av barn og ungdom i Bufetats institusjoner. Kommunene fritas for slik egen andel i inntil 3 uker ved akuttplassering av barn/ungdom i prosjektet og barn/ungdom samtidig mottar helsehjelp etter psykisk helsevernloven i BUP sengepost.
- Utgiftene for akuttplassering av barn/ungdom utover 3 uker i BUP sengepost i de tilfeller der BUP har avsluttet helsehjelpen og barn/ungdom er utskrivningsklar fra BUP, men kommunene mangler plasseringsalternativ eventuelt at omsorgssituasjonen for barn/ungdom ikke er avklart, skal belastes kommunene med den til en hver tid gjeldende døgnpris for BUP sengepost.

Statistikk

Statistikk om tolv ungdommer som ble henvist til prosjektet i perioden november 2014 til oktober 2015 viser følgende:

- Inntak: 12 henvisninger, derav 10 tatt inn for felles utredning, en familie takket nei etter første avklaringsmøte
- Alder: 10 til 17 år, derav 8 som var minst 13 år gammel
- Kjønn: 6 Jenter 4 Gutter
- Henvisningsinstans: Barnevern 7 BUP 5

- Plasseringshjemmel etter barnevernloven: 6 etter § 4-4, 4. ledd, 2 etter § 4-6 2. ledd, og 1 etter § 4-6, 1. ledd
- Plassering etter utredning: 3 til hjem, 3 tilHybel, 2 til Beredskapshjem, 1 til Familieplassering og 1 til Frivillig institusjon

Felles utredning

Utredningen beskrives på følgende måte i prosjektinformasjonen:

> "Formålet med AiNT er å samarbeide om en felles utredning, som igjen skal danne grunnlag for valg av tiltak i etterkant av oppholdet. Vi skal forsøke å etablere en forståelse av hva som er sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer for denne familien, samt hvilke tiltak som kan settes inn for å redusere risiko og styrke beskyttelsen. Tanken er at en felles utredning vil kunne ha høyere kvalitet enn dersom vi utfører arbeidet hver for oss, og at felles diskusjon omkring tiltak vil synliggjøre hvilke tiltak som eksisterer for de ulike instansene og øke sjansen for positiv utvikling."

Utredningen starter med et møte mellom fagfolk og familien på første innleggelsesdag hvor grunnleggende informasjon om barnet og familien kartlegges og en plan for utredningen legges. Partene møtes igjen etter 14 dager for å oppsummere utredningen og identifisere sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer. Mulige tiltak basert på disse faktorer drøftes. Den siste uken av oppholdet brukes til å fullføre utredningen og en tar stilling til mulige tiltak i familien og med aktuelle samarbeidende instanser. Utredningen avsluttes etter 21 dager med siste samarbeidsmøte hvor utredningen oppsummeres og tiltak bestemmes i samarbeid med ungdom og foreldre. Det bestemmes om ungdommen skal tilbakeføres til hjemmet eller videre plasseres utenfor hjemmet, for eksempel i fosterhjem, i begge tilfeller med oppfølgingsplan.

Prosjektet har laget forløpsbeskrivelser som oppsummerer rutiner/prosedyrer når barn/ungdom henvises til prosjektet. Disse er tilpasset de to målgruppene for prosjektet omtalt ovenfor i samarbeidsavtalen, dvs. for henvisninger fra kommunal barneverntjeneste der akuttplassering etter barnevernloven er et alternativ, og for barn som plasseres på BUP sengepost etter ø-hjelpsinnleggelse (med hjemmel i psykisk helsevernloven) hvor det avdekkes informasjon som utløser meldeplikt til barneverntjenesten.

I begge tilfelle, er det prosjektkoordinatorer ansatt på Bufetat som tar den første vurdering om barnet kan være aktuelt for inntak i prosjektet. Dersom koordinatoren i konsultasjon med barneverntjenesten og BUP bestemmer at barnet er aktuelt for prosjek-

tet, legges barnet inn på BUP sengeposten i tre uker for en felles utredning i samarbeid med begge tjenester.

Utredningen gjennomføres med utgangspunkt i en felles utredningsmal utviklet opprinnelig av Kvello (2007, 2010) for utredning i barnevernundersøkelser. Det ble vurdert å utvikle en ny utredningsmal for prosjektet, men fordi Kvello malen allerede var mye brukt av barneverntjenester i Nord-Trøndelag, ble det bestemt å bruke den i prosjektet som momentliste med fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barnet og foreldre/foresatte. Malen inneholder bl.a. punkter om bolig og økonomi, barnets kompetanse, fungering og tilpasning, barnets og foreldrenes helse, foreldre/barn samspill, og spesifikke familieforhold som vold, rusmiddelmisbruk, seksuelle overgrep, og kriminalitet. Malen kan suppleres etter behov med andre verktøy, for eksempel instrumenter som benyttes i andre BUP utredninger, som for eksempel SDQ, ASEBA og EURO-ADAD.

Informasjon fra to ledere

Det er gjennomført intervjuer med prosjektleder og med en kommunal barnevernleder som deltar i pilotprosjektet for å få deres synspunkter om hvordan prosjektet har fungert etter ett års drift (november 2014 – november 2015).

Prosjektlederens synspunkter

Det er viktig at modellen som brukes i prosjektet ble utviklet i fellesskap i arbeidsgrupper med deltagelse fra BUP, Bufetat og kommunale barneverntjenester. Dette bidro til tverretatlig kulturbygging som gir prosjektet en større sjanse til å lykkes. Prosessen med felles utvikling av modellen over tid er kanskje minst like viktig som modellen selv.

Det viktigst med modellen er at den legger til rette for en felles utredning med kartlegging av ungdommens og familiens ressurser og problemer mot å finne et godt tiltak på slutten av oppholdet. Det er en fordel at instansene har drøftet mulige tiltak i fellesskap og hva instansene kan tilby i en slik situasjon. Det er også viktig med en god tverretatlig individuell plan som kan brukes i oppfølging av ungdommen etter utskrivelsen.

Prosjektlederen mener at Kvello-mal har vært vellykket som utgangspunkt for felles utredninger i prosjektet, særlig som planleggingsverktøy. Den brukes til å lage en felles plan for utredningen, definere oppgavene til hver enkelt instans, sette frister og gi tilbakemeldinger til ungdom og familie om hva som skal gjøres. Utredning av foreldrefungering og samspill mellom foreldre og barn kan være mer problematisk, fordi barnet er innlagt på BUP sengepost i hele tre ukes periode, og det er ikke lett å observere samspill med foreldre under oppholdet på BUP. Kvello malen dekker mange av

de samme områder som faller inn under BUPs multiaksial klassifikasjonssystem. Særlig akse fem, avvikende psykososiale forhold, vil være godt belyst ved bruk av Kvello malen.

Det er en viktig styrke at barn kan legges inn på BUP sengepost med hjemmel i barnevernloven. BUP institusjoner kan i prinsippet brukes for plassering av barnevernbarn (jf. bvl § 4-14 (c), men dette ble sjelden gjort på Sykehus Levanger, før prosjektet AiNT ble etablert.

