

Oppfølgingsstudie av nytt integrert institusjonstilbud mellom barnevern og helse

Lena C. L. Westby, Gro Ulset, Regine Ringdal, Rebekka Bruteig, Jannike Kaasbøll, Stian H. Thoresen og Veronika Paulsen



Mangfold og inkludering

Oppfølgingsstudie av nytt integrert institusjonstilbud mellom barnevern og helse

Lena C. L. Westby, Gro Ulset, Regine Ringdal, Rebekka Bruteig, Jannike Kaasbøll, Stian H. Thoresen og Veronika Paulsen

Postadresse: NTNU Dragvoll, 7491 Trondheim
Besøksadresse: Dragvoll allé 38 B
Telefon: 91 89 77 27

E-post: kontakt@samforsk.no
Web.: www.samforsk.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

NTNU Samfunnsforskning AS
Avdeling Mangfold og inkludering
Mai 2024

ISBN 978-82-7570-756-5 (web)
ISBN 978-82-7570-757-2 (trykk)

Omslag: Shutterstock



Du har lov til:

Dele — kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle.

Bearbeide — remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle.

Lisensgiver kan ikke kalle tilbake disse frihetene så lenge du respekterer disse lisensvilkårene.

På følgende vilkår:

Navngivelse - Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Du kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller deg eller din bruk av verket.

Ingen ytterligere begrensninger - Du kan ikke gjøre

bruk av juridiske betingelser eller teknologiske tiltak som lovmessig hindrer andre i å gjøre noe som lisensen tillater.

Notiser:

Du trenger ikke å rette deg etter lisensen for de deler av materialet som er falt i det fri eller der bruken er tillatt av etter lånereglene i åndsverkloven eller annen gjeldende rett.

Ingen garantier er gitt. Lisensen gir deg ikke nødvendigvis alle de tillatelser som er nødvendig for din tiltenkte bruk. For eksempel kan andre rettigheter, som reklame-, personvern-, eller ideelle rettigheter, sette begrensninger på hvordan du kan bruke materialet.

[Les mer om kreditering på creativecommons.org](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Forord

Denne rapporten sammenfatter funnene i prosjektet «Oppfølgingsstudie av nytt integrert institusjonstilbud mellom barnevern og helse». Prosjektet har vært gjennomført i perioden mars 2021 til april 2024, og er et samarbeid mellom NTNU Samfunnsforskning og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern (RKBU) i Midt-Norge ved Institutt for psykisk helse, NTNU. Oppdragsgiver er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

Hovedformålet med dette prosjektet har vært å få mer kunnskap om de to felles barneverns- og helseinstitusjonene: Bodø- og Lunde behandlingssentre. Vi har studert virkningen av tilbudet, herunder også den faglige tilnærmingen og organiseringen i institusjonene. For å belyse kompleksiteten i problemstillingene i prosjektet har vi benyttet ulike metodiske tilnærminger og funnene baserer seg på litteraturstudie, juridisk utredning, samfunnsøkonomisk analyse samt omfattende intervjudata fra ledelse, ansatte og ungdommer ved de to integrerte behandlingsinstitusjonene og to sammenlikningsinstitusjoner. Vi har også gjennomført en studie av virkning målt med Strengths and Difficulties Questionnaire (Sterke og svake sider – SDQ).

Prosjektet er gjennomført av Stian Thoresen, Gro Ulset, Rebekka Bruteig, Jannike Kaasbøll, Lena Westby og Regine Ringdal som alle har deltatt i datainnsamling, analysearbeid og skriving av rapporten. Stian Thoresen har vært prosjektleder under utarbeidingen av prosjektet og datainnsamlingen. Lena C. L. Westby har vært prosjektleder for slutføringen av rapporten. Veronika Paulsen har bidratt i slutføringen av rapporten. Cecilia Dinardi har gjennomført en juridisk utredning av institusjonstilbudet (vedlegg til rapporten). Asle Gauteplass har hatt ansvar for den samfunnsøkonomiske analysen (vedlegg til rapporten).

Vi vil takke de ansatte ved institusjonene som har lagt til rette for datainnsamling, stilt opp på intervjuer og bistått med rekruttering av ungdommer. En spesiell takk går til ungdommene som har stilt opp i intervjuer og fylt ut SDQ-skjemaer, det gir en uvurderlig innsikt i hvordan hverdagen på institusjonene erfares av de som bor der og hvordan tilbudet virker.

Vi vil også takke våre kontaktpersoner i Bufdir og Hdir for godt samarbeid, konstruktive innspill og diskusjoner underveis i prosjektet. Vi ønsker også å takke Bufetat, region nord, for tilrettelegging og identifisering av relevante sammenliknings OEM-institusjoner.

Trondheim, mai 2024

Lena C. L. Westby

NTNU Samfunnsforskning AS

Innhold

Sammendrag	9
1. Innledning	12
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	12
1.2 Nærmere beskrivelse av behandlingssentrene	14
1.3 Om rapportens utforming	17
2. Bakgrunn	18
2.1 Samarbeid mellom barnevern og helse	18
2.2 Bodø- og Lunde behandlingssenter	21
2.3 Dialektisk atferdsterapi	29
2.4 Omsorgs- og endringsmodellen	31
2.5 Andre vurderinger av integrerte institusjoner	38
3. Metode	41
3.1 Forskningsdesign	41
3.2 Litteraturstudie	43
3.3 Casestudie ved institusjonene	46
3.4 Etiske vurderinger	55
3.5 Styrker og svakheter ved den kvalitative datainnsamlingen	57
3.6 Selvrapportert psykisk helse	61
3.7 Informasjon om tidligere beboere ved de integrerte institusjonene	66
4. Litteraturstudien	68
4.1 DBT i ungdomsfengsler	70
4.2 DBT i psykiatriske institusjoner	72
4.3 DBT i ungdomsinstitusjoner	75
4.4 Implementering av OEM i Norge	77
4.5 Oppsummering og diskusjon	78
5. Funn fra den kvalitative studien	80
5.1 Bodø behandlingssenter – ansattes erfaringer	80

5.2	Bodø behandlingssenter – ungdommenes erfaringer	115
5.3	Lunde behandlingssenter – ansattes erfaringer	139
5.5	Sammenfatning av funn fra Bodø (BBS) og Lunde (LBS)	212
5.6	Tidligere beboere ved integrerte institusjoner	222
5.7	Sammenlikningsinstitusjonene – ungdommer og ansattes erfaringer fra Kvæfjord (KUS) og Innlandet (IBS)	233
5.8	Sammenfatning av funn fra Kvæfjord (KUS) og Innlandet (IBS)	262
6.	Selvrapportert psykisk helse hos ungdom	269
6.1	Introduksjon	269
6.2	Metode	270
6.3	Resultat	270
7.	Diskusjon	275
7.1	Målgruppeutvikling spisset mot kjønn og aldersgruppe	275
7.2	Et tiltak som krever samtykke og forpliktelse til både helsehjelp og barnevern	277
7.3	Et tiltak som i for liten grad legger til rette for lovfestet rett til medvirkning	280
7.4	Usikkerhet knyttet til virkninger av tiltaket	281
7.5	Usikkerhet og uforutsigbarhet knyttet til tiden etter plassering	285
7.6	Turnover – konsekvenser for kvalitetssikring og implementering	288
7.7	Tre overordnede temaer knyttet til riggen av de integrerte institusjonene	290
8.	Avslutning – alternativer for de integrerte institusjonene	297
8.1	Alternativ 1	299
8.2	Alternativ 2	301
8.3	Alternativ 3	302
	Referanser	306
	Vedlegg 1: Juridisk utredning om nytt integrert institusjonstilbud mellom barnevern og helse, og Omsorgs- og endringsmodellen (OEM)	315
	Vedlegg 2: Samfunnsøkonomisk vurdering av integrerte tiltak	397

Tabeller

Tabell 2-1	Oppsummering av anbefalinger fra følgeforskningen	28
Tabell 3-1	Oversikt over delprosjektene i forskningsprosjektet	42
Tabell 3-2	Oversikt over søkeord benyttet i litteraturgjennomgangen	44
Tabell 3-3	Oversikt tema intervjuguider for gruppeintervju ungdom og ansatte	49
Tabell 3-4	Oversikt over intervjudata ungdom LBS	49
Tabell 3-5	Oversikt over intervjuer med ansatte LBS	50
Tabell 3-6	Oversikt over intervjudata ungdom BBS	51
Tabell 3-7	Oversikt over intervjudata ansatte og ledelse BBS	52
Tabell 3-8	Oversikt over antall ungdommer som var plassert ved BBS og LBS i perioden datainnsamlingen ble gjennomført (mars 2022-nov 2023)	52
Tabell 3-9	Oversikt over intervjudata ungdom KUS	53
Tabell 3-10	Oversikt over intervjudata ansatte og ledelse KUS	53
Tabell 3-11	Oversikt over intervjudata ungdom IBS	54
Tabell 3-12	Oversikt over intervjudata ansatte IBS	55
Tabell 3-13	Antall ungdommer, alder og kjønn	63
Tabell 4-1	Studier identifisert i litteraturstudien	69
Tabell 5-1	Oversikt kjønn, alder, plasseringstid ved BBS og LBS, i perioden 2019-2023	222
Tabell 5-2	Gjennomsnittlig antall dager med plassering fordelt per år	224
Tabell 5-3	Oversikt årsaker til plassering ved LBS og BBS i perioden 2019-2023..	225
Tabell 5-4	Gjennomsnittlig antall dager med plassering etter inntaksårsak	226
Tabell 5-5	Gjennomsnittlig antall dager med plassering etter alder ved tiltaksstart	226
Tabell 5-6	Avslutningsgrunn ved LBS og BBS i perioden 2019-2023	227
Tabell 5-7	Registrerte videre tiltak ved LBS og BBS i perioden 2019-2023	227
Tabell 5-8	Eierskap neste tiltak etter LBS og BBS i perioden 2019-2023	228
Tabell 5-9	Oversikt over antall plaser ved KUS og IBS	235
Tabell 6-1	Intern konsistens til SDQ ved T1 (n= 26) og T2 (n= 14)	270
Tabell 6-2	Deskriptiv statistikk for SDQ ved T1 og T2 og sammenlikning av gjennomsnittskårer på SDQ ved T1 og T2	271

Figurer

Figur 3-1	Oversikt over forskningsdesignet i prosjektet	42
Figur 3-2	PRISMA diagram DBT litteratursøk. Modifisert fra Page et al. (2021)	45
Figur 5-1	Kjønnsfordeling ved LBS og BBS (n = 44)	223
Figur 5-2	Gjennomsnittlig antall dager fordelt på kjønn (n = 37).	223
Figur 5-3	Gjennomsnittlig antall dager med plassering i perioden 2019-2023 (n= 19 ved LBS og n=18 ved BBS)	224
Figur 5-4	Inntaksårsak etter år ved LBS og BBS	225
Figur 5-5	Eierskap neste tiltak (n= 23 ved LBS og n=21 ved BBS)	228
Figur 6-1	Gjennomsnittsskåre på de fem dimensjonene i SDQ for svartidspunkt 1 og 2 ved de integrerte institusjonene	273
Figur 6-2	Gjennomsnittsskåre på de fem dimensjonene i SDQ for svartidspunkt 1 og 2 ved sammenlikningsinstitusjonene	274

Sammendrag

Hovedmålet for oppfølgingsstudien har vært å undersøke organiseringen av, og det faglige innholdet ved de to integrerte institusjonene Bodø og Lunde behandlingssentre. I tillegg har det vært et mål å undersøke virkninger av behandlingstilbudet.

Vi har gjennomført casestudier av til sammen fire institusjoner: De to integrerte institusjonene og to ordinære barnevernsinstitusjoner. De to ordinære institusjonene er inkludert i studien for å danne et sammenlikningsgrunnlag når det gjelder organisering, faglig modell og eventuelle virkninger av tilbudene. Sammenlikningsinstitusjonene ble valgt på bakgrunn av at de har implementert Omsorgs- og endringsmodellen (OEM), at avdelingene er av omtrent samme størrelse som avdelingene ved de integrerte institusjonene, og at institusjonene tar imot plasseringer på de samme paragrafene i barnevernsloven.

Vi har gjennomført kvalitative intervjuer med ungdommer, ansatte og ledelse ved alle fire institusjonene. Datainnsamlingen ble gjennomført ved fysiske besøk ute i institusjonene, til sammen fire ganger på hver institusjon fra våren 2022 til høsten 2023. Det ble gjennomført gruppeintervjuer med ansatte og ledelse ved institusjonene, og med ungdommer som har vært plassert ved institusjonen i prosjektperioden. I tillegg har de ungdommene som har ønsket å delta i selvrapportering om psykisk helse fylt ut Strengths and Difficulties Questionnaire (Sterke og svake sider – SDQ). I tillegg til datainnsamlingen som har foregått ved de fire institusjonene har vi mottatt data fra Bufdir om tidligere beboere ved de integrerte institusjonene gjennom uttrekk fra fagsystemet BIRK. Vi har også gjennomført kvalitative intervjuer med tidligere beboere ved de integrerte institusjonene.

I tillegg har vi gjennomført en litteraturstudie knyttet til bruk av dialektisk atferdsterapi (DBT) for ungdom som bor på institusjoner, gjennom et systematisk søk og gjennomgang av forskningslitteratur. Det er i tillegg gjennomført en juridisk vurdering av det integrerte institusjonstilbudet, og en samfunnsøkonomisk analyse som undersøker hvorvidt de integrerte institusjonene representerer en god bruk av samfunnets ressurser.

Litteraturstudien har identifisert 14 studier som har fokusert på ungdom som har mottatt DBT i en institusjonskontekst. Funnene indikerer at målgruppa som har størst effekt av DBT er ungdommer med selvmordsproblematikk, selvskadingsproblematikk, borderlineproblematikk og aggressiv atferd. Det kommer videre frem at DBT er utfordrende for ungdom med kognitive vansker og utfordringer rundt øvelser som innebærer meditasjon og refleksjon.

Gjennom rapporten belyser vi forskningsspørsmålene, og trekker frem **seks sentrale hovedfunn** til diskusjon for å belyse det faglige innholdet og virkningen av behandlingstilbudet ved de integrerte institusjonene:

Hovedfunn 1: Målgruppeutvikling spisset mot kjønn og alder. Målgruppa ved de integrerte institusjonene ser ut til å ha spisset seg mot jenter i alderen 16-18 år med selvskadings- og selvmordsproblematikk.

Hovedfunn 2: Et tiltak som krever samtykke og forpliktelse til både helsehjelp og barnevern. Tiltaket stiller høye krav til ungdommenes forståelse av samtykke og forpliktelse.

Hovedfunn 3: Et tiltak som i for liten grad legger til rette for lovfestet rett til medvirkning. Ungdommene har i liten grad mulighet for medvirkning når det gjelder eget behandlingstilbud.

Hovedfunn 4: Usikkerhet knyttet til virkninger av tiltaket. Det er ikke mulig å konkludere om virkning av tiltaket basert på våre data.

Hovedfunn 5: Usikkerhet og uforutsigbarhet knyttet til tiden etter plassering. Det ser ut til å være utfordrende for kommunene å rigge et tilbud til ungdommene etter endt plassering ved de integrerte institusjonene.

Hovedfunn 6: Turnover i institusjonene har konsekvenser for kvalitetssikring og implementering. Turnover får konsekvenser for organiseringen og strukturen i institusjonene og gir negative konsekvenser for ungdommen som er plassert ved institusjonene.

Vi diskuterer i tillegg **tre overordnede temaer som har vært gjennomgående** under besøkene våre ved de fire institusjonene: 1) OEM/DBT – implementering

og erfaringer med modellen, herunder det rettslige grunnlaget for driften av de integrerte institusjonene og hvordan disse institusjonene retter seg mot en ny definert og spesifikk målgruppe. 2) Samarbeid mellom helse og barnevern – og med andre tjenester. Her diskuteres skjæringspunktet de integrerte institusjonene driftes i, mellom barnevernslovgivningen og helselovgivningen. Og til slutt 3) Skoletilbud til ungdommer plassert i integrerte institusjoner, der vi diskuterer utfordringer rundt skolegang for barn i barnevernsinstitusjoner generelt og for ungdom i integrerte institusjoner spesielt.

Våre funn gir ikke grunnlag for å anbefale at de to integrerte institusjonen videreføres i sin nåværende form. Vi foreslår **tre alternative veier** når det gjelder drift av de integrerte institusjonene: Alternativ 1) Institusjonene går tilbake til ordinær drift som ordinære barnevernsinstitusjoner. Alternativ 2) Videre drift overtas av helseforetakene som utvikler de integrerte institusjonene til døgnposter innenfor psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Alternativ 3) Videre drift av integrerte behandlingsinstitusjoner krever en lovendring der plasseringsgrunnlag, drift, bemanning og oppholdstid reguleres i lov om barnevern, og der vedtak om plassering i behandlingsinstitusjonene legges til barneverns- og helsenemndas kompetanse.

1. Innledning

I 2018 ble det opprettet to institusjoner med integrert oppfølging fra barnevern og psykisk helsehjelp. Målet med de integrerte institusjonene har vært å gi ungdommer med stort behov for psykisk helsehjelp og samtidig behov for langvarig oppfølging utenfor hjemmet, et helhetlig og styrket tilbud. I disse institusjonene, som er regulert av barnevernslovgivningen, skal helsepersonell ansatt i helseforetak ha sin arbeidsplass på institusjonene, slik at ungdommene ikke må forlate institusjonene for å få den helsehjelpen de har behov for.

Hovedformålet med dette prosjektet har vært å få mer kunnskap om de to integrerte barneverns- og helseinstitusjonene: Bodø- og Lunde behandlingssentre. Vi har undersøkt organiseringen av behandlingsinstitusjonene, det faglige innholdet behandlingsmetodikken bygger på og virkningen av tilbudet. Vi har også gjennomført en juridisk vurdering av grunnlaget for de integrerte institusjonene, samt en samfunnsøkonomisk analyse for å undersøke hvorvidt de integrerte institusjonene representerer en god bruk av samfunnets ressurser.

Vi har tatt utgangspunkt i casestudie som metodisk tilnærming for å studere de integrerte institusjonene. I tillegg har to ordinære barnevernsinstitusjoner, Kvæfjord ungdomssenter og Innlandet barnevernsenter, deltatt i undersøkelsen som sammenlikningsgrunnlag. De to sammenlikningsinstitusjonene ble valgt på grunnlag av å være så like som mulig i forhold til størrelse på institusjonene og kjennetegn ved målgruppa/ungdommene, samt at de også jobber etter Omsorgs- og endringsmodellen (OEM), men uten integrert helsehjelp.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hovedformålet med prosjektet er å få mer kunnskap om de to integrerte behandlingsinstitusjonene: Bodø- og Lunde behandlingssentre, herunder virkningen av tilbudet, organiseringen av behandlingstilbudet og det faglige innholdet i institusjonene. Prosjektet har undersøkt følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1 (FS1): Hvordan er OEM, inkludert DBT, implementert og kvalitetssikret i de to integrerte institusjonene? Dette inkluderer opplæring, vedlikehold og tilpasninger i modellen. Er dette forskjellig fra andre ikke-integrerte institusjoner som også benytter seg av OEM?

Forskningsspørsmål 2 (FS2): Hva er relasjonene mellom helsehjelp og miljøterapeutisk arbeid, og mellom helse- og barnevernspersonell? Dette inkluderer lovverk og personalpraktiske utfordringer mellom helse og barnevern, samtykkeproblematikk, og bruk av helsetjenester. I hvilken grad varierer disse mellom integrerte og ikke-integrerte institusjoner og hvilke muligheter er det for å optimalisere videre bruk av helsefaglig og miljøterapeutisk samarbeid?

Forskningsspørsmål 3 (FS3): I hvilken grad føler beboerne at de har innspill på beslutninger og hva er deres erfaringer med tilbudet? Hvilken informasjon ble gitt i forkant av institusjonalisering og hvordan ble denne oppfattet av ungdommen? Hva fungerer bra og hva kan forbedres? Dette inkluderer følelse av trygghet, opplevelse av omsorg, og andre subjektive opplevelser.

Forskningsspørsmål 4 (FS4) I hvilken grad har opphold på institusjon(ene) virkning på ungdommenes utvikling? Ved inntak, hvilke internaliserende og eksternaliserende symptomer, funksjon, personlige styrker og rusbruk har ungdom på institusjoner med integrert helsetilbud sammenliknet med ungdom på institusjoner med ikke-integrerte tjenester? Har det nye integrerte institusjonstilbudet effekt (dvs. reduksjon av problemer/symptom, bedring av styrker) på atferdsvansker og internaliserende vansker hos ungdom? Ser man en effekt av behandling, målt ved SDQ, og hvordan er denne utviklingen hos ungdommer på integrerte institusjoner sammenliknet med de to ikke-integrerte institusjonene? Hvilken betydning har kjønn og andre relevante konfunderende/intermediære faktorer for effekt av behandling/opphold?

Forskningsspørsmål 5 (FS5): Hvordan samarbeider institusjonene med andre offentlige etater eller tjenester (for eksempel skole, NAV, kriminalomsorg, habiliteringstjeneste, og helsetjeneste) og personlige nettverk (for eksempel familie, venner, og sosiale grupper)? Hvordan er fremtidsplanlegging og overganger inkludert i disse samarbeidene?

Forskningsspørsmål 6 (FS6): Hvilket hendelsesforløp har beboerne etter overgang fra institusjonene? Hvor flytter de og hvordan ivaretas helse-, skole- og fritidsaktiviteter?

Forskningsspørsmål 7 (FS7): Hvor kostnadseffektive er de integrerte institusjonene? Hva er de samfunnsøkonomiske kostnadene og besparelsene ved bruk av forskjellige tilbudsmodeller? Hvordan er disse tilpasset helse og behandlingsbehov og/eller

utfall? Forskningsspørsmål 7 svares ut i eget vedlegg om samfunnsøkonomisk analyse (vedlegg 2).

1.2 Nærmere beskrivelse av behandlingssentrene

Lunde behandlingssenter (LBS) og Bodø behandlingssenter (BBS) er to statlige omsorgsinstitusjoner som gir psykisk helsehjelp. Omsorg og psykisk helsehjelp gis dermed under samme tak, noe som innebærer at institusjonen reguleres med utgangspunkt i lov om barneverntjenester og pasient- og brukerrettighetsloven. Barn og unge som får inntak på LBS¹ og BBS² skal ha behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig behov for psykisk helsehjelp

1.2.1 Lunde behandlingssenter

LBS har seks plasser som er godkjent for ungdom mellom 13-18 år etter § 5-1 (tidligere § 4-12). I tillegg § 3-2 (tidligere §4-4 sjette ledd) og § 6-2 og § 8-4 første ledd (tidligere § 4-24) samt § 6-1 (tidligere § 4-26). Felles for ungdommene som får plass ved LBS/BBS er at de har behov både for omsorg utenfor hjemmet og hjelp for sine psykiske helseutfordringer, og at de ikke kan nyttiggjøre seg et hjelpetilbud der de er. Mindre inngripende tiltak skal ha vært prøvd før ungdommen får plass ved LBS/BBS, for eksempel polikliniske tilbud. Ungdommene som får plass har «livstruende atferd»; alvorlige psykiske helseutfordringer som eksempelvis selvsikading, selvmordstanker eller selvmordsatferd.

I behandlingssenterets institusjonsplan er målgruppe redegjort for på følgende måte:

Lunde behandlingssenter (LBS) skal gi tilbud til ungdom i aldersgruppa 13-18 år. Inntaksområdet består av Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud/Viken. Unntaksvis kan vi bistå andre regioner. Målgruppa vil være ungdommer som har langvarig omsorgsbehov utenfor hjemmet og alvorlige psykiske helseutfordringer jfr oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Målgruppa kjennetegnes ved at de ofte har flere og til dels motstridende diagnoser innen psykisk helsevern, eller at de til tross for store vansker av ulike grunner ikke har fått en fullstendig utredning. Målgruppa vil, som en følge av sine livserfaringer, ofte helt eller nesten fylle kriteriene til flere

¹ Om Lunde behandlingssenter: <https://www.bufdir.no/barnevern/finn-institusjon/lunde-behandlings-senter/>

² Om Bodø behandlingssenter: <https://www.bufdir.no/barnevern/finn-institusjon/bodo-behandlings-senter/>

diagnoser og mange har vært i flere tiltak utenfor hjemmet før de kommer til LBS (s.12).

Inklusjonskriterier innbefatter lavt funksjonsnivå (CGAS vurdert under 50), rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven, ett eller flere forsøk på utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge samt samtykke til helsehjelp. Når det gjelder CGAS informeres det i et ledelsesintervju om at det ofte ikke foreligger slike vurderinger knyttet til ungdommene, og at Sørlandet sykehus også har gått mer bort fra å bruke CGAS. Samtykke til helsehjelp, som gjelder uavhengig av plasseringsgrunnlag, beskrives som et krav både i ledelsesintervju og i institusjonsplan. Samtidig fremgår det av institusjonsplanen at det likevel er mulig å tilby plass til ungdom som ikke har gitt et samtykke:

Dersom ungdom i fasen før inntak ikke er motivert for å ta imot behandling og hjelp til endring, og er usikre og ambivalente i forhold til å gi et samtykke til helsehjelp, kan de likevel tilbys plass hvis det vurderes at de kan motiveres til å samtykke til helsehjelp underveis i oppholdet (s. 14).

Det er mulig å tolke dette som at ungdom kan tilbys plass og flytte inn selv om de ikke har samtykket, og at de derfor ikke nødvendigvis mottar helsehjelp fra dag én. Slike inntak forutsetter imidlertid at det vurderes at ungdommen kan motiveres til å samtykke underveis i oppholdet. Det redegjøres ikke nærmere for en spesifikk tidsperiode eller frist for når et slikt samtykke eventuelt må foreligge.

Når det gjelder opptaksområde var LBS i utgangspunktet godkjent for Region Sør, men det er i dag åpnet for at de også kan ta imot og behandle søknader fra andre regioner. LBS er godkjent for to avdelinger, men avdelingene driftes sammen som én. Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har tredelt turnus, mens Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP tilknyttet Sørlandet sykehus) har todelt turnus (jobber ikke på natt).

Personalgruppa inkluderer enhetsleder, to avdelingsledere, 15 faste miljøterapeutstillinger på dag/kveld og ni faste miljøterapeutstillinger på natt tilknyttet Bufetat, samt en prosjektleder (50%), to psykologer (begge 60%) og fire miljøterapeuter (som jobber 80% ved LBS og 20% ved akuttambulant enhet ved Sørlandet sykehus) tilknyttet ABUP.

1.2.2 Bodø behandlingssenter

Bodø behandlingssenter er en barnevernsinstitusjon for ungdom i alderen 13–18 år. Institusjonen tar imot plasseringer etter lov om barnevern (2021) §§ 6-1 og 6-2 (atferd), og §§ 3-2 og 5-1 (omsorg). Målgruppa for BBS er beskrevet i institusjonsplanen¹ som «ungdommer som har langvarig omsorgsbehov utenfor hjemmet og alvorlige psykiske helseutfordringer» og videre:

Målgruppa kjennetegnes ved at de ofte har flere og til dels motstridende diagnoser innen psykisk helsevern, eller at de til tross for store og sammensatte sosiale og helsemessige vansker ikke har fått en fullstendig utredning. Ungdommene har vært i flere tiltak både innen helse og barnevern uten å få hjelpen de har hatt behov for.

Følgende krav skal også være oppfylt for å få tilbud om institusjonsplass ved BBS:

- Funksjonsnivå – vurdert CGAS under 50.
- Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helseverns prioriteringsveileder for barn og unge.
- Ett eller flere forsøk på utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge bør ha vært forsøkt før plassering.

BBS er godkjent for fem plasser i den bygningsmassen institusjonen disponerer i dag. Per nå er det ikke mulig å fordele ungdommene over to separate avdelinger. Bygningsmassen institusjonen holder til i består av en gammel og en ny del, og dette gir mulighet for å skjerme beboere som har behov for det.

BBS har en tredelt turnus med arbeid hver fjerde helg, og egne nattevakter. Turnusen inneholder også langvakter i helgene som varer opp til 13 timer. Institusjonen har tolv miljøterapeuter som arbeider dag og kveld, og seks miljøterapeuter som arbeider natt. Fra helseforetaket (Nordlandssykehuset) er det ansatt to psykologer og en sykepleier som har BBS som arbeidssted. Sykepleier som er ansatt ved BBS har ansvar for medisiner ved institusjonen, fungerer også som bindeledd mellom ungdommenes lege og institusjonen.

BBS er i gang med å etablere et nytt institusjonsbygg som er bedre tilpasset institusjonens oppgaver og målgruppe. Institusjonen skal flytte inn i nytt institusjonsbygg våren 2025, og leder ved institusjonen deltar p.t. i ukentlige byggemøter med

Statsbygg og entreprenør. Fremdrift og byggearbeid går etter planen. I det nye institusjonsbygget vil det være to separate avdelinger, med mulighet for å flytte og låse dører for å tilpasse/endre avdelingene. Slik legges det opp til at institusjonen kan fordele beboere på avdelingene ut fra behov, og låses ikke til en fast fordeling av beboere per avdeling. I det nye bygget skal administrasjonen plasseres i andre etasje med egen inngang, slik at ansatte i administrasjonen ikke behøver å gå inn i/ gå gjennom avdelingen der ungdommene bor. Dette kan bidra til at ungdommene i større grad enn nå kan skjermes for antall voksne de må forholde seg til i hverdagen.

1.3 Om rapportens utforming

Rapporten er delt inn i åtte kapitler, der første kapittel er dette innledningskapittelet. I kapittel to beskrives bakgrunnen for opprettelsen av samarbeidspiloten mellom barnevern og helseforetak, og spesifikt om opprettelsen av Bodø og Lunde behandlingssentre. I tillegg gjennomgås teorigrunnlaget for dialektisk atferdsteori (DBT) og Omsorgs- og endringsmodellen (OEM). I kapittel tre beskrives forskningsdesignet for oppfølgingsstudien, og de metodiske tilnærmingene og fremgangsmåtene som er benyttet i studien. I dette kapitlet redegjør vi for, og diskuterer styrker og begrensninger ved studien. Kapittel fire omhandler en litteraturstudie der vi presenterer funn fra systematisk søk og gjennomgang av forskningslitteraturen som foreligger når det gjelder bruk av DBT for ungdom som bor i institusjoner. I kapittel fem presenteres funn fra casestudiene der de to integrerte institusjonene og sammenlikningsinstitusjonene har deltatt. Vi presenterer funn fra intervjuer med ansatte og ungdom fra alle fire institusjonene. I tillegg presenterer vi kvantitative og kvalitative funn relatert til tidligere beboere ved de to integrerte institusjonene. I kapittel seks presenterer vi funn knyttet til ungdommenes selvrappotering om psykisk helse. Data er innsamlet fra ungdom som har vært plassert ved alle fire institusjonene i prosjektperioden. For å undersøke i hvilken grad plasseringen ved institusjonene har påvirket utviklingen til ungdommene har vi anvendt spørreskjemaet «Strength and Difficulties Questionnaire (Sterke og svake sider - SDQ)». I kapittel sju samler vi funnene fra oppfølgingsstudien til en overordnet diskusjon. Kapittel åtte avslutter rapporten med forslag til tre alternative veier videre for de integrerte institusjonene. Den juridiske vurderingen og den samfunnsøkonomiske analysen følger rapporten som egne vedlegg.

2. Bakgrunn

Fra nasjonal og internasjonal forskningslitteratur så rapporteres barrierer for effektivt samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) på individnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå. Utilstrekkelig kunnskap om rollen og ansvar til fagfolk i de andre tjenestene, fravær av en kultur for samarbeid, manglende effektive samarbeidsstrukturer og retningslinjer for samarbeid, samt ulike organisatoriske prioriteringer, er funnet å være hindringer for oppstart og kontinuitet i samarbeid mellom ulike instanser (Chuang & Wells, 2010; Darlington et al., 2005; Johnson et al., 2003; Timonen-Kallio, 2019). Kommunikasjon er en av de mest sentrale aspektene ved effektivt samarbeid (Johnson et al., 2003; Timonen-Kallio, 2019). Imidlertid kan forskjeller i konseptuelle rammeverk, kunnskapsgrunnlag og diskurser innen barnevernstjenester og PHBU føre til vanskeligheter i kommunikasjon og felles beslutningstaking, samt ulike forståelser av barns behov for psykiske helsetjenester. Videre kan retningslinjer og praksiser for konfidensialitet variere mellom tjenester, og disse forskjellene kan hindre kommunikasjon (Cooper et al., 2016; Hall, 2005; Timonen-Kallio, 2019). Samordning mellom barnevern og psykisk helsevern er en utfordring både i Norge og internasjonalt.

Dette kapitlet gir en oversikt over konteksten til dette forskningsprosjektet og etableringen av Bodø behandlingssenter (BBS) og Lunde behandlingssenter (LBS). Vi presenterer tidligere forskning og rapporter som eksplisitt har sett på samarbeid mellom barnevern og helse, og opprettelsen av og følgeforskning på etableringen av BBS og LBS. Vi presenterer så en oppsummering av Dialektisk atferdsterapi (DBT), som er det faglige grunnlaget for Omsorgs- og endringsmodellen (OEM), og OEM som er den faglige modellen BBS og LBS jobber etter. Avslutningsvis i kapitlet presenteres omtalen av BBS og LBS i en rapport fra Helsetilsynet (2023b) og i utredningen til Barnevernsinstitusjonsutvalget (NOU 2023: 24).

2.1 Samarbeid mellom barnevern og helse

Behovet for, eller ønsket om, et tettere samarbeid mellom barnevernet og PHBU er velkjent og har stått sentralt i mangfoldige studier og utredninger siden mangelen på samarbeid ble påpekt av Waal i 1981. Waal viser til dårlig kontakt mellom tjenestene og mangel på henvisninger fra barnevernet til poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) som også kan ansees som «uavklarte ideologiske motsetninger» (Lurie & Tjeflaa, 2009, s. 11). Ulike insentiver er innført for å få til tettere

samarbeid, en oversikt over tiltak og pilotprosjekter for tettere samarbeid mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien fra 1990- og utover 2000-tallet har blitt oppsummert av Lurie & Tjeflefaat (2009). I 2009 anbefalte Flatø-utvalget (NOU, 2009:22), som utredet «bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge», blant annet at «det statlige barnevernet og helseforetakene oppretter felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling» (NOU, 2009:22, s. 99).

I 2016 presenterte Lurie (2016) funn fra et prosjekt som så på erfaringer med å etablere felles institusjoner for PHBU og barnevern. Rapporten presenterte funn fra fire institusjoner der PHBU og barnevernet samarbeider, hvorav kun to var i drift (de to andre var på planleggingsstadiet, og ble ikke implementert). Seljelia senter for barnevern var en felles døgnavdeling som gjennomførte felles utredninger av barn sammen med BUP ved Sykehuset Innlandet Helseforetak (SIHF) i perioden 2003-2010:

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 (Lurie, 2016, s. 7).

Det andre operative felles PHBU og barnevernsinstitusjonen beskrevet av Lurie (2016) var BUP sengepost, Sykehuset i Levanger, som fortsatt er i drift i dag³. En evaluering av tiltaket, finansiert av Helse Nord-Trøndelag, konkluderte med at:

(..) ledere og medarbeidere fra samarbeidspartnere mente at AiNT [Akutten i Nord-Trøndelag – BUP Sengepost ved Sykehuset i Levanger] har lyktes i utviklingen av gode samarbeidsmodeller for felles utredninger av ungdom med sammensatte helse- og sosiale problemer relatert til en vanskelig omsorgssituasjon og ungdommens psykiske helse. Modellene har blitt brukt

3 <https://www.hnt.no/avdelinger/klinikk-for-kvinne-barn-og-familie/barne-og-ungdomspsykiatri-sk-avdeling/bup-sengepost-sykehuset-levanger/>

til vellykkete utredninger av ungdommer innlagt på BUP sengepost ved Sykehuset Levanger (Lurie, 2017, s. 39).

Evalueringsvise viste til mer tvetydige tilbakemeldinger fra ungdom som hadde vært utredet og foreldre til ungdom som hadde vært til utredning. Positive trekk var at tilbudet ble opplevd som trygt og støttende, men det kom også frem at det var manglende medvirkning og en ungdom mistrivdes på sengeposten (Lurie, 2017, s. 41). Lurie (2017) påpeker at få brukere deltok i evalueringen, kun to ungdommer og fem foreldre.

Det ser ut som om samarbeidet mellom barnevernstjenesten og BUP har blitt videreført til normal drift av BUP sengepost ved Sykehuset i Levanger etter pilotperioden. I en besøksrapport fra Sivilombudsmannen fra 2020 oppsummeres dette samarbeidet på følgende måte:

Sykehuset i Levanger har siden 2013 hatt et samarbeid med barnevernet som åpner for at barn kunne bli akuttinnlagt etter barnevernloven i deres sengepost. Til sammen 19 barn og unge ble innlagt i sengeposten med hjemmel i barnevernloven i perioden 2017–2019. Ansatte i sengeposten opplevde at slike innleggelser stort sett fungerte bra. Ordningen fremsto som et interessant tiltak for å sikre barn i barnevernet med sammensatte behov bedre og mer tilpasset utredning og helsehjelp (Sivilombudsmannen, 2020, s. 5).

Ulike tiltak eller initiativer som prøver å imøtekomme behovet for helsehjelp for barn i barnevernet har blitt prøvd ut, og eksisterer fortsatt. Det er imidlertid usikkert hvordan disse ordningene fungerer.

En kartlegging av psykisk helse hos 323 barn som bodde i barnevernsinstitusjoner i perioden 2010-2014 fant at hele 76 prosent oppfylte kravene til minst en psykiatrisk lidelse i løpet av de tre siste månedene før intervjuet (Kayed et al., 2015), men kun 25 prosent rapporterte å ha mottatt hjelp fra PHBU i løpet av perioden (Jozefiak et al., 2016). I den generelle populasjonen, anslår Folkehelseinstituttet at 8 prosent av barn og unge i Norge har en diagnostiserbar lidelse (Mathiesen, 2009). Norsk og internasjonal forskning viser til at barn og unge som bor på institusjoner har større risiko for å utvikle psykisk uhelse og psykiske diagnoser (Ford et al., 2007).

Mye tyder altså på at barn og ungdom som er plassert ved barnevernsinstitusjoner ikke får den helsehjelpen de har behov for (Jozefiak et al., 2016; NOU 2023: 24). Kayed et al. (2015) kartla også bruk av helsetjenester for psykiske helseplager hos de unge i barnevernsinstitusjoner som kvalifiserte for en psykiatrisk lidelse de foregående tre månedene. Til tross for at de aller fleste (87 prosent), hadde benyttet seg av en eller annen form for spesialisthelsetjeneste for psykiatri, opplyste kun 38 prosent av disse barna og ungdommene at de hadde benyttet seg av et slikt tilbud de foregående tre månedene. Den samme studien viste også at kun 18 prosent av 161 deltakende barnevernsinstitusjoner hadde faste rutiner for besøk av helsepersonell inn i institusjonene.

Denne forskningskunnskapen, og erkjennelsen av at man ikke har et godt nok tilbud til disse ungdommene, har vært et viktig grunnlag for utviklingen av de integrerte institusjonene.

2.2 Bodø- og Lunde behandlingssenter

Bodø behandlingssenter (BBS) og Lunde behandlingssenter (LBS) har vært i drift fra 1. januar 2019 (Mandal et al., 2019; Melby et al., 2020). En nasjonal prosjektgruppe utarbeidet en sluttrapport i september 2018 (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018), som dannet hovedgrunnlaget for etableringen av disse to integrerte barnevern- og helseinstitusjonene (Mandal et al., 2019). Sluttrapporten la føringene for utformingen av BBS og LBS, inklusiv den faglige tilnærmingen for behandlingen og tilbudet ved disse integrerte barnevern- og helseinstitusjonene. I sluttrapporten beskrives det at formålet med prosjektet har vært å «utarbeide faglige føringer, innhold og forslag til organisering av et nytt institusjonstilbud til barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp» (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s.5)

Prosjektgruppa var sammensatt av representanter fra både barnevern (Bufdir og Bufetat) og helse (BUP og helseregionene). En viktig rolle for den nasjonale prosjektgruppa var å «definere målgruppen» for de integrerte *omsorgs og behandlingsinstitusjonene*, som ble operasjonalisert inn i 5 inklusjonskriterier og 4 eksklusjonskriterier. Ungdom som er i målgruppe for BBS og LBS faller inn under kriteriene:

1. Ungdom 13-18 år (23 år).
2. Vedtak om døgnbasert tiltak etter barnevernloven (ikke akutt)⁴.
3. Lavt funksjonsnivå — vurdert CGAS under 50⁵.
4. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helseverns prioriteringsveileder for barn og unge.
5. Ett eller flere forsøk på utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge bør ha vært prøvd (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 13).

Eksklusjonskriterier ble beskrevet som:

1. Der behandlingsmodellen ikke vil passe hjelpebehovet til ungdommen.
2. Der ungdommen kan benytte annet eksisterende hjelpetilbud med samme forventet eller bedre resultatoppgåelse.
3. Risiko knyttet til sikkerhet for andre barn og unge ved institusjonen.
4. Alvorlige somatiske eller psykiatriske hjelpebehov som krever innleggelse i helsetjenesten (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 14).

I sluttrapporten fra den nasjonale prosjektgruppa vises det til en rekke problemstillinger, eller hensyn, som må imøtekommes, inklusivt «Hva er behandling og hva er omsorg/opplæring/fritid?» (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 23-25). Det vises også til at ungdommer i målgruppa kan ha utfordringer fra tidligere erfaringer og flere diagnoser, inklusivt «stor grad av omsorgssvikt, eventuelle traumer, og tilknytningsskader» (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 23). Det er presisert at selv om dette skal være integrert, skal man likevel kunne skille mellom «hva som er omsorg og hva som er behandling» (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 28).

⁴ Fordeler, ulemper og implikasjoner av forskjellige plasseringshjemmeler drøftes i prosjektrapporten, men det konkluderes med at inntak skal hjemles i (under daværende lovverk) §4-12, §4-12 supplert med §4-24 og §4-12 supplert med §4-26, men også «være åpen for unge som plasseres etter BVL. §4-24» Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet. (2018). *Prosjekt nytt institusjonstilbud. Endelig prosjektrapport*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet .

⁵ **Skåre 50—41:** Moderat påvirket funksjon på de fleste sosiale områder eller alvorlig forstyrrelse av funksjon på ett område, kan opptre på bakgrunn av for eksempel suicidal opptatthet eller grubling, skolenekting eller andre former for angst, tvangsmessige ritualer, alvorlige konversjonssymptomer, hyppige angstanfall, dårlig eller upassende sosiale ferdigheter, hyppige episoder av aggressiv eller annen antisosial atferd med noen meningsfylte sosiale relasjoner bevart. www.kith.no/upload/3552/Akse%206%20CGAS%2020070803.pdf

Det er ingen redegjørelse for forskjellige metodiske tilnærminger som ble vurdert for BBS og LBS. I stedet vises det til at man vil gjøre en «redegjørelse for hvordan man har kommet frem til valgene som er tatt» (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 29), fremfor en redegjørelse av hvilke metoder som har vært vurdert og en vurdering for og imot de ulike mulige metodiske tilnærmingene. Det vises spesielt til behovet for «å finne en metodisk tilnærming der både barnevern og PHBU kan 'snakke samme språk'» og ha «en felles faglig forståelse» (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 30). Den nasjonale prosjektgruppa konkluderer med:

Det er utfordrende å anbefale *en* metodikk og *en* tilnærming som passer alle i målgruppen, men etter drøftinger har man landet på DBT (dialektisk atferdsterapi) som en standardisert metodisk tilnærming i møtet med målgruppen. For å realisere et 'skulder ved skulder' arbeid mellom barnevern og psykisk helse kreves en strukturering av både forløp og ressurser. Samtidig erkjennes det at det er nødvendig med en stor grad av «skreddersøm» og individuell tilpasning for hver enkelt ungdom, fordi deres utfordringer vil være såpass komplekse og ulike (Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet, 2018, s. 29).

Sluttrapporten til den nasjonale prosjektgruppa beskriver deretter de mest sentrale elementene i DBT og bemanning, kompetanse og organisering av institusjonene. Den nasjonale prosjektgruppa anbefaler opprettelse av to pilotinstitusjoner; BBS og LBS, og ytterligere tre institusjoner blir forespeilet, slik at det til sammen opprettes én integrert barnevern- og helseinstitusjon i hver enkelt Bufetat region. Det vises også til behov for følgeforskning på oppstarten av disse integrerte barnevern- og helseinstitusjonene.

BBS kan per dags dato ta imot opp til fem ungdommer i alderen 13-18 år, hjemlet i lov om barnevern §§6-1 og 6-2 (atferd) og §§3-2 og 5-1 (omsorg). Ungdommene skal i utgangspunktet bo ved institusjonen i 6-12 måneder, men dette kan variere ut fra individuelle behov. Det er rundt 35 ansatte som jobber ved BBS, herunder to psykologer, en sykepleier og en lege ansatt i Nordlandssykehuset Helseforetak⁶. Psykologene og sykepleieren jobber på BBS, mens legen har sin arbeidsplass på sykehuset. Ansatte i Bufetat har sine arbeidsplasser på BBS. LBS kan ta imot opp til

⁶ <https://www.bufdir.no/barnevern/finn-institusjon/bodo-behandlingssenter/>

seks ungdommer i alderen 13-18 år fordelt på to avdelinger, også hjemlet i lov om barnevern §§6-1 og 6-2 (atferd) og §§3-2 og 5-1(omsorg)⁷. Det er rundt 30 Bufetat-ansatte ved LBS i tillegg til ansatte ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet sykehus Helseforetak. Det har vært noe variasjon i antall ansatte og fylte stillinger igjennom prosjektperioden, men Institusjonsplanen viser til at det skal være to psykologer, en legespesialist (20-40%) og fire miljøterapeuter som er spesialutdannede sykepleiere fra ABUP som skal ha sin primærarbeidsplass på LBS (Bufetat, 2021, s. 5).

2.2.1 Følgeforskning på Bodø- og Lunde behandlingssenter

Det foreligger to forskningsrapporter som omhandler oppstarten av BBS og LBS. Mandal et al. (2019) presenterte funn fra etableringen av disse institusjonene i en delrapport, mens sluttrapporten av Melby et al. (2020) viser til funn fra følgeforskning over det første halvannet året av oppstarten av BBS og LBS. I sluttrapporten til Melby et al. (2020), ble funn fra to intervjurunder med ansatte samt en runde med intervjuer med ungdom ved BBS og LBS presentert. Totalt ble 22 ansatte med tilknytting til BBS og 29 ansatte med tilknytting til LBS intervjuet (fordelt på de to rundene), i tillegg til 2 personer i den nasjonale prosjektgruppa. Det ble også gjennomført intervjuer med 5 ungdommer (hvor en ble intervjuet to ganger), som bodde ved BBS og LBS. Det ble i tillegg gjennomført en dokumentstudie av mapper tilknyttet 9 ungdommer.

2.2.1.1 Ansattes erfaringer

Ansattinformanter reflekterte over bo- eller oppholdstid ved BBS og LBS. På den ene siden vises det til en planlagt oppholdstid på omtrent 9 måneder fra den nasjonale prosjektgruppa og at institusjonene jobbet utfra en antatt oppholdstid på mellom 6 og 12 måneder, mens DBT-behandlingen er over 22-23 uker. Denne diskrepansen mellom oppholdstid og behandlingssyklus førte til at ungdom ved både BBS og LBS kunne bli lei eller slitne av «intens behandling» over tid. Det er også vanskelig å finne et passende bosted for ungdommene etter fullført behandling ved BBS eller LBS (Melby et al., 2020, s. 43) og dette skaper usikkerhet og stress for ungdommene.

Følgeforskningen så også på hvordan ansatte fra barnevern og helse jobbet «skulder ved skulder». Det vises til utfordringer «knyttet til forskjellige lovverk og ulike journalsystemer» (Melby et al., 2020, s. 66). Det var forskjellige tilnærminger

⁷ <https://www.bufdir.no/barnevern/finn-institusjon/lunde-behandlingssenter/>

til hvordan de løste disse utfordringene, ved for eksempel at helsepersonell fikk lesertilgang i fagsystemet BIRK ved LBS, mens dette ikke var tilfellet ved BBS. Ansatte ved BBS opplevde likevel ikke at disse systemforskjellene utgjorde store utfordringer i hverdagen, og ansatte beskrev at de var veldig fornøyde med samarbeidet (Melby et al., 2020, s. 66).

2.2.1.2 Dokumentgjennomgang

Følgforskningen inkluderte en dokumentgjennomgang av til sammen 9 ungdommer fra BBS (5 – 3 jenter og 2 gutter i alderen 14-17 år) og LBS (4 – alle jenter i alderen 15-17 år). Ungdommene ved BBS hadde bodd ved institusjonen mellom 6-12 måneder mens ungdommene ved LBS hadde bodd ved institusjonen mellom 2-8 måneder på tidspunktet dokumentgjennomgangen ble gjennomført (Melby et al., 2020, s. 71). Ved begge institusjonene manglet det en del dokumenter, som for eksempel inntaksvurderinger og vurderinger rundt utflytting, noe som gjorde det vanskelig å få tak i helheten i alle sakene (Melby et al., 2020, s. 71). Dette kan til dels skyldes kort botid ved institusjonene. Likevel ble det påpekt at dokumentgjennomgangen ga «nyttig innblikk i vurderinger ved inntak og ungdommens motivasjon ved innflytting» (Melby et al., 2020, s. 71). Dokumentgjennomgangen bidro også til å triangulere andre funn i følgforskningen (Melby et al., 2020, s. 72).

Dokumentgjennomgangen viser til betydelige utfordringer knyttet til følelsesregulering, inklusiv selvmordsproblematikk og selvskading, og alle ungdommene har tidligere mottatt tjenester fra BUP og noen har hatt flere innleggelser i psykisk helsevern (Melby et al., 2020, s. 73). Det vises også til at skole og skolegang har vært utfordrende og mange av ungdommene har hatt høyt fravær før innflytting. Det ser ut som om denne utfordringen fortsetter, eller til dels forsterkes under botid ved BBS og LBS (Melby et al., 2020, s. 82). Det kommer også frem at «ungdommenes motivasjon ved inntak varierer» (Melby et al., 2020, s. 82). I tillegg har samtlige ungdommer behov for «en trygg omsorgsbasis den tiden behandlingen pågår» (Melby et al., 2020, s. 73). Det er med andre ord snakk om en gruppe ungdommer med store utfordringer (Melby et al., 2020, s. 73).

2.2.1.3 Ungdommenes erfaringer

Det ble gjennomført til sammen 6 intervjuer med 5 ungdommer som en del av følgforskningen – 1 gutt og 4 jenter i alderen 14-17 år (ei jente ble intervjuet 2 ganger). Det var variasjon mellom BBS og LBS i hvor «motivert» ungdommene var

i å motta behandling og å bo ved disse pilotinstitusjonene. Melby et al. (2020, s. 87) drøfter hvorvidt ungdommene har god nok innsikt i hva behandlingen går ut på, og at både alder og modenhet i tillegg til lengde på institusjonsopphold og motivasjon kan være medvirkende faktorer. Noen av ungdommene viser også til positive elementer i behandlingen og ei jente forteller at hun liker øvelsene, og hun bruker ord som ”hyggelig” og ”artig” når hun beskriver aktivitetene som gjennomføres på ettermiddagstreffene (Melby et al., 2020, s. 89).

I intervjuene med ungdommene kom det frem at ungdommene hadde behov for og ønsket større grad av «omsorg». En ungdom uttrykte: «... *jeg føler ikke at jeg får nok oppmerksomhet*» (Melby et al., 2020, s. 93) og «... *de viser ikke så veldig mye omsorg*» (Melby et al., 2020, s. 94). Det er også utfordringer ved å bo på en barnevernsinstitusjon i seg selv, det er mange ansatte å forholde seg til og det er ikke gitt at man utvikler gode relasjoner, eller vennskap, med andre beboere. Det var et eksempel på en ungdom ved BBS som oppfattet seg selv som «å være venneløs», mens det var et eksempel fra LBS om «besøk på rommene til hverandre» og at de er venner, selv om de etter hvert ble opptatt med forskjellige ting og ikke hadde like mye tid til å være sammen (Melby et al., 2020, s. 95).

2.2.1.4 Følgeforskningens konklusjon

Melby et al. (2020, s. 109) konkluderer med følgende i rapporten:

For oss som forskere har dette vært et krevende prosjekt fordi datakildene har gitt oss forskjellige og delvis motstridende inntrykk av hvordan institusjonene fungerer. Ansatte fremhever mye positivt med institusjonene: Det er en mulighet for psykologer og miljøterapeuter å jobbe tett sammen, flere er begeistret for DBT som arbeidsmetodikk og det er en sterk tro blant mange på at ungdommene vil ta med seg DBT-tankesettet ut fra institusjonene som et nyttig verktøy videre i livet. De ansatte ser imidlertid også utfordringer med organiseringen av tilbudet. Ungdommene er derimot i stor grad kritiske til tilbudet. De opplever et voldsomt fokus på behandling, liten vekt på (det de omtaler som) omsorg, svært mange ansatte, liten grad av hjemlighet og ingen formening om hvor de skal etter utflytting fra institusjonen. Samtidig forteller ungdommene om elementer de setter pris på i det nye, for eksempel en god relasjon til en miljøterapeut. Dokumentene vi har gjennomgått, bekrefter langt på vei det tydelige fokuset på behandling og at elementene i OEM/DBT følges opp, om enn i ulik grad ved de to institusjonene. Dokumentene gir

imidlertid ikke indikasjoner på at behandlingen fungerer og at det er positiv endring hos ungdommene underveis i institusjonsoppholdet. Til tross for at ansatte har mange gode erfaringer med denne måten å jobbe på, er vår samlede vurdering at det er mange og store utfordringer med nye institusjonstilbudet, samtidig som målgruppa ser ut til å ha lite utbytte av oppholdet. Derfor er det vanskelig å konkludere med at tilbudet slik det er i dag er et positivt tilfang til samarbeidsmodeller mellom barnevern og psykisk helsevern. Etter våre vurderinger er de negative konsekvensene større enn de positive.

Rapporten konkluderer med at det er motstridende oppfatninger knyttet til det integrerte institusjonstilbudet, og at følgeforskningsprosjektet ikke gir indikasjoner på at behandlingen fungerer for ungdommene.

Melby et al. (2020) presenterer til slutt 14 anbefalinger. Disse er gjengitt i oppsummert form i tabell 2-1. En av hovedkonklusjonene i rapporten er at det ikke anbefales å opprette flere behandlingsinstitusjoner. Anbefalingene inkluderte behov for ulike terapeutiske tilnærminger og metoder, og at omsorgsaspektet ved behandlingsinstitusjonene og ungdommenes medvirkning styrkes. Det var også anbefalinger knyttet til rekruttering av helsepersonell og å øke fleksibiliteten til helseforetakene i sammensetningen av helsefaglig kompetanse. Behov for juridisk og samfunnsøkonomisk vurderinger ble også fremmet.

Tabell 2-1 Oppsummering av anbefalinger fra følgeforskningen

Vi vil ikke anbefale bruk av DBT ut fra det erfaringsgrunnlaget vi har nå. Metodikken skaper særlig utfordringer knyttet til kravet om motivasjon og forpliktelse til endring.
Med en stor gruppe ungdommer vil det være behov for ulike terapeutiske tilnærminger. Det bør drøftes hvordan samarbeidet mellom helse og barnevern kan foregå uten at kun én konkret metodikk må ligge til grunn.
Det bør legges større vekt på aktiviteter, omsorg og hjemlighet på institusjonene. Vi mener det er viktig å betrakte ungdommene ikke bare som behandlingstrengende, men også som individer med ressurser og styrker.
Man bør sterkt vurdere å gjøre det obligatorisk å ha klart et omsorgstilbud ungdommen skal til etter institusjonsoppholdet før de får innvilget plass.
Ungdommenes stemmer må bli tydeligere hørt. Deres medvirkning bør styrkes, både i planlegging av tilbudet og i den daglige gjennomføringen.
Man må erkjenne at det er vanskelig å rekruttere helsepersonell. Derfor må man jobbe for å gjøre helsepersonell-stillingene mer attraktive.
Helseforetakene bør få større selvbestemmelse knyttet til hva slags personell som er relevant å ansette fra deres side. Bestemmelsen bør tas i samråd med barnevernet.
Begge institusjonene mener det er behov for to hundre prosent psykologstillinger. Vi anbefaler å ta det til følge.
En bør se nærmere på hvordan man kan utnytte ulike fagpersoners unike kompetanse.
Nå som pilotinstitusjonene har opparbeidet seg en del erfaring, bør man gjøre nye vurderinger med hensyn til lover, regler og juridiske utfordringer.
Det må i større grad legges vekt på at ungdommene har hjemmet sitt på institusjonene. Det bør lages et tydeligere skille mellom når den ansatte er på jobb med ungdommene (da gjør den ansatte ting med ungdommene), og når den ansatte er på jobb på kontoret (ute av ungdommenes hjem).
Modellen som piloteres ved Lunde og Bodø behandlingssentre, er nyskapende. Vi vil anbefale at forskjellige samhandlingsmodeller prøves ut og evalueres slik at man får mer kunnskap om konsekvenser og effekt av ulike modeller og behandlinger sett opp mot hverandre.
Modellen bør også vurderes ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, gitt at det er en modell for forholdsvis få ungdommer.
Etter en totalvurdering av modellen for det nye institusjonstilbudet mener vi det ikke er grunn til å anbefale opprettelse av flere institusjoner etter samme modell.

Kilde: Melby et al. (2020, s.121-122).

På bakgrunn av anbefalingene i rapporten til Melby et al. (2020) er det identifisert utfordringer og tematikker som det har viktig å utforske gjennom følgeforskningsprosjektet som danner grunnlaget for denne rapporten. Problemstillingene og forskningsspørsmålene utviklet for dette prosjektet, samt intervjuguidene som er utformet, har tatt opp i seg utfordringene og anbefalingene fra Melby et al. (2020).

2.3 Dialektisk atferdsterapi

Det er blitt utviklet mange forskjellige undervarianter, eller tilpasninger, av Dialektisk atferdsterapi (DBT). Noen av disse undervariantene har blitt utviklet for konkrete målgrupper, som for eksempel ungdom (DBT-A: Dialectical Behavioural Therapy – Adolescents), eller spesifikke kontekst, som for eksempel fengsler og kriminalomsorgen (DBT-CM: Dialectical Behavioural Therapy – Corrections Modified). Nettopp fordi det er mange forskjellige DBT varianter, og noe uklarhet rundt forskjellige målgrupper og effekt i forskjellige kontekster, har vi gjennomført en egen DBT litteraturstudie med fokus på målgruppa for de integrerte barnevern- og helseinstitusjonene: ungdom som bor i institusjoner. Funn fra denne litteraturstudien er presentert i kapittel 4, men for å ha et godt nok grunnlag for å redegjøre for den faglige modellen som disse institusjonene jobber etter, OEM-DBT (der ansatte i Bufetat jobber etter OEM og helseforetakansatte jobber etter DBT), presenterer vi her en oppsummering av standard DBT og DBT-A som er spesifikt utviklet for ungdom.

2.3.1 Standard DBT

DBT regnes som et evidensbasert behandlingstiltak. DBT integrerer «dialektisk og østlig filosofi med atferdsterapi, kognitivterapi og læringsteori» (Mehlum & Tørmoe, 2014, s. 3). Standard DBT som behandlingsform er sammensatt av en bredde strategier innenfor kognitiv-, psykodynamisk- og atferdsterapi, samt elementer fra østlig filosofi og meditasjon, og er spesielt rettet mot personer med kronisk selvskading- og selvmordsproblematikk (Katz et al., 2002). DBT er basert på en biososial teori om at emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er et resultat av en forstyrrelse i personens evne til å regulere følelser i kombinasjon med et dysfunksjonelt miljø (Linehan, 1993, s. 42). Overordnet vektlegger DBT dialektikk, og i DBT forstås dialektikk som en prosess der en søker å forsone pasientens polarisering av kognitive og emosjonelle motsetningsforhold med mål om syntese (Linehan, 1993). Kjernen i dialektikken innenfor DBT handler om å balansere aksept av pasienten og samtidig nødvendigheten av endring hos pasienten (Walsh, 2004, s. 1168).

I DBT må dialektikk heller forstås som en terapeutisk prosess: en dialektisk forandring. Denne prosessen er kompatibel med psykodynamisk teori relatert til konflikt og opposisjon i utviklings- og endringsprosesser (Linehan, 1993, s. 33-34). I denne forbindelse er det viktig å merke seg at Linehan (1993, s. 35) knytter sitt perspektiv på dialektikk og dialektisk tilnærming til en terapeutisk prosess som fokuserer på «kognitiv rigiditet» og karakteristika ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og selvmordsatferd. Videre beskriver Linehan (1993) et

fokus på det hun omtaler som dialektiske atferdsmønstre, eller en balansert livsstil. For å oppnå denne balansen og sette pasienten i stand til å manøvrere vanskelige situasjoner uten å gjøre situasjonen verre, blir trening på ferdigheter sentralt i behandlingen (Miller et al., 2007).

Forpliktelse er et svært sentralt element i standard DBT og utgjør en forutsetning for å motta denne behandlingen. DBT-terapeuten har gjerne flere kartleggingsmøter eller samtaler for å identifisere om DBT er et passende tiltak, og der brukeren får informasjon om hva DBT er og hva behandlingen innebærer. DBT-terapeuten jobber med å få brukeren til å forplikte seg til behandlingen. En forpliktelse til DBT er mer enn et samtykke, og innebærer at brukeren blant annet skal jobbe aktivt med ferdigheter og delta aktivt i ferdighetstrening som en del av behandlingen. Først når en bruker har forpliktet seg til DBT vil behandlingen starte, men DBT-terapeuten vil gjerne jobbe med forpliktelse, eller re-forpliktelse, og motivasjon når det er nødvending i behandlingsforløpet.

Innenfor DBT står ferdighetstrening sentralt, og er delt inn i fire moduler: 1) ferdigheter i *mindfulness*, 2) ferdigheter i å *holde ut*, 3) ferdigheter i å *regulere følelser*, og 4) *mellommenneskelige* ferdigheter (Linehan, 1993, s. 144-151). Ferdighetstreningen anses som fundamental fordi pasientene med ustabil personlighetsforstyrrelse ofte mangler noen, eller deler av ferdighetene i eget atferdsrepertoar, eller mangler evnen til å sette sammen ferdighetene på en adekvat måte når det er nødvendig (Linehan, 1993). Ifølge Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging er det 4 kjernekomponenter i DBT-behandlingen: ferdighetstreningsgrupper, individualterapi, telefonkonsultasjon og konsultasjonsteam. Ferdighetstrening i grupper varer i ca. 2 timer, med ukentlige møter i 24 uker med undervisning av en eller flere gruppeledere. For voksne gjentas ferdighetstreningen slik at behandlingen pågår i nærmere 1 år. Individualterapien følger gruppeprogrammet og består av 1 individuell behandlingstime i uka. Det er også et tilbud fra individterapeut å følge opp mellom møtene med telefonkonsultasjoner for å bistå med «forsterkning» av ferdighetene man lærer i ferdighetsgruppene og øver på i hverdagen. I tillegg møtes DBT-terapeutene i ukentlige konsultasjonsteamsmøter i forkant av ferdighetsgruppene for å bistå hverandre⁸. Det er anslagsvis 46 aktive DBT-team i Norge⁹. De driver først og fremst

⁸ <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/utdanning/dbt/om-dbt/>

⁹ <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/utdanning/dbt/dbt-team-i-norge/>

poliklinisk, men inkluderer også teamene ved BBS og LBS. I oversikten skilles det ikke mellom standard DBT og DBT-A, men flere av teamene er rettet mot barn og ungdom under 18 år.

2.3.2 DBT tilpasset ungdom (DBT-A)

Selv om DBT opprinnelig ble utviklet for voksne pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, har en rekke klinikere og forskere argumentert for at DBT- strategier og teknikker er anvendelige for andre pasientgrupper også, blant annet ungdom (Katz et al., 2002; Lovelle, 2008; Miller et al., 2007; Walsh, 2004). Miller et al. (1997; 2007) utviklet DBT-A (Dialectical Behavioural Therapy for Adolescents) og tilpasningene inkluderte en reduksjon i behandlingstiden fra et år til 16 uker. I etterkant har en ny DBT-A versjon på 24 uker blitt utviklet, som ser ut til å gi bedre resultater enn 16-ukers versjonen (Gillespie et al., 2019). I tillegg ble antall ferdigheter redusert, og en egen ferdighetsmodul ble utviklet for arbeid med ungdommen og dens familie (Miller et al., 2007). Katz et al. (2002, s. 167) hevder at i møte med suicidal ungdom, som gjerne sliter med en rekke andre oppmerksomhetskrevende vansker, opplever ofte terapeuten usikkerhet når det gjelder hvordan en skal ta fatt i behandlingen. Katz et al. (2002) fremhever at DBTs strukturer demper terapeutens egen angst for å gjøre feil i møte med denne krevende pasientgruppa. I USA har man de siste 10-15 årene implementert DBT-A som metode i en rekke behandlingsinstitusjoner for ungdom. Disse behandlingsinstitusjonene har blitt ansett som et «siste stopp» for ungdom med alvorlige psykiske lidelser, gjentatte utilsiktede flyttinger og mislykkede plasseringer, samt innleggelser i psykiatriske helsetilbud (McCredie et al., 2017). Institusjonene er først og fremst driftet av psykisk helsevern, men flere er også driftet av kriminalomsorgen for ungdom (se litteraturstudien i kapittel 4). OEM bygger på DBT-A (fremfor standard DBT).

2.4 Omsorgs- og endringsmodellen

Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) er en av flere faglige modeller som barnevernsinstitusjoner i Norge jobber etter. OEM er en tilpasning av DBT for ungdom som bor på institusjoner utarbeidet i samarbeid mellom University of Washington¹⁰ og Bufetat region nord for «kulturelle og juridiske forhold for

¹⁰ Marsha M. Linehan, som har utviklet DBT, har ledet Behavioral Research and Therapy Clinics ved University of Washington i over 40 år, og University of Washington har hatt en sentral rolle i opplæring i-, videreutvikling av- og forskning på DBT.

institusjonsbehandling i Norge» (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 3). I kravspesifikasjonen for dette FoU-oppdraget ble det vist til at det var 16 Bufetat-institusjoner som benyttet OEM som faglig modell. Det har vært en økning i antall OEM-institusjoner i løpet av prosjektperioden og i begynnelsen av 2023 var nesten 30 prosent av Bufetats institusjonsplasser ved en OEM-institusjon, som til sammen utgjorde 122 godkjente plasser (NOU 2023: 24, s. 231). Ettersom både BBS, LBS og sammenlikningsinstitusjonene benytter OEM, gir vi en oppsummering av innholdet i modellen.

2.4.1 Forpliktelse, motivasjonsarbeid og aksept

OEM er en variant av DBT, men som påpekt i Bufetats beskrivelse er det en vesentlig forskjell at ungdom kommer «frivillig til poliklinisk behandling» for DBT, mens OEM er et integrert tilbud i ungdomsinstitusjoner og andre har som regel bestemt at ungdommen skal bo (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 10). I tillegg er det en individuell terapeut i DBT, mens hele institusjonsmiljøet som jobber med ungdommen i OEM. Ellers bygger OEM på de samme «hovedingredienser» som DBT, og er dermed en blanding av «læringsteori, dialektisk filosofi, zen-buddhistisk filosofi og kognitiv teori» (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 11).

I OEM er forutsetningene for motivasjon og forpliktelse annerledes enn i DBT, ettersom noen ungdommer bor på en OEM-institusjon uten selv å ha samtykket til det. Ved BBS og LBS vil ungdommen få informasjon om behandlingsmodellen og fortrinnsvis vil ungdommen også forplikte seg til behandlingsmodellen før innflytting. De kan ikke jobbe med «endringsarbeidet» før ungdommen er «motivert og forpliktet», og det er derfor viktig å motivere og forplikte ungdommen i inntaks- og kartleggingsfasen (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 29). Ungdommen må få en forståelig forklaring om hvorfor de blir- og hva det innebærer å bli plassert i en barnevernsinstitusjon (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 29-30). Dette gir også rom for å forklare hva OEM og DBT er, og hva det vil si å bo på en OEM-institusjon, samt forskjellige forventinger, til ungdommen, de andre beboerne og ansatte.

Det vises dessuten til at det er en forskjell mellom «samtykke» og «forpliktelse» i OEM:

Med forpliktelse refererer vi til at ungdommen er villig til å jobbe med å redusere problematisk atferd og å lære seg å bruke nye ferdigheter. En ungdom

kan samtykke til utviklings- og endringsarbeidet, den kan møte opp og delta i ferdighetsgrupper, gjøre hjemmeoppgaver med mer, uten at den har forpliktet seg til å bruke de lærte ferdighetene eller redusere problematferd (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 31).

For å bistå ungdommene til å følge OEM er det utarbeidet syv motivasjonsstrategier. Ansatte kan anvende disse for å motivere og forplikte ungdommene til å følge OEM og jobbe med å endre atferd (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 35-37):

1. Oppmuntring (heiagjeng) – hvor terapeutene må oppmuntre og «forsterke selv de minste stegene ungdommen gjør».
2. For-og-imot – hvor «ungdommen lager en liste over fordeler og ulemper med å delta og å ikke delta».
3. Fot i døra/døra i ansiktet – som «referer til klassiske salgsteknikk for å skape en forpliktelse» der man kan jobbe med «å skape en liten forpliktelse først» (foten i døra) eller be om «mye mer enn det vi forventer» (døra i ansiktet) og ved «å variere mellom disse to ulike strategiene, bygger vi en forpliktelse til deltagelse».
4. Knytte innsats til tidligere forpliktelse og mål – inkluderer å «gi en påminnelse om tidligere forpliktelse og hvilke mål ungdommen ønsker å oppnå», spesielt der ungdommen har utfordringer i endringsarbeidet og de kan «gi opp forsøke å bruke nye ferdigheter eller gir opp hele endringsarbeidet».
5. Frihet til å velge, og fravær av valg – påpeke for «ungdommen at de alltid har et valg til å delta i endringsarbeidet», men også «hva er alternativet til å ta imot hjelp?».
6. Djevelens advokat – der terapeuten kan anvende «for-og-imot» argumenter på en balansert måte for «å styrke en skjør forpliktelse» ved å peke på utfordringer i endringsarbeidet og utfordringer i «løse problemene dine slik som i dag» ("omvendt psykologi").
7. Prinsippene for shaping – er «å gi umiddelbare positive kommentarer som forsterker den forpliktelsen ungdommen har (uansett hvor liten den er)», inklusivt «delelementer av ønsket atferd».

Endringsarbeidet starter etter at ungdommen har forpliktet seg og er motivert til å bruke modellen. Dette innebærer også en «aksept» hos ungdommen. Aksept i OEM er knyttet til «mindfulness». Dette knyttes til «at det gir mening å ha det slik ungdommen har det», men det betyr ikke nødvendigvis at ungdommens reaksjon (handling, tankegang, ønske eller følelse) er riktig (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 44). Ungdommen må derfor «akseptere» hvordan de har det, men vil kunne måtte jobbe med å «endre» hvordan de reagerer.

2.4.2 Verktøy i OEM

Det er en rekke verktøy i OEM som ansatte kan anvende for å bistå ungdommene i endringsarbeidet. Det er et også et «endringshierarki» der man skal ta tak i den mest «alvorlige» atferden først: (i) selvmordsforsøk/selvskading, (ii) aggresjon, (iii) rømming, (iv) programforstyrrende atferd, (v) endringsforstyrrende atferd og (vi) annen atferd som kan hindre god livskvalitet (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 55).

Det å lære seg nye ferdigheter er en sentral endringsstrategi i OEM, noe som hovedsakelig skjer i ferdighetsgrupper. Det er tre hierarkiske mål i ferdighetstreningen, som er forskjellig fra målene i individuell behandling: (i) redusere handlinger som gjør det umulig å gjennomføre ferdighetsgruppe, (ii) lære og generalisere ny ferdighet og (iii) redusere endringsforstyrrende atferd (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 89). Ferdighetsgruppene dekker fem ulike «ferdighetsmoduler» over 24 uker som varer i ca. to timer, med en pause mellom repetisjon av forrige ukes ferdighet og introduksjon av ny ferdighet. Hver av de fem ferdighetsmodulene ser på et problem «som skal reduseres» og en ferdighet «som skal økes»:

- **Problem:** Redusert oppmerksomhet og fokus, samt forvirring om hva du selv føler eller vil – **Ferdighet:** Mindfulness-ferdigheter.
- **Problem:** Impulsivitet, handler uten å tenke igjennom konsekvenser, eller flykter fra eller unngår følelser – **Ferdighet:** Hold ut-ferdigheter.
- **Problem:** Ungdom-foreldre-konflikter: Svart-hvit-tankegang, -følelser og handlinger. Å ikke kunne endre seg, ha vansker med å løse konflikter i familien og med å oppnå ønsket respons hos familiemedlemmer – **Ferdighet:** Finne mellomtingen-ferdigheter.

- **Problem:** Ustabile tanker og følelser: Raske og intense forandringer i humør uten kontroll, konstant vonde følelser og oppførsel som er følelsesstyrt – **Ferdighet:** Regulere følelser-ferdigheter.
- **Problem:** Sosiale problemer: Stadige vanskeligheter med å beholde gode relasjoner til venner, problemer med å ikke få viljen sin, ikke greie å ivareta selvrespekten sin og føle seg ensom – **Ferdighet:** Mellommenneskelige ferdigheter (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 92).

Individuelle samtaler gjennomføres minst en gang i uken for «å vedlikeholde motivasjon og forpliktelse», men er også «arenaen for å ta opp fortrolige tema, løse problemer den enkelte ungdommen har, og revurdere ungdommens individuelle mål og planer» (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 67). Ungdommene skal fylle ut dagbokkort for å dokumentere utfordringer de har opplevd i løpet av en uke. Dette er et skjema der ungdommen skal rangere opplevd «trang» til ikke å jobbe med endringsarbeidet, tanker rundt «fokusatferd» hen har blitt enig om å jobbe med, antall ganger hen utførte fokusatferden og hvordan hen brukte ferdigheter (mindfulness-ferdigheter, hold ut-ferdigheter, finne mellomtingen-ferdigheter, regulere følelser-ferdigheter og mellommenneskelige ferdigheter) (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 59).

Atferdskjedeanalyse (AKA) «er en hensiktsmessig måte å forstå ungdommen og deres atferd» (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 60). AKA kan både brukes for positiv atferd, «suksess-AKA» og utfordringer for «fokusatferd» (atferd man fokuserer på å endre). Atferden analyseres i tre ledd: utløser (f.eks. emosjoner, tanker, kroppsforannelser, trang, handlinger og hendelser), atferd (f.eks. tanke, emosjon og handling) og konsekvenser (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 61). Etter en hendelse, som for eksempel selvskading eller rømning, vil en AKA bli gjennomført for å identifisere hendelsesforløpet. For å se om noe kunne ha blitt gjort annerledes, gjennomføres det en løsningsanalyse, som ser på «sårbarhetsfaktorer» i den spesifikke situasjonen for å identifisere andre, konstruktive alternative løsninger som kan bidra til å finne nye «mestringsmåter» for å avverge samme atferd om man kommer i en lignende situasjon senere (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 64).

«Tegnøkonomi» er et virkemiddel som kan brukes som forsterkning av ungdommenes prososiale atferd eller når ungdommen bruker ferdighetene de trener

på. Ungdommen får en form for «tokens» som belønning og disse kan samles opp og etter hvert byttes inn mot kontanter eller andre goder (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 104). For at dette belønningssystemet skal fungere godt er det viktig at alle ansatte er konsekvente med hva ungdommen blir belønnet for og hvor mye de får i belønning (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 105).

Det utarbeides også en «sikkerhetsplan» for alvorlige situasjoner ungdommene kan komme i, spesifikt for (i) selvmordsforsøk eller selvskading, (ii) fysisk utagering eller vold mot personer, (iii) rømming (hvor ungdommen utsetter seg selv for fare) og (iv) andre alvorlige hendelser som hindrer forsvarlig og normal drift av institusjonen (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 105). Sikkerhetsplanen består av både umiddelbare tiltak for å sikre ungdommen og andres velferd, men også for å minimere sjansen for at samme situasjon oppstår igjen. En sikkerhetsplan er ikke en straff og skal være basert på individuell vurdering (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 106). Det er syv trinn i en sikkerhetsplan:

1. Etablere sikkerhet og vurdere om det må søkes medisinsk hjelp.
2. Individuelle vurderinger hvorvidt ungdommen skal tas ut av organiserte aktiviteter, basert på risiko og mulighet for å forsterke uønsket atferd.
3. AKA på den konkrete hendelsen.
4. Når det er oppnådd felles forståelse for hva som skjedde, vil det ved behov kunne iverksettes begrensninger for å forhindre skader og ivareta sikkerhet.
5. Med veiledning fra terapeut, identifiseres behov for ferdighet, og ungdommen lærer og øver på OEM-ferdighet for å kunne håndtere slike situasjoner på en hensiktsmessig måte.
6. Dersom ungdommen har forvoldt skade mot noe eller noen, skal hen gjøre opp for seg, be om unnskyldning og reparere eventuell skade.
7. Deretter kommer ungdommen tilbake til vanlige aktiviteter og program ved ungdomssenteret (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 106).

2.4.3 Overgangsfasen

Planene for overgang etter institusjonsoppholdet skal være en del av søknaden til institusjonen (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 108). Dette er fordi oppfølgingen skal være individuelt tilpasset, og er blant annet avhengig av hvor ungdommen skal flytte etter institusjonsoppholdet. Alle skal ha en overgangsplan

som inneholder: (i) ungdommens problematferd ved plassering, (ii) utløsende hendelse(r) for handling(ene), (iii) Hva gjør ungdommen i dag i de tilsvarende situasjonene, (iv) hvilke ferdigheter har ungdommen lært som er nyttige for dem og (v) hvilken støtte trenger ungdommen for å opprettholde den gode utviklingen (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 109).

Relasjonen mellom miljøpersonalet og ungdommene er helt sentral i OEM. I beskrivelsen av OEM beskrives det som viktig at ansatte kan etablere og vedlikeholde relasjoner på en god måte med ungdommen, men samtidig «sette grenser for seg selv» (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 111). I tillegg er det også en forutsetning «at den enkelte ansatte er villig til å lære seg OEM» (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 111). Ansatte må kunne bruke, og raskt skifte mellom de følgende dialektiske strategiene:

1. **Gå inn i paradokset** – Gjennom å presentere et paradoks for ungdommen, ønsker vi å hjelpe dem med å finne nye innfallsvinkler.
2. **Bruk av metaforer** – Bruk av metaforer og å fortelle historier er en effektiv måte å eksemplifisere det ungdommen sliter med å forstå, på en måte som gjør det mer forståelig.
3. **Djevelens advokat** – Denne strategien er beskrevet under forpliktelsesstrategier og handler om å bygge en sterkere forpliktelse og få ungdom til å motargumentere mot ekstreme synspunkt.
4. **Utvid/ videreføring** – Ideen med denne strategien er å ta tak i det ungdommen sier ved å gjøre meningen større, eller ta det ungdommen sier mer bokstavelig enn det ungdommen mente.
5. **Lage limonade av sitroner** – Ikke alt i livet går som planlagt. Lage limonade av sitroner er å lete etter det vi kan lære av situasjoner som ikke gikk som vi ønsket.
6. **Hjelpe ungdommen å aktivere sitt «vise sinn»** – Noen ungdommer trenger å lære seg hvordan de skal kunne kople inn sitt wise mind (vise sinn). Ungdommene lærer om de tre bevissthetstypene i ferdighetsgruppene; fornuft, følelsestilstand og wise mind. Wise mind er en tilstand der både fornuft- og følelser kombineres, det er den klokskap og visdom som bor i alle mennesker. Wise mind hindrer deg i å handle impulsivt, og du trenger det for å ta viktige avgjørelser i livet.

7. **Tillate naturlig endringer** – I OEM har vi stort søkelys på at livet inneholder stadige endringer, altså at ingenting er statisk. Det eneste konstante er at alt er i bevegelse.
8. **Å kartlegge dialektisk** – Å kartlegge dialektisk innebærer å undersøke individuelle og kontekstuelle faktorer for å forstå atferden ved å spørre «Hva blir utelatt her?» (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020, s. 112.113).

2.5 Andre vurderinger av integrerte institusjoner

2.5.1 Helsetilsynet

Helsetilsynet har på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet gjennomgått alle dødsfall tilknyttet barnevernsinstitusjoner fra 2018 frem til januar 2023 (Helsetilsynet, 2023b, s. 4). Fokuset er på åtte tilfeller der jenter i alderen 13-18 år, som har vært tilknyttet en barnevernsinstitusjon har mistet livet (i tillegg hadde fire barn mistet livet i tilknytting til sentre for foreldre og barn). Rapporten beskriver jenter med store utfordringer. Det vises til meldinger fra spesialisthelsetjenesten «på bakgrunn av bekymring om at noen av jentene ikke spiste, at noen av dem skadet seg selv og noen brukte rusmidler» (Helsetilsynet, 2023b, s. 10). De fleste av jentene «ønsket å flytte hjemmefra» og flere hadde mange og ustabile plasseringer, inklusivt flere plasseringer i beredskapshjem og akuttinstitusjoner, i tillegg til flere fosterhjem før innflytting til institusjonene og alle hadde bodd alene på institusjon uten andre beboere i perioder (Helsetilsynet, 2023b, s. 10). Det var mange behandlere involvert for flere av jentene, også på grunn av flyttinger, og dermed bytting av barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester (BUP). «Alle jentene ble utredet og diagnostisert i [BUP]» (Helsetilsynet, 2023b, s. 10). Flere av jentene nektet å spise, selvskadet og brukte ulike rusmidler og medikamenter, og noen utviklet rusproblemer under institusjonsoppholdet (Helsetilsynet, 2023b, s. 11). Perioden før jentene døde beskrives på følgende måte:

Noen av jentene hadde en periode med økt selvskading, annen atferd med stor risiko for å miste livet, rusbruk og rømming, mens andre fremsto som roligere, med god kontakt med de voksne på institusjonen og færre alvorlige hendelser (Helsetilsynet, 2023b, s. 11).

I rapporten beskrives det at ingen av disse jentene bodde ved hverken BBS eller LBS. Det beskrives at en av jentene ble søkt inn på en av institusjonene, og for en annen

ble det undersøkt om dette kunne være en mulighet, men de to jentene tilfredsstilte ikke inntakskriteriene. «Jentenes problematikk og mangel på egenmotivasjon var årsaker til at det ikke ble søkt eller ikke ble gitt plass» (Helsetilsynet, 2023b, s. 25). Rapporten går ikke nærmere inn på hvilken 'problematikk' institusjonene ikke kunne jobbe med, eller til hvilken grad 'egenmotivasjon' måtte være til stede for en plassering ved én av disse integrerte institusjonene.

Vi tolker dette som at Helsetilsynet er kritisk til at ingen av jentene har mottatt behandling ved de integrerte institusjonene ettersom intensjonen med disse var å svare ut behovet til gruppa med sammensatte behov, og de beskriver videre at det må «arbeides videre med å utvikle modeller som ivaretar barn med behov for både psykisk helsehjelp og omsorg» (Helsetilsynet, 2023b, s. 26). Dette viser at de integrerte behandlingsinstitusjonene, BBS og LBS, ikke dekker behovet for alle barn og unge med sammensatte og alvorlige utfordringer som krever tiltak fra både barnevernet og helsetjenestene.

2.5.2 Barneverninstitusjonsutvalget

Med grunnlag i kongelig resolusjon 22 juni 2022, ble Barnevernsinstitusjonsutvalget oppnevnt for «å vurdere hvilke oppgaver, rammer og omfang fremtidens institusjonsbarnevern skal ha» (NOU 2023: 24, s. 3). Kapittel 10 i utredningen ser på «helsehjelp til barn i barneverninstitusjon». Det vises til både at barn og unge som bor på barnevernsinstitusjoner «ofte har større behov for psykisk og somatisk helsehjelp enn andre barn», og at det er mange barn «som ikke får den helsehjelpen de trenger» (NOU 2023: 24 s. 126). Utvalget har hatt et særlig fokus på «psykiske plager» (NOU 2023: 24, s. 126). Både BBS og LBS beskrives i utredningen, også referert til som *Helsepiloten*, og utvalget har besøkt begge institusjonene (NOU, 2023, s. 130). Utvalget viser til at:

Institusjonene er ment å være et tilbud til barna i barnevernet med størst helseutfordringer, men inntakskriterier forutsetter at barnevernet har overtatt omsorgen fra foreldrene og at barna samtykker til helsehjelp. Dette gjør at barna med de aller mest komplekse hjelpebehovene, som ikke innser sitt eget behov for hjelp, ikke kvalifiserer for tilbudet (Helsetilsynet, 2019; NOU 2023: 24, s. 130) .

Utvalget viser også til at «Bufdirs egen erfaringsinnhenting viser en betydelig nedgang i antall akuttinnleggelser i BUP for barn som har opphold i institusjonene»

(NOU, 2023: 24, s. 30), uten at de presenterer statistikk eller hvem de har hentet erfaringer fra.

Utvalgets vurdering viser til:

Utvalget anerkjenner at satsingen på bedre helsehjelp har vært viktig for flere barn i barnevernsinstitusjon. Samtidig mener utvalget at satsingen i for stor grad har vært preget av pilotering av nye strukturer for å kompensere for at det ordinære tilbudet ikke virker for disse barna. Det bevilges midler for piloter og prøveprosjekter, men det er utfordrende å få samarbeidsprosjektene over i ordinær drift. Utvalget mener også at helsesektoren i for liten grad er forpliktet i disse strukturene. Det gjelder både tverrfaglig helsekartlegging og de to omsorgs- og behandlingssentrene i Lunde og Bodø. Utvalget mener også at tiltakene i realiteten innebærer en forskyvning av ansvar fra helsetjenestene mot barnevern på en slik måte at barnevernet får et ansvar de verken har mandat, kompetanse eller mulighet til å ivareta (NOU, 2023:24, s. 136).