Prosjektet gir også bedre samarbeid for ungdom som er innlagt på BUP hvor det sendes bekymringsmelding til barneverntjenesten på grunn av barnets omsorgssituasjon. Man unngår å bruke tid og krefter på å krangle mellom BUP og barnevern hvor lenge ungdommen skal være innlagt på BUP, og hvilke alternativer som finnes for plassering etter utskrivelse fra BUP. Uten prosjektet, kom BUP ofte i situasjoner hvor barnevernet presset BUP til å forlenge innleggelse av en ungdom for å unngå at den havner i en akuttsituasjon med ingen gode plasseringsalternativer utenom BUP sengeposten.

Koordinatorer fra Bufetat har også hatt en positiv rolle i prosjektet. De styrer fellesmøtene og følger en plan som gjør det lettere å oppnå samarbeid mellom barnevern og BUP, istedenfor å krangle om hvor ungdommen skal være i de neste tre ukene.

Prosjektlederen ser ikke på det som problematisk at prosjektet ble gjennomført som felles utredning i en BUP institusjon, istedenfor som felles institusjon som opprinnelig planlagt. Han mener det hadde ikke vært mulig å etablere en felles institusjon innenfor tidsramme og budsjett som var tilgjengelig når han begynt som leder i 2013. En mulig fordel med en felles institusjon kunne ha vært å løse noe av usikkerheten og noen av de økonomiske konfliktene som kan oppstå etter tre uker når ungdommen skal skrives ut fra prosjektet og BUP sengeposten.

Lederen mener at felles institusjoner for psykisk helsevern og BUP er ikke nødvendigvis den beste eller mest realistiske samarbeidsmodellen for fremtiden. Det er minst like viktig med gode samarbeidsavtaler, kunnskapsformidling og kulturbygging mellom instansene. Det er viktig å dra nytte av ressursene til hverandre på de områdene hvor man har mulighet til det. Det er også nødvendig å styrke kompetansen i barnevernet, blant annet gjennom styrking av barnevernutdanning og ansettelse av andre yrkesgrupper enn barnevernpedagoger i barnevernet.

Prosjektlederen har identifisert noen utfordringer som kom frem i samtaler med samarbeidende aktører i etterkant av de første konkrete sakene. Disse ble inndelt i tre kate-

gorier – felles språk/kulturelle faktorer, utredningskvalitet og overgang fra utredning til tiltak:

- Felles språk/kulturelle faktorer:
    - Ulikt kunnskapsnivå om punktene i utredningsmalen (for eksempel emosjonsreguleringsferdigheter)
    - Møtedeltagere ikke alltid godt forberedt til møter

- Utredningskvalitet:
    - Mangler evidensbaserte verktøy for noen temaer (for eksempel foreldrene forståelse av barnet),
    - Ofte manglende informasjonsgrunnlag etter 14 dager (for eksempel ikke mottatt informasjon fra annen instans),
    - For kategorisk å klassifisere ett område som risiko eller beskyttelse, det kan være begge deler,
    - Hvordan skal felles oppsummeringsmøte dokumenteres

- Overgang fra felles forståelse til tiltak:
    - Tid
        - Første oppsummering kan ta lang tid, i tillegg til at deltagere som oftest har mange praktiske spørsmål som ønskes besvart i dette møtet.
    - Kommunikasjon
        - Lite kommunikasjon mellom instanser vedrørende utvikling av tiltak mellom møte etter 14 og 21 dager (annet enn evt. plasseringsted).
    - Mangel på hjemmebaserte tiltak
        - Mangel på forslag til standardiserte tiltak for sentrale risikofaktorer/problemstillinger som går igjen
    - Mangel på videre plasseringsalternativer
        - Ved videre omplassering; mangel på alternativer klare ved utskrivelse
    - Økonomi
        - Uklarhet om betalingsfordeling mellom kommune og Bufetat ved forlengelse av oppholdet
    - Brukermedvirkning
        - Tidspress fører til risiko for at familien ikke involveres godt nok i drøfting/valg av tiltak

        - Modellen/rammene gir en del uforutsigbarhet for barn/familier knyttet til hva som skal skje etter tre uker
    - Fokus
        -
    - Uklarhet rundt hvordan å involvere foreldre og barn i tilbakemelding fra utredning og valg av tiltak
- Ingen automatikk i at tiltak evalueres i fellesskap

Barnevernlederens synspunkter

Barnevernlederen mener at deltagelse i prosjektet AiNT har vært positiv for ungdommene som fikk utredning på BUP sengepost, men også utfordrende for barnevernarbeidere som har deltatt i felles møtene i forbindelse med disse ungdommer.

Prosjektet har gjort det lettere for barneverntjenesten å få bistand fra både BUP og Bufetat i akutt situasjoner. Det er lettere å få plass for ungdom på BUP sengepost når de tas inn gjennom prosjektet. Tilgang for barnevernbarn til BUP sengepost har vært mer vanskelig tidligere, særlig når BUP mente at ungdommen hadde en uavklart omsorgssituasjon. Det har også vært lettere i prosjektet å få bistand fra Bufetat for ungdom i en akutt situasjon. Barneverntjenesten måtte ordne beredskapshjem til disse ungdommer selv, fordi Bufetat hadde ingen tilgjengelig hjem som kunne benyttes for akutt plasseringer.

Barnevernlederen mente også at felles utredning med deltagelse fra barneverntjeneste og BUP har stort sett fungert bra, men at skriftlig dokumentasjon om samarbeidet mellom BUP og barnevernet i de enkelte saker ikke var godt nok. Det har ikke alltid vært god nok skriftlig rapportering fra siste felles oppsummeringsmøte mellom familien og fagfolk. Tjenestene har skrevet egne rapporter hver for seg – en epikrise fra BUP og en undersøkelsesrapport fra barnevernet.

Prosjektet kan oppleves som utfordrende for barnevernarbeidere som har deltatt i felles utredningsarbeid, bl.a. fordi disse har følt seg underlegen og for dårlig kvalifiserte i møte med fagfolk fra BUP og Bufetat. Dette kan ha flere årsaker, bl.a. at barnevernarbeidere føler seg mindre faglig kvalifisert enn kollegaene fra BUP og Bufetat. Flere har vært forholdsvis kort tid på barneverntjenesten, at det ofte er bare en kommunal barnevernarbeider på møtene sammen med inntil 8 eller flere fra BUP og Bufetat, og at prosjektmøtene foregår på Sykehus Levanger, som betyr at BUP medarbeidere i prosjektet føler seg mer på "hjemmebane".