Selv om utvalget viser til at BBS og LBS er «gode eksempler på hvordan en felles faglig praksis må utvikles i tett samarbeid mellom tjenestene», påpekes det også mangler:

Fem år etter oppstart foreligger det ikke planer om hvordan institusjonene kan etableres i ordinær drift. Tilbudet er heller ikke tilgjengelig for noen av de barna som trenger det mest, fordi det krever samtykke og motivasjon fra barnet for å få plass. Både barnevernet og helsetjenesten har ansvar for å motivere barna til å motta den helsehjelpen de trenger. Dette gjøres gjennom å bygge tillit og relasjoner, og kan ikke være en forutsetning ved tiltakets oppstart. Hvis et barn trekker samtykket underveis i oppholdet, skaper det også utfordringer for institusjonenes arbeid (NOU, 2023:24, s. 136).

Til slutt konkluderer utvalget:

Utvalget anbefaler ikke at omsorgs- og behandlingsinstitusjonene videreføres i sin nåværende form. Det bør i stedet iverksettes tiltak som sikrer alle barn i barnevernsinstitusjon tilgang på nødvendig helsehjelp, der de er og på barnas premisser. Dette betinger en sterkere forpliktelse fra helsetjenesten enn med dagens organisering (NOU, 2023:24, s. 136).

3. Metode

I dette kapitlet beskriver vi de metodiske tilnærmingene vi har benyttet i denne studien. Studien har bestått av en rekke forskningsspørsmål, og for å belyse kompleksiteten har det vært nødvendig å ta i bruk ulike metodiske tilnærminger. Vi har gjennomført en litteraturstudie, en casestudie av fire institusjoner (intervju med ungdommer og ansatte/ledelse ved to integrerte institusjoner og to sammenlikningsinstitusjoner), en spørreundersøkelse (Strengths and Difficulties Questionnaire – Sterke og svake sider (SDQ)), en samfunnsøkonomisk analyse og en juridisk vurdering. I tillegg har vi gjennom uttrekk av data fra fagsystemet BIRK fått informasjon som gir oversikt over tidligere beboere ved de to integrerte institusjonene. I dette kapitlet vil vi gå nærmere inn på beskrivelse og begrunnelse for de ulike metodiske tilnærmingene, gjennomføring av datainnsamling, etiske vurderinger og vurdering av studiens styrker og svakheter.

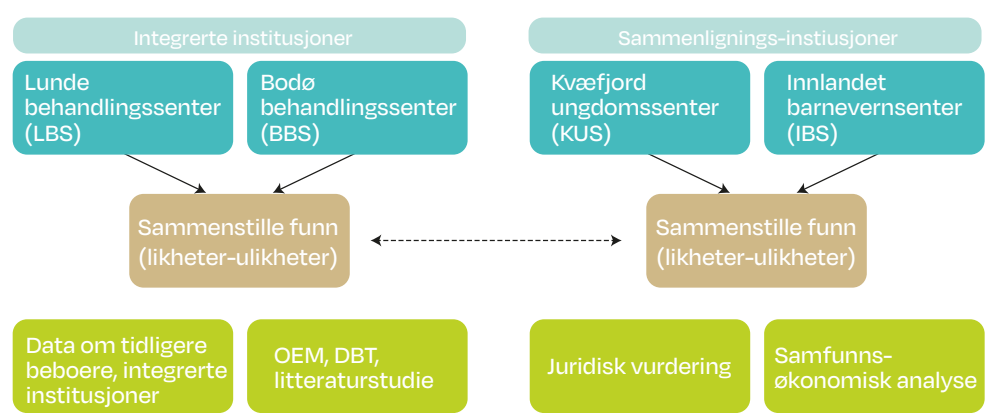
3.1 Forskningsdesign

Som beskrevet i innledningen, tar studien for seg 7 sammensatte forskningsspørsmål. Kompleksiteten i forskningsspørsmålene gjør det nødvendig å ta i bruk en rekke metodiske tilnærminger og det er nødvendig å hente informasjon fra flere kilder og tilnærminger for å svare ut flere av forskningsspørsmålene. Dette gjør at det ikke er en en-til-en relasjon mellom forskningsspørsmål og forskningsdesign, da noen av metodene vil kunne belyse flere av forskningsspørsmålene. Vi har organisert studien inn i fem delprosjekter, som beskrevet i tabell 3-1.

Som illustrert i figur 3-1 har vi benyttet forskjellige metoder i de ulike delprosjektene, og gjennomført datainnsamlingen på tvers av delstudiene. Figur 3-1 (under) viser en oversikt over forskningsdesignet i prosjektet.

Tabell 3-1 Oversikt over delprosjektene i forskningsprosjektet

Delprosjekt (DP)	Forskningsspørsmål	Metode og informanter
DP1: Faglig grunnlag og tilnærming av DBT/OEM	FS1: Implementering av DBT/OEM FS2: Relasjon mellom helse og barnevernspersonell FS4: I hvilken grad har opphold på institusjon(ene) virkning på ungdommenes utvikling?	Litteraturgjennomgang, Intervjuer med ansatte
DP2: Ungdommers erfaringer, Virkning av behandlingen, Institusjonelle forskjeller mellom integrerte og ikke integrerte institusjoner	FS3: Beboeres erfaring FS4: Dokumentasjon av utvikling FS5: Samarbeid med andre etater og tjenester FS6: Hendelsesforløp etter flytting fra institusjoner	Intervjuer med ungdommer, data fra BIRK systemet, intervjuer (med ansatte, beboere og tidl. beboere), selvrapportert psykisk helse (SDQ)
DP3: Ansattes erfaringer med integrert institusjonstilbud Institusjonelle forskjeller mellom integrerte og ikke integrerte institusjoner	FS1: Implementering av DBT/OEM FS2: Relasjon mellom helse og barnevernspersonell FS5: Samarbeid med andre etater og tjenester	Intervjuer med ansatte
DP4: Samfunnsøkonomiske forskjeller mellom integrerte og ikke-integrerte institusjoner	FS7: Kostnadseffektivitet	Samfunnsøkonomisk analyse (kostnad/er og modell/er)
DP5: Juridisk analyse	FS1: Implementering av DBT/OEM	Juridisk analyse



Figur 3-1 Oversikt over forskningsdesignet i prosjektet

3.1.1 Roller og ansvarsfordeling

NTNU Samfunnsforskning har vært prosjektleder for prosjektet. NTNU Samfunnsforskning har gjennomført litteraturstudien, og har vært ansvarlig for utarbeidelse av forskningsdesign knyttet til kvalitativ datainnsamling, inkludert utarbeidelse av tema og intervjuguider. For å sikre kontinuitet i datainnsamlingen gjennom kvalitative intervjuer og spørreskjemaer, samt opprettholde jevn kontakt med institusjonene og ungdommene, ble ansvaret for oppfølging (inklusive besøk og rapportering/analyse av data) av institusjonene fordelt. NTNU/RKBU hadde ansvaret for oppfølging av LBS, mens forskere ved NTNU Samfunnsforskning hadde ansvar for oppfølging av BBS, KUS og IBS. Som følge av at ulike forskere har hatt ansvar for de forskjellige institusjonene forekommer det noe variasjon i utvalget og informasjonen som foreligger fra institusjonene. Det var en hovedansvarlig forsker for hver institusjon, mens resten av prosjektgruppa roterte for å sikre at alle prosjektdeltakerne har noe innsikt i alle institusjonene.

Datainnsamlingen og analyse knyttet til spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ble fordelt likt mellom NTNU/RKBU og NTNU Samfunnsforskning. Den samfunnsøkonomiske analysen ble utført av NTNU Samfunnsforskning. Juridisk analyse ble utført av Cecilia Dinardi (advokat og partner ved Elden Advokatfirma). Tre av forskerne i prosjektgruppa har deltatt i den tidligere følgeforskningen av de to integrerte institusjonene, LBS og BBS, som foregikk i perioden 2018-2020 (Melby m.fl., 2020).

3.2 Litteraturstudie

Målet med litteraturstudien var å utføre en systematisk gjennomgang som besvarte forskningsspørsmålet: Hva er effekten av Dialektisk Atferdsterapi (DBT), Multisystemisk Terapi (MST) og/eller Motiverende Intervju (MI) blant innlagte eller institusjonaliserte ungdommer og ungdommer. Gjennomgangen ble registrert i PROSPERO (PROSPERO 2021 CRD42021239521).

3.2.1 Søkestrategi og utvelgelse av studier

Strukturerte søk ble utført i databasene CINAHL, ERIC, EMBASE, PsychInfo og Scopus ved å bruke følgende søkefrase tilpasset den spesifikke databasen (f.eks. bruk av tesaurusord), som spesifisert i Tabell 3-2.

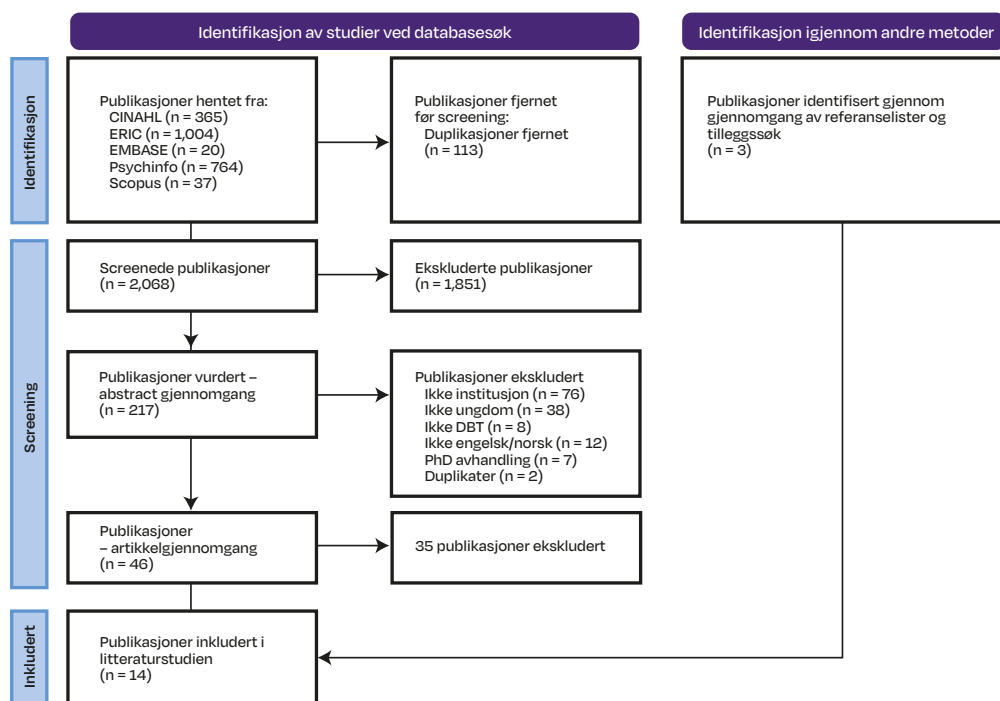
Tabell 3-2 Oversikt over søkeord benyttet i litteraturgjennomgangen

Engelske søkeord:

(youth OR teen OR teenager OR adolescent OR juvenile OR children OR minor) AND (institution OR (juvenile justice) OR hospital OR (in patient) OR in-patient OR asylum OR incarceration OR facility) AND ((Dialectical Behaviour Therapy) OR DBT OR (Multisystemic Therapy) OR MST OR (Motivational Interviewing) OR MI)

Søkene ble utført i april 2021, og identifiserte artikler ble gjennomgangs-administrasjonssystem eller programvare (<https://www.covidence.org/>). ERIC er en database og bibliotekstjeneste som inkluderer grålitteratur som konferanseartikler, tekniske rapporter, policy dokumenter og annet utdanningsmateriale i tillegg til akademiske og faglige journaler og bøker (<https://ies.ed.gov/ncee/projects/eric.asp>). I tillegg gjennomførte vi enkeltsøk i Google Scholar. Vi har ikke gjennomført et eget søk på norsk eller for norske/nordiske studier, men via et oppdatert søk gjennomført sommeren 2023, identifiserte vi en norsk artikkel gjennom den internasjonale (engelskspråklige) forskningslitteraturen.

To forskere ved NTNU Samfunnsforskning var ansvarlige for litteraturgjennomgangen. En forsker gjorde et innledende utvalg av titler, som ekskluderte 1 851 artikler, og begge forskerne gjennomgikk de gjenværende 217 sammendragene. Forskerne diskuterte inkludering eller ekskludering av artikler når det var avvik. Totalt ble 46 artikler identifisert som potensielt relevante for gjennomgangen, og vurdert for en fulltekstgjennomgang. Under gjennomgangen av fulltekstartiklene ble det klart at nytten av å vurdere de tre intervensjonene (DBT, MST og MI) i sammenheng var begrenset, ettersom Omsorgs- og endringsmodellen var modifisert til å i hovedsak omhandle DBT. I stedet for å starte søket og utvalget på nytt uten MST- og MI-søkeordene, besluttet vi å ekskludere fulltekstartikler som relaterte seg til MST og MI (uten DBT). Fulltekstgjennomgangen utført av den første forskeren resulterte i 13 relevante studier fra det strukturerte søket, i tillegg til tre artikler identifisert ved gjennomgang av referanselisten til inkluderte artikler (oppsummert i Figur 3-2).



Figur 3-2 PRISMA diagram DBT litteratursøk. Modifisert fra Page et al. (2021).

3.2.2 Styrker og svakheter ved litteraturgjennomgangen

Gitt den begrensede forskningen som er gjennomført på DBT for ungdom som bor på institusjoner, og stor variasjon i kontekstene for disse studiene (barnevernsinstitusjon, ungdomsfengsel, psykiatrisk ungdomsinstitusjon og ungdomsinstitusjoner), modifikasjoner til intervensjonen (forskjellige varianter og tilpasninger av DBT) og utfallsmål har vi gjennomført en systematisk kartleggingsoversikt (scoping review) eller en omfattende gjennomgang (jf. de 14 forskjellige gjennomgangstypene beskrevet av Grant & Booth, 2009). Vi tenker begge begrepene, systematisk kartleggingsoversikt eller omfattende gjennomgang, er beskrivende for litteraturstudien ettersom vår ambisjon har vært å beskrive den nåværende forskningen på et spesifikt felt ved å svare på et bredt forskningsspørsmål, mens systematiske gjennomganger vanligvis tar sikte på å adressere mer smale forskningsspørsmål (f.eks. effekt) eller identifisere forskningshull (Bergsund & Nøkleby, 2023). Litteraturstudien har synliggjort variasjonen og omfanget av forskning på DBT for ungdom som bor på institusjoner, men har i mindre grad gitt eksplisitt innsikt i samlet virkning av DBT i ungdomsinstitusjoner.

3.3 Casestudie ved institusjonene

På overordnet nivå har vi tatt i bruk casestudie som tilnærming. Det er forskjellige definisjoner og tilnærminger til casestudier, men en overordnet definisjon brukt av Yin (2009) viser til casestudier som empiriske undersøkelser som ser på et fenomen i dybden og at det gjerne er gråsoner mellom fenomenet og kontekst (Yin, 2009, s. 18). En casestudie-tilnærming for å studere behandlingstilbudet ved BBS og LBS vil dermed legge rammene for at vi nettopp skal kunne gå mer inn i dybden i både behandlingen og den spesifikke konteksten disse institusjonene operer i. I tillegg inngår sammenlikningsinstitusjoner, som også bruker OEM som faglig modell, men som er omsorgsinstitusjoner og ikke har integrert helsehjelp. Når vi benytter begrepet «sammenlikningsinstitusjon» er vi klar over at begrepet kan gi assosiasjoner til et komparativt design, men det er imidlertid ikke formålet med begrepsbenyttelsen. Formålet med denne sammenlikningen er å få innsikt i hva som er unikt ved BBS og LBS, og hvordan disse integrerte behandlingsinstitusjonene skiller seg fra andre institusjoner. Dette vil falle inn under hva Stake (2006) anser som en multi-casestudie. Multi-case studier kan bestå av flere 'ordinære' caser for å få innsyn i hva som er typisk eller vanlig for andre lignende caser (f.eks. en ordinær barnevernsinstitusjon), eller de kan velges for å belyse spesielle scenarier eller kontekster (f.eks. barnevernsinstitusjoner som jobber inn mot en begrenset målgruppe). Vår tilnærming i denne studien er en kombinasjon av disse tilnærmingene. Vi har sett på de 'spesielle' casene BBS og LBS som integrerte barnevern- og helseinstitusjoner, som vi sammenlikner med de to sammenlikningsinstitusjonene, Kvæfjord ungdomssenter (KUS) og Innlandet barnevernsenter (IBS), som 'ordinære' barnevernsinstitusjoner som bruker OEM som faglig modell.

3.3.1 Kvalitative intervjuer

Vi har gjennomført kvalitative intervjuer, både individuelle og gruppeintervjuer, på alle fire institusjoner med både ansatte og beboere. Sammenlikningsinstitusjonene ble identifisert i samarbeid med Bufdir og Bufetat Region Nord, og vi ble enige om at Kvæfjord Ungdomssenter (KUS) og Innlandet Barnevernsenter (IBS) var egnede sammenlikningsinstitusjoner basert på kjennskap til- og erfaring i bruk av OEM som faglig modell. Ettersom disse institusjonene er større enn BBS og LBS, ble det enighet om å kun ta inn en avdeling fra hver sammenlikningsinstitusjon i studien, på omtrentlig samme størrelse som BBS og LBS (kapasitet på 5-6 ungdommer). Etter at det ble avklart at KUS og IBS var hensiktsmessige sammenlikningsinstitusjoner ble enhetslederne ved begge institusjonene kontaktet, og begge samtykket til å

delta i studien. Det har vært noen mindre variasjoner mellom institusjonene og intervjutidspunktene basert på hvem som har vært tilgjengelig eller villig til å delta i intervju (f.eks. tiltenkt gruppeintervju har blitt gjennomført som individuelt intervju), men den overordnede tilnærmingen og intervjuguidene har vært de samme. Vi har besøkt institusjonene på til sammen fire forskjellige tidspunkt i tidsperioden 2022-2023. Ungdommene ble invitert til å delta i et gruppeintervju ved oppstart (vår 2022), både individuelle og gruppeintervjuer ved de to neste besøkene (høst 2022 og vår 2023), og et individuelt intervju ved avslutning (høst 2023).

Institusjonene ble forespurt om å informere ungdommene om studien i forkant av hvert besøk, og bisto med å rekruttere ungdommene inn i studien. I et par tilfeller, under første runde med datainnsamling, bisto ansatte ungdommene i gruppeintervjuet med ungdommenes samtykke, men dette ble ikke gjentatt ved senere besøk. Institusjonene bisto med å innhente samtykke fra foresatte i de tilfellene der ungdommene var under 16 år. De som var 16 år eller eldre samtykket selv. Ansatte ble invitert til å delta i gruppeintervju på alle fire tidspunkt og ledelsen (enhetsleder/avdelingsleder og andre relevante fagansvarlige) deltok i et individuelt intervju (unntatt ved BBS der ledelsen ble intervjuet på alle 4 tidspunkt¹¹). Ved å la deltakerne diskutere sine erfaringer kan man gjerne få mer informasjon enn ved individuelle intervjuer av hvert enkelt gruppemedlem. I tillegg kan man oppnå en kalibrering av vurderingene fra hver enkelt i forhold til en felles referanse og forståelse. I tillegg ble det vurdert at gruppeintervju var ressursbesparende både for ansatte og forskergruppa.

Intervjuene var basert på tematiske intervjuguider for gruppeintervjuene, med temaene «samarbeid og tilgang til andre tjenester», «medvirkning/selvbestemmelse» og «utflytting». Temaguidene ble utviklet etter gjennomgang av både den faglige beskrivelsen av OEM (SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon, 2020) og rapporten fra følgeforskningen i etableringsfasen av BBS og LBS (Melby et al., 2020). Valget av temaene for gruppeintervjuene var basert på at disse enten var identifisert som mulige generelle sårbarhetspunkter (f.eks. utflytting og tilgang til tjenester) eller mulige utfordringer i behandlingen (f.eks. medvirkning). I tillegg ble det utviklet

¹¹ Ved BBS deltok leder i det første gruppeintervjuet og ledelse for både barnevern og helse deltok i et individuelt intervju ved det andre besøket. Det ble meddelt at ledelsen ønsket å oppdatere forskerne på utvikling ved institusjonen gjennom prosjektperioden, og fremfor at dette ble en del av intervjuene med ansatte valgte vi å gjennomføre individuelle intervjuer med ledelsen ved de påfølgende besøkene.

to sett med intervjuguider for individuelle intervju: ett for oppstart (første gang vi intervjuet en ungdom) og ett for oppfølgingsintervju (når vi hadde intervjuet ungdommen tidligere) med litt forskjellig ordlyd basert på om det var første gangen vi intervjuet ungdommen, eller om vi hadde snakket med ungdommen tidligere. Vi ba også ungdommene om å fylle ut «Sterke og svake sider» (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) som er et standardisert spørreskjema for å kartlegge blant annet psykisk helse (se nærmere beskrivelse av dette i kapittel 6).

I tillegg har vi gjennomført intervju med fire ungdommer i etterkant av utflytting fra de integrerte institusjonene. To av disse var ungdommer vi intervjuet mens de bodde på de integrerte institusjonene. Vi ble også kontaktet av to tidligere beboere som var kjent med vår studie gjennom informasjon lagt ut på NTNU Samfunnsforskning sine nettsider¹², og som ønsket å bidra med deres erfaringer. Vi har dermed intervjuet til sammen fire tidligere beboere etter utflytting. Disse var fordelt på både BBS og LBS. Antallet informanter i denne delen av det kvalitative materialet er lavt, kun fire informanter. I tillegg har to av informantene meldt egen interesse for å la seg intervju. Dette kan innebære at informantene har hatt en særskilt motivasjon for å delta, og vi kan ikke si noe om hvordan disse informantenes erfaringer samsvarer med andre tidligere beboeres erfaringer. På bakgrunn av dette må funnene fra intervjuene leses og tolkes med varsomhet.

Vi utviklet også tematiske intervjuguider for ansatte om «Omsorgs- og endringsmodellen», «medvirkning», «utflytting» og «utfordrende atferd og tvang». I tillegg intervjuet vi enhets- eller avdelingsledere ved alle institusjonene (inkludert representant fra helse ved de to integrerte institusjonene). Disse lederintervjuene ble gjennomført høsten 2022, men med en oppfølging på de integrerte i etterkant (både vår og høst 2023 ved BBS og høst 2023 ved LBS). En oversikt over tidspunktene for de forskjellige tematiske intervjuene er gjengitt i Tabell 3-3.

¹² <https://samforsk.no/prosjekter/oppfolgingsstudie-av-nytt-integrert-institusjonstilbud-mellom-barnevern-og-helse>

Tabell 3-3 Oversikt tema intervjuguider for gruppeintervju ungdom og ansatte

Tidspunkt	Ungdom	Ansatte
Vår 2022	Samarbeid og tilgang til andre tjenester	Omsorgs- og endringsmodellen
Høst 2022	Medvirkning/selvbestemmelse	Medvirkning
Vår 2023	Utflytting	Utflytting
Høst 2023	Kun individuelle intervju	Utfordrende atferd og tvang

3.3.1.1 Utvalg – Lunde behandlingssenter

Ungdommer

Ved LBS gjennomførte vi ett gruppeintervju og åtte individuelle intervjuer med ungdom som hadde samtykket til deltakelse. Med unntak av ett intervju, som ble gjennomført på telefon etter utflytting, ble samtlige gjennomført ved LBS over en periode på om lag 1 ½ år. Totalt sju ungdommer (jenter) mellom 13 og 18 år deltok som informanter. Fire av ungdommene intervjuet vi to ganger. Av disse fire ungdommene intervjuet vi to på et tidlig og et sent tidspunkt i forbindelse med deres botid ved LBS, én ungdom etter om lag fire og åtte måneders botid ved LBS og én ungdom om lag åtte måneder ut i botiden ved LBS, samt om lag seks måneder etter utflytting fra LBS. Av de tre vi møtte kun én gang intervjuet vi én ungdom etter om lag seks måneders botid og to ungdommer etter om lag åtte måneders botid ved senteret.

Tabell 3-4 Oversikt over intervjudata ungdom LBS

Informant	Intervjutidspunkt								
Måneder:	< 1	2	3	4	5	6	7	>8	Etter utflytting
Jente 13 år	x (G)				(I)				
Jente 14 år						x (I)			
Jente 16 år(A)								x (G)	x (I)*
Jente 16 år(B)								x (G)	
Jente 16 år(C)				x (I)				x (I)	
Jente 16 år(D)								x (I)	
Jente 17 år	x (I)							x (I)	

G= Gruppeintervju, I= Individuelt intervju *Intervjuet på telefon ca. 6 måneder etter utflytting

Våren 2022 ble det gjennomført ett gruppeintervju med tre ungdommer, samt ett individuelt ungdomsintervju ved LBS. Høsten 2022, våren 2023 og høsten 2023 ble det gjennomført individuelle intervjuer med henholdsvis tre, to og to ungdommer. I forbindelse med hvert enkelt besøk hvor vi skulle gjøre intervjuer ved LBS, fikk ungdommene forelagt muligheten til å delta i gruppeintervjuer og/eller i individuelle intervjuer. De fleste ungdommene ønsket å bli intervjuet individuelt.

Intervjuene handlet om den enkelte ungdoms situasjon og utvikling, slik ungdommen oppfattet og erfarte denne under botid/behandling ved LBS. I tillegg gjennomførte vi temaintervjuer som omhandlet behandlingsopplegg, (samarbeid og tilgang til andre tjenester) og skole, medvirkning/selvbestemmelse og utflytting. Som takk for at de stilte opp som informanter og delte sine erfaringer fikk hver enkelt ungdom tildelt gavekort/presentkort i forbindelse med gjennomføringen av intervjuene.

Ansatte

I hvert enkelt fokusgruppeintervju deltok mellom 4-6 informanter (fra både Bufetat og helse). Det varierte hvilke ansatte som stilte som informanter fra gang til gang. Totalt 21 har deltatt i de fire gruppeintervjuene ved LBS.

Tabell 3-5 Oversikt over intervjuer med ansatte LBS

Tidspunkt	Informanter
Vår 2022:	Gruppeintervju: 4 Bufetat-ansatte (to kvinner og to menn) og 2 Helse-ansatte (to menn)
Høst 2022:	Gruppeintervju: 3 Bufetat-ansatte (to menn og en kvinne) og 1 Helse-ansatt (kvinne)
Vår 2023:	Gruppeintervju: 4 Bufetat-ansatte (to kvinner og to menn) og 2 Helse-ansatte (to kvinner)
Høst 2023:	Gruppeintervju: 4 Bufetat-ansatte (tre kvinner og en mann) og 1 Helse-ansatt (kvinne).

Det ble i tillegg gjennomført 2 ledelsesintervjuer hvor det deltok én fra Bufetat og én fra Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved hver av disse. ABUP er en del av Sørlandet sykehus, og har behandlingstilbud i Arendal, Lillesand, Kristiansand, Mandal, Farsund og Flekkefjord. Samlet sett var det fire personer (alle kvinner) som deltok i disse intervjuene.

3.3.1.2 Utvalg – Bodø behandlingssenter

Ungdom

Ved BBS ble det gjennomført 10 individuelle intervjuer og tre gruppeintervjuer. Vi gjennomførte førstegangsintervju (individuelt) med sju ungdommer, og oppfølgingsintervjuer med tre av dem. Det ble gjennomført tre gruppeintervjuer med ungdommer (2-4 stk. i hvert intervju). Alle ungdommene var jenter mellom 16-18 år på intervjutidspunktet. Det ble laget nye koder for hvert intervju, fra «ungdom A» til «ungdom J». Det vil si at det er færre antall ungdomsinformanter enn det er ulike koder. Ungdommene ble gitt ulike koder for hvert individuelle intervju, mens det ikke er gitt koder for gruppeintervjuene. Samtlige intervjuer ble transkribert.

Tabell 3-6 Oversikt over intervjudata ungdom BBS

Tidspunkt	Individuelt intervju	Gruppeintervju
Vår 2022	Nei	2 ungdommer - 17 og 16 år
Høst 2022	4 ungdommer – A, B, C, D	3 ungdommer – 16, 18, 17 og 16 år
Vår 2023	4 ungdommer – E, F, G, H	4 ungdommer – 17, 18, 16 og 17 år
Høst 2023	2 ungdommer – I, J	Nei – 17 og 16 år

Høsten 2022 deltok én ungdom kun i et individuelt intervju og ikke i gruppeintervju. Ungdommene hadde vært plassert ved BBS mellom 2-9 måneder ved første intervjutidspunkt og var mellom 16-18 år.

Ansatte

Informantene som går inn i dette utvalget er ansatte fra helseforetaket og Bufetat, som jobbet i eller var tilknyttet BBS, inkludert ledelse. Det har vært noe utskifting av informanter, men flesteparten av ansatte som deltok i de siste intervjurundene deltok også på et tidligere tidspunkt. Vi har valgt å kode informantene etter deltakere ved hvert gruppeintervju for å unngå identifisering. Det vil si at det er færre informanter/ansatte totalt som har deltatt enn det som kommer frem i kodene (antall bokstaver A til P). Totalt har vi intervjuet 15 ansatte og ledere, derav 3 menn og 12 kvinner. Alle intervju er gjennomført ved besøk på BBS. Det har vært mellom to og fem deltakere i intervjuene. Tema for ledelsesintervjuene har vært spørsmål rundt drift og ansatte (antall godkjente plasser, belegg og oppholdstid, opplæring, ansatte, osv.), beboere (inntak, forberedelser rundt utflytting, oppfølging etter utflytting, osv.) og rundt samarbeid med andre tjenester (BUP, helse, skole, familie/nettverk, osv.).

Oppfølgingsintervjuer med ledelse har tatt for seg den faglige modellen og utvikling/forandring mellom intervjudtidspunktene/besøkene.

Tabell 3-7 Oversikt over intervjudata ansatte og ledelse BBS

Oversikt over intervjudata			
Vår 2022:	Gruppeintervju ansatte og helse Leder, A, B, C, D		
Høst 2022:	Gruppeintervju ansatte E, F, G, H, I	Intervju helse psykologer	Intervju ledelse
Vår 2023:	Gruppeintervju ansatte – J, K, L		Intervju leder og ledergruppe O, P
Høst 2023:	Gruppeintervju ansatte – M, N		Intervju leder og ledergruppe O, P

Tabell 3-8 Oversikt over antall ungdommer som var plassert ved BBS og LBS i perioden datainnsamlingen ble gjennomført (mars 2022-nov 2023)

Institusjon	Antall plasserte ungdommer i datainnsamlingsperioden	Antall ungdommer som deltok på intervju
BBS	9	7
LBS	8	7
Totalt	17	14

Tabellen viser at 14 av de totalt 17 ungdommene som var plassert ved de integrerte institusjonene i tidsperioden hvor datainnsamlingen pågikk ble intervjuet. Det var henholdsvis to ungdommer ved BBS og en ungdom ved LBS som ikke ble intervjuet.

3.3.1.3 Utvalg – Kvæfjord ungdomssenter

Ungdommer

Ungdommene som deltok som informanter fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien i forkant av at de samtykket til deltakelse. Ledelsen bistod med å informere og rekruttere ungdommene på samme måte som ved LBS og BBS. KUS bisto med å innhente foresattes samtykker i de tilfellene der ungdommene var under 16 år. Vi gikk igjennom prosjektinformasjonen og samtykkeskjemaet i forkant av alle intervjuer med ungdommene. I tilfeller der enkeltungdommer ikke ønsket å delta ble det respektert. Tabell 3-9 gir en oversikt over blant annet hvor mange ungdommer som har deltatt, i hvilke typer intervjuer og når.

Tabell 3-9 Oversikt over intervjudata ungdom KUS

Tidspunkt	Individuelt intervju	Gruppeintervju
Vår 2022	Nei	3 ungdommer
Høst 2022	3 ungdommer – D, E, F	3 ungdommer
Vår 2023	3 ungdommer – A, B, C	2 ungdommer
Høst 2023	3 ungdommer – G, H, I	Nei

Det er gjennomført individuelle intervjuer med fem ungdommer, der tre av disse ble intervjuet to eller tre ganger i løpet av prosjektperioden. Totalt gir dette 9 individuelle intervjuer. Det ble laget nye koder for hvert intervju med ungdommene, fra «ungdom A» til «ungdom I». Det vil si at det er færre antall ungdomsinformanter enn det er ulike koder. Ungdommene har bodd på KUS fra rundt 3 måneder til 1,5 år den første gangen de ble intervjuet. Det er også gjort tre gruppeintervjuer der det har deltatt to til tre ungdommer, derav også to ungdommer som ikke har deltatt i individuelle intervju. Det vil si at det totalt sett har deltatt 7 ungdommer i intervjuene, fire av disse var gutter og tre var jenter. Det var fire av ungdommene som var 15 år ved første intervjutidspunkt, to var 16 år og en var 17 år. Ungdommene ble gitt ulike koder for hvert individuelle intervju, mens det ikke er gitt koder for gruppeintervjuene.

Ansatte

Det er gjennomført fire gruppeintervjuer med ansatte ved KUS, i tillegg til et intervju med ledelse. Det har deltatt mellom to og fire ansatte, og i ett tilfelle inkludert avdelingsleder. Til sammen 12 ansatte har deltatt i intervju fra KUS, 4 menn og 8 kvinner. De fire temaene (Omsorgs- og endringsmodellen: medvirkning, utflytting og utfordrende atferd og tvang) ble dekket i disse intervjuene.

Tabell 3-10 Oversikt over intervjudata ansatte og ledelse KUS

Vår 2022:	Gruppeintervju ansatte Bufetat A, B, C	
Høst 2022:	Gruppeintervju ansatte Bufetat D, E, F, G (alle nye)	Intervju avdelingsleder H
Vår 2023:	Gruppeintervju ansatte Bufetat (inkludert avdelingsleder) H og I (en ny)	(avdelingsleder med i gruppeintervju)
Høst 2023:	Gruppeintervju ansatte Bufetat J, K, L (alle nye)	

Gruppeintervjuet høsten 2023 inkluderer en student som var med for å observere.

3.3.1.4 Utvalg – Innlandet barnevernsenter

Ungdommer

Ungdommene som deltok som informanter fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien i forkant av at de samtykket til deltakelse. Ledelsen bisto med rekruttering på samme måte som ved de andre institusjonene. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene, med unntak av ett individuelt intervju der ungdommen ikke samtykket til lydopptak. Det ble skrevet notater underveis i dette intervjuet.

Tabell 3-11 Oversikt over intervjudata ungdom IBS

Tidspunkt	Individuelt intervju	Gruppeintervju
Vår 2022	Nei	3 ungdommer
Høst 2022	3 ungdommer – A, B, C	3 ungdommer
Vår 2023	3 ungdommer – D, E, F	3 ungdommer
Høst 2023	2 ungdommer – G, H	Nei

Det er gjort individuelle intervjuer med fem ungdommer, der tre av disse ble intervjuet to ganger i løpet av prosjektperioden. Totalt gir dette 8 individuelle intervjuer. Det var tre gutter og to jenter som ble intervjuet. En var 13 på første intervjutidspunkt, to var 15, en var 17 og en med ukjent alder. Det ble laget nye koder for hvert intervju med ungdommene, fra «ungdom A» til «ungdom H». Det vil si at det er færre antall ungdomsinformanter enn det er ulike koder. Det er også gjennomført tre gruppeintervjuer der det har deltatt tre ungdommer hver gang. Ungdommene ble gitt ulike koder for hvert individuelle intervju, mens det ikke er gitt koder for gruppeintervjuene.

Ansatte

Det er gjennomført fire gruppeintervjuer med ansatte ved IBS, i tillegg til et intervju med ledelse. Det har deltatt mellom to og åtte ansatte. De fire temaene (Omsorgs- og endringsmodellen: medvirkning, utflytting og utfordrende atferd og tvang) har blitt dekket i disse intervjuene. Til sammen 14 ansatte har deltatt i intervju fra IBS.

Tabell 3-12 Oversikt over intervjudata ansatte IBS

Vår 2022:	Gruppeintervju ansatte Bufetat A, B, C, D, E, F, G, H	
Høst 2022:	Gruppeintervju ansatte Bufetat A, I, J, K, L (1 tidligere, 4 nye)	Intervju avdelingsledere
Vår 2023:	Gruppeintervju ansatte Bufetat B, I, J (alle tidligere)	Intervju enhetsleder
Høst 2023:	Gruppeintervju ansatte Bufetat C, N (en ny, en tidligere)	

3.3.2 Analyse av kvalitative intervjuer

Analysen av data er inspirert av en tematisk analytisk tilnærming (Braun & Clarke, 2006) og bruk av analytiske spørsmål. Våre analytiske spørsmål har vært styrt av problemstillingene og forskningsspørsmålene i studien. I og med at vi har valgt et casestudie-design har vi analysert data innenfor hver case (institusjon). Første del av analysen handlet om å gjøre seg kjent med dataene ved å lese gjennom alle intervjuer, før vi analyserte frem sentrale tema innenfor hvert intervju. Deretter så vi disse temaene på tvers av intervjuene innenfor hver informantgruppe på de ulike institusjonene, det vil si at vi har analysert intervjuer med ansatte for seg og ungdommer for seg. Funnene er deretter sammenstilt og sett på tvers av informantgrupper og institusjoner.

3.4 Etske vurderinger

Studien ble meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men ble vurdert som «utenfor helseforskningslovens virkeområde» (søknadsnummer 400985). Studien ble også meldt inn til Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt) for vurdering av den planlagte behandlingen av personopplysninger i prosjektet (Meldeskjema 854432 og 873906). Det ble også søkt om, og innvilget tilgang til «taushetsbelagte opplysninger» for at ansatte i Bufetat kunne hente ut begrenset informasjon om tidligere beboere som har mottatt behandling ved BBS og LSB fra barnevernsjournalene eller BIRK systemet.

Det er gjort vurderinger rundt etikk underveis i gjennomføringen av studien, og i fremstillingen av dataene. Vi har i hovedsak basert datainnsamling på individuelt samtykke, med unntak av uthenting av data fra BIRK-systemet (se egen beskrivelse av dette s. 47). Det betyr at vi har gitt informasjon til informantene om prosjektet

i forkant av intervju. og de har samtykket til å delta i studien og dele deres erfaringer. For ungdom under 16 år, har vi innhentet foresattes samtykke i tillegg til ungdommenes samtykke.

Det er gjerne utfordringer i forskning med deltagere i ulike maktposisjoner og informanter i potensielt sårbare situasjoner. Dette gjelder både når ledere har bistått i å rekruttere ansatte som informanter, og når ansatte har bidratt med å rekruttere ungdommer som bor på barnevernsinstitusjonene som informanter. Det var derfor viktig for oss å gå gjennom studien med informantene før vi startet opp intervjuene og passe på at ingen informanter har følt seg presset til å delta. Vi har prøvd å la ungdommene medvirke i forskningsdesignet og gjort flere tiltak i sluttrapporteringen for å ivareta anonymitet.

For å tilpasse intervjuene til ungdommene, slik at de skulle oppleve det greit å delta, ble noen av ungdommene i første gruppeintervju gitt mulighet til å komme med innspill til planen for gjennomføring av intervjuene. De ble for eksempel spurt om det var tema som de ville snakke om i individuelle intervju, heller enn i gruppeintervju, hvor lenge vi kunne ha intervjuer og om de ville ha pauser, og om det var noen spesifikke tema de syntes at vi burde snakke med dem om. Det ble også lagt opp til en aktivitet ved besøkene på institusjonene, og ungdommene ble spurt om de hadde forslag til hva dette kunne være. Det viste seg vanskelig å gjennomføre aktiviteter, med unntak av det første besøket til en institusjon der to ungdommer ble invitert med ut for å spise. For å anerkjenne deres bidrag og kompensere for deres bruk av tid fikk ungdommene gavekort for å delta.

En sentral del av den etiske vurderingen er å sikre informantenes anonymitet, og spesielt ungdommenes anonymitet. I den kvalitative studien er det små utvalg ved hver case (institusjon). Det er et relativt lavt antall ungdommer og ansatte som har deltatt i intervjuer, spesielt om man bryter det ned på hver institusjon og for hvert besøkstidspunkt/intervjurunde. Når det gjøres en studie av to navngitte institusjoner vil det også være naturlig at disse navngis, og for å sikre transparens er det også naturlig at de to sammenlikningsinstitusjonene navngis. Dette gir noen utfordringer knyttet til anonymitet i fremstilling av data, når man må balansere anonymitetshensyn og transparens.

I fremstilling av funn har vi derfor valgt å ikke gi informantene samme kode gjennom alle intervjurunder, men heller gi de en kode for hvert intervju. På denne

måten vil det ikke være mulig for leseren å følge enkeltinformanternes erfaringer og dermed blir de mindre gjenkjennelige. Vi har også valgt å ta bort en del bakgrunnsinformasjon om både ansatte og ungdommer, for å redusere risikoen for identifisering. Ved sitatbruk har vi valgt å bruke sitater som i liten grad kan knyttes til enkeltungdommer.

3.5 Styrker og svakheter ved den kvalitative datainnsamlingen

Uavhengig av om data er tekst eller tall må man i alle forskningsprosjekter rette oppmerksomhet mot forskningsprosessen, vurdere den nøye og, ikke minst, være transparent om denne i forbindelse med presentasjon og formidling av funn og resultater. Forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg, forskerens rolle samt organisering og fortolkning av datamaterialet i analyseprosessen er viktige bestanddeler i dette arbeidet og som har særlig betydning i kvalitative studier (Malterud, 2011; Thagaard, 2018). En sentral del av å være transparent i forskning handler om å beskrive styrker og svakheter. Studien har sin styrke i kombinasjonen av de ulike metodene som er benyttet; litteraturstudien, casestudien, analyse av SDQ og BIRK-data, den samfunnsøkonomiske analysen og den juridiske vurderingen, gir et tilfredsstillende grunnlag for å drøfte problemstillingene i prosjektet. Samtidig er det viktig å være bevisst svakhetene i studien, og hvordan disse svakhetene kan ha innvirkning.

I arbeidet med å innhente erfaringsbasert informasjon gjennom kvalitative intervjuer med ungdommer og ansatte ved institusjonene har vi vært flere forskere som har bidratt; totalt seks. En av forskerne har hatt hovedansvaret for å følge opp LBS, mens en annen forsker har hatt hovedansvaret for å følge opp BBS. Det vil si at to av forskerne har hatt hovedansvaret for besøkene og datainnsamlingen ved de integrerte institusjonene som evalueringen omhandler. De to forskerne har vært med på samtlige besøk (i alt fire), enten ved LBS eller ved BBS, og ved hver av disse besøkene har de hatt med seg *ulike* forskere fra prosjektgruppa, som har bistått i datainnsamlingen. Dette betyr at det alltid har vært to forskere som sammen har reist på besøk/datainnsamling ved de respektive institusjonene. Det har variert noe med hensyn til hvem som har gjennomført de ulike intervjuene og om det har vært én eller to forskere til stede ved hvert enkelt intervju. En begrensning knyttet til at ulike forskere har fulgt de integrerte institusjonene er at det har vært noe variasjon i måten intervjuene er gjennomført på, herunder i hvilken grad det har blitt stilt oppfølgingsspørsmål og hva slags oppfølgingsspørsmål som er blitt stilt. Dette kan ha hatt innvirkning på hva informantene har delt i intervjuene.

3.5.1 Intervju med de ansatte

Ved LBS hadde vi flere kontaktpersoner i ledergruppa som bisto oss i forkant av- og i forbindelse med gjennomføringen av våre besøk. Det varierte hvem i ledergruppa som hjalp til i rekrutteringsarbeidet, som handlet om å førstehånds-informere ungdommene og de ansatte om studien og om mulighetene til å delta i intervju. Vi fikk et klart inntrykk av at rekrutteringen baserte seg på frie valg, ut ifra at alle hadde blitt informert om studien og gjennom dette fikk like muligheter til å delta om de selv ønsket dette. Ungdommene ble også gitt mulighet til å bestemme om de ønsket å intervjues sammen (i gruppe) eller individuelt.

I forbindelse med gjennomføringen av gruppeintervjuene med ansatte ved LBS fikk vi mulighet til å møte og bli litt kjent med mange i personalgruppa, både ansatte i Bufetat/barnevern og helse. I ett av intervjuene deltok fire ansatte, i to deltok fem og i ett deltok seks. I samtlige intervjuer møtte både Bufetat- og helse-ansatte, men samlet sett deltok noen flere Bufetat-ansatte, noe som er naturlig gitt sammensetningen av personalgruppa. Selv om enkeltansatte deltok i flere gruppeintervjuer, som omhandlet ulike tematikker, var «normalen» at det varierte hvem som stilte som informanter fra gang til gang. På denne måten erfarte vi å få innsikt i mange ansattes erfaringer med LBS, målgruppa, modellen, modellforståelse, måten de jobber på og så videre.

I forbindelse med alle intervjuene med både ungdommene og ansatte ved BBS ble det avklart med enhetsleder om når det passet å komme på besøk, mens det ble delegert til en avdelingsleder å sette opp både tidspunkt for individuelle intervjuer med ungdommene og hvilke ansatte som ble invitert med inn i gruppeintervjuene. Som beskrevet i Tabell 3-7, var det flere ansattdeltagere i de første to intervjurundene enn i de to siste hvor det deltok kun to ansatte, men samlet sett fikk vi mulighet til å møte og bli kjent med en stor ansattgruppe også ved BBS. Det var noen ansatte som deltok på flere intervju. Ansatte innen helse var representert i det første gruppeintervjuet, men ved to av de tre oppfølgingsbesøkene var en psykolog med i lederintervjuet. Altså har vi mindre informasjon fra helseansatte ved BBS enn ved LBS, noe som kan ha hatt innvirkning på hvilken informasjon som fremkommer og vektlegges ved de to institusjonene.

Om man møter forholdsvis få, og også stort sett de samme ansatte-informantene, eller om man møter flere og et mer variert utvalg ansatte fra gang til gang i forbindelse med datainnsamling, kan ha betydning for analyser, tolkning av funn og i hvilken grad man kan tillate seg å sammenlikne og å konkludere.

3.5.2 Intervju med ungdom

Styrken ved kvalitativ datainnsamling, og her intervjuer med ungdom på institusjonene, er at dette gir mulighet for å gå i dybden og utforske ungdommens opplevelser, perspektiver og følelser, som kan gi rik og detaljert innsikt i deres liv på institusjonen. Intervjuer gir også mulighet for å tilpasse spørsmål og tilnærminger til den enkelte ungdommens unike situasjon, behov og det de kommuniserer. Gjennom individuelle intervjuer kan forskere få innsikt i den komplekse konteksten ungdommene befinner seg i, inkludert deres relasjoner til ansatte, andre ungdommer og institusjonens rutiner og praksis. Ved å gjennomføre flere intervjuer over tid, gir dette forskerne mulighet til å følge opp og utforske endringer, utvikling eller konsistens i ungdommens opplevelser og situasjon på institusjonen.

Svakheter ved denne tilnærmingen inkluderer en risiko for subjektivitet og bias (skjevheter). Forskerens egen tolkning og forståelse kan påvirke hvordan dataene blir samlet inn og analysert. Når ulike forskere gjennomfører datainnsamling og analyse, vil det altså kunne være noen ulikheter i hva man fokuserer på og hvordan man tolker det som blir sagt. For å redusere risikoen for skjevheter basert på enkeltpersoner har vi alltid vært to som har samlet data på institusjonene, i tillegg til at analyser og tolkninger har vært gjennomgått kritisk av andre forskere i prosjektgruppa. Altså har det vært en intern kvalitetssikring av analysene.

Det har variert hvor mange ungdommer som stilte opp i gruppeintervjuene (fra to til seks), samt om ungdomsintervjuer ble gjennomført som gruppeintervju eller individuelt. Dette har sannsynligvis betydning for hvilken informasjon vi har fått; om den er mer eller mindre ensartet, variert og/eller går i dybden. Varigheten på ungdomsintervjuene er også ulik, både mellom institusjonene og innad i institusjonene. Dette har medført at det er forskjeller når det gjelder hvor rike på informasjon intervjuene er.

Ved datainnsamlingene ble alle ungdommer invitert til å delta i intervju, og alle som var til stede og som ønsket å delta, ble intervjuet. Det at ikke alle ungdommene ved institusjonene har deltatt i intervjuer, gjør at det kan være en skjevhet i utvalget med tanke på hvilke erfaringer og utfordringer ungdommene har. Som tidligere vist (i tabell 3-8) var det tre ungdommer som var plassert ved de integrerte institusjonene mens datainnsamlingen pågikk, men som ikke ble intervjuet.

I tillegg kan ulike faktorer som alder, tidspunkt i oppholdet på institusjonen og tilstedeværelse av ansatte under intervjuene påvirke hvilke perspektiver som kommer frem, og dette kan skape skjevheter i datamaterialet. Selv om de fleste intervjuene ble gjennomført i tråd med opprinnelig plan, var det noe variasjon i gjennomføringen av intervjuene på de ulike institusjonene, som potensielt kan ha innvirkning på hvilke perspektiver som fremkommer (og ikke) i intervjuene.

På den ene siden kan være vanskelig for noen å dele erfaringer og synspunkter i et gruppeintervju, særlig om de er forskjellige fra det flertallet i gruppa mener. På den andre siden kan gruppeintervju få frem mer informasjon ved at deltagere får assosiasjoner og utvikler nye refleksjoner basert på hva andre deltagere deler. Individuelle intervju er ofte mer privat og gir anledning til å dele mer fortrolige erfaringer eller meninger. Gruppedynamikken kan ha innvirkning på innholdet i gruppeintervju, ved at gruppa kan gå inn i et «spor» der det blir mye diskusjon, enighet eller uenighet om et spesifikt argument eller erfaring. For å prøve å få variasjon og bredde i informasjonen vi innhentet fra ungdommene valgte vi å kombinere begge tilnærmingene og la opp til både individuelle og gruppeintervju, der det lot seg gjøre, men vi har vært fleksible for å imøtekomme ønskene til de respektive ungdommene vi har møtt ved hvert besøk og hver institusjon.

Tidsaspektet i studien har også betydning. Intervjuene er gjennomført over en periode på 1,5 år, noe som gjør at informasjonen fra de første gruppeintervjuene, som i hovedsak omhandlet “samarbeid og tilgang til tjenester” og “medvirkning”, kan være annerledes enn om ungdommene hadde blitt intervjuet om temaene et senere tidspunkt. Gitt det ungdommene og ansatte beskriver i intervjuer, skjer det endringer i institusjonene som gjør at man kan tenke seg at de ville svart ulikt på spørsmål som omfattes av tematikkene, om de hadde svart et år senere. Samtidig blir en del av tematikkene også dekket i de siste intervjuene, noe som gjør at vi får innsikt i endringer i ungdommenes erfaringer med tematikkene gjennom perioden. Der vi ser endringer eller har oppdatert informasjon, vil dette presiseres i fremstillingen av funnene fra intervjuene i kapittel 5.

Det at ungdommene har hatt stor variasjon i oppholdstid på institusjonene på intervjutidspunktene er også noe man må ta med som et element i analysene. I gruppeintervjuene kan ungdom med kort oppholdstid, som ikke har rukket å bli ordentlig kjent med stedet, bli intervjuet sammen med noen som har bodd der lenge, for eksempel et år. Det er mulig at de som kjenner institusjonen «best», som

har bodd der lengst, er de som uttaler seg mest. I intervjuer forteller ungdommer at det er forskjell på om man er ny eller har bodd lenge på institusjonen (f.eks. hvor strenge ansatte er på regler), dette kan også ha noe å si for hvilke erfaringer vi har samlet. På grunn av oppholdstid har de ulikt grunnlag for å snakke om tematikkene gruppeintervjuer, for eksempel om utflytting. Dette gjelder også individuelle intervju, særlig der ungdommene har hatt kort botid og der det ikke er gjennomført oppfølgingsintervju.

En styrke ved tilnærmingen er at vi ved å besøke institusjonene flere ganger har blitt kjent med flere ungdommer og ansatte. Disse har vi møtt over tid, og vi har dermed utviklet en relasjon til noen av ungdommene, og fått sett på utvikling over tid. Vi har også fått dekket flere temaer enn det vi ville fått til ved kun én datainnsamling på ett tidspunkt. Vi anerkjenner likevel at vi kun har fått innsikt i en liten del av ungdommenes erfaringer og liv, som til tider har vært sammensatte og komplekse. Både utvalget (de vi har snakket med) og målgruppa (de som har mottatt behandling ved BBS og LBS) er relativt liten, det er derfor mulig at en relativt liten skjevhet i utvalget kan ha innvirkning på funn. Av den grunn er det viktig å triangulere, eller prøve å se helteten, på tvers av delstudiene og de forskjellige metodiske tilnærmingene i studien for å få et mer helhetlig bilde av både tilbudet og erfaringene.

3.6 Selvrapportert psykisk helse

3.6.1 Strengths and Difficulties Questionnaire (Sterke og svake sider - SDQ)

Strengths and Difficulties Questionnaire (Sterke og svake sider - SDQ) er et spørreskjema som kartlegger psykisk helse, vennerelasjoner og prososial atferd (Goodman et al., 2000; Kornør & Heyerdahl, 2013). Spørreskjemaet ble utviklet av Robert Goodman i 1997 og er siden oversatt til flere språk, blant annet norsk. Spørreskjemaet består av 25 utsagn som er fordelt på fem dimensjoner;

- 1) Atferdsproblemer
- 2) Hyperaktivitet – oppmerksomhetsproblemer
- 3) Emosjonelle symptomer
- 4) Venneproblemer
- 5) Prososial atferd

De fire første dimensjonene kan slås sammen for å få en totalskåre for problemer/vansker. De tre svarkategoriene er: 0) stemmer ikke, 1) stemmer delvis og 2) stemmer helt. Spørreskjemaet kan administreres ved selvutfylling, lærerutfylling, eller foreldreutfylling. I dette prosjektet har ungdommene fylt ut skjemaet selv i forbindelse med individuelle intervju gjennomført på barnevernsinstitusjonene. Skalaen til totalskåren for problemer/vansker går fra 0-40, der grenseverdien er 17. Verdier over 17 indikerer høy grad av problemer (basert på britiske normer). For norske utvalg er 14 grenseverdi for totale vansker (Kornør & Heyerdahl, 2013).

3.6.2 Rekruttering, prosedyre og utvalg

Ungdommene som besvarte SDQ-skjemaet ble inkludert fordi de bodde på de fire barnevernsinstitusjonene som er inkludert i prosjektet, to integrerte institusjoner (Bodø behandlingssenter (BBS) og Lunde behandlingssenter (LBS)) og to sammenlikningsinstitusjoner: Kvæfjord Ungdomssenter (KUS) og Innlandet barnevernsenter (IBS). SDQ-skjemaet ble besvart i forbindelse med gjennomføring av individuelle intervju med en eller to forskere gjennomført i 2022 og 2023. Forskerne ga informasjon og en muntlig gjennomgang av prosjektet før ungdommene signerte samtykkeskjema og besvarte SDQ-skjemaet. I de tilfellene der ungdommene var under 16 år måtte foresatte samtykke. De individuelle intervjuene begynte eller avsluttet (avhengig av situasjonen) med ungdommene som fylte ut SDQ-skjemaet. SDQ ble brukt i papirformat (én A4-side), og det tok vanligvis mellom 5 og 10 minutter for ungdommene å fullføre skjemaet. Ungdommene fylte ut skjemaet selvstendig, uten at forskere eller ansatte så på. Forskerne var tilgjengelige for eventuelle spørsmål. Etter at skjemaet var ferdig utfylt, ble det lagt i en konvolutt og gitt tilbake til forskeren som hadde delt ut skjemaet. Disse konvoluttene ble oppbevart i et sikkert fysisk skap hos forskningsinstitusjonene. Svarene ble overført til SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – en statistisk programvare), og SPSS-filen ble anonymisert ved at ungdommene ble identifisert med en unik ID-kode. Koblingsnøkkelen ble lagret på sikret digitalt lagringsområde, separat fra SPSS filen.

Det var variasjoner i hvor lenge ungdommene hadde bodd på institusjonen før de besvarte SDQ-skjemaet den første gangen, fra 1 måned til 2 år. En person hadde 48 måneder i oppholdstid før første besvarelse av SDQ, men dette ble regnet som en outlier og ble derfor ekskludert fra analysen. Gjennomsnittlig botid ved første utfylling av SDQ var 7 måneder (standardavvik 6). Det var 2 individer som hadde manglende verdier på oppholdstid (KUS). Ved første utfylling av SDQ var gjennomsnittlig botid for ungdommene på LBS og BBS henholdsvis 5.3 (SD=3.5) og 4.6 (SD=2.9) måneder.

På sammenlikningsinstitusjonene var gjennomsnittlig botid 9.2 (SD=9.8) måneder ved IBS og 11.5 (SD=6.0) måneder ved KUS. Den andre gangen ungdommene fylte ut SDQ-skjemaet var rundt seks måneder etter første besvarelse.

Som vist i tabell 3-13 var det totalt det 26 ungdommer som besvarte SDQ-skjemaet; 14 fra integrerte institusjoner og 12 fra sammenlikningsinstitusjoner. Av de 26 ungdommene, var det 14 som besvarte SDQ-skjemaet to ganger. Ungdommene var mellom 13-18 år, med en gjennomsnittsalder på 16 år. Det var 8 gutter og 18 jenter totalt. Ved de to integrerte institusjonene var det kun jenter.

Tabell 3-13 Antall ungdommer, alder og kjønn

	Tidspunkt 1 ^a			Tidspunkt 2 ^b		
	Antall	Alder	Kjønn	Antall	Alder	Kjønn
Integrerte	12	14-18	12 jenter	8	14-18	8 jenter
Sammenlikning	14	13-18	4 jenter, 8 gutter	6	13-17	3 jenter, 3 gutter
Totalt	26	13-18	16 jenter, 8 gutter	14	13-18	11 jenter, 3 gutter

^a Tidspunkt 1. Indikerer tidspunkt for ungdommens første utfylling av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

^b Tidspunkt 2. Indikerer tidspunkt for ungdommens andre utfylling av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

3.6.3 Analyser

Analysene av SDQ ble gjennomført i dataprogrammet SPSS og i Excel. I tråd med SDQ manualen og i likhet med tidligere studier (Kornør & Heyerdahl, 2013) ble det laget sumskalaer av SDQ og utsagn 7, 11, 14, 21 og 25 ble reversert for å få samme retning på alle utsagn. Å reversere spørsmål i et spørreskjema betyr å omformulere spørsmålene på en slik måte at svarene blir gitt på en skala som går i motsatt retning av den opprinnelige intensjonen. Dette gjøres vanligvis for å for å oppnå mer nøyaktige resultater og redusere effekten av forhåndsdefinerte holdninger eller svarmønstre hos respondentene. Det ble laget sumskalaer av alle fem dimensjonene hver for seg, samt en samlet sumskala for totalproblemer/ vansker (der dimensjonen prososial atferd er utelatt). Ved blanke utfyllinger (missing) på enkeltutsagn (T1; ved utsagn nr. 6 for en person, ved utsagn nr. 14 for en person og T2; ved utsagn nr. 3 for en person), ble de erstattet med verdien 1, som også var gjennomsnittsverdien for disse individene.

Cronbach's Alpha (α) og McDonald's Omega (ω) ble utført for å undersøke indre konsistens (reliabiliteten) til de fem dimensjonene i SDQ. Cronbach's α er en av de mest vanlige målene for å undersøke reliabiliteten til skalaer, der verdier på 0.7 blir regnet som akseptable, mens verdier under dette blir regnet som en lite reliabel skala (Field, 2024; Tabachnick & Fidell, 2014). Cronbach's α bygger på forutsetninger som ofte ikke blir møtt, som normalfordeling, lik varians og at spørsmålene forklarer en lik del av faktoren, derfor ble McDonald's ω også benyttet. Når disse forutsetningene ikke blir møtt har McDonald's ω vist seg å være mer robust. Forskjellen mellom Cronbach's α og McDonald's ω vil avhenge av hvor mye variablene skiller seg fra forutsetningene (Stensen & Lydersen, 2022). I dette tilfellet er det for få personer i utvalget til å trekke slutninger om reliabiliteten til skalaen, men Cronbach's α og McDonald's ω kan likevel gi en pekepinn på hvor godt spørsmålene i hver enkelt dimensjon passer sammen.

For å undersøke om det var en statistisk signifikant forskjell på gjennomsnittsskårer på SDQ (totalskåre og subskalaskårer) på tidspunkt 1 og 2 – på de integrerte og sammenlikningsinstitusjonene (separat), ble det benyttet en lineær blandet effekt modell. En blandet modell omfatter både faste og tilfældige effekter innenfor statistisk modellering. Disse modellene er særlig effektive for å håndtere manglende data og foretrekkes derfor ofte over tradisjonelle tilnærminger som ANOVA ved gjentatte målinger. En av fordelene med blandet effekt-modell er at den inkluderer data fra alle deltakerne i beregningene, og de som mangler data på ett eller flere tidspunkt (Lydersen, 2022).

T-test for uavhengige utvalg ble benyttet for å undersøke om det var statistisk signifikante forskjeller på gjennomsnittsskårer på SSDQ skårer på tidspunkt 1 og 2 (to-sidig hypotesetesting). I tillegg ble frafallsanalyser (t-tester) gjennomført for å undersøke om det var forskjeller i de som besvarte SDQ en gang og de som besvarte SDQ to ganger.

3.6.4 Styrker og svakheter ved bruk av SDQ

3.6.4.1 Måleinstrument

Psykisk helse ble målt ved hjelp av SDQ i dette prosjektet, til tross for at Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) opprinnelig var planlagt som et mål for psykisk helse i dette prosjektet. I henhold til forløp for barnevernsinstitusjoner anbefales bruk av ASEBA for å oppnå informasjon og forståelse av barnets psykiske og fysiske funksjon og behov. Veilederen presiserer

også at ansatte ved enhetene bør ha tilstrekkelig kompetanse for å gjennomføre og analysere ASEBA. Kartleggingen skal gjennomføres ved inntak og gjentas før barnet flytter ut for å evaluere effekten av tilbudet på institusjonen og identifisere eventuelle behov for etterfølgende tiltak etter utflytting (Bufdir, 2019). BBS gjennomførte kartleggingen i tråd med disse retningslinjene, men LBS hadde ikke startet opplæring og implementering av ASEBA på det tidspunktet datainnsamlingen startet. Derfor ble SDQ valgt som et alternativt måleinstrument, og det muliggjorde en uavhengig datainnsamling ved de inkluderte institusjonene. Fordelen med å bruke SDQ er at det er tidsbesparende for ungdommene å besvare. Det er et tidligere validert måleinstrument, som gir mulighet for sammenlikning med andre utvalg som inkluderer ungdom i samme aldersgruppe. Videre har det en etablert grenseverdi som definerer et betydelig høyt symptomnivå (Kornør & Heyerdahl, 2013).

3.6.4.2 Utvalgsstørrelse

Undersøkelsen ble gjennomført med et utvalg på 26 deltakere, hvorav 14 personer besvarte spørsmålene ved det andre tidspunktet. Små utvalg har begrenset statistisk kraft, noe som ofte reduserer evnen til å oppdage reelle effekter når de eksisterer. Dette kan føre til at viktige sammenhenger eller effekter underestimeres eller overses. *Resultatene må derfor tolkes med stor varsomhet.* Noen parametriske tester (som *t*-testen) er avhengige av store utvalgsstørrelser for å være pålitelige. Hvis utvalget er lite, kan ikke-parametriske tester gi mer nøyaktige resultater. Supplerende analyser, som ikke er vist her, ble utført med ikke-parametriske tester (Mann-Whitney U-test) og viste konsekvente resultater i tråd med de parametriske testene (*t*-test).

3.6.4.3 Indre konsistens

Tidligere studier har rapportert at emosjonelle symptomer er den eneste subskalaen med akseptabel indre konsistens (Kornør & Heyerdahl, 2013). Dette er delvis i samsvar med våre funn der emosjonelle symptomer og prososial atferd var de eneste subskalaene med akseptabel indre konsistens ved første besvarelse av SDQ. Når det gjelder andre utfylling av SDQ er alle subskalaene over grenseverdien med unntak av atferdsproblemer. Dette indikerer at resultatene fra subskalaene med utilstrekkelig indre konsistens må tolkes med varsomhet.

3.6.4.4 Mulighet til å kontrollere for tredjevariabler/konfunderende variabler

En konfunderende variabel er en tredje variabel i en studie som kan forvirre eller vri forholdet mellom den uavhengige variabelen (den som antas å påvirke den avhengige variabelen – integrerte eller ikke-integrert institusjon) og den avhengige variabelen

(den som observeres eller måles – i dette tilfellet psykisk helse). Konfunderende variabler representerer potensielle kilder til feil, som kan føre til uriktige konklusjoner angående sammenhengen mellom de to variablene av interesse.

En begrensning med liten utvalgsstørrelse er at mulighetene til å justere for mulig konfunderende faktorer (for eks. alder, kjønn og botid på institusjon) blir svært begrenset. En generell retningslinje er at man ikke bør forsøke å kontrollere/justere for antall kovariater som utgjør mer enn 10 % av utvalgsstørrelsen (Radziwill, 2015). I vårt tilfelle, med et utvalg på 14 (T2) i den minste gruppa, betyr dette at vi ikke kan kontrollere/justere for mer enn én variabel. Vi justerte derfor for botid på institusjonen (måneder). Tilleggsanalyser med justering for alder, som ikke er vist her, indikerte at tendensene ble uendret ved justering for alder.

Det er verdt å merke seg at kun jenter fra de integrerte institusjonene deltok i undersøkelsen. Av totalt 26 deltakere, så var det kun 8 gutter på T1 og 3 gutter på T2. På bakgrunn av dette ble det ikke justert for kjønn i analysene.

3.6.4.5 «Frafall» fra T1 til T2

Det lave antallet svar ved tidspunkt 2 skyldes deltakernes utflytting fra institusjonen. Imidlertid var det ikke signifikante forskjeller i alder eller på SDQ skårene mellom de som hadde deltatt ved to tidspunkt sammenliknet med de som hadde deltatt ved ett tidspunkt.

3.7 Informasjon om tidligere beboere ved de integrerte institusjonene

Ansatte i Bufdir hentet ut informasjon fra fagsystemet BIRK om tidligere beboere ved LBS og BBS om alder, kjønn, årsak til plassering, lengde på plassering, avslutningsgrunn, hvilket tiltak ungdommene dro til etter BBS/LBS og eierskap til neste tiltak. Det er registrert totalt 44 ungdommer som har vært plassert ved BBS og LBS i tidsperioden 2019-2023. Det er ikke data for replaseringer ved disse to institusjonene, med unntak av hos én ungdom som er registrert to ganger (jente ved BBS). I tillegg var det i dataene registrert én ungdom som hadde samme dato for tiltakstart og tiltaksslutt ved BBS. Denne ungdommen ble fjernet fra analyseutvalget ettersom dette ikke ble anset som en reell plassering ved BBS (gutt) og det er dermed totalt 44 registreringer av 43 ungdommer som blir omtalt i kapitlet om tidligere beboere basert på data fra BIRK. Det er benyttet deskriptive analyser som

gjennomsnitt, standardavvik, frekvens og prosent for å presentere informasjonen om tidligere beboere ved de integrerte institusjonene. Analysene ble gjennomført i dataprogrammet SPSS og i Excel. I likhet med dataene om SDQ er det et lite utvalg når det gjelder tidligere beboere ved de integrerte institusjonene og dermed bør resultatene tolkes med varsomhet.

4. Litteraturstudien

Som beskrevet i metodekapittelet har vi gjennomført et systematisk søk og gjennomgang av forskningslitteraturen om bruk av DBT for ungdom som bor på institusjoner. Til sammen 14 studier har blitt inkludert, som oppsummert i Tabell 4-1. For å bli inkludert, måtte studiene:

- (i) rapportere på forskningsfunn (empiriske studier)
- (ii) inkludere funn for ungdom (minst en deltager i aldersgruppa 12-17 år)
- (iii) rapportere på DBT som intervensjon, og
- (iv) intervensjonen (DBT) måtte foregå på en institusjon/døgnbehandling (ekskluderte poliklinisk setting)

Alle studiene unntatt 3 har sett på ungdom som bor på institusjoner i USA (n=11) (Apsche et al., 2006; Beckstead et al., 2015; Fox et al., 2020; McCredie et al., 2017; McDonell et al., 2010; Saito et al., 2020; Shelton et al., 2011; Sunseri, 2004; Tebbett-Mock et al., 2020; Trupin et al., 2002b; Wasser et al., 2008). I tillegg til de amerikanske studiene var det en norsk (Espenes et al., 2023), en britisk (Hancock-Johnson et al., 2020) og en canadisk studie (Katz et al., 2004). Studiene har først og fremst fokusert på psykiatriske ungdomsinstitusjoner (n=6) (Hancock-Johnson et al., 2020; Katz et al., 2004; McDonell et al., 2010; Saito et al., 2020; Sunseri, 2004; Tebbett-Mock et al., 2020) eller ungdomsinstitusjoner med fokus på psykisk helse (n=3) (Apsche et al., 2006; McCredie et al., 2017; Wasser et al., 2008). Unntakene var 3 studier som så på DBT i ungdomsfengsel (Fox et al., 2020; Shelton et al., 2011; Trupin et al., 2002b), en som fokuserte på rusbehandling (Beckstead et al., 2015) og den norske studien som så på implementeringen av OEM i barnevernsinstitusjoner (Espenes et al., 2023).

I dette kapitlet oppsummer vi først studiene som har sett på DBT i ungdomsfengsler, deretter redegjør vi for studiene som har sett på DBT innenfor psykiatriske ungdomsinstitusjoner og ungdomsinstitusjoner rettet mot psykisk helse. Til slutt oppsummerer vi studien som har sett på implementeringen av OEM i Norge. Vi presenterer studiene kronologisk (eldste først), før vi avslutter litteraturstudien med en kort oppsummering og diskusjon.

Tabell 4-1 Studier identifisert i litteraturstudien

	Studie	Land	Institusjonssetting	Intervensjon
1	Espenes et al. (2023)	Norge	Barnevernsinstitusjon	Omsorgs- og endringsmodellen (OEM)
2	Fox et al. (2020)	USA	Ungdomsfengsel	Forskjellig nivåer av DBT
3	Hancock-Johnson et al. (2020)	Storbritannia	Psykiatrisk ungdomsinstitusjon (lavsikkerhet)	DBT ferdighetstrening (4 moduler)
4	Saito et al. (2020)	USA	Psykiatrisk ungdomsinstitusjon (akutt)	DBT ferdighetsgrupper
5	Tebbett-Mock et al. (2020)	USA	Psykiatrisk ungdomsinstitusjon (akutt)	DBT (vis-a-vis historisk sammenlikningsgruppe)
6	McCredie et al. (2017)	USA	Ungdomsinstitusjon (psykisk helse)	DBT-A (DBT for ungdom)
7	Beckstead et al. (2015)	USA	Ungdomsinstitusjon (rusbehandling)	DBT (pre/post pilot studie)
8	Shelton et al. (2011)	USA	Ungdomsfengsel	DBT-CM (DBT for kriminalomsorgen)
9	McDonell et al. (2010)	USA	Psykiatrisk institusjon (langtids)	DBT
10	Wasser et al. (2008)	USA	Ungdomsinstitusjon (psykisk helse)	DBT and standard miljøterapi (sammenlikningsgruppe)
11	Apsche et al. (2006)	USA	Ungdomsinstitusjon (psykisk helse)	DBT og Mode Deactivation Therapy i sammenlikningsgruppa (en form for kognitiv atferdsterapi)
12	Katz et al. (2004)	Canada	Psykiatrisk barne- og ungdomsinstitusjon	DBT vis-a-vis standard behandling
13	Sunseri (2004)	USA	Psykiatrisk ungdomsinstitusjon	DBT (før og etter pilotstudie)
14	Trupin et al. (2002b)	USA	Ungdomsfengsel	DBT (tilpasset målgruppa)

4.1 DBT i ungdomsfengsler

De tre studiene som fokuserte på DBT i ungdomsfengslene (Fox et al., 2020; Shelton et al., 2011; Trupin et al., 2002b), er alle fra USA, som har en egen kriminalomsorg og rettsvesen for mindreårige (juvenile justice). Den juridiske, faglige og kulturelle konteksten for disse studiene er dermed svært forskjellig fra den i Norge. Vi tenker likevel at det er viktig å presentere funnene fra disse studiene ettersom de gir innsikt i både den faglige bruken av DBT for ungdom, spesielt ettersom noen av utfordringene som er belyst i studiene også er relevante for den norske konteksten (f.eks. psykisk helse, aggresjon/vold og rus).

Trupin et al. (2002b) sammenliknet tre grupper jenter (gjennomsnittsalder 15 år) innsatt i ungdomsfengsler i delstaten Washington, USA. Ungdommene var innsatt ved tre avdelinger, der den ene avdelingen var spesialisert mot psykisk helse. De to andre var ordinære avdelinger ved rehabiliteringssenteret. DBT ble innført i avdelingen spesialisert mot psykisk helse og i en av de ordinære avdelingene. Den tredje avdelingen fungerte i studien som sammenlikningsgruppe. Utvalget i studien bestod av 22 ungdommer fra avdelingen spesialisert mot psykisk helse med DBT, 23 ungdommer fra ordinær avdeling med DBT, og 15 ungdommer fra ordinær avdeling med ordinær rehabilitering. I tillegg ble 30 mapper tilknyttet andre innsatte jenter benyttet som sammenlikningsgruppe (Trupin et al., 2002b, s. 124). Studien benyttet Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS), Community Risk Assessment Scores (CRA), og Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI) som måleinstrument (Trupin et al., 2002b, s. 124). Resultatene viste reduksjon i ungdommenes atferdsproblemer og personalets straffereaksjoner mot ungdommene i avdelingen som var spesialisert mot psykisk helse når en sammenliknet året før DBT ble innført og det året DBT ble implementert og studien ble gjennomført. Slike endringer ble bare registrert i avdelingen som var spesialisert mot psykisk helse, og forfatterne konkluderer med at effekten av DBT øker når behandlingen rettes mot den atferdsproblematikken modellen er utarbeidet for, slik som suicidalitet og ekstrem aggressiv atferd (Trupin et al., 2002b, s. 127).

Shelton et al. (2011) gjennomførte en pre- posttest intervensjonsstudie (uten en kontroll- eller sammenlikningsgruppe) av DBT-CM (Corrections Modified) og metodens virkning på gutter med atferdsproblematikk (impulsivitet og aggressivitet) innsatt i ungdomsfengsel. Data i studien ble hentet fra en større studie knyttet til implementering av DBT i statlige ungdomsfengsel i USA. Ungdommene ble

inkludert i studien ut fra en vurdering av atferdsproblematikk, at de var uforutsigbare og vanskelige å håndtere. Utvalget bestod av 26 gutter i aldersgruppa 16-19 år, og studien ble gjennomført i perioden 2004-2006 (Shelton et al., 2011, s. 108). DBT ble tilpasset ungdomsgruppa i fengselet blant annet ved å gjøre begrepsbruken enklere å forstå, samt bruk av bilder og illustrasjoner (Shelton et al., 2011, s. 109). Studien benyttet The Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Overt Aggression Scale-Modified (OAS-M), Brief Psychiatric Rating Scale (the Total Score, and item 5 - Hostility). I tillegg ble ungdomsfengselets register over disiplinære anmerkninger benyttet som måleinstrument (Shelton et al., 2011, s. 109). Resultatene viste signifikante endringer knyttet til redusert fysisk aggresjon og disiplinære anmerkninger før og etter innføring av DBT-CM (Shelton et al., 2011, s. 110).

Fox et al. (2020) undersøkte implementeringsnivået av DBT i statlige ungdomsfengsel i delstaten Washington, USA. DBT ble først innført som en del av et pilotprosjekt i en enkelt institusjon i 1998, og i tiåret som fulgte var det forskjellige initiativ for å videreutvikle og implementere DBT i kriminalomsorgen for ungdom, men det var ikke før i 2012 at det ble innført strømlinjede protokoller for gjennomføring og evaluering av implementeringen. Kriminalomsorgen for mindreårige (inkludert ungdomsfengslene) ble en del av Washingtons barne-, ungdoms- og familiedepartement i 2019, og innen da hadde det blitt innført standarder for fire av DBTs moduler i ungdomsfengsel knyttet til rehabilitering av ungdommene: (i) individuelle terapitimer, (ii) konsultasjonsteam, (iii) miljøstruktur i institusjonen, og (iv) ferdighetsgrupper (Fox et al., 2020, s. 483-484). Utvalget i studien til Fox et al. (2020) var en kohort av ungdommer som ble løslatt i årene 2014-2015 (n=1031), der tilbakefall til kriminalitet som utfall ble målt 18 måneder etter løslatelse. Tre av DBT-modulene ble målt: (i) miljøets forpliktelse til DBT-strukturen (med fokus på samhandlingen mellom personalet og ungdommene ved institusjonen), (ii) individuelle terapitimer, og (iii) ferdighetsgrupper. Resultater fra studien viste at kun kvaliteten relatert til miljøpersonalets forpliktelse til DBT-strukturen hadde signifikant betydning for redusert tilbakefall til kriminalitet. Studien fant ingen signifikant sammenheng mellom redusert tilbakefall til kriminalitet og individuelle terapitimer eller ferdighetstrening. Samtidig viste resultatene at kvaliteten på miljøterapien var spesielt viktig for de yngre ungdommene og ungdom med store utfordringer rundt psykisk helse. Studien poengterer den sterke effekten av miljøterapeutisk DBT-struktur (Fox et al., 2020) der miljøpersonalet gjennomgående validerer ungdommenes følelser, driver uformell ferdighetstrening, veileder ungdommene i generalisering av ferdigheter, forsterker effektiv atferd, og kopler

ferdigheter til ungdommenes mål. Jo bedre institusjonene klarte å strukturere miljøet rundt DBT-modellen for de enkelte ungdommene, jo bedre var utfallet (Fox et al., 2020, s. 492). Samtidig peker forfatterne på utfordringer knyttet til implementering av DBT i institusjoner. Fox et al. (2020, s. 494) påpeker at modellen er svært omfattende og for å utføre DBT effektivt kreves det at terapeutene kjenner modellen godt, har evne til å sette seg inn i ungdommens perspektiv og ha tro på ungdommens egen prosess og evne til endring.

4.2 DBT i psykiatriske institusjoner

Sunseri (2004) gjennomførte en studie der man så på eventuell reduksjon av liggetid i sykehus for suicidale unge jenter når DBT ble benyttet som behandlingsmetode i institusjon, samt reduksjon av utilsiktede utskrivninger fra institusjonen på grunn av suicidalitet. Hypotesen i studien var at etter implementering av DBT i institusjonen vil man se en reduksjon i (i) antall utilsiktede flyttinger begrunnet i suicidalitet, (ii) antall sengedøgn i psykiatrisk sykehus og (iii) varighet av tvangstiltak i institusjon (Sunseri, 2004, s. 72). Utvalget bestod av alle innskrevne ungdommer i perioden april 1997 til august 2022, totalt 68 ungdommer i alderen 12-18 år. Alle ungdommene i utvalget hadde forpliktet seg til deltakelse i DBT-behandling i institusjonen. Utfallsmål for studien var for tidlig avslutning av oppholdet (utilsiktet flytting fra institusjonen), definert ut fra selvskading som førte til innleggelse i psykiatrisk sykehus, antall dager innlagt i sykehus, samt varighet i tvangsbruk (fysiske begrensinger og skjerming) i institusjonen (Sunseri, 2004, s. 69). Resultatene fra studien viste at det etter implementering av DBT i institusjonen ikke var registrert utilsiktede flyttinger på grunn av suicidalitet, det var en signifikant nedgang i antall liggedøgn i psykiatrisk sykehus, og i varighet på tvangstiltak i institusjonen. Nedgangen i liggedøgn i psykiatrisk sykehus kunne sannsynligvis forstås i lys av fokuset på ferdighetstreningen som ga ungdommene effektive mestringsstrategier i perioder med høyt stressnivå (Sunseri, 2004, s. 72). Forfatterne påpeker at DBT forbedret behandlingstilbudet til ungdommer med borderlineproblematikk, men at de er mindre sikre på om DBT har samme effekt på ungdom med andre problemområder som for eksempel atferdsforstyrrelser (Sunseri, 2004, s. 74). Begrensinger ved studien var mangel på kontrollgruppe og randomisering. I tillegg var utvalget relativt lite.

Katz et al. (2004) gjennomførte en pilotstudie som sammenliknet behandlingsresultat mellom to psykiatriske avdelinger, der den ene avdelingen benyttet DBT og den

andre avdelingen støttet seg til ordinær behandling. Sekstito ungdommer med selvmordsforsøk eller selvmordstanker/planer deltok i studien. Ungdommene var innlagt på grunnlag av selvmordsforsøk eller alvorlige selvmordstanker. Ungdommene ble innlagt i de to ulike avdelingene basert på hvor det var ledig sengeplass (Katz et al., 2004, s. 277). Gjennomsnittlig oppholdstid var 18 dager (Katz et al., 2004, s. 278). Som måleinstrument ble Beck Depression Inventory (BDI), Kazdin Hopelessness Scale for Children (KHS) og Reynolds' Suicidal Ideation Questionnaire-Jr. (SIQ) benyttet ved innleggelse og utskriving. Ett år etter utskriving ble ungdommene fulgt opp med BDI og SIQ i tillegg til kartlegging av antall besøk ved legevakt etter selvskading og reinnleggelser i psykiatrisk sykehus (Katz et al., 2004, s. 278). Resultatene viste at begge grupper viste symptomlette ved utskriving, og denne vedvarte i året etter utskriving. Begge gruppene viste en signifikant reduksjon i parasuicidal atferd i året etter utskriving. DBT-gruppa hadde signifikant færre (uønskede) hendelser relatert til atferd under innleggelsen enn sammenlikningsgruppa. Ingen ungdommer gjennomførte selvmord i noen av gruppene under innleggelsen (Katz et al., 2004, s. 279).

McDonell et al. (2010) gjennomførte en sammenlikningsstudie mellom pasienter i døgnpast i psykiatrisk sykehus som mottok DBT (n= 106), med en historisk kontrollgruppe (n=104) som mottok individuell- og familieterapi. Gruppa som mottok DBT var i alderen 12-17 år, mens den historiske kontrollgruppa var i aldersgruppa 12-15 år. Både frivillige innleggelser og tvangsinnleggelser var inkludert i studien (McDonell et al., 2010, s. 194). DBT-behandlingen bestod av alle komponentene i DBT. Alle deltakerne, også den historiske kontrollgruppa, hadde foreskrevet psykotropiske medikamenter. Child Global Assessment Scale (CGAS) ble benyttet som måleinstrument fra innleggelse til utskriving. Resultater fra studien viste at gruppa som mottok DBT hadde en statistisk signifikant forbedring over tid i helhetlig fungering. I tillegg ble foreskrivingen av psykotropiske legemidler redusert. Når en sammenliknet DBT-gruppa med den historiske kontrollgruppa så en at det å bli eksponert for DBT kunne assosieres med større reduksjon i selvskading, spesielt for den gruppen ungdommer som hadde den tyngste selvskadingsproblematikken (McDonell et al., 2010, s. 195).

Tebbett-Mock et al. (2020) gjennomførte en sammenlikningsstudie innenfor en akuttpsykiatrisk avdeling. De sammenliknet ungdommer i aldersgruppen 12-17 år som mottok DBT som behandlingsform (n=425), og en historisk kontrollgruppe av ungdom (n=376) på samme avdeling før DBT ble innført. Gjennomsnittlig

oppholdstid var åtte dager. Studien undersøkte hvorvidt DBT førte til reduksjon i selvmordsforsøk, selvskading og aggresjon, og videre om DBT førte til reduksjon i tvangsbruk, antall liggedøgn og antall reinnleggelser inntil 30 dager etter utskrivning (Tebbett-Mock et al., 2020, s. 148). Resultater fra studien viste en signifikant reduksjon i selvmordsforsøk og selvskadingshendelser. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom sammenlikningsgruppene når det gjaldt aggressive episoder mellom pasienter eller mellom pasient og personell (Tebbett-Mock et al., 2020, s. 153). Antall liggedøgn var signifikant lavere for ungdommene som mottok DBT enn for ungdommene i den historiske kontrollgruppe. En fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene relatert til tvangsbruk (skjerming) eller reinnleggelser inntil 30 dager etter utskrivning personell (Tebbett-Mock et al., 2020, s. 153). Forfatterne foreslår at innføring av DBT i avdelingen kan redusere kostnader relatert til observasjon og oppfølging av pasienter med selvmords- og selvskadingsproblematikk (Tebbett-Mock et al., 2020, s. 155).

Saito et al. (2020) gjennomførte en sammenlikningsstudie innenfor en akuttpsykiatrisk avdeling mellom innlagte ungdommer i aldersgruppa 12-17 år som mottok DBT som behandlingsform (n=425), og en historisk kontrollgruppe av ungdom (n=376) på samme avdeling før DBT ble innført. Gjennomsnittlig oppholdstid var 8-11 dager. Utvalget er det samme som i den tidligere beskrevne studien til Tebbett-Mock et al. (2020). Studien undersøkte hvorvidt ungdommer som mottok DBT ville skåre lavere på måleinstrumentene Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Young Mania Rating Scale (YMRS), Clinical Global Impressions-Improvement (CGI-I), Severity of Symptoms (CGI-S) measures, og Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA). Resultater viste at ungdommene som mottok DBT ved utskrivning hadde signifikant lavere skåre på HAMD og CGI-I sammenliknet med den historiske kontrollgruppa (Saito et al., 2020, s. 247). Forfatterne konkluderer med at DBT i akuttpsykiatri for ungdom ser ut til å signifikant redusere depressive symptomer hos pasienten i løpet av relativt kort tid sammenliknet med ordinær behandling (Saito et al., 2020, s. 248).