Barnevernlederen problematisert også spørsmål om hvem som har myndighet til å bestemme tiltak for ungdom som tas inn til prosjektet for felles utredning. Prosjektets målsetting er at et tverretatlig fagteam skal komme frem til anbefalt tiltak sammen med familien på slutten av 21 dagers utredning på BUP sengepost. Dette er lettere å få til når barn plasseres på BUP sengepost med frivillig vedtak med foreldres samtykke (jf. bvl § 4-4, 4. ledd.) Situasjonen er mer komplisert for ungdommen plassert på BUP med akutt tvangsvedtak (jf. bvl § 4-6,2.). I slike tilfelle, har barnevernlederen myndighet til å fatte midlertidig vedtak i 48 timer, men fylkesnemnda må godkjenne slike vedtak. Lederen mente det ville være en fordel om fylkesnemnda fikk mer informasjon om prosjektet AiNT og at deltagere fra BUP og Bufetat tok større hensyn til dette problemet.

Barnevernlederen mente det var viktig at prosjektets styringsgruppe har blitt utvidet til å inkludere en representant fra kommunal barneverntjenestene, i tillegg til Helse Nord-Trøndelag og Bufetat region Midt-Norge. Dette vil gi barneverntjenester en større rolle i utforming av prosjektet fremover. Det er også viktig for å øke den kommunale barneverntjenestens likeverdighet i prosjektet i forhold til BUP og Bufetat.

Planlagt evaluering og utvidelse

Prosjektet skal evalueres i 2016 i samarbeid med RKBU Midt-Norge. Evalueringen skal se på erfaringer fra den første pilot perioden med deltagelse fra tre barneverntjenester til og med desember 2015, og på erfaringer fra 2016 når prosjektet utvides. Det er planlagt å utvide pilotprosjektet i 2016 på flere måter. Andre barneverntjenester i Nord-Trøndelag skal få anledning til å delta sammen med de første tre tjenester i piloten (Levanger, Steinkjer og Midtre-Namdal). Det er også planlagt å utvide målgruppen til barn i 0-18 års alder som er akuttplasserte på andre steder enn BUP sengeposten på Levanger. Aktuelle plasseringssteder som har vært diskutert er BUP sengepost på Sykehus Levanger, herunder definerte beredskapshjem i nærheten av sykehuset Levanger/Namsos, Vikhovlia akuttsenter, og i Familie/nettverk. Evalueringen skal brukes til å bestemme hvordan prosjektet eventuelt bør endres når man går over til ordinær drift i 2017.

Plan for felles institusjon i Oslo - samarbeid mellom Barne- og familieetaten (BFE) og Oslo universitetssykehus, (OUS) Senter for psykisk helse barn og ungdom

Barne- og familieetaten i Oslo (BFE) og Oslo universitetssykehus (OUS), senter for psykisk helse barn og unge planla en felles institusjon for psykisk helsevern og barnevern i Oslo. Planene ble laget på bakgrunn av erfaringer fra et tidligere samarbeidspro-

sjekt, "Prosjekt barnevern for psykisk helse" som ble opprettet i BFE i 2006, og som var en felles satsning mellom disse to instanser. Det ble konkludert "at barna (i BFEs institusjoner) ser ut til å ha omfattende og gjennomgripende psykiske helseproblemer som aktualiserer en sterkere felles satsning på området". (Utredningsrapport fra BFE og OUS, 2011, s.8). Et felles utredningsprosjekt ble etablert høsten 2010 med oppgave om å utrede muligheten for felles institusjon.

Prosjektgruppens utredningsrapport "Felles Tiltak Barnevern og Psykisk Helse – Integrert behandlings- og omsorgstilbud for barn med alvorlige psykiske vansker kombinert med marginal omsorgssituasjon" ble ferdig i 2011. Prosjektgruppens forslag til felles institusjon har ikke blitt iverksatt fordi OUS ledelse ikke var villig til å finansiere prosjektet. Oslo kommune og BFE støtter fortsatt utvikling av en felles institusjon, noe som ble stadfestet i en bystyremelding i mars 2015 om "Barnevern i Oslo".

Prosjektgruppens mandat

> "Å beskrive en institusjon hvor barnevern og psykisk helsevern er integrert som felles tjeneste basert på kompetanse fra to fagfelt og underlagt en ledelse. Tiltaket skal ha et langsiktig perspektiv, hvor det jobbes med å etablere nye tilknytningsforhold som kan gi barna en ny type erfaring, som motivasjon for en mer sosial atferd. Tilbudet må være av en slik varighet at det representerer en reell og troverdig base, der barnet kan få en velfundert visshet om eksistensen og særtrekkene ved en delt sosial virkelighet som basis for videre utvikling, og dermed kunne møte livet som ung voksen. Barnevernet har tradisjon for å tenke langsiktig og har samtidig erfaring med institusjoner med daglig omsorgsansvar. En felles faglig institusjon ønskes derfor forankret i barnevernet" (Utredningsrapport, s.6).

Organisering

- 5-årig prosjekt, formelt som vanlig kommunal barnevernsinstitusjon, der barnevernet har driftsansvar
- Tiltaket forankres i barnevernet på grunn av langsiktig perspektiv på tilbudet
- Institusjon bør knyttes formelt til en avdeling innen psykisk helsevern som allerede har sykehusgodkjenning
- Det bør ansettes kvalifisert helsepersonell etter modell av institusjon i psykisk helsevern
- Barnevernet "eier" plassene og PHBU "eier" behandlingen

Økonomi og finansiering

- Årlig budsjett på 25,5 millioner, derav lønn 23 millioner og driftutgifter 2,5 millioner

- Bemanning 28,5 årsverk
- Kapasitet 6 plasser med 70 % belegg
- Barnevern og PHBU dekker halvpartene av utgiftene hver
- Bidraget fra PHBU rammefinansieres
- Bidraget fra barnevernet (Oslo kommunen) finansieres ved kjøp av plasser fra bydelsbarnevernet

Faglig orientering

- Helhetsforståelse – begge tjenester skal se hele barnet ut i fra en helhetsforståelse, hvor beskrivelse og vurdering av barnet skal være basert på felles forståelse, og være et tilbud bygd på felles faglig grunnlag
- Problemene ses i lys av psykososialt utvikling; barnet ses ikke primært som syk eller avvikende, men som et strev med å få til tilværelse

Målgruppen for prosjektet

- Barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser kombinert med marginal omsorgssituasjon
- 6 barn med inntaks alder 9-13 år
- Barn med alvorlige relasjon- og samspillsforstyrrelser.
- Store mangler i basale mellommenneskelige ferdigheter som følge av omsorgssvikt
- Særlig lav sosial kompetanse med tilhørende meget lavt psykososialt funksjonsnivå
- Omfattende tilknytningsforstyrrelser (CGAS-skåre på 40 eller lavere)
- Dårlig integrerte eller jegsvake
- Vanskene forankret i erfaringer med relasjoner som har vært krenkende, straffende og lite ivaretakende
- Tilknytningserfaringene preget av tilfeldig omsorg som ikke er tilpasset barnets behov på et gitt tidspunkt

Oppholdstid

- Langsiktige oppholdstid som vil variere avhengig av barnets utvikling
- Tidsrammer er lengre enn det som tradisjonelt gjelder i barnevernet og psykisk helsevern

Plasseringshjemmel

- Plassering med hjemmel i barnevernloven
- § 4-4, 5. ledd (nå 4. ledd) – frivillig plassering
- § 4-12 (evt. § 4-8, 2. ledd) – omsorgsovertakelse

- § 4-6, 2. ledd – akuttplassering, kan bare benyttes når barnevernet har tilstrekkelig kunnskap om barnet fra før

Behandlingsmetode

- Tilknytningsorientert miljøterapi

Den beskrives på følgende måte i utredningsrapporten:

> "Hovedaktiviteten i tiltaket er tilknytningsorientert miljøterapi basert på forståelse av barnas psykososiale funksjonsnivå. Barna anses å ha psykologiske mangler, og målet med behandlingen er at de får anledning til å hente seg inn på psykologisk normalutvikling. Arbeid med tilrettelegging for psykologisk utvikling forutsetter en miljøterapi anvendt innenfor relativt langsiktige tidsrammer, og som i dag går utover det som tradisjonelt gjelder både i barnevernet og psykisk helsevern i dag. Barna har behov av høyt kvalifiserte miljøterapeutiske innsatser. Han/hun må gis mulighet til utvikling og forandring gjennom forutsigbarhet i hverdagen og et relasjonelt innhold som ivaretar og bekrefter positivt." (s.30)

Synspunkter til ledere fra BUPA/OUS

Det var ledelse ved OUS som stanset planene om etablering av en felles institusjon i 2011. Begrunnelse for avgjørelsen ble forklart under et Skype samtale med tre ledere for BUPA/OUS. Estimerte kostnader for den nye felles institusjonen var 25 millioner kroner per år over fem år, kroner 125 millioner tilsammen for en institusjon med seks døgnplasser. Utgiftene skulle deles likt mellom BUPA/OUS og BFE/Oslo kommune. Oslo kommune var innstilt på å dekke sin del av kostnadene, med dette var ikke aktuelt for BUPA/OUS.

Forslag til iverksetting av felles institusjon i 2011 kom samtidig som en svær omorganisering av BUPA/OUS, og en stor nedskjæring av tilbudet på dag- og døgntjenester på BUPA. Antall døgnplasser for barn ble halvert fra 12 til 6 plasser, og en enhet for ungdom ble lagt ned. Det var en veldig krevende situasjon, og helt urealistisk å bruke 12 millioner per år på en ny felles institusjon under slike økonomiske forhold.

BUPA/OUS hadde også faglige grunner for motstand til den nye institusjonen. Planen var å gi et omsorgstilbud til 5-6 barn over veldig lang tid, og dette var på tvers av oppdraget til BUPA, som er basert på 95 % poliklinisk tilbud, og dag- og døgntjenester som skal ha mer kortvarig fokus. Det legges inn færre og færre barn med døgnrammer,

og når det gjøres skal oppholdet være så kort som mulig. Det brukes i stede planlagte perioder med innleggelse av familien.

BUPA har også en ungdomsseksjon for ungdom i 13-18 års alder som driver mer tradisjonelt og som har enorm pågang. Det finnes bare fem akuttplasser som skal dekke et opptaksområde på ca. 100,000 barn og unge mellom 0-18 år. De har ikke mulighet å legge inn ungdom over lang tid på døgnavdeling når det finnes så få senger. Det er heller ikke faglig ønskelig med lengre opphold på døgnavdeling for ungdom.

Det handlet om hvordan bruke midler mer effektivt, ogpå hvilken måte de kan bistå i kompliserte saker i barneverntjenesten. BFE har 177 institusjons plasser i Oslo hvor det plasseres 450 barn hvert år, så satsing på en felles institusjon med plass til bare 6 ungdom over lengre tid vil være feil bruk av begrensete ressurser. Vanlig oppholdstid for ungdom i BUPAs døgnavdelinger er fra 2-3 måneder og opp til et år, inkludert forvern og ettervern.

BUPA forsøker nå å legge om til arenafleksibel behandling som er en ny helsepolitisk føring, men som de begynt med for lenge siden. Modellen kalles for arenafleksibel hjemme-sykehus modell. Hensikten er å styrke barnet i sine naturlige omgivelser. BUPA prøver å arbeide mer forebyggende og utadvendt for å redusere innleggelse av barn under 14 år på skjermet avdeling. De har etablert et arenafleksibelt team med lege og psykolog som gjør kortvarige stabiliseringsoppdrag for å forhindre slike innleggelser. Men en kan brukesengeavdeling når det trengs. Det er ikke bare et poliklinisk ambulant tilbud som noen prøver å gjøre det til.

BUPAs oppdrag, i hvert fall for barn under 14 år, er å differensiere og skape en pakke som passer for alle, med helt tilpassede behandlingsforløp etter de ulike behovene. Det må vurderes opp mot den pasientgruppa som er plassert på barneverninstitusjoner eller i fosterhjem og som har behov for psykisk helsevern. Det bør etableres et team som reiser ut og gir behandling der hvor barna bor, et arenafleksibelt barnevernsteam. Det bør være folk fra både barnevern og psykisk helsevern i et slikt team.

BUPA tenker ikke lenger på etablering av en felles institusjon med langvarig plassering av få barn over flere år. Utredningsplanen fra 2011 var basert på 6 behandlingsplasser over 5 år som vil koste 25 millioner kroner per år, eller 125 millioner til sammen for 6 barn. De vil heller bruke dette beløpet å lage et tilbud til alle 450 barn og ungdom som er plassert i BFEs barneverninstitusjoner i Oslo hvert år. Dette vil kunne gi en barnepsykiatrisk utredning og et mer koordinerte behandlingstiltak mellom psykisk helsevern og barnevern der hvor barna bor, til mange flere barn.

Informantenes synspunkter om arenafleksibel behandlingsløsninger fremfor satsning på felles institusjoner, kom tydelig til uttrykk i et debattinnlegg i Aftenposten i september 2015. Innlegget ble skrevet som svar til Barneombudets forslag om etablering av felles institusjoner i rapporten "Grenseløs Omsorg – Om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern" (Barneombudet 2015). Innlegget som ble skrevet av to ledere fra BUPA/OUS sier blant annet følgende:

> "Vi mener at felles institusjon ikke er den beste løsningen. Den er kostbar og kommer for få barn til gode. En vanlig størrelse på en institusjon for at den skal være et godt sted for barn å være, er seks til åtte plasser. Vi ønsker at flere barn skal få koordinert hjelp fra både barnevern og psykisk helsevern. Men vi må finne bedre samarbeidsløsninger. I stedet for å opprette felles institusjon, ønsker vi at Barneombudet og myndigheter skal støtte en fag utvikling der vi går bort fra tradisjonell innleggelse og bygger opp arenafleksible behandlingsplasser med mulighet for døgnrammer. Dette betyr at barna får hjelp der de lever sine liv og på de arenaer de oppholder seg til vanlig, ikke innskrevet i en seng i en døgnavdeling. Dette er i tråd med helsepolitiske føringer og god faglig praksis. Vi har sett en drastisk nedgang i tvang etter at vi ved Barneseksjonen psykisk helse la om driften. Vi har gått fra tradisjonell døgninnleggelse og til en hjemmesykehusmodell. Så langt har foreldre og barn gitt gode tilbakemeldinger". (Aftenposten 30.09.2015, Brekke og Fixdal).