Hancock-Johnson et al. (2020) gjennomførte en studie i en psykiatrisk avdeling for ungdom i Storbritannia. Utvalget bestod av 22 ungdommer i alderen 12-17 år, med selvmords-, selvskadings- og borderlineproblematikk. Alle ungdommene hadde i tillegg MDCE-diagnose (opposisjonell atferdsforstyrrelse), enten som eneste (17 ungdommer) eller som del av komorbid diagnose (5 ungdommer). Ungdommene deltok i en fullstendig DBT-behandling, og gjennomførte en runde med DBT

ferdighetstrening. Data knyttet til aggressiv atferd og selvskadende atferd ble innhentet ved bruk av måleinstrumentet The Health of National Outcomes Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA) (Hancock-Johnson et al., 2020, s. 30). Resultater viste en signifikant reduksjon for frekvensen av total selvskadingsatferd, og for totalfrekvensen av aggressiv atferd/ fysisk aggresjon (Hancock-Johnson et al., 2020, s. 32).

4.3 DBT i ungdomsinstitusjoner

Apsche et al. (2006) gjennomførte en klinisk sammenlikningsstudie mellom intervensjonene Mode deactivation Therapy (MDT) og DBT i en behandlingsinstitusjon for gutter med problematikk knyttet til fysisk aggresjon og selvmordsproblematikk. MDT er utviklet av Apsche og er en metodikk som adresserer dysfunksjonelle skjemaer¹³ ved å systematisk vurdere og restrukturere underliggende dysfunksjonelle sammensatte kjerneoverbevisninger. Tjue gutter i alderen 15-18 år deltok i studien, der 10 mottok MDT og 10 mottok DBT. Behandlingsløpet ble gjennomført i løpet av et år. Måleinstrumenter som ble benyttet var Beck Depression Inventory (BDI), Reynolds Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), Daily Behavior Reports, Behavior Incident Reports. MDT viste signifikant reduksjon når det gjaldt fysisk aggresjon fra baseline (den første målingen/observasjonen) til måling etter behandling, der MDT viste 92,23% reduksjon i fysisk aggresjon sammenliknet med 27,9% for DBT. Apsche et al. (2006) konkluderer med at en kan oppnå svært gode resultater knyttet til fysisk aggresjon ved å benytte MDT i ungdomsinstitusjon, men er samtidig tydelige på at resultatene fra studien ikke er generaliserbare. Apsche et al. (2006) påpeker flere svakheter ved studien, blant annet størrelsen på utvalget, og mangfoldet knyttet til problematikk og diagnoser blant deltakerne.

I USA gjennomførte Wasser et al. (2008) en sammenlikningsstudie mellom ungdommer som mottok DBT i institusjon og ungdommer som mottok vanlig miljøterapi i institusjon. Institusjonene var geografisk plassert i to ulike delstater. Utvalget ble rekruttert på bakgrunn av data fra sykehus, og 14 ungdommer fra de to institusjonene ble matchet i henhold til alder, kjønn og primær klinisk diagnose (akse 1, DSM) i det ene utvalget, mens det andre utvalget utgjorde 24 ungdommer fra de to institusjonene ble matchet etter sekundær klinisk diagnose (akse 1, DSM). Studien

¹³ Dysfunksjonelle skjemaer refererer til vedvarende mønstre av tanker, følelser og atferd som er grunnleggende forståelser av seg selv og ens omgivelser, men som kan være negativt vinklet eller uhensiktsmessige for å oppnå trivsel og mestring i livet

benyttet måleinstrumentet Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) for utfallsmåling. Et av målene med studien var å undersøke effekten av DBT praktisert i barnevernsinstitusjon. Ungdommene fikk DBT ukentlig i løpet av en 17-ukers periode. Ungdommene deltok i grupper med ferdighetstrening, som også inkluderte hjemmelekser der ungdommene daglig loggførte atferd og bruk av ferdigheter¹⁴. Ungdommenes foresatte deltok i ferdighetsgrupper annenhver uke. Ungdommene i sammenlikningsgruppa (vanlig miljøterapi) mottok atferds-, gruppe-, - familie- og individualterapi i henhold til ungdommens individuelle plan. Resultater fra studien viste at DBT både klinisk og statistisk var mer effektiv enn vanlig miljøterapi mot depresjon målt med BPRS-C.

Beckstead et al. (2015) gjennomførte en pilotstudie i en rusbehandlingsinstitusjon for ungdom fra amerikansk urbefolkning, som inkorporerte DBT med spesifikk kulturell og spirituell tilpasning til ungdomsgruppa. Pilotstudien tok utgangspunkt i mangel på forskning på evidensbaserte metoder i behandling av ungdom fra Amerikas urbefolkning. DBT ble valgt som behandlingsmetode i institusjonen på grunn av mindfulness som er en av kjerneferdighetene i DBT. Flere tradisjonelle, kulturelle og spirituelle praksiser hos medisinmenn i Amerikas urbefolkning samsvarer med manualbaserte mål for mindfulness i DBT. I pilotstudien ble en medisinmann godkjent av stammeledere som styremedlem i institusjonens styre for å gjennomføre ukentlige tradisjonelle praksiser i ungdomsgruppa (Beckstead et al., 2015, s. 85). Ungdommenes problematikk ble målt før og etter behandling med Youth Outcome Questionnaire Self- Report (YOQ-SR). Utvalget bestod av 229 ungdommer i alderen 12-18 år, fra 39 ulike stammer. Ungdommene var innskrevet og utskrevet fra behandlingsinstitusjonen mellom januar 2010 og juli 2013. Gjennomsnittlig oppholdstid var 120 dager. Av de 229 ungdommene som utgjorde utvalget, startet 102 ungdommer med YOQ-SR-skåre innenfor klinisk område. Studien analyserte klinisk effekt for disse 102 ungdommene. Etter endt behandling oppfylte 90 av de 102 kriteriene for signifikant klinisk endring («recovered»/ friske), 2 ungdommer oppfylte kriteriet for «reliable change» (forbedring) og 10 ungdommer hadde ingen endring. Samlet startet 109 ungdommer behandlingen med YOQ-SR-skåre under «cut-off» på 47. Alle 109 ungdommene forble under cut-off på 47, også etter gjennomført behandling. 18 ungdommer ble ekskludert fra studien på grunn av kun en måling med YOQ-SR (Beckstead et al., 2015, s. 86). Forfatterne påpeker at studien har noen begrensninger med hensyn til mangel på kontrollgrupper og RCT,

¹⁴ Dette vil tilsvare «dagbokkort i OEM».

og at de heller ikke kan peke på det spesifikke bidraget inkorporeringen av DBT med tradisjonell og spirituelle praksis har hatt (Beckstead et al., 2015, s. 86).

McCredie et al. (2017) undersøkte om DBT-A kunne være en effektiv behandlingsmetode i institusjon uavhengig av diagnose, alder etnisitet, kjønn og type selvskadingsatferd. Utvalget bestod av 48 ungdommer i alderen 12 til 18 år, som fikk behandling over en periode på et år. Ungdommene var innskrevet og utskrevet av en institusjon med 36 plasser i Baltimore, Maryland USA, i løpet av perioden januar 2011 og desember 2013 (McCredie et al., 2017, s. 89). Måleinstrumenter benyttet i studien var Youth Self Report (YSR), Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime (K-SADS-PL), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality disorders (SCID-II) og institusjonens eget spørreskjema ved utskriving (spør spesifikt om hvilke DBT-A-ferdigheter som har vært nyttige og hvilke som ikke har fungert for ungdommen) (McCredie et al., 2017, s. 93). Resultater fra studien viste at DBT-A kan ha god klinisk effekt på reduksjon av antall diagnoser og alvorlighetsgrad av symptomer. Ingen av ungdommene i utvalget var innenfor klinisk område i noen YSR-problemområder ved utskriving (mens alle ungdommene var i spennet fra klinisk til a-symptomatisk ved innskriving). Når det gjaldt diagnostiske endringer målt med K-SADS-PL/SCID-II så man størst effekt knyttet til reduksjon av alvorlig depresjon, og en liten signifikant effekt knyttet til eksternaliserende problemer, rusmisbruk, spiseforstyrrelse, internaliserende problemer og borderlineproblematikk (McCredie et al., 2017, s. 96). Når det kom til hvilke DBT-A-ferdigheter ungdommene fant mest nyttige fant studien at det var en signifikant høyere sannsynlighet for at ungdommene tok i bruk Hold-ut-ferdigheten («Distress Tolerance») enn noen av de andre ferdighetene (McCredie et al., 2017, s. 100). Forfatterne påpeker at studiens begrensninger ligger i mangel på kontrollgruppe og randomisering, samtidig som at utvalget kunne vært større. På tross av begrensningene konkluderer forfatterne med at denne innledende studien støtter hypotesen om at DBT er en effektiv behandlingsform i institusjonskontekst (McCredie et al., 2017, s. 102).

4.4 Implementering av OEM i Norge

Espenes et al. (2023) gjennomførte i årene 2018 til 2021 en evaluering av gjennomførbarhet knyttet til implementeringen av Bufetats omsorgs- og endringsmodell (OEM), i syv norske barneverninstitusjoner i Region Nord. OEM bygger på DBT og DBT-A, som beskrevet i denne rapportens kapittel 2. Seks av

institusjonene var omsorgsinstitusjoner, og den syvende en atferdsinstitusjon. Den ene omsorgsinstitusjonen ble stengt i 2019 og var derfor bare med i undersøkelsen det første året. Undersøkelsens utvalg bestod av tre ulike grupper: beboere (ungdommer), foresatte og institusjonspersonell. Beboergruppa bestod av 42 ungdommer, 22 gutter og 20 jenter med gjennomsnittsalder 15 år. Gjennomsnittlig oppholdstid for ungdommene i institusjonen var 53 uker (Espenes et al., 2023, s. 138). Foresattgruppa bestod av 23 foreldre. I tillegg ble 3 saksbehandlere fra kommunal barneverntjeneste intervjuet. Institusjonspersonalgruppa bestod av 93 deltakere, hvorav 64 var ordinært miljøpersonell, 13 koordinatore og 13 institusjons-/avdelingsledere (Espenes et al., 2023, s. 138-139).

Studien benyttet The Acceptability of Intervention Measure (AIM), The Youth Satisfaction Questionnaire (YSQ), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), og Therapeutic Alliance Scale for Children and Therapist revised (TASC-r) som måleinstrument. Resultatene viste at institusjonspersonalet fant modellen anvendelig og nyttig i arbeidet med ungdommene, samtidig som resultatene viste at OEM er krevende å implementere, både teoretisk og praktisk. Videre viste resultatene at institusjonene gjennomførte ferdighetsgrupper i henhold til DBT-modellen, men få gjennomførte individualterapier (Espenes et al., 2023, s. 146). En så også at det var store variasjoner når det kom til institusjonenes programlojalitet til OEM, der noen institusjoner kjørte godt integrerte programmer mens andre institusjoner strevde mer med dette. Forfatterne løfter problemstillinger rundt de konsekvenser som følger når kravene som er knyttet til ett program rulles bredt ut og fører til ujevnheter mellom institusjonene (Espenes et al., 2023, s. 148). Både ungdommer, foreldre og terapeuter rapporterte om høy tilfredshet knyttet til intervensjonen. Ungdommer og terapeuter rapporterte moderat tilfredshet når det gjaldt kvaliteten på den terapeutisk alliansen (Espenes et al., 2023, s. 145). Forfatterne konkluderer med at studien viser lovende funn for at DBT-modellen kan være hensiktsmessig for- og bli akseptert av målgruppa, gitt tilbakemelding fra ungdom, omsorgspersoner og institusjonsansatte. Det vises også til et behov for mer forskning på implementeringen- og utfall av DBT i ungdomsinstitusjoner (Espenes et al., 2023, s. 151).

4.5 Oppsummering og diskusjon

Litteraturgjennomgangen har identifisert 14 studier som har fokusert på ungdom som har mottatt DBT i en institusjonskontekst. Det er et forholdsvis godt grunnlag for påvist effekt av DBT for spesifikke målgrupper i poliklinisk setting, som vist

til i bakgrunnskapitlet. Det er derimot knapphet på forskning knyttet til DBT i døgninstitusjon. Det er mer forskning som har sett på DBT i institusjoner for voksne, inklusivt unge voksne.

Begrensninger i studiene som er presentert i dette kapittelet handler generelt om mangel på kontrollgrupper og randomisering, i tillegg til små utvalg. Et av funnene i litteraturstudien er at personalet må være opplært, gjennomtrengt og dedikert til DBT for at modellen skal ha god effekt. Funnene viser at målgruppa som har størst effekt av DBT er ungdommer med selvmordsproblematikk, selvskadingsproblematikk, borderlineproblematikk og aggressiv atferd. Det kommer videre frem at DBT er utfordrende for ungdom med kognitive vansker og utfordringer rundt øvelser som innebærer meditasjon og refleksjon.

Bortsett fra den norske studien som evaluerte implementeringen av OEM i Norge (Espenes et al., 2023), er ingen av de identifiserte studiene i denne litteraturgjennomgangen gjennomført innenfor en barnevernskontekst. I tillegg er studiene først og fremst fra USA. Det foreligger derfor ikke et forskningsgrunnlag for DBT som behandlingsmodell i barnevernsinstitusjoner. Det er noe kunnskap om DBT i ungdomsfengsler, og det er utarbeidet en egen DBT-variant for kriminalomsorgen (DBT-CM). Det er et større kunnskapsgrunnlag for DBT for ungdom med psykisk uhelse, noe som samsvarer med at DBT i første omgang ble utviklet for kvinner med suicidalitet og borderline personlighetsforstyrrelse. Litteraturstudien har ikke identifisert et kunnskapsgrunnlag for implementering av DBT i barnevernets omsorgsinstitusjoner eller behandlingsinstitusjoner, selv om en av studiene viser til positive funn fra implementeringen av OEM i Norge (Espenes et al., 2023). Gitt funnene i denne litteraturstudien er det likevel forståelig at DBT har blitt valgt som behandlingsmodell i de integrerte institusjonene BBS og LBS, ettersom målgruppa for disse institusjonene er ungdom med store psykiske utfordringer relatert til selvskadings- og selvmordsproblematikk. Det betyr derimot ikke at kunnskapsgrunnlaget en har støttet seg til i valget av DBT som modell for de integrerte institusjonene kan benyttes ukritisk til implementering av DBT som faglig modell for norske barnevernsinstitusjoner generelt.

5. Funn fra den kvalitative studien

I dette kapitlet presenteres funn fra de to integrerte institusjonene, Bodø behandlingssenter (BBS) og Lunde behandlingssenter (LBS), og de to sammenlikningsinstitusjonene, Kvæfjord ungdomssenter (KUS) og Innlandet barnevernsenter (IBS). Det er den kvalitative studien, med intervjuer med ansatte, ledelse og ungdommer, som er grunnlaget for funnene som presenteres i kapitlet. Begrunnelse for og beskrivelse av de metodiske tilnærmingene er nærmere beskrevet i kapittel 3 om «Metode».

Kapitlet er strukturert slik at Bodø behandlingssenter (BBS) og Lunde behandlingssenter (LBS) først blir beskrevet hver for seg, før det kommer en sammenstilling av funnene på tvers. Etter dette kommer et delkapittel som handler om tidligere beboere ved de to integrerte institusjonene, basert på uttrekk fra BIRK-data og intervju med to tidligere beboere.

Den siste delen av kapitlet handler om de to sammenlikningsinstitusjonene, Kvæfjord ungdomssenter (KUS) og Innlandet barnevernsenter (IBS). Ansattintervjuer og ungdomsintervjuer er beskrevet på tvers av de to institusjonene, slik at vi får ansatte- og ledelsesperspektivene først og deretter ungdommenes perspektiver. Også her blir det presentert en sammenstilling av funnene, på tvers av informantgruppene til slutt.

5.1 Bodø behandlingssenter – ansattes erfaringer

Dette kapitlet omhandler erfaringer fra ansatte og ledelse ved Bodø behandlingssenter. Kapitlet bygger på gruppeintervjuer med ansatte, gruppeintervjuer med helseansatte, gruppeintervjuer med ledelse, og individuelle intervjuer med leder. Intervjuene er gjennomført over en periode på nærmere to år, og alle intervjuene er gjennomført ved besøk ved BBS.

I kapitlet presenterer vi temaer som ble gjennomgått i intervjuene, og gjør rede for sentrale funn på bakgrunn av analysen av datamaterialet. Informantene er kodet med ulike bokstaver (A-P) Sammen med funnene fra intervjuer med ungdommene som var plassert ved institusjonen, bidrar funnene i dette kapitlet til å belyse probelmestilling og sentrale forskningsspørsmål knyttet til delprosjekt 2 - ungdommers erfaringer med institusjonsliv, og delprosjekt 3 – ansattes erfaringer med integrert institusjonstilbud.

5.1.1 Målgruppe og inntak

Målgruppa for BBS er ungdommer med utfordringer plassert i de to øverste nivåene i endringshierarkiet, som er definert i faglig beskrivelse av OEM (2020, s. 55), det vil si ungdom som har alvorlig problematikk knyttet til selvskading og selvmordsatferd, og aggresjon. Det opplyses fra ledelsen ved BBS at det i hovedsak er ungdom mellom 15-18 år som har vært plassert ved BBS per høst 2023. Ledelsen opplyser at institusjonen tar inn ungdommer i alderen 13-18 år, men at gruppen ungdommer som får tilbud ved institusjonen i stor del er i aldersgruppa 16-18 år. Ledelsen ved BBS har erfart at ungdommene i denne aldersgruppa i større grad er i stand til å forstå hva behandlingsopplegget ved BBS går ut på, og hvor krevende det kan være å stå i behandlingsopplegget. Institusjonen har også sett at ungdom som er i 15-årsalderen og yngre har hatt vansker med å nyttiggjøre seg behandlingstilbud, noe institusjonen vurderer at henger sammen med ambivalens, kognitiv utvikling, utholdenhetsspekter og pubertet. Ledelsen ved BBS forteller også at det å skulle gi den type helsehjelp institusjonen tilbyr til en ungdom som ikke har forståelse for hva et slik tilbud innebærer, kan være utfordrende. Institusjonsledelsen har erfart at aldersgruppa 16 år og eldre har større forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandlingstilbudet ved institusjonen. Slik vi tolker ledelsen ved BBS, er det derfor de eldre ungdommene, gjerne jenter i alderen 16-18 år, som er mest aktuelle for institusjonen. På bakgrunn av dette mener vi det er nødvendig med en revurdering av hvilke aldersgrupper og hvilken type problematikk som egentlig utgjør målgruppa til behandlingssentret. Problemstillinger knyttet til at ungdom ikke har forståelse for hva tilbudet innebærer berør også temaer som samtykke og medvirkning. Det fremstår som et paradoks at ungdommene skal samtykke til, og forplikte seg til et behandlingsforløp de ikke forstår rekkevidden av, og som de i realiteten ikke har en innflytelse over innholdet i.

Ledelsen ved BBS forteller om en overrepresentasjon av jenter som har vært, og er plassert ved institusjonen. Ifølge ledelsen ved institusjonen får de stort sett inn søknader som gjelder jenter, men ledelsen uttrykker ønske om at det også søkes inn gutter. Både for å skape kjønnsbalanse i ungdomsgruppa, men også fordi målgruppa inkluderer gutter. Overrepresentasjonen av jenter forstår institusjonsledelsen i lys av at jenters smerteuttrykk er mer i tråd med målgruppa for institusjonen, mens guttene har en tendens til å vise en mer utagerende atferd. I den forbindelse stiller vi spørsmålstegn ved om inntakskriteriene ved institusjonene har blitt tolket for snevert av innsøkende instanser, og at det i hovedsak er lagt vekt på vurderinger knyttet til selvskading og selvmordsatferd. Ledelsen ved BBS peker selv på de

to øverste trinnene i endringshierarkiet (Faglig beskrivelse OEM, 2020) som definert problematikk knyttet til inntakskriteriene, og aggresjon er i tillegg til selvmordsproblematikk og selvskading en atferdsbeskrivelse som kvalifiserer til inntak.

Ledelsen ved BBS opplyser at de fleste av ungdommene som plasseres ved BBS har hatt flere tidligere plasseringer, enten i beredskapshjem, fosterhjem, eller andre typer institusjoner. Institusjonsledelsen beskriver at det er unge mennesker i alderen 15-18 år med selvmordstanker, selvmordsatferd og gjerne selvskading i en eller annen form som har vært plassert ved senteret. Fra miljøpersonalet få vi beskrevet at det også har vært ungdom med psykoseproblematikk, mulige personlighetsforstyrrelser og generelt lavt funksjonsnivå. Ledelsen ved BBS forteller at ungdommene som plasseres ved institusjonen er ungdom som gjerne har hatt problemer over tid, og der ungdommen nærmest har gitt opp troen på å få hjelp. Dette er i tillegg en gruppe ungdommer som mange andre institusjoner opplever seg både hjelpeløse og maktesløse overfor. Slik målgruppa beskrives av institusjonsledelsen tenker vi at dette er en gruppe ungdommer som med stor sannsynlighet har hatt flere tidligere plasseringer, og som har vært i kontakt med svært mange voksenpersoner i hjelpeapparatet.

Når det gjelder belegg opplyser ledelsen ved BBS at de ikke har hatt fullt belegg i prosjektperioden, men at stort sett fire av fem plasser har vært belagt. Om oppholdstid forteller institusjonsledelsen at tilsagnene stort sett er på seks måneder, som forlenges dersom det er behov for det. Ledelsen ved institusjonen forteller at et tidsbegrenset tilsagn på seks måneder ofte fører til at kommunen kommer sterkere på banen når det gjelder ungdommene, noe som er positivt fordi BBS ønsker å ha kommunen aktivt med i behandlingsopplegget. Samtidig påpeker ledelsen at ungdom som plasseres ved institusjonen, og som strever med alvorlig selvskadings- og/eller selvmordsproblematikk ofte har et behandlingsbehov på ni til fjorten måneder for å endre atferdsuttrykkene til et lavere, og ikke livstruende nivå i endringshierarkiet. Når ledelsen ved BBS beskriver at ungdommene ved utskrivning fortsatt har store vansker, men at «da har de hjelpe-behov på det mellom-menneskelige planet» kan det være nødvendig å vurdere om tilsagnene i utgangspunktet skulle vært lengre enn seks måneder tatt ungdommenes store hjelpebehov i betraktning.

Ved inntak er det leder ved institusjonen som har ansvaret for de barnevernfaglige vurderingene, mens den ene psykologen ved institusjonen vurderer inntak i forhold

til rett til hjelp etter spesialisthelsetjenestelovgivningen. Inntaksprosessen bygger derfor på to ulike lovverk som følger en parallell prosess. Ved BBS betyr dette at ungdom kan plasseres både frivillig etter lov om barnevern, men at det også kan benyttes tvang i plasseringsgrunnlaget. På helsesiden er man derimot avhengig av et informert samtykke fra ungdom som er 16 år og eldre for å kunne gi behandling. Lov om barnevern (2021) og Forskrift om barns medvirkning i barnevernet (2023) stiller krav til barnevernet om å ivareta barnets rett til medvirkning gjennom hele sakens forløp, og at barnevernet skal avklare om barnet har forstått informasjonen som barnet har fått. Når det gjelder de integrerte institusjonene, der ungdommene bokstavelig talt bor «under samme tak» som helseforetaket, mener vi dette stiller særdeles høye krav til barnevernet når det gjelder sikring av om ungdommene har forstått informasjonen som kommuniseres ved inntak.

BBS følger standardisert forløp, med en egen tilpasning i inntaksarbeidet tilpasset institusjonens målgruppe og metodikk. Psykolog og leder ved institusjonen vurderer søknader til institusjonen sammen med en saksbehandler fra Bufetats inntaksteam. Institusjonen skal i utgangspunktet ta imot ungdom fra egen region, men kan også ta inn fra andre regioner dersom det er kapasitet ved institusjonen. Ledelsen ved BBS opplyser at det har vært en svak dreining i ungdomsgruppa som søkes inn mot mer rus og mer alvorlig vold, og en liten nedgang i det som er institusjonens opprinnelige målgruppe. Institusjonsledelsen forteller at det derfor er gjort noen unntak fra de spisse inntakskriteriene som ble utarbeidet ved prosjektbeskrivelsen i 2015. Det spesifiseres ikke hvilke unntak som er gjort, men i data fra BIRK ser vi at BBS i prosjektperioden har hatt åtte plasseringer hjemlet i barnevernlovgivningens atferdsparagrafer. Dette i motsetning til Lunde behandlingssenter som kun har hatt plasseringer hjemlet i barnevernlovgivningens omsorgsparagrafer.

I intervjuene kommer det også frem at det er stort fokus på gruppesammensetningen i institusjonen for å unngå det vi forstår som sosiale overføringer av smerte- og atferdsuttrykk mellom beboerne. Ledelsen forteller at de har mulighet til å avslå søknader om plass dersom de vurderer at det aktuelle inntaket ikke vil fungere godt for beboergruppa som helhet, eller at inntaket vil føre til at behandlingsløpet blir vanskelig å gjennomføre. I slike situasjoner velger institusjonen å heller drifte med et litt lavere belegg, og ber søker forsøke ved en senere anledning når gruppesammensetningen kan være noe annerledes. Ledelsen forteller at dette aksepteres, og vi forstår det slik at enkelte kommuner venter til det blir ledig plass ved BBS fordi tilbudet vurderes som hensiktsmessig for den aktuelle ungdommen.

Ledelsen ved BBS opplyser at de nesten ukentlig blir kontaktet direkte av saksbehandlere, BUP-ansatte o.l. som har en ungdom de vil drøfte om kan passe inn i BBS sitt tilbud. Samtidig opplyser institusjonsledelsen at dette er saker som gjerne ikke kvalifiserer til inntak ved BBS, og dette kan henge sammen med en forventning i feltet om at det er etablert en institusjon for ungdom med psykiske vansker. Det er vår vurdering at problematikken som kvalifiserer til inntak ved BBS ikke er godt nok kommunisert ut, og at dette kan ha ført til urealistiske forventninger ute i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Ledelsen påpeker at selv om det er mange ungdommer i barnevernet med psykiske vansker, er ikke etablering av mange institusjoner tilsvarende BBS svaret på utfordringene: «Da må vi heller styrke BUP og andre type [tilbud], som gjør at de kan få hjelp der de er». Dette finner vi er i tråd med både tilsynsrapporter og forskning som påpeker problematikken rundt ansvarsskyving mellom helse og barnevern når det gjelder psykiske helsehjelp til barn i barnevernet (Helsetilsynet, 2023a; Ådnanes et al., 2024). Samtidig påpeker ledelsen at institusjonen heller ikke må bli for snever når det gjelder vurderinger av inntak, og at man ikke må havne i en situasjon «der man nærmest veier behovet opp mot antall selvmordsforsøk». Institusjonen er bevisste på at ungdom kan være i stor fare når det gjelder livstruende atferd og selvskading, men der problematikken ikke er blitt ordentlig avdekket. Slik vi forstår inntaksprosessen ved BBS har det skjedd en dreining fra spesifikke vurderinger knyttet til selvskading og selvmordsforsøk, til en inntaksvurdering som inkluderer det totale bildet rundt ungdommens psykiske helse. Samtidig poengterer ledelsen ved BBS at det har skjedd en dreining i ungdomsgruppa som søkes inn mot rus og alvorlig vold. Slik sett kan det se ut som om målgruppbildet ved BBS er i stadig utvikling og endring.

5.1.2 Innflytting

BBS har en rutine som tilsier at psykolog og en miljøterapeut reiser ut to ganger og besøker og intervjuer ungdommen og familien før innflytting. Under disse besøkene er institusjonen opptatt av å gi god informasjon til ungdommen og familien om tilbudet ved BBS. På denne måten får man sjekket ut ungdommens motivasjon for oppholdet, og samtidig gitt tilstrekkelig informasjon slik at ungdom og foresatte forstår hva plasseringen innebærer og kan gi et informert samtykke til plasseringen.

Når ungdommer skal flytte inn ved BBS opplyser institusjonsledelsen at personalet er tidlig ute med å kartlegge hva som er de største problemene for ungdommen. I dette arbeidet er de institusjonsansatte direkte i sine spørsmål, og kartlegger problematikk relatert til selvskading og selvmordsatferd gjennom intervjuer med ungdom og

foresatte. Under besøkene hjemme hos ungdommen og familien har de ansatte med seg en kopi av endringshierarkiet slik at ungdommen selv kan plassere problemene de strever med innenfor hierarkiet. Ledelsen påpeker at de ungdommene som plasseres ved BBS ligger på de to øverste nivåene i endringshierarkiet: «Fordi at selvskading, og andre typer tanker om selvmord, de henger veldig sammen». I inntaksprosessen blir ungdommen og familien informert om OEM:

(..) det starter jo med et forarbeid der både ungdom og familie, i den grad de er medvirkende i saken, så sosialiseres jo de både til det tradisjonelle- det som ligger i OEM og det som ligger i miljøterapien da, rammer og strukturer og det vi er opptatt av (I).

Den ansatte som uttaler seg ser ut til å gjøre et skille mellom noe som oppleves som tradisjonell miljøterapi, og de rammer og strukturer BBS har etablert når det gjelder selve behandlingsforløpet til ungdommen. Dette kan indikere at miljøterapien som utøves ved BBS har elementer ved seg fra behandlingen som utøves av helseforetaket, og at plasseringstiltaket kan bære preg av kontinuerlig behandling. Samtidig forteller ansatte at metodikken ved institusjonen har endret seg siden oppstarten av piloten i 2018, fra en noen teknisk tilnærming til ungdommene i starten, til et mer naturlig samspill mellom det barnevernsfaglige miljøpersonalet og helsepersonellet i dag. Det fortelles at samspillet tidligere var preget av at personalet ikke helt visste hva man kunne snakke med hverandre om og formidle av informasjon rundt ungdommene på tvers av barnevern og helse. Vi tolker de ansatte som at den nye metoden å arbeide etter ved implementeringen av OEM-DBT førte til en teknisk tilnærming, i et forsøk på finne veien fremover i samarbeidet mellom helse og barnevern. Det reflekteres i liten grad rundt hvilken betydning dette har hatt for ungdommene som har vært plassert ved institusjonen, og hvordan dette har påvirket ungdommenes opplevelse av institusjonstilbudet.

5.1.3 Samarbeidet mellom helse og barnevern

Helse Nord og Bufetat samarbeider om tilbudet ved institusjonen. Helse Nord er ansvarlig for ansettelsen av helsepersonellet, og står for midlertidige løsninger når man står uten helsepersonell på grunn av permisjoner eller mangel på søkere til utlyste stillinger. Ledelsen ved BBS fremhever at eventuelle mangler i personalsituasjonen løses godt; det er et velfungerende samarbeid med avdelingsleder i Helse Nord, som er med på månedlige/ukentlige møter med BBS/Bufetat.

De barnevernsansatte ved institusjonen er ansatt i Bufetat og har barneverfaglig og/eller miljøterapeutisk kompetanse. Av ansatte i Helse Nord har BBS to psykologer med arbeidssted/kontor i institusjonsbygget, og en sykepleier som jobber på dagtid, og et par kvelder i uka. Det er også tilknyttet en lege fra Helse Nord som har det overordnede ansvaret for helsetilbudet ved institusjonen, og som er til stede i institusjonen en gang per uke. Til sammen utgjør de to psykologene, sykepleieren og legen et eget helseteam som følger opp beboerne ved institusjonen ukentlig. En del av samarbeidet mellom de institusjonsansatte og de ansatte i Helse Nord handler om å utarbeide gode anamneser og gjennomføre utredninger. Mange av ungdommene som plasseres ved BBS har påbegynte, men avbrutte kartlegginger bak seg. Dette som resultat av tidligere brudd i utrednings- og/eller behandlingsløp. For de ansatte i Helse Nord ved BBS innebærer dette at arbeidsoppgavene deres består i å gjennomføre eller fullføre utredninger knyttet til psykisk helse i tillegg til behandling. I og med at psykologene og sykepleieren har institusjonen som arbeidssted og samhandler med ungdommene i det daglige, opplever de institusjonsansatte at dette åpner for relasjonsbygging og tillit mellom beboere og helsepersonell. De ansatte opplever at samarbeidet med helse har ført til en lavere terskel for ungdommene til å oppsøke hjelp og å følge opp behandlingstilbud. Ledelsen fremhever at relasjonsbygging mellom ungdom og psykolog er lettere når psykologene som har arbeidssted ved institusjonen beveger seg i ungdomsmiljøet på huset, spiser middag sammen med ungdommene og leder grupper. I terapeutisk arbeid er relasjonen i høy grad avgjørende for virkning av behandling, og vi mener riggen med psykolog til stede i institusjonen kan virke positivt for ungdommenes mulighet for å ta imot tilbud fra spesialisthelsetjenesten både når det gjelder utredning og behandling.

Ledelsen ved BBS er tydelig på at BBS er en barnevernsinstitusjon og at institusjonen ikke skal være en sykehusavdeling. Dette mener vi er et godt utgangspunkt, men ser samtidig at ungdommene som er plassert har lite valgmuligheter når det gjelder behandlingsfrie perioder eller soner. For de ungdommene som eventuelt skulle ønske å avslutte behandlingstilbudet fra Helse Nord vil allikevel tilbudet BBS oppleves som et behandlingsregime i all den tid psykologene beveger seg i miljøet, og personalet viderefører terapibegrepene inn i det miljøterapeutiske arbeidet. Det poengteres fra institusjonsledelsen at institusjonen ikke har fokus på diagnoser og diagnostisering av ungdommene, men er mer opptatt av funksjon og fungeringsnivå. Ledelsen poengterer at hovedmålet er at ungdommene under oppholdet skal ned fra de øverste nivåene i endringshierarkiet og opp når det gjelder funksjon. På intervjuetidspunktet (november 2022) opplyser ledelsen ved BBS at institusjonen har hatt ti ungdommer

plassert, hvorav syv har gått fra øverste til nederste nivå i endringshierarkiet, én har gått fra toppen og et stykke ned i hierarkiet, mens to fortsatt står på det øverste nivået med selvskading og selvmordstanker. Dette kan forstås som opplevde virkninger av behandlingsopplegget, noe som kan gi ansatte og ledelse motivasjon til videre arbeid. Samtidig er dette udokumenterte og usikre tall og målinger, som baseres på institusjonens egen vurdering av hvorvidt de lykkes med å redusere problematferd. For å måle virkninger av behandlingsopplegget er det nødvendig med mer systematiske målinger over tid, og i et langt større utvalg.

BBS har hatt fritak fra pakkeforløpet (Nasjonalt pasientforløp, psykiske lidelser barn og unge¹⁵) i nærmere 4 år, men har nå fått beskjed om at fritaket ikke videreføres. Psykologene er kritiske til dette fordi psykologenes erfaringer tilsier at ungdommene har behov for mer tid i utredningsforløpet enn det pakkeforløpet legger opp til. En av erfaringene ved BBS er at ungdommene egentlig selv ønsker utredning, men at de trenger tid og oppsøker psykologene når ungdommene selv er klare for å snakke.

Og det jeg har sett, og det er nesten uten unntak, er at ungdommene kommer selv og ber om utredning, og den biten av det. Men de kommer jo ikke i time 1. De kommer jo når de er klar for det, og når de er klar til å åpne opp. Og sånn er det jo for oss alle. Det er veldig rart det å skulle åpne opp til noen du aldri har møtt før, om ditt innerste. Så det er jo fullt forståelig (Psykolog)

En av de ansatte forteller om tidligere erfaringer der mange ungdommer har valgt å avslutte BUP-behandlingen fordi terskelen for å bli kjørt til en ukentlig BUP-avtale er blitt for høy. Ved BBS er det høy fleksibilitet når det gjelder den individuelle behandlingen, og ungdommene kan utsette psykologtimene dersom de ikke er i form til å møte den avtalte dagen. Samtidig løftes fordelen med å ha en sykepleier fast på institusjonen som en stor fordel, særlig når det gjelder medisinerings, og de ansatte opplever at det er et helhetlig helsetilbud for ungdommene som er plassert ved institusjonen.

En av de ansatte forteller at det oppleves veldig positivt å jobbe så tett sammen med helse, og at det har kommet mange fordeler ut av dette: «En helt ny måte å jobbe tettere med ungdommer på i lag med psykologer, i lag med helsesykepleier, og lege. Veldig helhetlig tilbud» (M). Samtidig påpeker den samme informanten at det også

¹⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>

kan være krevende å ha både helse- og omsorgstilbud på samme sted. Informanten påpeker positive sider og utfordringer ved å ha helseforetak og barnevern under samme tak. Samtidig som helsetilbudet blir lett tilgjengelig for ungdommene kan det være utfordrende å vurdere informasjonsflyt og å overholde taushetsplikten mellom de to ulike tjenestene. Andre ansatte løfter frem utfordringer knyttet til helsedelen av institusjonen. Helse og barnevern jobber og dokumenterer i hvert sitt journalsystem, og har ikke tilgang til hverandres opplysninger. Slik sett kan det oppstå barrierer for at viktig informasjon om ungdommene og arbeidet rundt disse ikke er kjent for de ulike gruppene av ansatte i institusjonen. En annen utfordring vi vil påpeke er at de to partene, barnevern og helse, har taushetsplikt på hver sin side. Til tross for disse utfordringene fremhever de ansatte at de har klart å jobbe seg sammen til å bli én personalgruppe.

5.1.4 Samarbeidet med andre tjenester

De ansatte ved BBS fremhever at et godt samarbeid med politi, ambulansetjeneste og legevakt er viktig. BBS har en kontaktperson hos forebyggende enhet ved politiet som BBS er i jevnlig dialog med. Blant annet knyttes dette til at ungdommene endrer seg også når det gjelder atferdsuttrykk; noen har plutselig rusutfordringer eller selvmordsatferd som politiet må være observante på. Samtidig poengterer ledelsen at et godt samarbeid med de ovennevnte instansene forebygger og forhindrer at ungdommene blir «kasteballer» i systemene:

For det er jo noe av det som både retningslinjene for selvmordsforebygginger er klare på, og som en sånn sett vet, men også som er så vanskelig, altså at vi skal ikke sette inn akutte tiltak med mindre det er nødvendig. Og der ser jeg jo at mange av de ungdommene som kommer hit har jo vært en kasteball i systemet. Altså det er innleggelse, og så er det ut igjen og så er det innleggelse.

Videre fremhever ledelsen viktigheten av at de instansene i samfunnet som vanligvis aktiviseres når mennesker er i akutte kriser, er godt kjent med arbeidsmetodikken ved BBS og har forståelse for behandlingsopplegget:

Så det beste med det har vært at vi har fått tre-fire enheter innenfor politiet sammen på møter. Og noen møter har nesten hatt grad av en slags opplæring til politiet, hvordan de skal møte [ungdommene] For i sin utdanning så er det jo det den her, «nå skal vi vise interesse, vi skal vise varme, vi skal vise sånn og sånn». Og akkurat for disse ungdommene her, så kan det være veldig dumt å gjøre det.

En viktig del av tilnærmingen innenfor OEM-DBT er at en unngår å vie uønsket atferd oppmerksomhet for eksempel ved selvskading. I Faglig beskrivelse OEM (2020, s. 84) forklares det som feil å gi ungdommen mye positiv oppmerksomhet ved for eksempel selvskading, og at det på første hensiktsmessige tidspunkt skal gjennomføres en AKA etterfulgt av øvelse på individuelle ferdigheter. Slik vi forstår dette er tanken bak at oppmerksomhet gjennom varme og interesse forsterker selvskadingen. Dette kan oppleves som en straff for ungdommen, men er i OEM-sammenheng uinteressant i dette tilfellet fordi målet er å redusere selve *handlingen* selvskading.

Psykologene ved BBS forteller at de har veiledningsoppdrag for politi, legevakt og ambulansetjeneste. De har også tatt på seg veiledning av miljøpersonell ved andre OEM-institusjoner når det har oppstått vanskelig situasjoner der. Institusjonsledelsen forteller at samarbeidet mellom psykologene ved BBS og politiet har ført til at politiet ringer BBS dersom de får melding om at en av ungdommene gjør noe som virker livstruende. Det opprettes i slike tilfeller et samarbeid rundt situasjonen slik at den ikke blir så voldsom dersom det er behov for politi og ambulanse på stedet. Institusjonsledelsen opplyser at de i høy grad selv tar ansvar for å innhente ungdom som har rømt, men har mulighet til å kontakte politiet og informere om rømmingen og risikoen for eskalering. BBS har et eget nummer inn til operasjonssentralen som benyttes i slike tilfeller. På den ene siden virker samarbeidet mellom barneverninstitusjonen og politiet og nødetatene vel etablert, og vi får inntrykk av at dette fungerer etter hensikten. Vi finner det likevel nødvendig å stille spørsmål ved balansen mellom atferdsintervensjoner og det omsorgsansvaret som er tillagt barnevernsinstitusjonen. Vi mener det i større grad bør reflekteres rundt bestemmelsene i barnevernslovgivningens krav om trygge oppvekstvilkår.

Ledelsen opplyser at BBS har hyppig samarbeid med skolene ungdommene tilhører. Noen av ungdommene har et tilrettelagt skoletilbud på en SMI-skole som hører til under Nordlandssykehuset, og dette er en skole BBS samarbeider tett med. Ved utflytting utarbeider BBS en plan for hvordan ungdommene skal komme tilbake til skoletilbudet sitt igjen, og arrangerer gjerne flere besøk for ungdommene og de aktuelle skolene. Slik vi forstår de ansatte følger ungdommene ved BBS et normalt skoletilbud så langt det lar seg gjøre med tanke på geografi og ungdommenes utfordringer.

5.1.5 Samarbeid med nettverk og familie

BBS har en egen familiekontakt som jobber ut mot familiene til ungdommene. Familiekontakten er tilgjengelig for foreldrene på telefon, og har ukentlig kontakt med foreldrene i ukesoppsummeringer rundt ungdommene. BBS har også kontakt med foreldrene når foreldrene besøker ungdommene på BBS, og har anledning til både å observere samspill og prate med dem. Ledelsen ved BBS gir uttrykk for at det legges mye innsats i å nå familiene fordi man har erfart at det er familien ungdommen vender tilbake til etter tiltak i barnevernet. Slik vi forstår institusjonsledelsen legges det også arbeid inn mot barnevernstjenesten for at ungdommene skal kunne ha kontakt med familien sin under plasseringen, også når det er store geografiske avstander. Når det gjelder samvær, beskriver ansatte at de jobber med at det blir tatt hensyn til ungdommenes ønsker. Dette kan dreie seg om hva ungdommene har lyst til å gjøre under samvær, og når det passer for ungdommene å gjennomføre samvær. Institusjonen opplyser at det legges ned et grundig arbeid både før, under og etter samvær slik at disse skal være godt tilrettelagt for ungdommen og dennes ønsker.