Synspunkter til ledere fra BFE

BFE støttet plan for etablering av felles institusjon med BUP/OUS som ble utredet i 2011. De hadde stilte institusjonslokaler til disposisjon og var villige til å betale halvparten av drift utgiftene (12.500.000 kroner per år).

Lederne fortalt at BFE fortsatt støtter etablering av denne felles institusjonen, selv om BUPA/OUS ikke gjør det. Lederne forteller at Oslo byrådet har også gitt sin støtte til dette i Bystyremelding nr.1/2015 om Barnevern i Oslo, som ble vedtatt i mars 2015. Her står det: "Det skal gjøres et nytt forsøk på å etablere et kombinert omsorgs- og døgnbehandlingstilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten".

BFE har tenkt å gjøre et nytt forsøk å få til en felles institusjon, men de innser at det også er avhengig av støtte fra BUPA/OUS dersom det skal lykkes denne gangen. Modell for felles institusjonen som ble utredet i 2011 er fortsatt aktuelt, men de er villig til å gå i dialog med BUPA/OUS for å diskutere om det trengs endringer eller tilpasninger i 2016.

Ledere fortalt at de har 177 plasser i BFEs kommunale barneverninstitusjoner i Oslo som tar i mot nesten 500 barn per år. Mange av disse har psykiske problemer som institusjonene forsøker å gjøre noe med. De færreste av disse har noe annet psykisk helse tilbud enn det som tilbys i barneverninsitusjonen. Flere av barna er i barneverninstitusjoner over flere år, mange av disse har alvorlige psykiske problemer, blant annet psykoser og suicidalitet, flere kan ha flere diagnoser. Disse må av og til plasseres akutt i noen timer eller noen døgn i en akutt psykiatrisk institusjon, men de kommer tilbake til barneverninstitusjonen og er ikke ferdig behandlet eller frisk. Fordelen for BFE med å få til en felles institusjon er fordi det gir noen andre juridiske muligheter, og gir tilgang til annen kompetansesom leger og psykiater. Og det er veldig få psykiatriske institusjonsplasser i Oslo for barn og ungdom. Det finnes bare 11-12 plasser i BUPA i Oslo.

Ledere mener at BFE har ansvar i Oslo for flere barn og ungdom som egentlig burde hatt et tilbud i BUP. De mener at dette skyldes inntakskriteriene i BUP, blant annet i forhold til krav om at ungdommen må ha en avklart omsorgssituasjon før de kan behandles i BUP. BUP institusjoner er vanligvis stengt i helger og ferier og dette er også et problem for barnevernbarn som ofte ikke har andre steder de kan bo i helger og ferier. BUP forventer også at barna skal være motivert for behandling, dette stenger også mange barnevernbarn ut. Barneverninstitusjoner har mye bredere inntakskriterier og tar i mot stort sett alle som har behov.

Det er en stor forskjell i ressurssituasjonen til BUPA institusjoner og barneverninstitusjoner. Barneverninstitusjoner har miljøterapeuter med i beste fall barnevernfaglige utdanning på bachelor nivå, mens BUPA har god staffing med psykologer, leger, og psykiatere i faste stillinger. Utgifter og kompetansekravene i barnevernet må øke dersom barnevernet skal ha et ansvar på dette området, enten alene eller sammen med BUP.

Noen av barna med psykiske problemer i Oslos barneverninstitusjoner får hjelp fra BUPA poliklinisk, men det ligger litt på siden av den daglige miljøterapien og døgntilbudet som de får på barneverninstitusjonen, og det er krevende å koordinere innholdet i BUPA tilbudet med tilbudet de får inne i institusjonen.

BFE har flere psykologer som gir veiledning til barneverninstitusjoner i forbindelse med barn og ungdom med psykiske problemer. Det veiledes i spesifikke miljøterapeutiske metoder, som har tre strategier for tilknytningsorientert miljøterapi. Disse er for grunnleggende tilknytningsforstyrrelse, alvorlig tilknytningsforstyrrelse og tematisk

omsorgssvikt. Psykolog Are Skoglund ved BFE har gitt ut en beskrivelse av denne metoden. (Skoglund 2015)

Tilknytningsorientert miljøterapi for ungdom i barneverninstitusjon er inspirert blant annet av en metode utviklet i Australia av psykologen Howard Bath som heter "Trauma-Informed Care" (Traumebevisst omsorg). Metoden bygger på tre grunnpillarer: trygghet, relasjon og følelsesregulering (Bath 2008).

Ny samhandlingsavtale

Etter at OUS kom med avslag om finansiering av en felles institusjon sammen med BFE, ble det undertegnet en ny samhandlingsavtale mellom BUPA/OUS og BFE i juni 2014 (se vedlagt avtale). Samhandlingsavtalen har følgende formål:

> "Avtalens formål er å sikre godt samarbeid og kompetanse utveksling mellom OUS HF – BUPA/Klinikk psykisk helse og avhengighet, og Oslo kommune, BFE – Barneavdelingen. Avtalen skal sikre samarbeidet om barn og unge som får tiltak fra barnevernsavdelingen i BFE og bidra til struktur og forutsigbarhet i kompetanseutvekslingen mellom OUS HF/BUPA/Klinikk psykisk helse og avhengighet, og Oslo kommune, BFE – Barneavdelingen".

Det ble etablert søster-institusjoner mellom institusjoner i BFE og BUPA, med etablering av felles fagdager, konsultative funksjoner osv. BUPA tror dette er en mer hensiktsmessig måte å bruke ressursene på.

Plan for en felles institusjon i Ålesund "Olsvika"

Bufetat Sunnmøre laget en planskisse i mai 2011 for et institusjonstiltak for ungdom med sammensatt problematikk: omsorg og psykisk helse. Institusjonen skulle kalles "Olsvika". Skisse ble utviklet i et samarbeid mellom BUP/Ålesund og flere kommunale barneverntjenester. Skissen fikk støtte fra flere instanser, blant annet en regional styringsgruppe og, regionalt samarbeidsorgan for barn og unge (RSBU).

Bufetat bestemt selv å avslutte planene for institusjonen, blant annet på grunn av en stor intern omorganisering i Bufetat region Midt-Norge som skjedde på samme tidspunktet (2011-2012). Det ble mye vanskeligere å sette i gang nye tiltak i regionen. Det var planlagt flere nye institusjonstiltak i Bufetat regi på Sunnmøre, og et annet stort prosjekt for utvidelse av en eksisterende barneverninstitusjon (Frei barnevernsenter) ble forkastet i samme perioden.

En kort oppsummering av planen for "Olsvika", og hvorfor den ikke ble gjennomført er presentert i dette avsnittet. Den er basert på Bufetats planskisse fra mai 2011, en tilrådning til organisasjonsmodell i Olsvika som ble lagt frem for ledergruppen, og et intervju med en av prosjektledere fra Bufetat.