Det er ungdommen selv som setter rammene for hvilken informasjon institusjonen kan dele med foreldrene. Samtidig beskriver de ansatte ved institusjonen at det i flere av sakene ligger en del sårbarheter innad i familien, og at ungdommene kan ha opplevd ganske krevende situasjoner i familien. BBS har en egen miljøterapeut som fungerer som familiekontakt. Denne personen koordinerer kontakten med familie og samarbeidspartnere under hele plasseringstiden og rundt utflyttingsfasen til ungdommen.

Det felles språket og begrepene fra DBT som ungdom, ansatte og foreldrene deler, fremheves som positivt i samtaler og veiledning av ungdommens foreldre.

5.1.6 Motivasjon og forpliktelse

Et av kriteriene for inntak og som preger inntaksfasen er å finne ut om ungdommen er motivert. Ansatte ved BBS forteller at ungdommen sjelden eller aldri er «ferdig motivert» til å ta imot tilbudet ved BBS, og institusjonen jobber kontinuerlig med ungdommens motivasjon som kan oppleves som «ett skritt frem og tre tilbake (..) det er klart det er en evig jobb» (A). Det fremheves i intervjuene at det å jobbe med motivasjon og forpliktelse er en veldig stor del av arbeidsmodellen, og en av psykologene beskriver motivasjonsarbeidet på følgende måte:

Motivasjonen er, den svinger uansett. Men det vi må ha, vi må ha er bitte, bitte litt. Altså hvis vi har en ungdom som sier, «dette vil jeg ikke. Dette - ikke en sjans. Og jeg kommer til å gjøre alt i min makt for å motarbeide dere». Så er det klart, ok, men skal vi gå videre da? Er dette bra for deg? Og da tenker jeg at det er det kanskje ikke. Men hvis du bare gir bitte litt... Og det er jo som sagt, det er vår jobb å få det til å øke underveis.

Dette kan forstås i retning av at institusjonen har lagt inntakskriteriet om at ungdommen skal være motivert til side, og i større grad jobbet med ungdommens motivasjon under plasseringen. Samtidig fortelles det fra institusjonsledelsen at det har skjedd en endring de siste årene, fra en praksis der man i større grad tok inn «alle» som ble søkt inn til institusjonen, til at det nå er ungdommer som er motiverte for behandlingstilbudet som får tilbud om plass. Institusjonsledelsen hevder å ha blitt mer nøye på motivasjon som kriterium når de vurderer nye inntak:

For jeg tenker at når vi startet ut prosjektet, så tror jeg ikke vi var obs nok på dette med forpliktelser og motivasjon. Det hadde mange grunner vi kom fra en tradisjon der vi var vant til at du får inn ungdommer- det er nå de som kommer. De har jo kanskje ikke valgt det, og vi har ikke valgt det.

Dette står i kontrast til uttalelsen fra informanten ovenfor som mener det holder med en ørliten glipe inn til ungdommen når det gjelder motivasjon for at en kan starte behandlingen. Vi er derfor usikre på hvorvidt motivasjon som inntakskriterium er reelt, selv om institusjonsledelsen påpeker at motivasjon og forpliktelse er sentralt for at plasseringen skal være hensiktsmessig for den enkelte ungdom.

Ansattgruppa forteller også om en utvikling i egne holdninger til ungdommens motivasjon, der det tidligere var de ansattes optimisme som var «driven» i tilbudet. Nå vektlegges ungdommens egen motivasjon i langt større grad, og de ansatte jobber sammen med ungdommen med å se for seg fremtiden til ungdommen, og å motivere ungdommen for plasseringen og behandlingen. Ansatte beskriver at ungdommene som plasseres ved BBS kan ha tidligere negative erfaringer knyttet til at de ikke har fått hjelp før. Når ungdommene bærer med seg slike erfaringer, krever det tillit og motivering fra de ansatte for å få ungdommene motivert til å delta i behandling. Selv om ledelsen ved BBS fremhever ungdommens motivasjon til endringsarbeid som viktig, advares det mot å trekke paralleller til helsevesenets krav til motivasjon hos pasienten for å gi behandling: «Ungdommens motivasjon

er de institusjonsansattes ansvar, og institusjonsansatte må ikke glemme at de er en del av bildet rundt ungdommens motivasjon». Det fremstår som noe uklart for oss hvordan ungdommens motivasjon vurderes både i inntaksprosessen og under plasseringstiden fordi kravbeskrivelsene varierer fra «bittelitt» motivasjon til nærmest full motivasjon og forpliktelse. Det er nærliggende å undre seg over hvorfor behandlingstretthet hos ungdommene ikke gis fokus når motivasjonen vurderes. Det kunne vært fruktbart å også reflektere rundt behandlingstretthet når ungdommens vilje til motivasjon og forpliktelse vurderes.

En viktig faktor knyttet til ungdommens tilbud om, og deltakelse i DBT-behandlingsopplegget ved BBS handler om forpliktelse. Ansatte påpeker at ordet «forpliktelse» kanskje er for stort for ungdommene til å forstå hva det egentlig innebærer. De ansatte knytter forpliktelsen til motivasjon, og de ansattes ansvar knyttet til å motivere ungdommen til å jobbe med seg selv. To ansatte forklarer begrepet forpliktelse på følgende måter:

(..) da har vi fokus på at det å forplikte seg til å være her, da forplikter du deg til at det kommer til å være gode dager, og det kommer til å være dager som er dritt, hvor du kanskje tar dårlige valg for deg selv. Eller du kommer i kjipe eller vanskelige situasjoner- det kan skje- men du er forplikta til å være med på det opplegget vi setter i gang rundt deg, og for å hjelpe deg igjennom de dagene- både de gode og de dårlige dagene. (C)

(..) du kan være i motstand hele tiden, og ikke være forpliktet til å jobbe med dine mål og dine ferdigheter- men da skal du heller ikke være her. Sånn at alle veier skal likevel lede inn til at: skal du være her, så er det fordi du er forpliktet til å jobbe med det du skal jobbe med. Og da ser vi at det har en effekt. (O)

Informantene peker på at forpliktelse innebærer at ungdommen forplikter seg til å delta i det opplegget institusjonene setter i gang, og at forpliktelse er en betingelse for å bo i institusjonen. Samtidig er det slik at flere av ungdommene som er plassert ved BBS er plassert der mot sin egen vilje, og det er mye forlangt av en ungdom å skulle forplikte seg til noe en selv ikke har valgt. Dette åpner for spørsmål knyttet til bruk av tvang fordi ungdom plassert mot sin egen vilje i realiteten kan oppleve en form for dobbel tvang ved plassering i en integrert institusjon.

Psykologene forklarer at forpliktelse er tett knyttet til mål, og handler i utgangspunktet om at ungdommene setter seg et mål som kan være hva som helst positivt. Forpliktelsen handler i dette om at ungdommene skal ha et så sterkt ønske om å nå målet, at de greier å stå imot trangen til å ønske å ta livet sitt. Forpliktelse handler om å «ha ett mål som betyr nok til at du tåler det ubehaget ved å kjenne på deg selv lenge nok, til å faktisk oppleve at livet kan bli bedre» (psykolog). For ungdommene som plasseres ved BBS innebærer dette at de er klar over strukturen ved institusjonen og er villige til å prøve ut både ferdighetsgruppene og måten BBS jobber på. Minimum forpliktelse i dette perspektivet beskrives som at «(..) [ungdommen] har fått informasjon og sier dette kan jeg prøve. Det er jo egentlig – tror jeg – minimum» (psykolog). Det kan se ut til at psykologene formidler en «mildere» variant av forpliktelse enn det miljøpersonalet uttrykker. Dette kan forklares med at Helse Nord jobber etter samtykke fra ungdommene, mens barnevernansatte jobber ut fra et mer tradisjonelt barnevernsperspektiv.

5.1.7 Medvirkning

Ansatte beskriver at ungdommene har stor innflytelse på hva som skjer i hverdagen. Det understrekes at medvirkning er helt essensielt for at ungdommene skal kunne forplikte seg til et behandlingsopplegg ved institusjonen. Ungdommene må selv utpeke hvilke mål de har for seg selv, og ungdom og ansatte må jobbe tett sammen for å oppnå disse målene. Ved BBS er det en del ungdommene får være med på å planlegge og bestemme, og samtidig noe som ungdommene ikke får være med på å bestemme slik som for eksempel grunnstrukturen i institusjonen. BBS sin «grunnstruktur» inneholder for eksempel tidspunkt for måltider. Samtidig har ungdommene mulighet for å hente seg mat utenom de oppsatte tidspunktene for måltider. Det er allikevel en tydelig forventning om at ungdommene møter til felles måltider.

Det trekkes frem at ansatte gjør kontinuerlige vurderinger av trygghet og sikkerhet, opp mot hva ungdommene ønsker. De ansatte forteller at ungdommene har innvirkning på hverdagen sin, og at det legges til rette for at ungdommene for eksempel kan drive med de fritidsaktivitetene som de ønsker:

Og mitt inntrykk er jo også at ungdommen- de får jo det spørsmålet hvor stor innvirkning de føler de har på hverdagen sin her, og vi scorer jo veldig, veldig høyt på det, så min opplevelse er jo også at de føler det sjøl. (E)

Den ansatte viser her til et internt tilbakemeldingssystem institusjonen gjennomfører i ungdomsgruppa. Det er positivt at ungdommene opplever å ha innvirkning på hverdagslivet, samtidig er det nødvendig å være oppmerksom på at innvirkning på hverdagslivet ikke er det samme som medvirkning i egen barnevernssak.

I et gruppeintervju forteller en ansatt at «selv om vi har jobba i forhold til medvirkning og ungdommer, så synes jeg, uten at jeg kan si hvorfor, at medvirkninga står sterkere nå. At vi har jobbet som et team sammen med ungdommen» (M). Ansattgruppa poengterer at det er forskjell på å bestemme og å medvirke, og en ansatt løfter hvor viktig det er at ungdommen i startfasen av behandlingen får mulighet til å si noe om sine egne interesser og ønsker:

Og i startfasen, er det jo et stort tema, dette med hvilke mål de har for seg selv, og det at vi sammen skal jobbe for å oppnå disse målene. Alt fra å få det bedre med seg selv, til å begynne på en idrett- og vi setter jo det her med et liv verdt å leve, hvor dette med fritidsaktiviteter og dens får veldig stor rolle, setter vi veldig høyt. Og da er det jo viktig at de får være med å utarbeide hvordan behandlingen deres skal være, for å være med, men samtidig så er det også forskjell på å bestemme og medvirke. (G)

I dette utsagnet legges det vekt på samarbeid med ungdommen, og at ungdommen er med på å legge opplegget for egen behandling. Det poengteres at der er forskjell på å medvirke og å bestemme, noe som naturlig nok tematiseres fordi behandlingsopplegget ved institusjonen har satte strukturer som ungdommene har liten innvirkning på.

I et gruppeintervju forteller de ansatte om en situasjon der institusjonen «lot medvirkningen gå for langt». Ungdommene fikk i utstrakt grad velge hvilke av de ansatte på skiftet ungdommen skulle være sammen med, og fikk oppfylt ønsker om individuelle aktiviteter med den utvalgte ansatte. Dette skapte etter hvert utfordringer for det organiserte arbeidet i institusjonen og for gruppestrukturen i behandlingen, og institusjonen måtte strukturere fordelingen av ansvar for ungdommen mellom de ansatte som var på vakt. Denne fortellingen fra de ansatte kan betraktes i lys av de institusjonsansattes iherdige arbeid med å skape motivasjon og forpliktelse hos ungdommen. For å skape motivasjon hos ungdommen kan det se ut som om man har latt tanken om medvirkning nærmest gli over i å gi ungdommen en viss råderett

over personalet. Dette kan fort komme i konflikt med omsorgsansvaret, og det å skape trygge og forutsigbare rammer for ungdommen.

5.1.8 OEM – Omsorgs- og endringsmodellen og DBT

OEM handler for ansatte både om å gi omsorg, høre på ungdommene og motivere de, samtidig som man utfordrer og får til endringer. En ansatt trekker paralleller til andre sosialisering- og oppdragelsesforståelser:

(..) sånn som den fungerer hos oss, så er det jo en modell som skal både -på den ene siden- støtte og bekrefte og være støttende, og ha en akseptside: sånn er ting. Og på den andre siden kunne utfordre, kunne pushe lett videre. Ikke ulik andre egentlig modeller både i type oppdragelse og sosialisering. (D22)

Videre fremhever de ansatte at endringsarbeidet handler om dannelse og om å lære seg ferdigheter som ungdommene trenger for å gå over i voksenlivet. Vi kan forstå at ansatte som jobber etter OEM er begeistret for modellen, og det er positivt at miljøpersonalet ser muligheter og ikke bare rammer og begrensninger ved OEM. Samtidig stiller vi spørsmålstegn ved at miljøterapeutene trekker paralleller mellom atferdsmodifiserende endringsarbeid og dannelse. Dette fordi disse to posisjonene bygger på ulike tradisjoner og forståelser av menneskets vesen.

De ansatte opplever at OEM er en modell som er såpass åpen at en kan tilpasse den til alle. Samtidig forteller de ansatte om problemer med modellen når det for eksempel gjelder minoritetsspråklige eller ungdommer med kognitive vansker. Dette fordi modellen bygger på mye tekst, og det er krevende å sette seg inn i og forstå modellen. Samtidig uttrykker de ansatte begeistring for OEM. De opplever både modellen og oppfølgingen rundt denne som faglig påfyll, og samtidig ser de at metodikken fører til endring hos ungdommene.

Institusjonsledelsen forteller at OEM inneholder klare prinsipper som arbeidet styres etter, og er slik sett en tydeligere modell enn generell miljøterapi. Det gjør at det er større enighet blant ansatte om hvordan en arbeider og *burde* arbeide. Samtidig fremhever ledelsen at det er behov for å gjøre individuell tilpasninger. En ansatt forteller at de har blitt bedre til å gjøre individuelle tilpasninger etter hvert som personalet har blitt bedre kjent med modellen. Når ansatte er godt kjent med «oppskriften» i modellen opplever de seg friere til å gjøre individuelle tilpasninger knyttet til den enkelte ungdoms behov.

I arbeidet med OEM forholder de ansatte seg til en DBT-manual og den faglige beskrivelsen av OEM. De ansatte forteller at ved BBS benyttes DBT inn i OEM. Slik er det nødvendigvis ikke i «ordinære» barneverninstitusjoner, fordi man i den standardiserte OEM kan velge metodikken man vil knytte til modellen. For eksempel kan institusjonen vektlegge traumesensitiv tilnærming som hovedtilnærming fremfor atferdsmodifisering. Alle ansatte ved BBS deltar på en ukes obligatorisk opplæring i OEM, og har en ukes opplæring i «Trygghet og sikkerhet». De ansatte har tilgang til Bufetats spisskompetansemiljø gjennom Lærende Samfunn (LS)¹⁶. I tillegg har de ansatte tilgang til veiledning fra psykologene fra helseforetaket som jobber ved institusjonen, samt fagansvarlig for barnevern ved institusjonen. En gang i uka deltar ansatte i Lærende Samfunn, der de ansatte tar opp problemstillinger knyttet til ungdommene. I tillegg deltar de ansatte i konsultasjonsteam (K1) som er en terapigruppe for ansatte der de ansatte får veiledning knyttet til eget arbeid og egen fungering. En gang i uka gjennomføres K2 som handler om fagmodellen, teori og forskning. Her benyttes psykologene aktivt. Det legges langsiktige planer for hva K2 skal omhandle, og de ansatte trekker selv inn tema de ønsker skal tas opp i K2.

Ledelse og ansatte ved BBS fra helse og barnevern forteller at det, siden oppstart av pilotprosjektet har vært en utvikling i hvordan OEM-modellen fungerer.. Det tar tid å bli kjent med modellen og bruke den slik at metodikken oppleves, og blir naturlig i hverdagen. Ledelsen beskriver at hele ansattgruppa nå oppleves som mer avslappet når det gjelder modellen, og at det tidligere «kjøret» på endringsfokus har dempet seg: «Jeg opplever at vi kanskje er mer avslappet nå, da (..) der vi tenker at ungdommen trenger litt tid- og at vi er litt tryggere også, i rollen». Ledelsen poengterer også at OEM og arbeidet med DBT er i endring, og påpeker det positive ved dette:

Men samtidig så er det noe med de holdningene (..) i modellen, som for så vidt står på tavla der også: Folk trenger å gjøre ting bedre, prøve hardere, være mer motivert for å endre seg- og det tenker jeg, at det må jo også gjelde oss. Hvis det bare skal gjelde ungdommen, så tenker jeg at det blir litt feil. Så jeg tenker at vi er jo hele tiden i endring - og det er jo også DBT i seg selv - som modell – er den jo faktisk opptatt av at den endrer seg faktisk også.

¹⁶ Veiledning og problemløsning på konkrete utfordringer knyttet til ungdom, miljøpersonalet og eventuelt drift og forståelse av modellen. Deltakere skal være ledere, avdelingsledere, fagansvarlige og andre man tenker kan ha direkte nytte av veiledning. Lærende Samfunn gjennomføres ukentlig (Kvalitetshåndbok OEM, 2020, s. 25).

I utsagnet ser vi at ledelsen har gjort seg tanker om at det ikke bare er ungdommene som skal endre seg, men at endring også skjer i samspill mellom ansatte og modellen det jobbes etter. Samtidig kan det se ut til at det i mindre grad reflekteres rundt muligheten for at ungdommer slites ut og opplever behandlingstretthet, og at fokus handler om å prøve hardere og gjøre ting bedre.

Ungdommer som er plassert ved BBS har behov for tett oppfølging, og ledelsen vurderer at de plasserte ungdommene ikke ville kunne nyttiggjort seg et behandlingstilbud som ikke har like tett oppfølging. Samtidig kan det være en risiko for at ungdommene opplever å være kontinuerlig i behandling. Ledelsen ved BBS forteller at de har reflektert mye rundt dette dilemmaet, og ser at dersom behandlingstilnærmingen fra de ansatte blir for teknisk, vil ungdommene kunne oppleve dette som et mas med veldig høyt fokus på endring. Slik sett kan det å være i behandling oppleves belastende. Det poengteres fra ledelsen at psykologene skal ta seg av «den rene behandlingen», mens endringsarbeidet foregår kontinuerlig og sømløst i institusjonen. En ansatt fremhever at en av fordelene med å jobbe med DBT i institusjon er at det er mange terapeuter til stede som kan følge opp, og holde oppe ferdighetene hos ungdommen. I motsetning til DBT i polikliniske praksis kan man jobbe med ferdigheter gjennom hele dagen. Samtidig påpekes det at den ansatte har flere «hatter», at de er inne på alle livsområdene rundt ungdommen og at de ikke bedriver DBT-behandling kontinuerlig, men henter inn verktøy fra modellen i situasjoner der det er hensiktsmessig og behov for det: «Men jeg tror ikke ungdommene føler at de er i behandling 24-7. For det høres veldig brutalt ut for meg» (A). Hva som er det egentlig skillet mellom behandling hos psykolog og endringsarbeid i institusjonens miljøterapi har vært utfordrende for oss å få tak på. På den ene siden tegnes det et skille mellom helse og barnevern der helse tilbyr psykologbehandling, på den andre siden skisseres det opp et endringsarbeid i institusjonsmiljøet som foregår kontinuerlig. Vi har tidligere poengtert hvordan helsepersonellets tilstedeværelse i hverdagslivet til ungdommene skaper rom for relasjonsbygging. Slik sett kan det være mulig at ungdommene opplever å være i behandling kontinuerlig, selv om ansatte trekker et skille mellom individualterapi og miljøterapeutisk endringsarbeid.

5.1.8.1 DBT i behandlingsforløpet

Ledelsen forteller at bakgrunnen for å bruke DBT i institusjonen er at dette er en utprøving som har foregått siden januar 2016. Utprøvingen har utgangspunkt i at Bufetat, Region Nord startet opp et samarbeid med Universitetet i Washington

som er anerkjente innen DBT og en del andre systemiske tilnærminger. Ledelsen forteller om OEM-DBT at det «(..) hadde det vært noen utprøvningsprosjekter i USA på et par barneverninstitusjoner der - og litt forskning. Men utover det - ingenting. Så dette er jo egentlig det største utprøvningsprosjektet, da, fra 2016». Utprøvingen av DBT i BBS er uavhengig av helsesatsingen i de integrerte institusjonene fordi en ved etableringen av pilotprosjektet valgte spesifikk behandlingsmetodikk for BBS. Samtidig opplyses det at man etter hvert kanskje har nærmet seg DBT noe mer enn da man startet, samtidig som elementer i DBT er valgt bort fordi de ikke er relevante for institusjonssettingen. For eksempel har man utelatt mulighet for telefonkonsultasjoner mellom behandler og pasient fordi psykologene, som har ansvaret for behandlingen, er tilgjengelige for ungdommene i institusjonen. Det handler blant annet om å være tilgjengelig for pasienten/klienten på telefon når denne står i en krisesituasjon.

Ledelsen opplyser og klargjør at det er to forsøk, eller piloter som gjennomføres ved BBS, både OEM/DBT og et integrert institusjonstilbud mellom barnevern og helse:

Her er det lett at det kanskje blir litt sånn misforståelse, for det at alt som vi gjør i Omsorgs- og endringsmodellen er jo basert på DBT- men det er ikke DBT. For DBT er jo egentlig en veldig klar modell som brukes klinisk, og som er nærmest program-beskyttet. Også det vi gjør er basert på dialektisk atferdsterapi i alt vi gjør – men i og med at vi jobber i en institusjon med miljøarbeid og miljøterapi, så er ikke det noe som egentlig vi kan kalle for DBT. Men det vi jobber med nå, er jo egentlig å prøve å utforske det og jobbe ut det i institusjonen. Så det er egentlig to parallelle prosjekter som foregår samtidig her. Det en er at vi skal ha en utprøving på å jobbe oss frem mot en stadig mer DBT lignende måte å gjøre det på. OEM er første link i det, og det andre er jo det at helse og barnevern jobber sammen.

Dialektisk atferdsterapi (DBT) utgjør en svært viktig del av arbeidsmetodikken til BBS. Samtidig påpekes det at det er en annen type behandling enn DBT som blir brukt poliklinisk, dette fordi den dialektiske atferdsterapien blir utprøvd i barnevernsinstitusjonsforhold ved BBS. Det fremheves også at DBT som metodikk har en etisk og moralsk verdi i seg selv, i det å anerkjenne og vise respekt for den andre, og at det som skjer mellom ansatte og ungdom er dialektisk, at «vi er to som sammen skal jobbe ut en vei» (A).

Om DBT som behandling og miljøterapi skriver BBS i sin institusjonsplan¹⁷:

DBT er en kombinasjon av individualterapi og deltakelse i ferdighetsgrupper. Innholdet bygger på ulike prinsipper, er inndelt i faser og er dels manualstyrt. Opprinnelig ble DBT brukt kun poliklinisk, men er også utprøvd i institusjonsmiljø i USA og de seneste årene i Nord-Norge gjennom OEM. Gjennom aktiv involvering av ungdommen selv, gruppesamlinger og individuell kjedeanalyse, etableres en forståelse av hva som konkret ligger bak atferden til ungdommen, og hvilken funksjon atferds-uttrykket har.

Det er Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) som har ansvaret for DBT-utdanningen i Norge. Denne utdanningen er det først og fremst klinikere ansatt i helseforetakene som gjennomfører.

5.1.8.2 Tilpassing av DBT til norske barnevernsinstitusjoner

Ledelsen ved BBS forteller at det er en fordel for institusjonen at det benyttes en arbeidsmetodikk som har utspring i en anerkjent modell som DBT. Det gjør arbeidet enklere når man har en slik referanse både inn mot NSSF og inn mot spisskompetansemiljøet i Bufetat. Samtidig påpeker ledelsen at NSSF har en helt tydelig definisjon av hva DBT er, og at enhver tilpasning av DBT ikke kan kalles DBT, men må være noe annet. Ledelsen påpeker videre at: «(..) for oss er det ikke viktig å være - å nødvendigvis kalle oss DBT. Det er jo viktig at det er virksomt det vi gjør.» En ansatt fremhever også dette i et av intervjuene, at OEM og DBT er et prosjekt som er i endring, og at man i Norge tilpasser modellen etter forholdene her. Muligheten for at modellen er utvikling oppleves positivt av informanten: «(..) en måte gjøre den DBT-en i for eksempel i USA, er noe annet enn i Norge, og det å tilpasse det litt. Det jeg synes er veldig flott med dette, er at det hele tiden er faglig påfyll» (N). Her påpekes det at DBT implementert i norske institusjoner har blitt tilpasset og endret for å passe inn i norske forhold. Samtidig påpekes det at den varianten av DBT som benyttes ved BBS ikke er det samme som den offisielle definisjonen gitt av NSSF. Det har vært utfordrende for oss å få tak i hva som er OEM, hva som er DBT, og hva som er en tilpasset variant av DBT ved BBS.

¹⁷ Institusjonsplan BBS, 2022, s. 16

5.1.8.3 Ferdighetstreningen og terapeutenes rolle

Ferdighetstrening er en sentral del av metodikken ved de integrerte institusjonene der en benytter DBT spesifikt inn i OEM. Ansatte forteller om at endring tar tid, og at det er en kontinuerlig jobb med å motivere ungdommene til å lære seg ferdigheter og delta i ferdighetstrening. De institusjonsansatte fremhever relasjonen som viktig i dette arbeidet. Ved BBS forteller ansatte at det er mye fokus på å finne ut om selvmordsatferd er trusler og en kommunikasjonsform (å be om hjelp), eller om det er reell selvmordsfare hos ungdommene. De ansatte forteller at de er bevisste på hvordan de møter ungdommene. Blant annet jobber de ansatte med å styrke egen bevissthet rundt hvordan de ved å være varme eller kalde i møte med ungdommene kan forsterke eller bidra til å minske atferd som ikke er hensiktsmessig, med formål om at de skal gjøre bedre valg. En av de ansatte beskriver:

(..) veldig obs på at vi ikke ønsker å forsterke atferd som ikke er bra for ungdommen. Så etter sånne situasjoner, så kan jeg få tilbakemelding at vi kan virke litt sånn kalde. Og så er vi varme når de gjør noe bra. Og det gjør jo at de søker til den varmen og velger heller gode valg for seg selv enn å ta de dårlige valgene. Så det blir på en måte – de ser en belønning. (N)

Det er et gjennomgående tema i intervjuene med de ansatte ved BBS at ansatte bevisst benytter det å møte ungdommene på en kald eller varm måte som en forsterkningsstrategi for uønsket eller ønsket atferd. Vi kan forstå at dette er en del av behandlingsstrategien som følger av DBT, samtidig finner vi det bekymringsfullt at denne type atferdsmodifisering kan ta for stor plass i det miljøterapeutiske arbeidet ved barnevernsinstitusjonen.

Ferdighetstrening sees på som en viktig del av modellen og hverdagen, der ungdommene betraktes som en aktiv part og ikke noen som «skal behandles». Ansatte beskriver at ferdighetstreningen foregår i grupper, men også individuelt, i og med at hver enkelt ungdom trenger forskjellige ferdigheter ut fra sine vansker og behov. Ferdighetstreningen har som mål å gi ungdommen mestringsstrategier når livet byr på vanskelige situasjoner, og ungdommen skal kunne bytte ut uhensiktsmessige reaksjoner og atferd med ferdigheter som fører til bedre livskvalitet for dem. Ledelsen påpeker at det er viktig at de institusjonsansatte ikke blir for tekniske i tilnærmingen til ungdommene, men at det fokuseres på dialektikk og relasjon. Ved BBS gjennomføres det ferdighetsgruppe én gang i uken. Det er frivillig å delta, samtidig som det forventes fra institusjonen at alle ungdommene deltar.

BBS benytter et eget belønningssystem, verdikort, for å motivere ungdommene til oppmøte i ferdighetsgruppene. En ansatt forteller at personalet kan gjennomføre atferdskjedeanalyse (AKA)¹⁸ på ungdommen dersom ungdommen ikke deltar i ferdighetstreningen:

Det er på en måte en forventning om at de skal delta. Men hvis de velger å ikke gjøre det, så må man heller kanskje ta en AKA på det. Hvorfor møtte du ikke opp? Var det noe? Er det skummelt å møte opp? Undre seg litt over det. (N)

Informanten beskriver hvordan AKA gjennomføres på ungdom som ikke deltar i ferdighetstrening, noe som står i kontrast til både det beskrevne frivillighetsperspektivet rundt deltakelse og ungdommens rett til medvirkning. Det kan se ut til at institusjonsansatte er gitt et «ris bak speilet» dersom ungdommene ikke deltar i ferdighetstreningen, og slik sett ligger det en skjult maktutøvelse i behandlingsmodellen.

På torsdager gjennomføres det egne ungdomsgrupper ved BBS der ungdommene går gjennom lekser fra ferdighetsgruppa og snakker om den aktuelle ferdigheten som de jobber med. Gjennomføringen og opplegget rundt ferdighetstreningen for den enkelte ungdom er avhengig av hvordan hen forstår ferdighetstreningen. Dersom ungdommen strever med å forstå målet med ferdighetstreningen, eller ikke mestrer å delta i ferdighetsgrupper gjør BBS individuelle tilpasninger. Derfor er det noen ungdommer som gjennomfører ferdighetstreningen individuelt, med mål fra institusjonen om at ungdommen på sikt skal klarte å delta i gruppetreningen.

I et av intervjuene spurte vi psykologene om hvordan de vurderer deltakelse i ferdighetsgrupper for ungdom som er plassert i institusjoner over flere år, og som har gått gjennom treningsopplegget gjennom flere runder. Psykologene forteller at de ser når ungdommene har fått nok. Dette betyr ikke at målene er nådd, men at ungdommene blir slitne. Ved BBS har de av og til gitt ungdommer som har hatt lengre opphold mulighet til å lede ferdighetsgruppene. Psykologenes erfaring med dette er at ungdommene får en ny glød og ønsker å få til oppgaven. Psykologene forteller at det i henhold til modellen er ideelt med faste grupper der fem til seks

¹⁸ Gjennom atferdskjedeanalyse kartlegges og analyseres en helt konkret atferd, fra en helt konkret situasjon, ut fra ungdommens eget perspektiv og opplevelse. I atferdskjedeanalysen utforskes en kjede av lenker bestående av hendelser, følelser, tanker og trang som ledet frem til atferd, samt konsekvensene av denne atferden.

ungdommer deltar, dersom kun et par beboere deltar i gruppetreningen blir det for få deltakere. Samtidig opplever psykologene at ungdommene setter pris på at det blir mer tid til hver enkelt når gruppa er mindre. Det presiseres fra institusjonsledelsen at det er personalets ansvar å motivere ungdommene til å delta i gruppetrening.

Tidligere benyttet BBS dagbokkort¹⁹ inn i ferdighetstreningen. Her har BBS gjort noen justeringer fordi ungdommene ikke alltid er motiverte for å jobbe med kortene. Dagbokkortene oppleves som et viktig verktøy fra institusjonens side for å hjelpe ungdommene til bevissthet om egen atferd og egne reaksjoner. Imidlertid bruker ikke psykologene mye tid på å etterlyse dagbokkort fra ungdommene, noe som begrunnes i at dagbokkortene er utviklet for voksne mennesker og i liten grad er tilpasset ungdom i institusjon.

Ansatte forteller at institusjonen det siste halvannet året har hatt mer fokus på praktisk trening og rollespill for å hjelpe ungdommene til å prøve ut og trene på ferdighetene de har lært. De voksne viser ungdommene hvordan ferdigheten kan brukes, og på denne måten forsøker de ansatte å gjøre ferdighetene mer naturlige og mindre til tekniske. De ansatte opplever at ungdommene synes det er artig med rollespill, og ser at ungdommene i større grad tar ferdighetene til seg og generaliserer kunnskapen og ferdighetene ut i miljøet og hverdagslivet. En av de ansatte forteller at institusjonen setter inn ekstra ressurser i noen uker (i form av ekstra bemanning) for å ha mer praktisk trening på ferdigheter, det settes inn flere treningsøkter per uke for de ungdommene som har behov for ekstra trening. Når den ekstra treningen viser resultater, går man tilbake til normal treningsmengde. Dette kan bety at institusjonens erfaringer rundt DBT har ført til tilpasninger av modellen som i høyere grad treffer aldersgruppa og aldersgruppas forutsetninger for læring. Dette er en positiv utvikling av behandlingsmodellen som vi mener institusjonen i større grad bør utforske.

Ansatte forteller at de tilpasser lærematerialet innen OEM og DBT for ungdommer som har lese- og skrivevansker, og for ungdom der det teoretiske ved modellen oppleves tungt. Ungdommene har behov for ulike måter å lære på, og variasjon i treningen. Det blir også gjort tilpasninger av ferdighetstreningen for å treffe flere gjennom visualisering av ferdighetene ved bruk av tegninger. Som nevnt ovenfor ser

¹⁹ Dagbokkortet fylles ut av ungdommen og benyttes for å spore og holde oversikt over ulike situasjoner ungdommen kan oppleve i løpet av uken. Det er ønskelig at ungdommen skal fylle ut dagbokkortet daglig, og så tett opp til en gitt situasjon som mulig.

vi at institusjonen tilpasser deler av modellen i positiv retning for aldersgruppa og for ulike behov i ungdomsgruppa.

5.1.9 Utflytting

BBS starter prosessen rundt utflytting allerede i inntaksfasen ved at institusjonen kartlegger ungdommenes egne ønsker og mål for fremtiden. BBS ønsker at søknaden om plass inneholder en plan fra kommunenes side knyttet til lengde på opphold og hva som er planen for ungdommen etter endt opphold. Institusjonen gjennomfører jevnlig samarbeidsmøter med kommune, foreldre og ungdom, og disse møtene benyttes også til å planlegge det som skal skje etter at ungdommen flytter ut fra BBS. Med utgangspunkt i tiltaksplanen fra den kommunale barnevernstjenesten setter institusjon og ungdom mål for oppholdet, og dette målet jobbes det mot helt frem til utflytting. Dette skal gi den kommunale barnevernstjenesten nok informasjon og tid til å opprette tiltak rundt ungdommen etter utflytting fra institusjonen:

Samtidig erfarer ansatte ved institusjonen at prosessen tar tid og det blir gjerne litt stress når det nærmer seg utflytting. BBS følger standardisert forløp som gir retningslinjer og oppgaver/ sjekkliste ved utflytting fra institusjon. Det legges stor vekt på ungdommens ønsker, og ungdommens medvirkning når det gjelder tiltak videre. Institusjonen kartlegger hva ungdommens ser for seg, og hvilke ressurser som finnes i familie og nettverk rundt ungdommen

Det er barnevernstjenesten som har beslutningsmyndighet når det gjelder videre tiltak og som koordinerer tiltak etter utflytting. Institusjonen kan bare komme med anbefalinger.

De ansatte forteller at ungdommene stort sett flytter på hybel, i fosterhjem eller til andre institusjoner etter opphold ved BBS. Det er svært få tilfeller der ungdommene flytter tilbake til familien sin etter opphold ved BBS. Ledelsen opplyser at institusjonen som oftest anbefaler hybel med vertsfamilie som tiltak etter utflytting, i tillegg til en omfattende tiltakspakke rundt ungdommen når det gjelder oppfølging av helse, skole og sosiale aktiviteter. Denne anbefalingen av tiltak henger antagelig tett sammen med den aldersgruppa som ser ut til å utpeke seg som BBS målgruppe: ungdom fra 16 år og oppover. Det er en velkjent problematikk at fosterhjem for eldre ungdom er nærmest umulig å rekruttere, og anbefalinger om tiltakspakker etter utflytting som også kan bidra til å sikre ungdommen et godt ettervernstilbud kan være et svært godt grep fra institusjonens side.

BBS opplever flere utfordringer når det gjelder etablering av tiltak for ungdom etter utflytting. Det er store utfordringer knyttet til rekruttering av fosterhjem, og for de ungdommene fosterhjem er aktuelt for er tiltaket sjeldent på plass ved utflytting. Samtidig har flere av ungdommene som plasseres ved BBS så store utfordringer at BBS vurderer det som for krevende for et fosterhjem å stå i problematikken. Ansatte forteller også om mangel på tilrettelagte hybler for ungdommene, og at det er en stor utfordring for kommunen å bygge opp et tilbud som er tilpasset ungdommenes behov. De ansatte forteller at slike tiltak må bygges opp fra bunnen og at dette kan gjøre at utflyttingsprosessen tar lang tid. Ledelsen ved BBS forteller at det er mest typisk at utflytting *ikke* er planlagt i god tid, altså at kommunen og institusjonen ikke vet hvor ungdommen skal bo etter oppholdet ved BBS. Dette kan handle om flere ting. Det skjer at ungdommen ombestemmer seg for hvor han eller hun ønsker å bo slik at arbeidet med å rigge et tilbud må startes på nytt, og der kommunen som har ansvaret for å sikre et botilbud ikke gjør dette i god nok tid. Ungdommene plassert ved BBS har et stort behov for forutsigbarhet og å få vite hva som skjer med dem, og rundt dem etter utflytting. Når utflyttingsprosessen trekker ut i tid er gjerne løsningen at tilsagnet til plassering forlenges og ungdommen blir boende i institusjonen utover det som er hensiktsmessig. Dette mener vi skaper ekstra belastninger, utrygghet og uforutsigbarhet for en allerede svært sårbar ungdomsgruppe, og vi stiller spørsmålsteget ved hvor hensiktsmessig det er å plassere ungdom i en såpass spesialisert barnevernsinstitusjon dersom systemene rundt ikke er rigget til å ivareta ungdommen ved utskrivning.

En annen utfordring i forbindelse med å få til en god overgang ved utflytting fra institusjonen handler om man lykkes med å etablere et godt samarbeid med kommunen og spesialisthelsetjenesten lokalt, for å sikre et forutsigbart bo- og behandlingstilbud når ungdommen flytter. Psykolog ved BBS påpeker at flere av ungdommene har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt og har utviklet en egen evne til å tilpasse seg omgivelsene raskt. Et utslag av dette er at ungdommen gir uttrykk for å ha det bra, selv om det motsatte er tilfelle. I tillegg strever noen av ungdommene med såpass alvorlige psykiske lidelser at det bør være etablert et helsetilbud ved utflytting. Mange av ungdommene nærmer seg myndig alder ved utflytting, eller er allerede myndige og har rett på hjelp fra andre instanser og tjenester. Ledergruppa ved BBS har erfart en viss risiko for at ungdommene som har vært plassert ved BBS står uten et reelt botilbud når de fyller 18 år. Dette knyttes til mangel på boliger og tiltak, og ikke til manglende vilje til å hjelpe ungdommene ute i kommunene. Samarbeid mellom det kommunale og statlige barnevernet, det kommunale

og psykisk helsevern for barn og unge er viktig for å skape gode overganger til behandlingstilbudet ungdommen har rett på etter utflytting. På grunn av den alvorlige problematikken ungdommene ved BBS strever med er det helt nødvendig å sikre at det ikke blir ventetid for ungdommen før nytt tilbud er på plass. En av psykologene påpeker at det også er en utfordring at hjelpeapparatet som tar imot ungdommen etter utflytting sjelden besitter det tilbudet ungdommen har behov for. Dette understreker at prosessen knyttet til utflytting fra BBS og videre tiltak i regi av ungdommens hjemkommune er et av de aller viktigste temaene i samarbeidet mellom det statlige og det kommunale barnevernet.

En annen utfordring som løftes av ledergruppa er når ungdommene flytter fra BBS og inn i fosterhjem som drives av private aktører. De private aktørene har gjerne egne rådgivere og veiledere som har *sin* måte og metodikk når det gjelder veiledning av fosterhjem. Psykologene ved BBS opplever ofte at flyten i overgangsfasen stopper opp fordi de private aktørene ønsker å følge egne faglige metoder fremfor metodikken BBS har valgt. En har også erfart at uenigheter innad i ungdommen hjemkommune kan påvirke tjenestetilbudet til ungdommen etter utflytting. Dette handler både om hvem som har det økonomiske ansvaret, men også om problematikken til ungdommen hører til hos barnevernstjenesten, Nav eller helse- og omsorgstjenesten.

For å få til gode overganger for ungdommene i utflyttingsfasen får ungdommene tilbud om oppfølging fra BBS sine psykologer i en tid (som regel to måneder) etter utflytting. Psykologene ser at selv om de fleste ungdommene viser god progresjon under oppholdet, kan progresjonen flate ut, og til og med gå litt ned etter utflytting. Ifølge psykolog ved BBS kan eskaleringen av ungdommens uttrykk rundt utflytting forstås i retning av at ungdommen ønsker å bo ved BBS litt lengre, eller fordi ungdommen rett og slett er redd for å flytte ut. Videre kan ungdommene få oppfølging fra hovedkontakten de hadde under oppholdet ved BBS, for eksempel ved at det opprettes en ringe-avtale der institusjonen kontakter ungdommen på telefon annenhver uke i en to måneders periode etter utflytting. I de sakene det er mulig, og ønskelig, forteller de ansatte at det legges opp til en gradvis overgang fra institusjonen til nytt tiltak, for eksempel når ungdom flytter i fosterhjem som er i en relativ geografisk nærhet til BBS. Ledelsen forteller at svakheten ved tiltak som BBS, der ungdommene får veldig tett oppfølging, er risikoen for tilbakefall til «gammel» atferd når ungdommen er ute av institusjonen. Ungdommene som flytter ut fra BBS har fortsatt en del problematikk, og uttrykk som ofte kan virke skremmende. Dermed er det en viss risiko for at det blir akuttinnleggelser, selvskadning og nedturer også etter

oppholdet ved BBS. Igjen understreker dette viktigheten av at tiltak etter utflytting er et høyt prioritert tema i samarbeidet mellom det statlige og det kommunale barnevernet.

5.1.10 Utfordrende atferd og bruk av tvang

Ansatte ved BBS forteller at utageringsatferd forekommer i perioder, og at den gjerne er høyest når ungdommen flytter inn, og ofte reduseres gradvis. De ansatte opplever også at utagerende atferd gjerne øker i tiden før utflytting. De ansatte reflekterer rundt at ungdommene kjenner mer intenst på følelsene enn det andre kanskje gjør, og løser dette ved destruktiv atferd som utagering eller sinneutbrudd: dette skjer gjerne når det er et høyt emosjonelt trykk inni ungdommen, eller om det skjer mye rundt dem. En ansatt trekker frem at usikkerhet knyttet til veien videre, eller at noe som skjer i saksbehandlingen i barnevernssaken, for eksempel når det diskuteres endring når det gjelder plasseringsparagraf, gjerne bidrar til at disse uttrykkene kommer til syne hos ungdommene. Konflikter og relasjoner til familie, venner og kjæreste blir også trukket frem som noe som kan være årsak til utfordrende og utagerende atferd. Ansatte forteller at i slike situasjoner kan det oppstå verbal og fysisk utagering, slik som trusler, slag mot ansatte eller kasting av ting i rommet. De ansatte tenker at dette i stor del handler om at ungdommen ønsker å skade seg selv, ikke de ansatte og forklare dette på følgende måte: Når utageringer går utover ansatte er det fordi de ansatte på en eller annen måte «kommer i veien for ungdommen», for eksempel når ansatte hindrer ungdommen å gjøre noe som kan få alvorlige konsekvenser. De ansatte forteller at verbale trusler fremsatt mot personalet kan oppleves som heftige, særlig når de blir uttrykt i desperasjon. Dette kan skape en følelse av utrygghet for personalet. Samtidig knytter de ansatte utrygghet i slike situasjoner til erfaring: For eksempel kan en vikar oppleve trusler eller utageringssituasjoner som mer utrygge enn det fast ansatte gjør.

De ansatte ved BBS gir i ett av gruppeintervjuene uttrykk for at det ikke er mer utagerende atferd blant ungdommene som er plassert ved BBS, men heller mindre enn ved andre institusjoner. Samtidig gjør en av de ansatte et anslag (i november 2023) på at det har vært rundt 50 tvangsprotokoller i året 2023. Det handler om tvangsbruk i akuttsituasjoner, i utageringssituasjoner, og romransaker og inndragelse av farlige gjenstander. Vi kan verken bekrefte eller avkrefte antall tvangsprotokoller ved BBS i 2023. Samtidig ser vi at anslaget når det gjelder antallet tvangsprotokoller er såpass høyt at vi tenker dette er noe som krever veldig mye av de ansattes tid, og som kommer i tillegg til alt annet dokumentasjonsarbeid de ansatte er

pliktige til å gjennomføre. Dette er en problemstilling som omhandler i hvilken grad de ansatte har nok tid til å jobbe miljøterapeutisk med ungdommene, og som bør diskuteres opp mot resultatene fra ungdommenes selvrappotering på psykisk helse som presenteres i kapittel 6.

Institusjonens rutiner når det gjelder skader eller trusler mot ansatte tilsier at det skal skrives avviksmelding. Ved behov for oppfølging av den ansatte, eller ansattgruppa, iverksetter ledelsen debrifing. Etter hvert vaktskift gjennomføres *evaluering av vakt*, i det vaktlaget som går av, for å snakke gjennom hva som har skjedd i løpet av vakten. Personalet har også tilgjengelig psykologhjelp for egen del gjennom arbeidsgiver, som kan benyttes ved behov. Ansatte forteller om hendelser der de ikke går inn i situasjoner når det er fare for de ansattes liv. Dette illustreres med en episode der en ungdom truet en ansatt med tapetkniv. I slike tilfeller kontaktes politiet.

Dersom det har vært en alvorlig situasjon eller hendelse, gjennomføres det en samtale med ungdommen dagen etter, og det gjennomføres en AKA knyttet til atferden som ble observert i situasjonen. AKA åpner for at ungdommen selv ser hendelsene i retrospekt, og skal hjelpe til å finne ut av triggere og drivere slik at ungdommen skal forstå hvorfor den gjorde som den gjorde. Dette blir også koblet opp til refleksjoner rundt hvilke(n) ferdighet(er) ungdommen kan benytte om en liknende situasjon oppstår.

I enkelte situasjoner der ungdommens utfordrende atferd handler om selvskading eller selvmordsatferd, velger de ansatte å avvenne situasjonen, og «ha is i magen» for å vurdere om ungdommen er i akutt fare eller om det er behov for å ta kontakt med ungdommen. Slik vi forstår de ansatte handler dette om å vurdere om for eksempel ungdom som utagerer ved kasting av gjenstander gjør dette for å få kontakt med personalet, og at man avventer situasjonen for ikke å forsterke ungdommens strategi for å oppnå kontakt. På samme måte forstår vi at personalet i enkelte situasjoner, som kan oppleves som livstruende for ungdommen, velger å vente med å gripe inn for å forhindre at selvskadings- og selvmordsatferd forsterkes:

Vi har hatt ungdom som (..) sendte faktiske bilder fra jernbanen: «Jeg står her» og så ser vi at ungdommen er på tur til et kjøpesenter. Da er ikke det helt det samme bildet. Og så er det det med å noen ganger ikke reagere på alt. Ungdommen skriver den står på jernbanen, «jeg skal ut og dø». Men vi vet på en måte at det ikke er en reell fare. Det er kanskje ungdommen sin måte å be

om et personal eller hjelp. Vi ønsker ikke å forsterke det. Så da venter vi litt. Da skjønner ungdommen at det her ikke er en måte de må gjøre det på, jeg må ta kontakt med dem. Da er det å rose dem der i situasjonen. Du kom tilbake. Fantastisk. Men ikke hele tiden den katt og mus-jakta. (N)

I intervjuer med de ansatte har vi stilt spørsmål rundt omsorgsansvaret institusjonen har, og hvordan dette oppleves i sammenheng med å «vente ut» situasjoner der ungdommen bedriver livstruende atferd. Når vi stilte disse spørsmålene opplevde vi at personalet ved BBS har høy tiltro til metodikken det jobbes etter, og at de ikke knyttet våre problemstillinger relatert til omsorgsansvaret fordi omsorgsarbeidet i OEM-DBT ligger i å redusere fokusatferd²⁰. Samtidig fremkommer det i et av gruppeintervjuene at ansatte kjenner på ansvaret ved å være ansatt i en barnevernsinstitusjon med en krevende ungdomsgruppe som plasseres på bakgrunn av svært alvorlig problematikk knyttet til selvskading og selvmordsatferd. Institusjonen har omsorgsansvaret for ungdommene, og psykologene påpeker at det er institusjonsleder som har det overordnede ansvaret og at barnevernslovgivningen trumfer helselovgivningen i situasjoner der det er nødvendig. De ansatte forteller at det kan oppleves skremmende å skulle sette tydelige grenser for ungdomsgruppa fordi en frykter hva utfallet kan bli. I noen situasjoner fører dette til at de ansatte ikke tør å sette de grensene de selv mener de burde ha gjort. De ansatte opplever det også som en utfordring at ungdommene har holdt på med selvskading og selvmordsatferd over tid, og at det er denne typen atferd ungdommene vender tilbake til når de får det vanskelig. Samtidig fremhever andre ansatte i samme intervju at det er tid og tålmodighet som er nøkkelen til å stå i vanskelige situasjoner med ungdommene, og at det er viktig å formidle til ungdommene at de ansatte står «fjellstøtt» i ungdommens atferdsuttrykk. Disse problemstillingene er etter våre vurderinger alvorlige og krever etiske refleksjoner og faglige diskusjoner. En barnevernsinstitusjon har i alle tilfeller, og uansett behandlingsmetodikk, omsorgsansvaret for de ungdommene som er plassert ved institusjonen. Det er nødvendig at problemstillingene som kommer opp i intervjuene adresseres og diskuteres fordi det foreligger en viss risiko for at det kan oppstå hendelser som får tragisk utfall.

²⁰ Uhensiktsmessig atferd som kommer i veien for ungdommens mål. Når terapeuten og ungdommen sammen har identifisert hvilken uhensiktsmessig atferd som kommer i veien for ungdommens mål, blir de deretter enige om hvilken konkret atferd ungdommen skal endre: fokusatferd.

5.1.10.1 Utfordrende atferd i sosiale media

Ansatte ved BBS opplever at det er trender som går blant ungdommene når det gjelder utfordrende atferd. De ansatte har registrert at brannstiftelser er noe som trender i sosiale media, og som gir sosiale overføringer av atferdsproblemer. De siste året har institusjonen vært utsatt for to brannstiftelser, og de ansatte opplever at dette er trender ungdommene plukker opp på sosiale media som Instagram og Snapchat. Ansatte opplever også at når det det er uro blant ungdommene i institusjonen, legges dette ut på sosiale media av ungdommene.

Ansatte ved BBS har også opplevd andre trender, blant annet trusler med våpen som tapetkniver: «I en periode var det veldig mange som kjøpte tapetkniv og trua med» (M). Ansatte forteller at noen av ungdommene på BBS legger ut informasjon om hverandre på sosiale medier, noe ungdommene opplever som «ubehagelig og at det trigger». Andre ungdommer tar på seg en «hjelperrolle» ved at de etablerer et fellesskap på sosiale medier med andre når det gjelder psykiske vansker, og bygger relasjoner til disse. En ansatt forteller hva sosiale medier kan inneholde:

(..) de kan dele, at de står på jernbanen. De kan dele selvskadingsbilder. De kan sende meldinger til nettverk rundt familie, venner, ringe barnevernsvakten (..) Men det er også det her med at de forsterker veldig hverandre. Jeg vil ikke si sikkert at det er om å gjøre å være sykest, men det er jo noen ungdommer som oppfordrer også til at du skal selvskade, eller at du fortjener ikke å leve, eller kan komme med sånne ting til hverandre. (N)

Ansatte opplever at de ikke har oversikt over hva ungdommene deler via sosiale medier, og har ikke mulighet til å følge opp ungdommene på dette området slik de tenker at de burde ha gjort. En trend som har vært den siste tiden er at ungdommene legger til ukjente mennesker som kommer opp som forslag på de digitale plattformene. De ansatte forsøker å veilede ungdommene i trygg bruk av sosiale medier, og hvordan man skal oppføre seg på digitale plattformer.

De ansatte forteller at noen av ungdommene speiler hverandres selvskading, slik at den ene «følger» den andre. Ved BBF har man derfor innført en husregel som har til hensikt å hindre slik smitteeffekt, og som handler om *respekt for deg selv og andre*: «Altså vi har en regel, en husregel kall det det, om at har du nye sår eller kutt på kroppen din, så skal du ha det dekket til i fellesarealene. For å ikke kunne trigge andre» (M). Informanten peker her på muligheten for sosial overførbarhet av

selvskading mellom ungdommene. Sosial overførbarhet handler om at det å høre om, eller se at noen skader/har skadet seg selv kan påvirke andre til å prøve selvskading.²¹

5.1.10.2 Bruk av tvang og prosedyrer rundt tvangsbruk

Hver onsdag har personalet ved BBS en gjennomgang av trygghet og sikkerhet der man går gjennom lovverk knyttet til tvang, og diskuterer ungdommenes selvbestemmelse i tvangssituasjoner. De ansatte uttrykker i intervjuene ambivalens når det gjelder bruk av tvang. På den ene siden uttrykker de ansatte at de er glade for at å ha mulighet for å gripe inn i farlige situasjoner, og på den andre siden er det gitt en type makt som de ikke ønsker å utøve mer enn det som er nødvendig. Når institusjonen beslutter bruk av tvang overfor en ungdom, er dette et enkeltvedtak som skal protokollføres. Protokollen skal gjennomgås sammen med ungdommen, som skal ha anledning til å komme med innspill. I tvangsprotokollen er det et punkt som handler om å evaluere tvangsbruken med barnet. Ansatte forteller at de opplever selv å være flinke til å snakke med ungdommene etter slike situasjoner, og også med andre ungdommer som eventuelt var vitne til situasjonen. Det er helst en av de ansatte som var i situasjonen som går gjennom evalueringen sammen med ungdommen, slik at de kan snakke om det som skjedde. Dette oppleves av de ansatte som en god måte å reparere relasjonen til ungdommen.

Samtidig forteller de ansatte at ungdommene ikke nødvendigvis ønsker å prate om situasjonen der de ble utsatt for tvang, men at det alltid legges til rette for slike samtaler fra institusjonens side. To av de ansatte påpeker hvordan situasjonene der tvangsbruk evalueres sammen med ungdommene også er en arena for å jobbe med ferdighetene som ungdommene lærer seg. Ansatte løfter spesielt de mellommenneskelige ferdighetene og evne til å reparere relasjoner. I tillegg til at informantene knytter ferdighetstrening til evaluering av tvangsprotokoller, kan det også se ut til at personalet vurderer denne situasjonen som et mulighetsrom for å fremme ungdommens medvirkning. Ansatte forteller at evalueringssituasjonen der ungdommene deler erfaringene og snakker om situasjonen der det ble benyttet tvang fører til at institusjonsansatte kan møte ungdommen på «riktig måte» om de senere står i en lignende situasjon.

²¹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selv-mord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selv-mordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/sosial-overforbarhet-smitte>

Ledelsen forteller at det periodevis har vært en del tvangsbruk ved institusjonen og at dette i grove trekk dreier seg om to faktorer. Den første handler om atferd og aktiviteter som er en del av bildet rundt ungdommen ved inntak, for eksempel rømminger eller at ungdommene benytter mobilen til å planlegge kriminell aktivitet. Dette er situasjoner der institusjonen griper inn i og stopper aktiviteten. Den andre faktoren handler om gruppesammensetningen, og at enkelte ungdommer kan danne allianser sammen om å skade seg selv eller ta sitt eget liv, eller skade andre. Disse ungdommene kan også delta i grupper på nettet der det enkelte steder gis poeng til de som skader seg veldig mye. I slike situasjoner må institusjonen benytte tvang og skille beboerne. Sik vi forstår ledelsen ved BBS er dette situasjoner der det skjer sosiale overføringer av atferdsuttrykk som utvikler seg til en alvorlighetsgrad der institusjonen finner det nødvendig å benytte tvang. Vi har ikke innhentet tall på hvor mange tvangsprotokoller som er begrunnet i dette, men vurderer at dette er et stykke arbeid som bør gjøres for å vurdere hvorvidt kravet om ivaretagelse av trygghet og trivsel for alle på institusjonen ivaretas, jf. lov om barnevern § 10-2, 3. ledd.

5.1.10.3 Forebygge utageringsatferd og tvangsbruk

Ved BBS tilstreber man å forebygge hendelser med utageringsatferd og tvangsbruk ved blant annet å gjennomføre risikovurderinger, lage mestringsplan/trygghetsplan for ungdommene og å være i forkant av situasjoner. Risikovurderinger gjennomføres tre ganger i døgnet under overlapping mellom hvert skift. Risikovurderingene gjør de ansatte mer forberedt på utfordringer og eventuelle hendelser som kan skje, og setter dem i stand til å legge planer som inneholder tiltak for hvordan eventuelle utfordringer kan forebygges. Risikovurderingen er et «levende» dokument, som kan endres dersom situasjonen rundt en ungdom endrer seg i løpet av vekten eller døgnet. Tiltakene knyttet til risikovurderingene kan derfor endres i takt med utfordringsbildet rundt ungdommen, eller i institusjonen Forebygging og håndtering av utfordrende atferd og tvang handler blant annet om den ansattes erfaring og kunnskap om/kjennskap til den enkelte ungdom. De ansatte forteller at turnover i personalet kan skape uro og utrygghet i ungdomsgruppa. I perioder med mange nyansatte og bruk av vikarer kan arbeidet oppleves som en påkjenning for de ansatte med lengst erfaring. De ansatte beskriver at også ungdommene merker når det er nye ansatte i institusjonen. Dette kan handle om hvordan den enkelte ansatte følger opp rutiner og regler rundt ungdommen, hvordan ungdommen opplever endringer når nye ansatte kommer inn i institusjonen. Dette er situasjoner som kan utfordre ungdommenes behov for trygghet og forutsigbarhet, og ansatte forteller at ungdommene kan utnytte disse situasjonene:

Vi har også opplevd at ungdom kan utnytte de her situasjonene (..) «Hun som var på kveldsvakt i går sa det her. Du sier noe annet. Hvorfor er det sånn?» Det blir veldig usikkert. Det lager usikkerhet hos ungdommen, men også hos personalet. Hva er det som stemmer? (N)

Høy turnover er uheldig i barnevernsinstitusjoner generelt, men kan skape spesielle utfordringer i de integrerte institusjonene fordi ungdommene som er plassert har et ekstra stort behov for stabilitet og forutsigbarhet. Vi ser også for oss at perioder med høy turnover fører til stor slitasje på personalet i institusjonen, når de som blir igjen skal sørge for kontinuitet i drift og behandlingsmodell, lære opp nyansatte og samtidig sørge for at ungdommenes behov følges opp.

5.1.11 Andre utfordringsområder

Implementeringsarbeidet knyttet til OEM er krevende og ledelsen forteller at den faglige delen kan være utfordrende å overføre dersom institusjonen skulle oppleve frafall blant nøkkelpersonell. God ledelse og tålmodighet i tidsbruk fremheves som viktige faktorer for å lykkes med implementering av metodikken. BBS opplevde en høyere turnover enn vanlig da institusjonen gikk inn i pilotprosjektet. Ledelsen forklarer at dette var en naturlig avskalling, at den nye jobben man skulle gå inn i ikke passet for alle. Frem til 2020 var ansattgruppa ganske stabil, men sommeren 2020 etablerte en privat barnevernsinstitusjon seg i området. Den private aktøren opprettet flere mindre institusjoner i Bodø-området og ga BBS tøff konkurranse både når det gjaldt lønn og turnus. I denne perioden (2020-2021) anslår institusjonsledelsen at BBS mistet 11-12 ansatte (faste og vikarer). Vi er ikke kjent med hvor mange av disse som var fast ansatte, og hvor høy andel som var vikarer. Det er imidlertid rimelig å anta at dette uansett har vært en belastning for institusjonen som på den tiden hadde 23 stillingshjemler²². Høsten 2023 forteller ledelsen ved BBS at de igjen opplever en litt høyere turnover enn tidligere, og at noen nøkkelroller er sykmeldt eller i permisjon. Institusjonen er også i ansettelsesprosess rundt ny sykepleier. Institusjonen har løst helsepersonellmangelen ved at den ene psykologen har tatt på seg ekstra veiledning av personalet inntil andre ansatte er tilbake fra permisjon, og ved å støtte seg til et allerede etablert system der en mindre gruppe ansatte har ansvar for medisin og medisin håndtering under tilsyn av sykepleier.

²² Institusjonsplan BBS 2021

Ledelsen forteller at om man lykkes med implementeringen vil organisasjonen være såpass robust at noe turnover kan tolereres. Ledelsen påpeker også at det, på tross av høy turnover, i perioder har fungert godt med behandlingsopplegget ved institusjonen. Dette forklares fra ledelsens side med at det har vært stabil ledelse ved institusjonen gjennom prosjektperioden, og at nyansatte lærer seg hovedprinsippene i modellene raskt.

5.1.12 Opplevde virkninger av tilbudet ved BBS

Vi har i intervjuene spurt ledelse og ansatte om de har observert virkninger av institusjonens arbeidsmetodikk. Ledelsen forteller at det er vanskelig å uttale seg om effekt, samtidig hevder psykologene at pilotprosjektet oppleves som et veldig godt prosjekt. Psykologene opplyser at behandlingsoppholdet har hatt stor positiv virkning på 60-70% av ungdommene som har vært plassert ved institusjonen siden oppstart av pilotprosjektet. Ved inntak er det de ansatte fra Helse Nord, som sammen med institusjonsledelsen vurderer og plasserer ungdommens atferdsuttrykk innenfor det tidligere beskrevne endringshierarkiet. Det er også de samme ansatte som vurderer hvor i hierarkiet ungdommens atferdsuttrykk kan plasseres ved utflytting fra institusjonen. Denne virkningen, og andelen ungdommer som psykologene beskriver har hatt stor positiv virkning av behandlingen er ikke dokumentert, og må adresseres som subjektive meninger og oppfatninger hos psykologene ved institusjonen.

Ansatte forteller om konkrete tilbakemeldinger de har fått i samarbeidsmøter med barnevernstjeneste, foreldre og samarbeidspartnere på hvordan *de* ser at ungdommene har lært om ferdigheter og bruker kunnskapen i praksis.

Ansatte forteller i gruppeintervju at man som nyansatt ved BBS opplever en bratt læringskurve, og at det stilles høye krav til det faglige. Flere av de ansatte uttaler at de aldri har opplevd en arbeidsplass der det er så høyt faglig nivå. Dette knyttes spesielt til DBT, OEM, selvutvikling, og juridiske spørsmål og problemstillinger. Det beskrives også et godt miljø blant de ansatte, noe som er avgjørende i en jobb som i perioder oppleves «enormt tappende» (C). Mange møtepunkter for personalet gjennom arbeidsuken gjør at de ansatte opplever både å bli faglig oppdatert, også etter vanskelige hendelser.

5.1.13 Hovedfunn fra intervjuer med ansatte ved BBS

Både gruppeintervjuene med ansatte og ledelsesintervjuene ved BBS har bidratt til å gi oss dypere innsikt i det integrerte institusjonstilbudet og implementeringen av dette. Hovedinntrykket er at de ansatte fra både Helse Nord og BBS er opptatt av fag, og å samarbeide til beste for - og med ungdommene i henhold til metode og modell. Ansatte og ledelse gir uttrykk for at implementering av OEM-DBT har vært utfordrende, men at de opplever at behandlingsmodellen er godt integrert ved BBS. Hovedfunn fra intervjuene handler om at målgruppa er blitt spisset, at plassering ved BBS krever motivasjon og forpliktelse fra ungdommene, at medvirkning er en avgjørende faktor for behandlingen, at det er usikkerhet knyttet til både virkning av tilbudet og til videre tilbud etter behandling, og at institusjonen har vært belastet med høy turnover:

- Målgruppa til BBS har spisset seg mot jenter i alderen 16-18 år. Dette forklares med at smerteuttrykket til denne gruppa samsvarer med inntakskriteriene for de integrerte institusjonene.
- Ved inntak til BBS kreves det motivasjon og forpliktelse fra ungdommene dersom de skal få et tilbud ved institusjonen. Forpliktelse til behandlingsopplegget fremstilles av institusjonspersonalet som en betingelse for å få plass ved institusjonen. Det arbeides kontinuerlig med ungdommens motivasjon under plasseringstiden da denne kan variere veldig.
- Både institusjonsledelse og ansatte ved BBS fremhever ungdommens medvirkning som avgjørende for et vellykket behandlingsopplegg. Det fremkommer likevel lite informasjon når det gjelder ungdommens medvirkning i sakens forløp, slik kravet stilles i brannvernlovgivningen.
- Det er stor usikkerhet knyttet virkninger av behandlingsopplegget. Psykologene ved BBS hevder at behandlingsopplegget har stor virkning for en høy andel av de plasserte ungdommene, samtidig er dette udokumenterte påstander basert på psykologenes og institusjonsledelsen vurdering av ungdommenes atferdsuttrykk ved inntak og ved utflytting.
- Det er knyttet stor usikkerhet rundt tiltak for ungdommen etter plassering ved BBS. De kommunale barnevernstjenestene klarer i liten grad å etablere gode nok tilbud til ungdommene etter endt plassering og behandling.

- BBS som integrert institusjon har i to perioder opplevd store utfordringer knyttet til turnover i institusjonen etter at pilotprosjektet ble startet opp. Dette skaper utfordringer for kontinuitet i behandlingsmodellen fordi OEM-DBT også er krevende for ungdommene å forholde seg til.

Ovennevnte tematikker belyses videre i sammenfatningen av funn fra BBS og LBS (delkapittel 5.5).

5.2 Bodø behandlingssenter – ungdommenes erfaringer

Dette kapitlet omhandler erfaringer fra ungdommer ved Bodø Behandlingssenter. Kapitlet er basert på intervju med sju ungdommer i alderen 16-18 år, og oppsummerer hovedfunn fra analysen av intervjuene. Det er gjennomført totalt 10 individuelle intervju med ungdommene. Det er også gjennomført tre gruppeintervjuer med ulike tema: 1) gjennomføring av studien, samarbeid og tilgang til andre tjenester (med to ungdommer), 2) medvirkning (med tre ungdommer), og 3) utflytting (med fire ungdommer). I gruppeintervju med det første temaet deltok en ansatt etter ønske fra ungdommene. Vi presenterer både gjennomgående funn og nyanser, og bruker sitater fra ungdommene for å vise eksempler og underbygge funn. Sitater i kapitlet kommer fra ulike ungdommer som er intervjuet og er kodet med nye koder for hvert intervju, fra «ungdom A» til «ungdom J». Det vil si at det er færre antall ungdomsinformanter enn det er ulike koder. Sitater som er hentet fra gruppeintervju er ikke kodet for hver enkelt informant, men er kodet etter hvilket tema intervjuet omhandlet. Teksten reflekterer det ungdommene samlet har fortalt om i intervjuer. Der det er ulike oppfatninger mellom ungdommene, eller det er erfaringer som skiller seg fra det som er hovedinntrykket er dette presisert. Av hensyn til anonymitet viser vi ikke til alder, botid og andre opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette kapitlet.

5.2.1 Inntak ved BBS

Alle ungdommene vi intervjuet har erfaring fra tidligere institusjonsopphold, enten kortere opphold/innleggelse i akutthinstitusjoner og/eller opphold i ulike barnevernsinstitusjoner. Det varierer hvor mange ulike opphold/innleggelse ungdommene har hatt før de kom til BBS. To av ungdommene har også erfaring med å bo i fosterhjem (med slekt eller familie).

Ungdommene som er intervjuet, forteller at de hadde besøk av psykolog og hovedkontakt fra BBS før de flyttet inn på institusjonen. Ungdommene forteller at de fikk informasjon om Bodø Behandlingssenter og at BBS jobber ut fra DBT under disse besøkene. Hvor inngående forståelse ungdommene har hatt når det gjelder DBT ved innflytting har vi ikke kjennskap til. Skal vi støtte oss til informasjonen som har framkommet i intervjuene med ansatte og institusjonsledelse ved BBS, har besøkene før innflytting i høy grad handlet om å informere ungdommen om OEM og DBT, og å sjekke ut ungdommens motivasjon og ønske om forpliktelse til behandlingsopplegget.

Slik vi forstår ungdommene har det variert hvor lenge før innflytting besøkene av de to ansatte ved BBS ble gjennomført. Variasjonen ser ut til å være fra noen dager før innflytting, til noen måneder i forkant av innflytting. Det varierer i intervjuene hvor mye informasjon ungdommene deler om bakgrunnen for inntaket på BBS. Flere ungdommer forteller om langvarig kontakt med BUP før innflytting, og en ungdom forteller eksplisitt om utfordringer knyttet til selvskading og selvmordsforsøk.

Noen ungdommer forteller at de fikk være med på å bestemme om de ville bo på BBS. Andre forteller at de ikke opplevde å ha noe reelt valg, selv om de samtykket til plassering ved BBS før innflytting. Noen ungdommer gir inntrykk av at de ikke hadde andre alternativer og at BBS så ut som den eneste muligheten for dem. Det ser derfor ut at til ungdommene i utgangspunktet har hatt varierende motivasjon for plassering ved BBS, fra å ha bestemt det selv til å føle seg tvunget til å samtykke eller ikke ha noe annet reelt valg. Dette står i sterk kontrast til det som beskrives fra de ansatte, der motivasjon og forpliktelse løftes frem som en betingelse for plassering ved institusjonen.

Noen ungdommer forteller at de kjente de andre beboerne ved BBS fra tidligere, mens noen var ukjente for hverandre ved innflytting ved BBS. Ungdommene som kjente andre beboere ved BBS fra tidligere, gir i intervjuene ingen uttrykk om hvorvidt dette påvirket beslutningen deres om å flytte til BBS selv.

5.2.2 Målgruppe og gruppesammensetning ved BBS

Når det gjelder målgruppa og sammensetningen av ungdomsgruppa på BBS, har ungdommene ulike erfaringer og tanker om dette. En ungdom beskriver målgruppa for BBS og organiseringen rundt den:

Altså de fleste som flytter hit, det er jo på grunn av at de ikke har- enten at foreldrene ikke klarer å ta vare på dem, eller at de ikke har det bra hjemme, eller at foreldrene ikke har den kompetansen til å ta vare på ungen sin mentale helse- eller at man rett og slett ikke har en trygg plass å bo, hvis man ikke er trygg for seg selv og for andre- og det er jo på omsorg, da, også er det jo det med helse – at man sliter litt mer psykisk, og at man trenger litt mer enn det foreldrene har kompetanse til eller til å ta vare på deg da. Fordi det er jo en lege her på dagtid, og en psykolog – også har vi jo timer med psykolog i uka og sånn. Så det er på en måte alt på en plass. Også er det jo miljøarbeidere, da, så det er på en måte basen. (Gruppeintervju vår 2022)

Denne uttalelsen gjenspeiles også i intervju med andre ungdommer. Ungdommene gir uttrykk for at de er godt kjent med at målgruppa for BBS er ungdom som har behov for både barnevern og psykisk helsehjelp. Når det gjelder sammensetningen av ungdommer i institusjonen er det delte meninger blant ungdommene om det er positivt at det kun er jenter, og at de er i samme alder, eller om det hadde vært positivt for ungdomsgruppa å få inn gutter og mer spredning i alder. Noen ungdommer gir uttrykk for at det fungerer fint med bare jenter, at det er bra de er i samme alder og går godt overens, og noen av ungdommene omtaler hverandre som bestevenninner. En av ungdommene ser ut til å oppleve at det kan være utfordrende å være i en gruppe med bare jenter på samme alder, og ønsker å ha gutter inn i ungdomsgruppa for variasjon og en annen dynamikk i ungdomsgruppa:

(..) jeg har alltid ønsket at det skal komme en gutt hit. Fordi at, jeg vet ikke, jeg bare føler at da hadde det vært litt mindre drama. Guttene er kanskje med på mer aktiviteter og sånt. Altså sånn, fysiske aktiviteter. For de som bor her nå, de er ikke med på så veldig mye trening og bading og sånt. (Ungdom 2, vår 2023).

Inntak og kjønnsfordeling i ungdomsgruppa er noe ungdommene ikke har innflytelse over. Samtidig er det verdt å merke seg at ungdommen ønsker seg en annen dynamikk i gruppesammensetningen, noe hun har en tanke om at kan oppnås ved at også gutter plasseres ved institusjonen. Ungdommen peker på at en annen kjønnsfordeling kunne ført til «mindre drama», og at man sammen kunne gjort flere aktiviteter. Dette kan også forstås som et ønske om normalitet, og at ungdommen opplever en viss opphoping av samspill og dynamikk mellom jentene som er plassert ved institusjonen som hun opplever negativ. I og med at målgruppa ved BBS ser ut til å ha spisset seg mer mot jenter i alderen 16 år og oppover med selvskadings-

og selvmordsproblematikk i løpet av pilotprosjektet kan det være en utfordring for institusjonen å endre gruppesammensetningen og gruppedynamikken slik institusjonen vurderer inntak i dag.

En ungdom forteller at det av og til er tungt å bo på BBS fordi det er synlig at andre har det vanskelig og utagerer (ungdom E). Samtidig forteller hun at hun går godt overens med de andre jentene som bor der. En annen ungdom gir uttrykk for at det er mye styr med noen av de andre ungdommene, og at hun har inntrykk av at noen av de ødelegger for hverandre (ungdom F). Dette bekreftes i intervjuene med de ansatte der det trekkes frem at i noen situasjoner med uro i institusjonen, eller konflikter mellom ungdommene, har noen av ungdommene lagt ut informasjon om dette i sosiale medier. En av ungdommene forklarer hvordan noen av ungdommene benytter sosiale medier til å legge ut om uro i institusjonen:

Det legges ofte ut om noen blir hentet av politi eller ambulanse. Så legges det ofte ut at den ungdommen lager uro. Hun gjør det for oppmerksomhet. Ja. Og det blir jo ikke lagt ut noen navn, men det er jo ikke vanskelig å finne ut av hvem det handler om. (Ungdom 2, vår 2023).

Noen ungdommer opplever at det kan gå utover de andre ungdommene dersom en av dem har det vanskelig, da kan det blir mye bråk og uro. Flere ungdommer påpeker at det kan bli en del bråk og uro når andre ungdommer utagerer på institusjonen. En ungdom gir uttrykk for at hun skulle ønske at de ansatte tok seg av andre ungdommer når det er en som utagerer – «må jo ikke være fire voksne til det» (Ungdom G). Slik vi forstår ungdommene krever utageringer blant ungdommene ved institusjonen store personellressurser, og at dette er belastende for de andre ungdommene. Både fordi de blir vitne til utageringene og personalets håndtering av ungdommen som utagerer, men også fordi utageringene krever så store personellressurser at den resterende ungdomsgruppa blir mindre ivaretatt under slike episoder.

Ungdommene trekker frem rusbruk hos ungdom som et eksempel på noe som kan ha stor innvirkning på de andre som bor der. Rusbruk blant beboere i barnevernsinstitusjoner er sterkt uønsket, og det settes gjerne inn en del ressurser for å få kontroll på, og stoppe rusbruken. Dette kan føre til konflikter mellom ungdom og miljøpersonalet, blant annet fordi barnevernlovgivningen åpner for at institusjonen kan gjennomføre en del kontrolltiltak mot ungdommens vilje ved

begrunnet mistanke om at ungdommen besitter rusmidler. Som ved utageringer krever det å få kontroll på ungdommens rusbruk store ressurser på personalsiden, men rusbruk strekker seg gjerne over lenger perioder enn utageringer som gjerne er episodevise. Slik sett er det forståelig at ungdommene trekker frem rusbruk hos ungdom som noe som får store følger for resten av ungdomsgruppa.

5.2.3 Integrert institusjonstilbud - Barnevern og helse

Ungdommene gir uttrykk for flere fordeler ved å ha integrert psykisk helsetilbud på barnevernsinstitusjonen. Blant annet beskriver noen ungdommer at de blir bedre kjente med psykologene ettersom ungdommene har lengre botid på BBS enn ved for eksempel døgnposter innenfor PHBU. I tillegg har ungdommene psykologene tilgjengelig i samme hus som de bor, og de gjør aktiviteter sammen med psykologene. En av ungdommene beskriver fordelene ved å ha psykologene ved institusjonen på følgende måte:

Og så liker jeg at vi kommer liksom tettere på psykologene, eller det er i alle fall sånn jeg føler det. Selv om de ikke er så mye nede i miljøet, så er det liksom noe med at de jobber jo der jeg bor. Så jeg i hvert fall blir fortere trygg på dem. (Ungdom 1, høst 22)

Flere ungdommer gir uttrykk for at det kan ta tid å åpne seg opp om vanskelige ting, og at det derfor er godt å ha bedre tid slik det er lagt opp til ved BBS. Ungdommene forteller at helsetjenestene er svært tilgjengelige og teamet²³ rundt den enkelte ungdom hjelper til med kontakt utover og bygging av nettverk.

Når man er i BUP-systemet, så har man jo et fast tidspunkt. Man må forholde seg til at hvis du skal ha hjelp, så må du ta kontakt med folk innenfor de rammer som de har. Det kan jo være vanskelig, ikke bare for meg, men for mange kan det være kvelden og ettermiddagen som er vanskeligst. Her med at man har de på huset, så kan man jo ta kontakt gjennom dagen. (Ungdom H)

Ungdommene ved BBS har mulighet for å ringe til psykologene når det er nødvendig, for eksempel hvis ungdommene er på permisjon og ønsker en samtale. Ungdommene beskriver også at psykologen blir kontaktet for rådgiving fra andre ansatte om andre eller videre tiltak, for eksempel om det er behov for innleggelse.

²³ Teamet av miljøterapeuter i barnevernsinstitusjonen som har ansvaret for ungdommen

En ungdom uttrykker at det er mye bedre å ha psykolog «på huset» sammenliknet med ungdommens tidligere tilbud ved BUP. Ungdommen var da avhengig av å måtte kjøres, og kjøreturen tok to timer. «Så det her er mye bedre- å bare gå noen skritt» (Gruppeintervju samarbeid og tilgang til andre tjenester).

Tilgjengelighet til psykologene ved at de har arbeidssted på barneverninstitusjonen ser ut til å fremme ungdommenes evne til å både oppsøke, og å ta imot hjelp. Det er særlig interessant at ungdommen trekker frem tilgjengelighet til psykolog i de perioder av døgnet ungdommen opplever som vanskeligst. Slik sett står helsetilbudet ved BBS i en særstilling sammenliknet med den polikliniske virksomheten innenfor PHBU. At det er positivt med helsepersonell der ungdommene bor fremheves også av en annen ungdom (ungdom E). Ungdommen beskriver det som positivt at psykologene jobber der ungdommene bor, at det fører til at ungdommen blir fortere trygg på psykologene. Dette forstår vi i et relasjonsperspektiv, at nærheten til og den sosiale omgangen med helsepersonellet i hverdagslivet ved institusjonen legger til rette for at det raskere kan etableres trygge relasjoner mellom helsepersonellet og ungdommene enn ved et poliklinisk tilbud. En annen fordel som fremheves av en ungdom er:

Her jobber jo alle tett med andre psykologer, med å finne alternativ og nye metoder, så det miljøpersonale har veldig mye kunnskap rundt vår psykiske helse til å hjelpe oss. (Ungdom H)

Ungdommen peker her på hvordan kunnskapen til psykologene sprer seg til miljøpersonalet på grunn av det tette samarbeidet mellom helse og barnevern, Dette ser ut til å gi ungdommene en opplevelse av at miljøpersonalet forstår ungdommen og ungdommens utfordringer relatert til psykisk helse, på en bedre måte.

Ungdommene forteller at de bruker de ansatte på BBS som de opplever å ha en god relasjon til dersom de trenger en samtale i hverdagen. Ungdommene forteller også om helsesykepleieren²⁴, ansatt av Helse Nord ved BBS, og som er daglig til stede i institusjonen:

Ja, hun kan jo alt, hun er lik som en helsesykepleier på skolen. Så vi kan snakke med henne om alt med helse og seksualitet- alt sånn der. Og hun har jo taushetsplikt på det- hvis ikke helse står i fare, da (Gruppeintervju medvirkning).

²⁴ En **helsesykepleier** er en sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier.

En av ungdommene forteller om samtalerne hun har med psykologene: «Jeg snakker også om hverdagslige ting. Men det er jo de som kan finne ut av hvorfor jeg tenker på den måten, eller hvorfor jeg gjør det når jeg kjenner på det» (Ungdom F). Den samme ungdommen forteller også at det er annerledes enn hun hadde forestilt seg å være plassert ved BBS:

Men før jeg flyttet inn, var jeg jo redd for at det skulle føles ut som at jeg var på et sykehus. Men jeg synes det er fint at psykologene og sykepleierne er skilt fra der vi bor. Det er ikke som at de har kontoret rett ved siden av soverommet liksom. (Ungdom F)

Ungdommen påpeker at til tross for at helsepersonellet er en del av institusjonens ansatte og er til stede på daglig basis opplever hun ikke institusjonen som sykehusliknende. Dette har sammenheng med at man ved BBS har plassert psykologenes kontorer i en annen del av bygningen enn der ungdommene har sine oppholdsrom. Videre kan ungdommens utsagn tolkes i retning av at ungdommen opplever et skille mellom behandling og institusjonsplassering.

I motsetning til ungdommene som beskriver psykologene ved BBS som tilgjengelige, forteller en av ungdommene at hun har hatt dårligere tilgjengelighet til psykolog ved BBS. Vi er kjent med at det har vært permisjoner blant ansatte i Helse Nord, og det kan tenkes at ungdommens opplevelse henger sammen med dette. Samtidig undrer vi oss over hvorfor dette ikke er løst internt i institusjonen som har stedfaste psykologer nettopp for å kunne gi ungdommene stabile og sømløse helsetilbud.

5.2.4 Behandling og ferdighetstrening

Flere ungdommer forteller om utfordringer før innflytting ved BBS knyttet til det å stole på at noen vil hjelpe dem og om det finnes noen som kan hjelpe dem med utfordringene de opplever.

Som en ungdom uttrykker: «I starten var det jo utrolig skummelt, på en måte, å gi kontroll til de andre, og stole på at noen fremmede ønsket meg godt» (Ungdom H). Dette gjenspeiles også i det de andre intervjuene med ungdommene. At ungdommene som plasseres ved BBS har en lang historikk knyttet til både psykisk helse og barnevern, og har vansker med å be om hjelp og stole på at hjelp blir gitt bekreftes i intervjuene med psykologene. Psykologene beskriver denne gruppen ungdommer som utfordrende å få i tale, og dette kan knyttes til ungdommenes

skepsis og redsel for å gi fra seg kontroll og stole på at de voksne ønsker ungdommene vel.

En av ungdommen beskriver møtet med BBS som en annerledes institusjon enn de stedene hun har vært plassert ved tidligere. Hun forteller at hun opplevde at de ansatte var «veldig på», at hun stadig ble sett, og at dette var noe hun i begynnelsen opplevde som skummelt:

Det var liksom helt andre rutiner enn det jeg var vant til ... det var, de ansatte var helt annerledes enn på de andre institusjonene, det var, de var veldig på og de liksom, prøvde å vise at de brydde seg, de prøvde liksom være der for meg, jeg ble aldri glemt. Og jeg tror jeg ble veldig skremt av det, så det var en veldig vanskelig periode den første, de første to månedene (Ungdom C).

Denne ungdommen opplevde det som skummelt at de ansatte prøvde å inkludere henne, fordi hun ved tidligere plassering ved andre institusjoner var mye alene og uten noen særlig kontakt med de ansatte. Vi undrer oss over at ungdommen forteller om å ha vært mye overlatt til seg selv uten kontakt med ansatte ved tidligere plasseringer. På den ene siden kan dette fortelle noe om maktesløshet hos ansatte i barneverninstitusjoner i møte med alvorlig selvskading og selvmordsproblematikk, samtidig som dette utsagnet kan illustrere et særskilt fokus på ungdommens problematikk ved BBS, noe som kan oppleves fremmed for ungdommen. En annen ungdom (Ungdom E) sier at det oppleves som fint å bo på BBS, at hun får hjelp og at det er ferdighetsgrupper og samtaler.

Ungdommene forteller i et av gruppeintervjuene at det de ser på som særlig positivt ved DBT er det å at de kan klare å oppnå eller gjennomføre noe, og at de lærer om seg selv og følelsene sine (Ungdom C). En av ungdommene påpeker fordelene ved å bo et sted der man får behandling, og at dette gir ungdommen tid til å kunne åpne seg:

Jeg synes jo det er veldig bra- fordi- for det første, så har man jo- man skal bo her lenge, og da vet man at man har god tid. Man trenger ikke å stresse med behandlinga- for det tar tid å åpne seg om vanskelige ting- og da er det jo bra å ha god tid på seg, sånn at man ikke føler seg så presset og sånn. Fordi da kan det jo på en måte renne over. Men jeg synes det er veldig bra at man har liksom en lege her- en psykolog- og at man er her i en lenger periode, for da blir det jo

mer forutsigbart, og man kan fokusere på ulike ting, og de ansatte kan se din progresjon over lang tid- og det er jo bra. (Gruppeintervju vår 2022)

Om behandlingen forteller en ungdom at ting er mer stabilt rundt henne, at hun jobber med det som er vanskelig, bruker ferdigheter, og at hun trives godt på institusjonen (Ungdom C). Samtidig uttrykker ungdommen at det kan være slitsomt med andre ungdommer på institusjonen, spesielt når det blir mange (og flere enn tre).

Så lenge det er flere psykologer på institusjonen opplever ungdommene at de har mulighet til å bytte psykolog dersom de føler at det ikke fungerer med psykologen de er tildelt. En ungdom opplever BBS som en vanlig institusjon, men at de har psykolog på huset (Ungdom A). Den samme ungdommen uttrykker at det er fint å ha lengre tid på BBS enn det man vanligvis har ved en helseinstitusjon: «Så man får mer tid til å jobbe med det man trenger å jobbe med og så får man omsorgen med i tillegg» (Ungdom A). Denne ungdommen trekker frem lange ventelister ved BUP, samt det å være på helseinstitusjonen i korte perioder som stressende, fordi hun ikke opplevde å få tid til å finne ut hva hun trengte å jobbe med og hvordan hun skulle gjøre det. Det at ungdommene får tid til å jobbe med utfordringene sine uten press når det gjelder oppmøte til timeavtaler ved poliklinikk, eller korte opphold på døgnposter ser ut til å virke positivt for ungdommenes forhold til å motta og stå i et behandlingsforløp.