Tilbud

En Bufetat døgninstitusjon med 4 plasser for ungdom med sammensatt problematikk, omsorg og psykisk helse, der hjelpebehovet kan bli gitt etter flere lovverk.

Målgruppen

- Ungdom i alderen 15-18 år
- Uten adekvat omsorgsbase eller i alvorlig fare for å tape omsorgsbase
- Med alvorlige forstyrrelse av karaktermessige, konstitusjons- og atferdsmønstre som gir betydelige sosiale og personlige vansker; herunder (etter ICD 10, F60).

Plasseringshjemmel

Ungdom som trenger hjelp etter både barnevernloven og psykisk helsevernloven.
Plassering etter barnevernloven med hjemmel i §§ 4-4, 5. ledd (frivillig plassering), 4-12 (omsorgsovertakelse), og eventuelt 4-24, 4-26 (plassering pga ungdommens atferd).

Organisering

Bufetats plan hadde tre alternativer for organisering med varierende involvering fra spesialisthelsetjenesten BUP. Disse var:

- En ren barneverninstitusjon der spesialisthelsetjenesten gir et tilbud likt det som gis til andre barneverninstitusjoner på Sunnmøre.

- En barneverninstitusjon der det samarbeides tett med spesialisthelsetjenesten; med felles opplæringsløp på metode innen hhv gruppe og individualistisk tilnærming, og der spesialisthelsetjenesten yter bistand på utredning, formal- \ differensial-diagnostisering, ved å ha et overordnet behandlingsansvar; medisinsk, individualterapeutisk, samt en løpende saksveiledning til gruppeterapeuter\ledende miljøterapeuter. I tillegg må det være strukturer for å ivareta nødvendig kommunikasjon uten hinder for taushetsplikt og for systemveiledning som ivaretar metodeintegritet.

- En sektoroverskridende institusjon, slik det foreslås m.a. av Flatø-utvalget i NOU 2009:22.

Ledergruppen valgt å gjennomføre mellomløsningen, alternativet med en barneverninstitusjon der det samarbeides tett med spesialisthelsetjenesten. Alternativet med en felles sektoroverskridende institusjon ble vurdert som ønskelig på lengre sikt dersom samhandlingsreformen utløser midler, med dette ble sett på som urealistisk på kort sikt, fordi det hastet med etablering av et tiltak for prosjektets målgruppe.

Finansiering

Alternativet med mellomløsning innebærer at Bufetat har hovedansvar for finansiering som eier av institusjonen.

Behandlingsmetoder

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) og Dialektisk Atferdsterapi (DAT) som kan brukes både miljøterapeutisk og individualterapeutisk.

MBT baseres på arbeid av Jon G. Allen og kolleger fra Menninger klinikken i Houston, Texas. Metoden beskrives blant annet i boken "Mentalizing in clinical practice" Allen, Fonagy og Bateman (2008).

Hovedoppgaven vil være å arbeide med samspillsvanskene i her og nå og å engasjere ungdommer og behandlere til en mentaliserende aktivitet; å motta og oppleve atferd hos en selv og andre i sammenheng med intensjonelle mentale tilstander som tanker og følelser, samt å fremme en undring, nysgjerrighet om seg selv og andre i aktiv dialoger.

Synspunkter fra prosjektleder

Bakgrunnen for planlegging av Olsvika prosjektet var at de fant ungdommene med sammensatte problemer med vanskelig omsorgssituasjon og psykiske helse problemer i Bufetats barneverninstitusjoner og de opplevde at de ikke kom noen vei med dem. De var ofte veldig urolige momenter i institusjon i forhold til andre ungdommene. De faller utenfor gruppene på institusjonen og de fleste havner i enetiltak. De får private tiltak og det må bygges opp mye ekstra rundt det. Det er ikke forsket på hvor vellykket slike enetiltak er men Bufetat opplever å ha for lite kontroll over disse.

Lederen mener at funn fra RKBU Midt-Norges prosjekt om "Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner" (Kayed et al 2015) gjøre Olsvika prosjekt fortsatt aktuelt. En liten og relativt kostbart institusjonstilbud for de vanskeligste ungdommene, de med størst behov er fortsatt veien å gå. For at det skal lykkes må det skje i samarbeid mellom barnevern og BUP., Dette fordi det er kostbart og ressurskrevende, både på kompetansesiden, bemanningssiden og støttesystemene rundt.

Det finnes fortsatt ikke egnet tilbud i Norge i dag for målgruppen som Olsvika tok sikte på. Det er usikkert om et institusjonstilbud som den som ble planlagt på Olsvika ville lykkes, så det må eventuelt prøves ut over en periode på minst tre-fire år med sikret finansiering.

Lederen synes det er spennende at Bufdir og Helsedir prater sammen nå på direktørnivå og begynner å se behovet for tettere samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern. Det begynner å bli større kompetanse om mentaliseringsbasert miljøterapi i Norge i de siste årene, en utvikling som lederen ser på som positiv. Det vises i denne forbindelse til en norsk bok om dette temaet "Miljøterapiboken – Mentalisering som holdning og handling" (Skårderud og Sommerfeldt, 2013).

Litteratursøk

Metoden for gjennomføring av litteratursøk er beskrevet ovenfor i avsnitt om metode. Det ble ikke funnet noen publikasjoner om felles institusjoner for psykisk helse og barnevern i andre land. Det ble funnet flere publikasjoner om ulike former for samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern, mellom etater og prosjekter. Disse faller utenfor målsetting for dette prosjektet og beskrives ikke nærmere her.

Forespørsel til styremedlemmer i European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF)

Som omtalt tidligere ble det sendt ut forespørsel til EUSARF styremedlemmer om deres kjennskap til felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i eget eller andre land. De fleste styremedlemmer svart på henvendelsen, men ingen kjente til felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern.

Det ble nevnt andre type samarbeidsprosjekter som kunne være relevant, for eksempel et samarbeidsprosjekt i Skotland – Mindful Care- hvor ansatt i barneverninstitusjoner har fått opplæring og veiledning i hvordan å ta seg av psykiske helse problemer hos ungdommene i disse institusjoner (Makinson et al 2009).

Flere fortalt om en metode for behandling av barn og ungdom med alvorlige psykiske problemer i barneverninstitusjoner (og andre settinger) som de mente kunne være relevant som alternativ til etablering av felles institusjoner - Therapeutic Residential Care (TRC). Erfaringer med TRC i flere land er beskrevet i en ny bok som er gitt ut med deltagelse fra flere av EUSARF styremedlemmer, "Therapeutic Residential Care for

Children and Youth. Developing Evidence-Based International Practice", Whittaker, J. K., del Valle, J. F., og Holmes, L. (2015).

TRC defineres på følgende måte av Whittaker og kolleger:

> "Therapeutic Residential Care involves the planful use of a purposefully constructed, multi-dimensional living environment designed to enhance or provide treatment, education, socialization, support and protection to children and youth with mental health or behavioral needs in partnership with their families and in collaboration with a full spectrum of community-based formal and informal helping resources" (s. 24).

Boken presenterer ulike erfaringer med TRC i flere land. Det trekkes ingen entydig konklusjon om hvor effektiv den er, men Whittaker Et al mener det bør være plass for TRC som et alternativ for barn og ungdom med store problemer. De skriver:

> "We believe that a well-specified, evidence- informed and closely evaluated TRC alternative can and should have a place among the array of family- and community-centered intensive interventions that are available to high-resource using children, youth and their families. Our aim is to point the way forward – in understanding key child needs, model programs and practices, training, evaluation, and organizational support structures, successful pathways for engaging families as partners, preparing for transitions from the residential experience and accurately forecasting and monitoring service costs". (s.26)

Australia er et land som har hatt positive erfaringer med flere modeller for TRC. McNamara beskriver tre av disse i et kapittel i boken omtalt ovenfor. Disse er Sanctuary model, Lighthouse model, og en model utviklet av Department of Human Services (DHS) in Victoria. Erfaringer med modellene oppsummeres på denne måten:

> "This brief overview of three key models of TRC for children and young people operating in Victoria is indeed hopeful. The models all appear well informed by current neuroscience around the impact of trauma and abuse on brain development. All three are purposely focused on this impact, and on attachment disruption, in order to respond therapeutically. There is clearly generalized understanding that such complex issues cannot be addressed with short-term interventions. It is recognized that years, rather than weeks or months, are needed for children and young people to heal and be supported and move forward developmentally and systemically. There is also recognition that if residential care

> ends at the point of leaving formal care, detailed planning and long-term support will be required." (s.137).

McNamara peker spesielt på positive erfaringer fra DHS modellen som beskrives i en evaluering (DHS-Verso 2011). Dette har resultert i økt offentlig støtte for TRC i Australia og finansiering av 100 nye senger. McNamara oppsummerer evalueringen på denne måten:

> "It appears that the children and young people in TRC made more progress in relation to quality of relationships and contact with family, and sustained significant improvements to the quality of contact with their residential carers over time in the TRC units. They also had increased community connection through recreational activities, significant improvements in sense of self, increased healthy lifestyles and reduced risk taking, enhanced mental and emotional health and improved relationships with school. These improvements contrasted with that of their peers in general care and with their own earlier progress in general residential units."

Evalueringen identifisert flere programelementer som ble sett på som kritisk til programmets suksess:

- Trained and additional staff
- Consistent rostering
- Engagement and participation of the young people
- Client mix
- Care team meetings
- The therapeutic specialist
- Reflective practice
- Organisational congruence and commitment
- Physical environment
- Exit planning
- Post exit support (s.133)

KONKLUSJON OG OPPSUMMERING

Flatø-utvalgets (2009) anbefaling om etablering av felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling i regi av Bufetat og helseforetakene har fått støtte fra flere offentlige instanser, blant annet fra Bufdirs arbeidsgruppe om kvalitet i barneverninstitusjoner (2010), Helsetilsynet (2012) og Barneombudet (2015). Disse anbefalinger har så langt ikke vært fulgt opp med etablering av flere felles institusjoner av denne typen i Norge.

En felles døgnavdeling som eksisterte på Seljelia barnevernsenter på Gjøvik ble lagt ned i 2010 som en del av Bufetats nedprioritering av barneverninstitusjoner for barn under 13 år. Avdelingen ble ikke evaluert, men en rapport om erfaringer basert på informasjon fra ledere og medarbeidere indikerer at avdelingen lyktes i etablering av en felles døgnavdeling basert på felles utredning av barn over en periode på ca. tre måneder (Lurie 2013).

Ledere og miljøterapeutene erfarte et positivt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid basert på en økologisk utviklings modell og pragmatiske løsninger. Barna fikk en helhetlig og tverrfaglig utredning basert på barnevernfaglige og/eller psykisk helsevernfaglige prinsipper (avhengig av plasseringshjemmel) og de fikk miljøterapeutisk behandling under oppholdet.

To viktige lærdommer som kan trekkes fra Seljelias erfaringer er at en eventuell etablering av felles institusjoner i fremtiden bør satse på en eldre målgruppe (helst 13 år og eldre), og at det kan være en fordel å søke om status som forsøksordning for å unngå komplikasjoner og dobbelt arbeid knyttet til drift under to etater og to lover/regelverk.

Prosjektet AiNT viser imidlertid at det er ikke nødvendig å etablere en felles institusjon for å kunne lykkes med felles utredning av barn/ungdom med sammensatte problemer relatert til både psykisk helse og omsorgsproblematikk. AiNT har lyktes med dette i en helseinstitusjon (BUP sengepost) som legger inn ungdom med hjemmel i både barnevernloven og psykisk helsevernloven. BUP institusjoner kan være plasseringsalternativer for barn etter barnevernloven, men denne mulighet har vært lite benyttet på Sykehuset Levanger og i mange andre BUP institusjoner. Utredningen ble gjort i kortere tid enn på Seljelia (3 uker versus 3 måneder) som er mer i tråd med BUPs målsetting om mest mulig poliklinisk utredning/behandling og bare kortvarig opphold i døgnavdelinger.

Det er for tidlig å trekke sikre konklusjoner om AiNTs verdi som modell for andre institusjoner. Prosjektet har bare tatt i mot 10 ungdommer innen utgangen av 2015, så det er begrensete erfaringer så langt. Intervjuer med prosjektleder og en barnevernleder tyder på generell optimisme i forhold til prosjektets modell for felles utredning i akuttsaker. Kvello malen ser ut til å danne et brukbart utgangspunkt for tverrfaglig kartlegging av ungdommens og familiens risiko- og beskyttelsesfaktorer fra et tverrfaglig perspektiv.

Prosjektet skal evalueres i løpet av 2016, noe som vil gi større mulighet å vurdere prosjektets nytte. Fortsatt skepsis fra noen BUP institusjoner om å legge inn barn med uavklart omsorgssituasjon og/eller som mangler motivasjon for behandling har redusert bruken av BUP døgninstitusjoner for barnevernsbarn. AiNT har aktiv tatt i mot barn plassert etter barnevernloven i akutt situasjoner. Organisering som ren helseinstitusjon betyr mindre komplikasjoner og mindre dobbeltarbeid enn ved felles institusjoner, slik som Seljelia måtte forholde seg til.

Det ser ut til å være behov for styrking av kommunale barnevernsarbeideres status i prosjektet for å unngå at disse opplever å være faglig underlegen sine kolleger fra BUP og Bufetat i felles møter. Deltagelse av flere fra kommunalt barnevern i felles møter kan hjelpe på dette, men det handler også om behov for økt likeverd og gjensidig respekt for hverandres kompetanse og fagområder.

To andre planlagt felles institusjoner i Oslo og Ålesund har ikke klart å etablere seg, i hvert fall per dags dato. Planer for begge ble stanset på grunn av omorganiseringer, nedskjæringer og økonomiske utfordringer. Oslos planer ble stanset av BUP mens Ålesunds planer ble stanset av Bufetat.

De planlagte institusjonene hadde til felles at de ville satse på forholdsvis langvarig behandling av barn/ungdom med alvorlige psykososiale problemer og manglende relasjonelle ferdigheter i motsetning til Seljelia og AiNT som prioritert felles utredning og kortere oppholdstid. Det har ikke blitt utprøvd felles institusjoner som satser på langvarig plassering av barn/ungdom med alvorlige psykososiale problemer og lavt funksjonsnivå, som skal behandles over tid med forskjellig former for terapi.

Det er delte meninger om hvorvidt det bør satses på felles institusjoner av denne typen i fremtiden. Ledere fra BFE i Oslo og Bufetat i Ålesund mener det er fortsatt behov for denne type felles institusjon, mens ledere fra BUPA/OUS nå ser på dette som feil bruk av begrensete ressurser. De vil heller prioritere arenafleksible behandlingsplasser med mulighet for døgnrammer, også omtalt som hjemme-sykehus modell.

Litteratursøk om felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i Europa og andre land har avdekket mye litteratur om ulike former for samarbeidsprosjekter, men ingen eksempler av felles institusjoner. Man kan likevel ikke konkludere med sikkerhet at det ikke finnes felles institusjoner av denne type i andre land. Søket ble gjort på engelsk, og det kan finnes litteratur på andre språk om dette temaet. Kontakt med styremedlemmer i EUSARF avdekket heller ikke eksempler av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i Europa eller andre land. Dette ser ut til å styrke konklusjonen at felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern er et lite brukt alternativ i Europa og engelsk-talende land.

Andre modeller for behandling av barn/ungdom med sammensatte problemer relatert til psykisk helse og en vanskelig omsorgssituasjon, for eksempel Therapeutic Residential Care (TRC), ser ut til å være mer utbredt i Europa og andre land som Australia og USA. Disse bør vurderes nærmere som alternativer for bruk i Norge også.

Etablering av felles institusjoner er en kostbar løsning, og vil ikke løse problemene til alle barn i barneverninstitusjoner eller andre settinger (som fosterhjem) som trenger hjelp med psykiske problemer. RKBU Midt-Norges studie om "Psykisk Helse hos Barn og Unge i Barneverninstitusjoner" (Kayed et al 2015) viser at dette problemet er utbredt. Eventuelt etablering av felles institusjoner i Norge må uansett kombineres med andre tiltak for å nå flere barn/ungdom med psykiske problemer.

Eksempler av andre aktuelle tiltak er opplæring av personell i barneverninstitusjoner til å kunne identifisere og håndtere psykiske problemer hos sine beboere på et tidligere tidspunkt. Bufdir er i gang med utvikling av denne type opplæring.

Flere av modellene omtalt i denne rapporten bør også utprøves. Blant disse er felles utredning av barn/ungdom i BUP døgninstitusjoner (som i prosjektet AiNT), satsing på arenafleksible behandling av barn/ungdom i barneverninstitusjoner og andre settinger (som BUPA/OUS ledere planlegger) og innføring av nye behandlingsmetoder i barneverninstitusjoner som Therapeutic Residential Care (som har vist positive resultater i Australia og andre land). Samarbeidsavtaler mellom BUP institusjoner og barnevern-institusjoner gjennom søsterinstitusjoner, faglig utveksling og kompetanseheving som BUPA/OUS og BFE har inngått i Oslo, kan være aktuelt å prøve ut andre steder i Norge. Det er viktig at alle slike nye initiativer evalueres på en systematisk måte for å gi bedre grunnlag for avgjørelser om hva som bør satses videre på i fremtiden.

LITTERATUR

Barne- og familieetaten og Oslo universitetssykehus, Senter for psykisk helse barn og ungdom 2011. *Felles tiltak barnevern og psykisk helse. Integrert behandlings- og omsorgstilbud for barn med alvorlige psykiske vansker kombinert med marginal omsorgssituasjon*. Utredningsrapport 2011.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2010. *Kvalitet i barneverninstitusjoner*. Rapport fra Bufdirs Arbeidsgruppe.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet 2015. *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*. Rundskriv IS-11/2015.

Barne-, ungdom- og familieetaten Sunnmøre 2011. *Olsvika et institusjonstiltak for ungdom med sammensatt problematikk: omsorg og psykisk helse*.

Barneombudet 2015. *Grenseløs Omsorg. Om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern*. Fagrapport 2015.

Bath, H. 2008. The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming children and youth*. Fall 2008, vol. 17, nr. 3, s.17-21.

Brekke, M., Fixdal, T. "Felles institusjon for barn i psykisk helsevern og barnevern er ikke løsningen". Aftenposten, 30. september 2015.

Bufetat region Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag HF ved BUP avdeling, Levanger kommune. Steinkjer kommune, og Midtre Namdal samkommune 2014. Avtale om samarbeidsprosjektet "Akutten i Nord-Trøndelag".

BUP, Helse Nord-Trøndelag og Bufetat region Midt-Norge 2014. *Prosjektplan Akutten i Nord-Trøndelag. Samordning av akutt og utredningstilbud for barn og unge i Nord-Trøndelag*.

Department of Human Services and Verso consulting 2011. *Evaluation of the Therapeutic Residential Care Pilot Programs. Final Summary and Technical Report*.

Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S.A. 2014. *Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt*. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord, rapport, nr. 5 2014.

Helsetilsynet 2012. *Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge*. Rapport 5/2012.

Kayed, N.S. et al. 2015. *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge).

Kringstad, K. 2015. "De er de eneste i landet som har slått sammen barnevern og psykiatri", Adresseavisen, 20. april 2015.

Lurie, J. 2013. *Erfaringer fra en felles døgninstitusjon*. *Samarbeidsmodell mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge*. Skriftserien til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge, Rapport nr. 24/2013.

Lurie, J., Tjelflaat, T. 2009. *Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge*. *Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak*. Skriftserien til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge, rapport nr. 14/2009.

NOU 2009:22, Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.

Oslo Byrådet 2015. *Barnevern i Oslo*. Bystyremelding nr. 1/2015.

Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune, Barne- og familieetaten 2014. Samhandlingsavtale.

Skoglund, A. 2015. *Differensiert miljøterapeutisk metode*. Upublisert artikkel.

Whittaker, J. K., del Valle, J. F., Holmes, L. 2015. *Therapeutic Residential Care for Children and Youth*. *Developing evidence-based international practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.

ISBN 978-82-93343-08-0 (Trykt utgave)
ISBN 978-82-93343-09-7 (WEB)

Postadresse: NTNU, Det medisinske fakultet
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge)
Pb 8905, MTFS, 7491 Trondheim
Besøksadresse: Klostergata 46
Telefon: 73 55 15 00

E-post: rkbu@medisin.ntnu.no
Nettside: www.ntnu.no/rkbu

Grafisk utforming og trykk: NTNU Grafisk senter