En ungdom beskriver at hun opplever å ha fått hjelp ved BBS og at hun er bedre nå enn det hun var når hun flyttet inn på BBS. Det samme forteller også en annen ungdom:

Følelsene er jo på en måte det samme. Men jeg har jo lært meg å håndtere de på en bedre måte. Og så når jeg liksom kjenner på sterke følelser, så kjenner jeg ikke på de like lenge som jeg har gjort før. (Ungdom F)

En tredje ungdom forteller at hun opplever at det alltid er noen hun kan prate med på institusjonen. Fra tidligere har ungdommen erfaring fra BUP der psykologene har mange pasienter. Psykologene ved BBS har to pasienter hver og det er mer mulighet for å få en samtale med psykolog dersom ungdommen ber om det. Ungdommene trekker frem fleksibilitet knyttet til det å få samtaler, og fremhever at psykologene ved BBS har en annen forståelse for ungdom under omsorg av barnevernet enn det

vanlige psykologer har: at psykologene ved BBS sitter med en annen kompetanse. Denne «andre kompetansen» psykologene ved BUP besitter antar vi dreier seg om kjennskap til hvordan barnevernet fungerer, og hvilke behov ungdom som er plassert i barneverninstitusjon har.

Når det gjelder ferdighetstreningen som gjennomføres ved BBS er det variasjoner i ungdommenes beskrivelser av treningen, der blant annet dagbokkort og mindfulnessøvelser inngår. Ungdommene trekker frem ferdighetene som de jobber med: følelsesregulering, sjekke fakta, og å handle motsatt. Regulering av følelser beskriver ungdommene som å ta en kald dusj ved sinne og varme følelser, mens sjekke fakta går ut på å spørre andre om det de selv tror stemmer. Ferdigheten «handle motsatt» kan for eksempel handle om å holde seg inne hvis de egentlig har lyst til å gå ut. Ungdommene gir uttrykk for at de benytter ferdighetene selv om det varierer hvor mye de deltar på ferdighetsgruppene. Flere ungdommer forteller at de har lært seg å håndtere følelsene sine på en bedre måte ved bruk av ferdighetene. En ungdom beskriver at hun ikke opplever seg selv som like impulsiv etter å ha jobbet med ferdighetstrening (Ungdom G), mens en annen beskriver mindre sinne og selvskading (Ungdom I). Ungdommene forteller at de får verdikort dersom de har gjort leksene sine knyttet til ferdighetstreningen. Ungdommene som er intervjuet, gir jevnt over uttrykk for å like mindfulness. Ungdommene forklarer oss at mindfulness er grunnmuren i DBT, og at de hver dag gjennomfører mindfulnessøvelser på ettermiddagene. Dette er noe som trekkes frem som viktig, positivt og gøy. Ungdommene uttrykker at de opplever et utbytte av mindfulness og at det er noe de synes er nyttig.

En av ungdommen ønsker at familien, eller den de skal flytte til etter plasseringen ved BBS skal vite om ferdighetsbehandlingen.

Og jeg tror det er veldig bra, og viktig, på en måte, at de vet om- sånn at de ikke plutselig kommer til en- altså du kommer hjem også er det ingen som vet hva du holder på med, eller ingen som kan minne deg på å bruke ferdighetene dine eller bruke det du har lært, på en måte (Gruppeintervju vår 2023).

Selv om flere ungdommer gir uttrykk for et positivt forhold til ferdighetstreningen, er det også ungdom som ikke finner samme mening i ferdighetstreningene. En av ungdommene forteller at det mest strevsomme ved å bo på institusjonen er nettopp ferdighetstrening:

Det er egentlig det jeg synes er mest slitsomt med å være her, man må liksom, jeg må liksom presse meg selv til å være med på de gruppene selv om det er kjedelig. Men man lærer veldig mye av det (Ungdom A).

Ungdommen gir uttrykk for at ferdighetstreningen oppleves som slitsom, og at hun presser seg til å være med. Samtidig sier ungdommen at man kan lære mye i disse gruppene. Dette illustrerer kanskje at for noen ungdommer er overgangssituasjoner utfordrende, og at det å delta i en aktivitet en ikke gløder for føles som ei «dørstokkmil». I intervjuene med institusjonsledelsen ved BBS presiseres det at ansvaret for ungdommens motivasjon til å delta i behandlingen hviler på personalet, og i dette tilfellet kan det se ut til at ungdommen har deltatt i gruppene på grunn av ytre motivasjon. Altså har personalet løst oppgaven sin.

Ungdommene ved BBS fyller daglig ut dagbokkort som benyttes i individualsamtaler med psykolog. Når det gjelder å fylle ut dagbokkort forteller en ungdom at det oppleves «ganske greit, for da får man på en måte sett litt hvordan dagen har vært» (Ungdom E). Den samme ungdommen forteller at hun fyller ut dagbokkortene hver kveld og at disse blir brukt i timene med psykologen. Ved BBS er det lagt opp til individuelle psykologtimer en gang i uka, men ungdommene forteller at det varierer i hvilken grad disse blir gjennomført. Slik vi forstår ungdommene er det stor fleksibilitet knyttet til individualsamtalene med psykologene, og dersom ungdommen er sliten eller i dårlig form kan samtalene utsettes. I tillegg har ungdommene utviklingssamtaler med hovedkontakten sin, og informerer hovedkontakten om det er ting de ønsker å ta opp.

5.2.5 Relasjoner til ansatte og hovedkontakt

Ungdommene forholder seg ulikt til de ansatte etter hvilken relasjon de har, noe som også henger sammen med hvilken rolle de ansatte har. Ungdommene sier de noen ganger ser an hvem som er på jobb, og forklarer at det ikke er alle en kan spørre eller gjøre alt med. En ungdom (Ungdom C) forteller at det er mye utskifting av ansatte, noe hun opplever som spesielt vanskelig siden det har vært ansatte som har jobbet tett på henne som har sluttet. Ungdommen opplever å ha en nær relasjon med hovedkontakten, men at hun ikke har gode relasjoner med de nye ansatte. To av ungdommene forteller i et gruppeintervju at de opplever det som vanskelig å forholde seg til flere ansatte.

Jeg synes jo det er litt kjipt da for jeg liker jo at det skal være forutsigbart og det blir så uforutsigbart når folk slutter hele tiden og i alle fall når det er folk jeg på en måte har fått en god relasjon til. (Gruppeintervju høst 2022)

Ungdommene påpeker sin egen sårbarhet når det gjelder turnover blant ansatte. Behovet for trygghet og forutsigbarhet utfordres i det ungdommene får mange nye voksne å forholde seg til, og kanskje samtidig mister egen hovedkontakt. En av ungdommene forteller at hovedkontakten har sluttet og at det har vært bytte av hovedkontakt flere ganger. Ungdommene forteller at det har vært en endring når det gjelder hovedkontaktens rolle ved BBS. Tidligere hadde ungdommene en fast hovedkontakt, mens ved siste intervju tidspunkt har det vært mer rullering av hovedkontaktene, ved at alle ansatte skal følge opp alle ungdommer. To av ungdommene forteller at informasjonen om hvilken ansatt som skal følge dem opp den dagen ofte kommer litt sent. Samtidig forteller en av ungdommene at de vet hvilken ansatt som skal bli med hvem på de ulike aktivitetene og gjøremålene gjennom en dag. Det virker som om det er forskjell knyttet til hvordan ungdommene oppfatter at beskjeder og informasjon blir gitt fra personalet, og dette skaper en viss usikkerhet blant ungdommene. Vi tolker ungdommenes utsagn dithen at ungdommene ønsker forutsigbarhet når det gjelder hvilke voksne som har oppfølgingsansvaret for dem. Ungdommene er også tydelige på at det er viktig for dem hvem av de ansatte som følger på ulike aktiviteter: «Vi vil jo ikke dra på kamp med hvem som helst» (Gruppeintervju høst 2022). En av ungdommene forteller at ungdommene ofte sjekker på forhånd hvilke ansatte som er på jobb den dagen ungdommen skal på en aktivitet, og at de spør den ansatte om den vil være med på aktiviteten. Ungdommen beskriver viktigheten av at den ansatte som er med på aktiviteten er interessert i det samme som ungdommen, for eksempel fotball.

5.2.6 Skole, jobb og fritid

De fleste ungdommene ved BBS går på skole og gir uttrykk for at hverdagen ved BBS stort sett går med til skole og leksehjelp. Ungdommene som ikke går på skole forklarer at de ikke ønsker det, eller at de ikke klarer å gå på skolen på grunn av psykiske helseproblemer. Ungdommene som ikke går på skole, gjennomfører samtaler med ansatte for å gjøre vurderinger rundt jobb og andre dagtilbud.

En av ungdommene forteller at hun går på skole alle dager utenom torsdager fordi ungdommen ikke deltar i fellesfag som skolen gjennomfører på torsdager. I stedet benyttes torsdagene til individualsamtaler med psykolog ved BBS. En annen ungdom

forteller om hvordan skoletilbudet ved SMI-skolen oppleves uvant fordi tilbudet består av veldig små klasser, og skolen tilbyr ikke alle de fagene ungdommen ønsker seg. Ungdommen gir uttrykk for at det har vært vanskelig å gi slipp på fag og å ha mindre skoledager fordi hun må sette sin psykiske helse først. Hun setter ord på det å miste det ordinære skoletilbudet på følgende måte: «Det er fortsatt litt sårt, men jeg har på en måte akseptert det nå, når det har blitt min nye vane» (H).

I et av gruppeintervjuene forteller ungdommene at de går på skole som «er tilrettelagt», med ekstra tilpasning og der lærere har litt kompetanse på psykisk helse²⁵. Ved denne skolen (SMI-skolen) kan man gå grunnskole og videregående skoletrinn. Ungdommene forteller at det oppleves fleksibelt på skolen, og om noe ikke fungerer så endrer skolen på det og prøver andre løsninger. Noen ungdommer går «alene» i klasse, andre går i klasse med et par andre elever. En ungdom fremhever at hun ønsker seg utdanning, men at det er vanskelig å måtte følge et tilpasset skoleløp nå som hun ikke har bra nok psykisk helse til å følge det ordinære skoleløpet.

En av ungdommene er i jobb, men forteller at det på grunn av angst kan være utfordrende å ha en jobb der hun møter mange folk. Denne ungdommen har gjort avtale med sjefen om at hun kan ta seg pauser for å håndtere angsten. På denne måten har ungdommen tilrettelegging på arbeidsplassen slik at hun kan makte å stå i jobben til tross for angstproblematikk.

Når det gjelder fritidsaktiviteter forteller ungdommene at det tilrettelegges for at ungdommene får delta på det de ønsker. Ungdommene oppfordres til å delta på fritidsaktiviteter, og en ungdom sier: «de ønsker jo at vi skal gjøre noe annet på fritiden, da, komme oss ut og ikke bare gå rundt her i gangen». Ungdommene deltar på ulike organiserte fritidsaktiviteter som kulturskole, sangtimer, bryting og håndball. En ungdom undersøker om hun har mulighet for å holde på med hest. En annen ungdom forteller at hun ikke går på fritidsaktiviteter fordi hun ikke har bestemt seg for noe enda. Ungdommene forteller at de i helgene får lov til å gjennomføre en betalingsaktivitet, og at det tilrettelegges for enten en felles aktivitet, eller at ungdommene får gjøre ulike ting. Institusjonen handler inn utstyr til aktiviteter som for eksempel perling og brettspill. Det er piano på institusjonen som ungdommene kan spille på, og i stuen kan ungdommene se på serier på

²⁵ SMI-skolen ved Nordlandssykehuset

TV. Ungdommene gir uttrykk for at hvis det er noe de trenger eller har lyst på, så kan de si ifra om det. BBS har to biler, og ungdommene forteller at de ansatte kjører ungdommene «uansett hvor vi vil». Aktivitetstilbudet ved institusjonen fremstår for oss som variert, og tilrettelagt etter hver enkelt ungdoms ønske.

5.2.7 Familie og venner

Når det gjelder kontakt med familie gir ungdommene vi har intervjuet uttrykk for at det varierer hvor mye kontakt de har med familien, og i hvor stor grad de ønsker kontakt med familien sin. Noen ungdommer forteller at de tar kontakt med familien når de selv har overskudd, mens andre forteller at de av og til savner å bo hjemme. På samme måte er det også ulike meninger blant ungdommene om hvor involvert de ønsker at familien skal være i ferdighetstreningen. Der noen ungdommer fremhever at de ønsker at familien skal få informasjon om ferdighetstreningen slik at de også kan bidra, ønsker andre ungdommer at familien ikke skal få noe informasjon om behandling og det som foregår ved BBS. En ungdom forteller at det som regel er greit å få ta permisjon: «Det kan være egentlig når som helst, bare man sier fra en sånn to dager før, sånn at man får planlagt det». Det er uklart for oss hva som ligger begrepet permisjon da dette er et begrep som i høyere grad benyttes innenfor helse enn barnevern. Vi antar at det ungdommen omtaler som permisjon handler om samvær med familie, slekt eller venner.

En ungdom forteller at hun har kontakt med familien sin, men at hun ikke har kontakt med vennene hun hadde hjemmefra. Samtidig opplever ungdommen at hun har fått nye venner og at det er fint å legge bak seg det som var i fortiden. En annen ungdom forteller at hun ikke har noen kontakt med tidligere venner. Dette gjenspeiles også i de andre intervjuene, der noen ungdommer har kontakt med venner fra tidligere bosted, mens andre ikke har det. Det er også ulikt i hvilken grad ungdommene har fått venner tilknyttet BBS og Bodø.

5.2.8 Utflytting

Når det gjelder plan for bosted og tiltak etter opphold og behandling ved BBS er det kun et fåtall av ungdommene som hadde informasjon om planer for dette før de flyttet inn ved BBS. Noen ungdommer gir på intervjutidspunktene uttrykk for at de ikke vet hvor de skal flytte eller hvem de skal bo sammen med etter utflytting fra BBS. Ungdommer som har konkrete planer for hvor de skal bo etter plasseringen ved BBS skal enten til en annen institusjon, nytt fosterhjem, hjem til familien, eller bo for seg selv. Enkelte ungdommer uttrykker hva de selv ønsker og håper, som å bo for

seg selv eller hos familien, men vet ikke om dette kommer til å skje. Ungdommenes opplevelser av å ikke vite hva som skal skje med dem etter endt plassering samsvarer godt med det de ansatte forteller om usikkerhet og uforutsigbarhet rundt utflytting. I intervjuene med de ansatte fremkommer det at tiltak etter utflytting sjeldent er på plass, og at ungdommenes hjemkommuner strever med å bygge tilstrekkelige, og gode nok tiltak som skal møte ungdommens behov etter plasseringen ved BBS.

I et gruppeintervju om utflytting, deltok fire ungdommer. To av ungdommene forteller at de skal flytte ut snart, i løpet av 2 måneder, mens en ungdom skal flytte ut om seks måneder. For den siste ungdommen er det ikke planlagt tidspunkt for utflytting. De to ungdommene som snart skal flytte ut gir uttrykk for at prosessen har startet for sent og de fremhever at dersom bostedet de har tenkt på ikke fungerer er det lite tid igjen til å finne alternative løsninger. En av ungdommene sier: «Jeg har liksom blitt fortalt at «du får vite neste uke, neste uke, neste uke liksom. Over flere måneder. Så jeg mistet litt håpet, men så fikk jeg svar da» (Gruppeintervju vår 2023). Videre forteller de to ungdommene som snart skal flytte ut at de ønsker at tiltak og oppfølging på nytt bosted skal være på plass før de flytter ut. Samtidig opplever begge at det skjer i siste liten. Disse to ungdommene fremhever forhold utenfor BBS, blant annet knyttet til den kommunale barnevernstjenesten som en utfordring som kan gjøre situasjonen uforutsigbar.

Ungdommene forteller at det er viktig for dem å vite hvor de skal bo etter plasseringen ved BBS og at det er vesentlig å vite at det blir organisert skoleplass og behandlingsopplegg rundt dem også etter de flytter ut. En ungdom forteller at man trenger oppfølging etter man flytter ut og at psykolog tilbyr videre samtaler. En ungdom gir uttrykk for at det er mest fokus på behandling, det er behandlingen som skal på plass først. En annen ungdom forklarer at det viktigste å få på plass før utflytting er et system å komme til slik at man ikke føler seg som en «kasteball» (Gruppeintervju vår 2023). Ungdommene gir uttrykk for at de ønsker et helsesystem som overtar behandlingen som de har mottatt på BBS.

For ja, vi er jo i behandling her, men vi blir jo ikke ferdige med behandlingen. Vi er jo ikke frisk eller ferdige når vi blir utskrevet her- så vi må ha et helsesystem som fungerer hjemme, og en plass som vi kommer til som vi føler er riktig, som er trygt (Gruppeintervju vår 2023).

Ungdommen påpeker her nødvendigheten av at det er etablert en tiltakspakke rundt ungdommen ved utflytting, og at ungdommene må føle seg trygge på at helsesystemet fungerer der de skal bo. Ungdommene er tydelige på at selv om de har vært i behandling under passeringen har de fortsatt videre behov for helsehjelp.

Ungdommene synes å oppleve at det medfører mye ansvar når de skal flytte for seg selv. Ungdommene forteller at de kan å lage mat, og at de tror de skal klare å håndtere økonomi knyttet til det å bo for seg selv. En av ungdommene har ved tidligere bosted hatt mye ansvar og er vant til å ordne opp med både mat og klesvask (Gruppeintervju vår 2023). En annen ungdom trekker frem at det blir en overgang å flytte ut fra BBS ettersom det ofte er mye aktivitet og mye som skjer på BBS; «det er alltid noe som skjer av aktiviteter» (Gruppeintervju vår 2023). Dette kan bety at ungdommene føler seg i stand til å ivareta de praktiske oppgavene knyttet til det å bo for seg selv, men at det å flytte fra BBS samtidig kan innebære en viss risiko for å oppleve ensomhet og passivitet.

Ungdommene forteller at de kan få oppfølging av psykolog i 3-6 måneder etter utflytting, og at de kan få tilbud om å ta kontakt med primærkontakt også etter utflytting. Ungdommene gir også uttrykk for at de kan ha kontakt med de ansatte på BBS etter at de har flyttet ut. Ungdommene forteller at dette er noe de ikke har hatt mulighet for ved andre barnevernsinstitusjoner de har vært plassert, der kontakten med ansatte blir brutt ved utflytting fra institusjonen. En av ungdommene uttrykker eksplisitt at hun ønsker å beholde kontakten med de ansatte etter utflytting, hun synes det blir feil dersom kontakten må avsluttes ettersom hun har fått en tilknytning til de ansatte. Ungdommene påpeker her hvor viktig det er for dem å beholde relasjonene til de institusjonsansatte. For noen av ungdommene er disse relasjonene kanskje tryggere enn noen andre relasjoner ungdommene har erfart under ulike plasseringer i barnevernet. Fra intervjuene med ansatte i sammenlikningsinstitusjonene er vi kjent med at institusjonene bryter kontakten med ungdommene ved utflytting, og at dette kjennes sårt for både ungdom og ansatte.

5.2.9 Medvirkning

I et gruppeintervju med tre ungdommer om medvirkning, gir ungdommene uttrykk for at medvirkning handler om det å få være med, det at de får påvirke hvordan ting skal bli, og at de involveres i arbeidet som skjer rundt dem og med dem. Ungdommene beskriver at medvirkning innebærer at de kan påvirke noe, mens

selvbestemmelse vil si at de bestemmer selv. En av ungdommene opplever at de ansatte er flinke til å la ungdommene være med å påvirke; «jeg føler egentlig vi har ganske mye å si i alt som skjer her» (Gruppeintervju høst 2022). Når det gjelder hva ungdommene får medvirke til, forteller ungdommene at de får komme med forslag som henges opp på kjøleskapet og at de opplever å få det meste de ber om utenom godteri og liknende.

Skole og jobb er det derimot fastsatte rammer for, mens gjøremål ved institusjonen kan flyttes til andre dager. Når det gjelder det å bli vekket om morgenen og hvordan dette foregår, er det ulike meninger blant ungdommene. En av ungdommene opplever at de selv kan komme med forslag til hvordan de vil bli vekket, mens en annen mener at hun ikke kan være med å bestemme det, at det avhenger av hvem fra personalet som kommer for å vekke dem. En tredje ungdom opplever at de ansatte tar det til etterretning hvis ungdommene forteller at de ikke liker å bli vekket på den måten ansatte gjør. Da justerer de ansatte sine vekkerutiner i tråd med innspill fra ungdommene.

Når det gjelder eksempler på det å ikke bli lyttet til forteller to av ungdommene om en dag de fikk beskjed om å ta ned Halloweenpynten på grunn av at en ansatt ikke ville at det skulle være pynta lengre. En annen ungdom kommer med et annet eksempel, der ungdommen hadde hengt opp noe på veggen som en ansatt tok ned fordi den ansatte «synes det var stygt» (Gruppeintervju medvirkning).

Det å medvirke og være med på å bestemme ulike valg, kan også oppleves som overveldende. En ungdom beskriver det som at det kan bli for mye valg, at hun ikke er vant til å bestemme ting. På samme tid sier ungdommen at hun opplever å få hjelp av de ansatte når hun skal ta valg (Ungdom E).

I intervjuene forteller ungdommene om mulighetene for å medvirke i dagliglivet ved institusjonen. For noen av ungdommene kan også medvirkningen virke overveldende, og i disse tilfellene forstår vi at personalet ved BBS bistår ungdommene. Behandlingsopplegget ved institusjonen er lagt og følger en rekke prinsipper, det ser derfor ut til at ungdommene i liten grad kan medvirke i dette. Vi stiller spørsmålsteget ved hvorvidt ungdommens rett til medvirkning ivaretas når det gjelder behandlingsmodellens krav til motivasjon og forpliktelse. I intervjuene med ansatte kommer det frem at ansatte kontinuerlig jobber med å fremme motivasjon hos ungdommen i løpet av plasseringen. Vi ser at motivasjon hos ungdommen

er nødvending i behandlingsøyemed, men mener samtidig at ungdommens rett til medvirkning må hensyntas når ungdommen er sliten og gir uttrykk for behandlingstretthet.

5.2.10 Ungdommenes opplevelse av turnover og ustabilitet i personalet

Intervjuene har gitt oss et innblikk i hvordan ungdommenes opplevelse av BBS har variert og endret seg mellom besøkene. Ved de to første besøkene som ble gjennomført våren og høsten 2022 møtte vi en ungdomsgruppe som vi oppfattet at uttrykte tilfredshet med tilbudet ved BBS. Høsten 2023 møtte vi ungdommer vi har møtt tidligere, men som nå ga uttrykk for å være lite tilfredse med tilbudet ved BBS.

I et gruppeintervju med to ungdommer **våren 2022** sammenlikner ungdommene BBS med tidligere institusjoner de har vært plassert ved, og forteller at de opplever forskjeller mellom for eksempel akuttinstitusjon og BBS. De to ungdommene sier de merker forskjell på de ansatte, at de ansatte er roligere her og mindre stressa. De to ungdommene opplever at de ansatte har mer tid til ungdommene, og at de voksne er mer tilgjengelige. Ungdommene forklarer at de ved BBS ikke føler seg til bry når de spør om ting, noe de har opplevd andre steder. Disse to ungdommene trekker sammenlikninger mellom BBS og andre institusjoner de har erfaringer fra, og trekker frem akuttinstitusjon som eksempel på en annen type institusjon. Ungdommene opplever at BBS skiller seg ut gjennom væremåten til de ansatte: de ansatte er roligere, har mer tid og er tilgjengelige. Uttalelsene fra ungdommene er gitt i intervju våren 2022, og etter våre erfaringer var det lite turnover og god stabilitet i personalgruppa i denne perioden. Når det gjelder lavt stressnivå hos de ansatte ved BBS, gitt ungdommenes problematikk, kan det være at personalet ved BBS besitter en type trygghet i arbeidet fordi de har helsepersonell under samme tak som er tilgjengelig i hverdagen. Ved en akuttinstitusjon er ikke dette tilfelle, og det kan være at disse ungdommenes problematikk har vært utfordrende for de ansatte slik at ungdommene har opplevd et annet stress hos ansatte i akuttinstitusjonen.

Ungdommene gir våren 2022 uttrykk for at BBS føles mer som et hjem enn de andre institusjonene ungdommene har erfaring fra. Dette fordi ungdommene opplever at det er roligere ved BBS, og at ungdommene gir uttrykk for å ha nærere relasjoner til de ansatte. De to ungdommene opplever at de er «mer enn bare en jobb» for de ansatte på BBS. Ungdommene påpeker her et relasjonelt aspekt, der ungdommene opplever nærere relasjoner til de ansatte ved BBS enn det de kanskje har erfaringer fra tidligere. Ungdommene ordsetter dette med en opplevelse av å bare «være en

jobb» for institusjonspersonalet. Dette tenker vi kan forstås i lys av stabilitet og trygghet i personalgruppa. Under besøkene ved BBS i denne perioden vurderte, og erfarte vi at personalgruppa omforent om behandlingsmetodikken og hadde høy selvtillit i det miljøterapeutiske arbeidet. Dette er faktorer som kan ha bidratt til at institusjonspersonalet har vært godt rustet til å fokusere på det relasjonelle arbeidet med ungdommene.

De to ungdommene forteller at de opplever at det er et mer hjemlig preg ved institusjonen, at det «føles bare så hjemme» på BBS, og man kan dekorere rommene som man vil. Flere ungdommer gir uttrykk for at BBS oppleves som hjemmekoselig, spesielt sammenliknet med akuttinstitusjoner de har vært plassert ved tidligere. En av ungdommene forklarer hvordan hun opplever institusjonsbygget til BBS mer som et hjem enn tidligere institusjoner hun har vært plassert ved: «(..) på de andre institusjonene jeg har vært på, så har det alltid vært sånne korridorer og det er bare- det blir så feil, på en måte. Det føles ikke som et hjem, på en måte.» Hvordan bygg er utformet kan tilsynelatende virke underordnet det faglige innholdet i institusjonstilbudet. Samtidig er det slik at ungdommene gjerne vurderer innholdet i plasseringstilbudet etter andre kriterier enn det saksbehandlere og miljøterapeuter gjør. At barneverninstitusjoner skal oppleves som et hjem for beboerne presiseres i forarbeidene til lov om barnevern. Ungdommens uttalelse poengterer at hjemlighet ligger i nettopp det at institusjonsbygg utformes slik at det likner en vanlig bolig, et vanlig hjem. Å oppleve hjemlighet skaper på den ene siden trygghet, og på den andre siden en opplevelse av normalitet.

Høsten 2022 gjennomførte vi gruppeintervju med tre ungdommer og individuelle intervjuer med fire ungdommer. I intervjuene forteller ungdommene om hvordan det legges til rette for medvirkning, og hvordan ungdommenes stemme blir hørt av de ansatte. I gruppeintervjuet forteller en av ungdommene at hun opplever at det er god kommunikasjon med de ansatte, og at ungdommene har mulighet for å diskutere med de ansatte ulike tema ungdommen er kritiske til: «Så vi har veldig åpne dialoger synes jeg, og det er veldig fint, de er veldig flinke til å ta tilbake kritisk kritikk og ... eller... konstruktiv kritikk, ja».

I det samme gruppeintervjuet forteller en av ungdommene at det er gode relasjoner mellom ungdommene og de ansatte, og at ungdommene har stor påvirkningskraft i hverdagslivet ved institusjonen. Ungdommen illustrerer dette med å fortelle hvordan ungdommene lager feiring rundt de ansattes bursdag:

«Ja- og en annen ting vi bruker å gjøre, det er at vi planlegger bursdag, til de ansatte som har bursdag, så da spør vi om vi kan bake kake og kjøpe inn pynt, og de bare: ja ja ja, neimen så koselig. Så vi bare planlegger ting, også får vi som regel [lov].»

Ungdommene gir på intervjutidspunktet uttrykk for gode relasjoner til de ansatte, og at ungdommene blir lyttet til og hørt i hverdagslivet ved institusjonen. Ungdommene gir også uttrykk for at de trives med institusjonens behandlingsopplegg, og enkelte av ungdommene trekker frem DBT spesielt i individuelle intervjuer. I individuelt intervju forteller en av ungdommene om tilfredshet ved behandlingsmodellen ved BBS når vi spør om ungdommen ønsker å formidle noe vi ikke har spurt om i intervjuet:

Altså jeg og noen andre som bor her har snakket om det at, sant, DBT er det vi holder på her. Jeg syns egentlig det er noe vi skulle hatt på skolen. Fordi det er jo veldig – det er et veldig bra opplegg og man lærer veldig mye om seg selv og om følelsene sine og sånn. Så jeg syns at DBT burde være kjent for veldig mange flere. (Ungdom 2)

At ungdommene på intervjutidspunktet er fornøyde med DBT og hvordan DBT jobbes med i institusjonen bekreftes av en annen ungdom:

Jeg elsker DBT, det er det beste som, det er det beste, altså DBT er det beste som har skjedd meg. Alle burde hatt det i livet sitt. Også ... er det, jeg syns liksom de som jobber her (..) de jobber så bra sammen, så er de delt så bra opp sånn at de som jobber best sammen jobber mest sammen også, ja. (Ungdom 3)

Ungdommene gir uttrykk for at de liker DBT som behandlingsmetode, og gir også uttrykk for at samarbeidet mellom helse og barnevern kommer ungdommene til gode ved at de ansatte samarbeider godt og oppleves som flinke i jobben sin med ungdommene. Samtidig løfter to av ungdommene uoppfordret i de individuelle intervjuene at det har vært stor utskifting av personell ved institusjonen, og at dette oppleves som vanskelig for ungdommene. En av ungdommene forteller om turnover ved institusjonen:

(..) det har vært mye utskiftning i det siste. Det kom liksom en ny en nå på våren, og nå slutter hun ene som var ny ... på våren igjen. Også da begynner

liksom enda en ny en, også ... det var mange som sluttet, sluttet også er det mange som har begynt. Så vi venter enda på noen nye, tror jeg. (Ungdom 3)

På spørsmål om hvordan utskifting av personell oppleves for ungdommene svarer den samme ungdommen at:

Det er veldig vanskelig, spesielt når de fleste som har sluttet har vært folk som har jobbet tett på meg (..) Det er litt slitsomt når det kommer nye på våren også slutter de på høsten. Det syns jeg er litt dumt, da føler jeg de kunne hatt en jobb en annen plass, eller ikke søkt jobb hvis de skal slutte like etter. (Ungdom 3)

En annen ungdom tar uoppfordret opp utskifting av personell ved institusjonen, og hvordan dette har påvirket hennes opplevelse av å holde tilbake i relasjonene til de ansatte:

(..) etter at jeg kom så har jo jeg fått, eller det er så mange ut av de ansatte som har sluttet, så jeg har jo, og det er mange ut av de som er her fortsatt som har tenkt til å slutte, så jeg har jo hatt det problemet at jeg kan på en måte ikke knytt meg til en person for at jeg får beskjed om at den skal slutt på en måte (..) jeg syns jo det er litt kjipt da for jeg liker jo at det skal være forutsigbart og det blir så uforutsigbart når folk slutter hele tiden og i alle fall når det er folk jeg på en måte har fått en god relasjon til, også. (Ungdom 4)

Ungdommene vi traff høsten 2022 forteller at de er tilfredse med behandlingstilbudet ved BBS. Samtidig tar to ungdommer uoppfordret opp endringer i institusjonen i form av mye utskifting av personell. Selv om ungdommene er tilfredse med behandlingsmodellen vurderer vi at ungdommene på dette tidspunktet begynte å merke en viss slitasje på grunn av turnover i personalgruppa.

Våren 2023 gjennomførte vi både gruppeintervjuer og individuelle intervjuer med ungdommene plassert ved BBS. Turnover og sykmeldinger blant ansatte ble ikke tatt opp av noen av ungdommene vi intervjuet. Vi tenker dette enten kan ha sammenheng med at personalgruppa på dette tidspunktet hadde stabilisert seg, eller at ungdommene som tok opp temaet turnover halvåret før hadde flyttet ut av institusjonen.

Høsten 2023 gjennomførte vi kun individuelle intervjuer med ungdommene ved BBS. Vi hadde i utgangspunktet avtale om individuelle intervjuer med tre ungdommer. Den ene ungdommen stilte til avtalt intervjutidspunkt, mens det var noe mer utfordrende å få gjennomført intervju med ungdom nummer to. Forskeren som skulle gjennomføre intervjuet fikk oppgitt av personalet at ungdommen var usikker på om hun ville la seg intervju. Forskeren valgt å vente en stund, og etter hvert dukket ungdommen opp. Ungdommen ga da uttrykk for at hun hadde ønsket å la seg intervju. Den tredje ungdommen som ønsket å snakke med oss fikk vi ikke intervjuet fordi ansatte ved institusjonen hadde reist fra institusjonen med ungdommen. I de to individuelle intervjuene erfarte vi et markant skifte i stemningen hos ungdommene, og at ungdommene som tidligere hadde gitt uttrykk for trivsel ved institusjonen nå hadde endret mening.

De to ungdommene forteller om utskifting blant ansatte, at det er mange nye ansatte og mange som er sykemeldte (Ungdom I og ungdom J). Den ene ungdommen forteller at det har skjedd en endring ved BBS. Ungdommen beskriver endringene hun har erfart: «[Tidligere] gikk det ok. Jeg fikk jobbet med det som var vanskelig, men da var det veldig mye flere, altså, mange av de som jobbet her da har sluttet nå eller er i permisjon (..).». Ungdommen forteller at de nye ansatte ikke jobber på samme måte som det hun opplevde tidligere: «Du blir ikke hørt og du blir bare sett ned på, og det er straff og belønning og ... ja. De gir ikke så mye behandling.»

De to ungdommene opplever at de blir sykere av å bo der. Ungdommene uttrykker at de ikke føler seg ikke møtt med respekt og forståelse (Ungdom I og ungdom J). Den ene ungdommen forteller at når hun ved forrige plassering hadde episoder med selvskading ble det snakket om det og gjennomført AKA. Ungdommen opplever på intervjutidspunktet de ansattes reaksjoner helt ulike enn tidligere:

Og det er sånn at hvis du selvskader, så er det noen ansatte som er sånn, da får du straff. Og du får ikke samtaler, du får ikke kjøreturer, du får ikke gå ut, du får ikke lov til noe, det er liksom – du må bare være inne. Helst bare sitte inne og tenke over det du har gjort. Det er liksom ikke – det er ikke noe forståelse heller (Ungdom J).

Ungdommen forteller videre at hun opplever en endret holdning til ungdommene blant de ansatte etter utskiftingen i personalet:

Som at de ansatte møter oss i følelsene, og ikke klarer å legge følelsene sine til sides. Så hvis de er sint, så kommer de og møter oss i sinne. Og måten de snakker til oss på, at de ikke – vi føler ikke de behandler oss med respekt, vi blir sett ned på. Blir ikke hørt på fordi vi er psykisk syke ungdommer. Noe flere har sagt selv. (Ungdom J)

Ungdommen ønsker også mer oppmerksomhet og omsorg, enn det hun opplever å få av ansatte på BBS. Hun savner å ha ansatte som har tid til henne. At ungdommer som er plassert i barnevernsinstitusjon gir uttrykk for å ikke få den omsorgen de har behov for, og at ungdommene møtes med sanksjoner og nedlatende holdninger fra de ansatte er svært bekymringsfullt. Det er forståelig at en institusjon som har opplevd høy turnover vil være lite gjenkjennelig for en ungdom som blir reklassert etter mange nyansettelser. Samtidig uttrykker ledelsen ved BBS på samme tidspunkt at institusjonen har håndtert situasjonen godt på grunn av stabil ledelse, og at nyansatte har satt seg inn i metodikken raskt. Slik vi tolker ledelsen ved BBS har det ikke vært store utfordringer relatert til den store utskiftingen av personell som har skjedd i løpet av 2023.

En av ungdommene forteller at det hadde vært en sak i media²⁶ om konflikter mellom ansatte og ledelsen ved BBS i 2023, og at flere av de ansatte hadde vært sykmeldt etter dette. Den andre ungdommen forteller at institusjonen har hatt besøk at tilsynet (Statsforvalter) samme dag, der ungdommene hadde klaget på institusjonen til Statsforvalter. Klagen ble fremsatt både muntlig og skriftlig. Ungdommen forteller at møtet med Statsforvalteren fikk konsekvenser for ungdommene: «jeg og [navn] og de andre ungdommene har prøvd veldig lenge. Så, ja, vi klaget til statsforvalteren om det, de var her i dag. Så ... Men det gikk ikke så bra, da ble [ansatt] sur og sendte [ungdom] hjem, for de var redd for at de ansatte ble sparket og sånn der.» Ungdommen forteller videre at ungdommen som ble sendt hjem til moren er den tredje ungdommen som hadde meldt seg til intervju med oss samme dag.

Det er liten tvil om at høy turnover i barnevernsinstitusjoner er utfordrende både for daglig drift og for opprettholdelse og overføring av kompetanse og metodikk.

²⁶ Vi antar at dette handler om varslingssakene mot ledelsen ved BBS som ble omtalt i avisen «Nordlys» 14.07.2023.

Det vil også være naivt å tro at ungdommene som er plassert ved institusjonen ikke fanger opp, eller lar seg merke av turnover eller konflikter i personalgruppa. I slike situasjoner kreves det at ansatte og ledelse er ekstra oppmerksomme på hvordan egen frustrasjon plukkes opp av, eller eventuelt går ut over ungdommene.

5.2.11 Hovedfunn fra intervjuer med ungdommene ved BBS

Møtene og intervjuene med ungdommene har gitt oss dypere innsikt i hvordan de erfarer bo- og behandlingstiden ved BBS. Ungdommene gir i det hele uttrykk for opplevd trygghet under botiden ved BBS, og at miljøpersonalet bistår dem og strekker seg langt for å hjelpe dem, særlig i tilknytning til mat, aktiviteter og fritid. Analysene av det totale intervjumaterialet viser at ungdommene er særlig opptatt av relasjonene til psykologene og de ansatte, uforutsigbarheten knyttet til at de ikke vet hvor de skal bo etter tiden ved BBS, samt viktige komponenter knyttet til behandlingen/helsehjelpen. Når det gjelder erfaringer med behandling og virkningen av denne er ungdommene tilfredse ved inngangen til dette prosjektet, men langt mer usikre og til dels kritiske ved prosjektets avslutning.

- Ungdommene uttrykker tilfredshet med helsetilbudet ved institusjonen. Enkel tilgang til psykolog og mulighet for relasjonsbygging til psykologene på grunn av deres tilstedeværelse ved institusjonen fremheves av ungdommene som svært positivt.
- Ungdommene er fornøyd med behandlingsmetodikken DBT og har nytte av ferdighetstrening og individualsamtaler med psykolog. Samtidig kan ferdighetstreningen oppleves slitsom og utmattende for noen av ungdommene.
- Ungdommene fremhever gode og trygge relasjoner til de ansatte, og spesielt til hovedkontakt som avgjørende for å føle seg trygg i institusjonen.
- Ungdommene opplever at lite er på plass når det gjelder videre tiltak og behandlingstilbud når de skal flytte fra institusjonen. Dette kan føre til at ungdommen blir boende ved BBS utover den tiden som var forespeilet, eller flyttes til tiltak som ikke er godt nok forberedt til å ta imot ungdommen.
- Ungdommene forteller om høy medvirkningsgrad i institusjonens dagligliv. Det kan imidlertid se ut til at ungdommene har liten mulighet for medvirkning når det gjelder behandlingsoppleggets krav til motivasjon og forpliktelse.
- Høy turnover og stor utskifting av personell ved BBS ser ut til å ha forringet institusjonstilbudet slik ungdom ved BBS beskriver det. Høy turnover kan ha ført til kompetansetap og manglende modelloverføring.

5.3 Lunde behandlingssenter – ansattes erfaringer

Dette delkapitlet omhandler erfaringer fra ansatte ved Lunde behandlingssenter. Delkapitlet bygger på fire fokusgruppeintervjuer med ansatte ved Lunde behandlingssenter (LBS), hvor også representanter fra ledergruppa deltok. Vi intervjuet også institusjonsleder/enhetsleder (Bufetat) og prosjektleder (ABUP) ved to anledninger. Samtlige intervjuer ble gjennomført ved LBS over en periode på om lag 1 ½ år.

Delkapitlet favner om temaer som ble gått nærmere inn på i intervjuer med ansatte og ledelse og redegjør for sentrale funn på bakgrunn av gjennomgang og analyse av informantenes uttrykte perspektiver og erfaringer. Sammen med funnene som presenteres på bakgrunn av gjennomgang og analyse av intervjuene med ungdommene, bidrar disse til å belyse studiens problemstilling og sentrale forskningsspørsmål knyttet til delprosjekt 2 (DP2) og delprosjekt 3 (DP3). DP2 omhandler ungdommenes erfaringer med integrert institusjonstilbud, herunder institusjonsliv og omsorg, helsetilbud/behandling, skoletilbud og fritid samt inntaks- og utflyttingsprosess. I tilknytning til de ulike temaområder inngår også ungdommenes opplevde medvirkning. DP3 omhandler ansattes erfaringer med integrert institusjonstilbud, herunder implementering av DBT/OEM, ivaretagelse av ungdommene, samarbeid med andre etater og tjenester, ungdommenes medvirkning i hverdagsliv og i tilknytning til behandling, utfordrende atferd og bruk av tvang samt inntaks- og utflyttingsprosess.

5.3.1 Målgruppe og inntak

5.3.1.1 Erfaringer med målgruppe, inntakskriterier og kravet om forpliktelse

I intervju forteller ansatte og representanter fra ledelsen at ungdom som får tilbud om plass ved LBS er mellom 13 og 18 år, og at de har «livstruende atferd» eller annen (alvorlig) utfordrende atferd. De viser til at barnevernlovens § 4-12 (nå § 3-2) ligger i bunn og nevner § 4-4 sjette ledd (nå § 5-1) og §§ 4-24 og 4-26 (nå §§ 6-1 og 6-2) som tilleggsparagrafer for målgruppa. Når det gjelder faktorene kjønn og alder gir de ansatte uttrykk for at de erfarer at metodikken/behandlingsopplegget retter seg bedre inn mot jenter enn gutter. De beskriver at ungdom som er 13-14 år gamle kan være for unge og/eller umodne til å forstå egen situasjon og, ikke minst, hva kravet om forpliktelse går ut på. Dette betyr at de i ulik grad opplever å lykkes med å komme i posisjon for å kunne hjelpe ungdommene. I institusjonsplanen (s. 14) beskrives det at: «I inntaksfasen og den første tiden er det viktig å fokusere på motivasjon og forpliktelse gjennom å orientere ungdommer om hva institusjonsoppholdet

innebærer (...). Vi er opptatt av at ungdommen skal forstå årsaken til plasseringen og hvordan oppholdet på institusjon kan være til hjelp for han eller henne. (...)». Ansatte ved LBS framhever betydningen av ungdommenes samtykke; at de gir uttrykk for å være motiverte, forpliktet og at de selv ønsker behandling/helsehjelp. Dette oppfattes som særlig viktig med tanke på å komme i posisjon til å kunne hjelpe, slik at ungdommen skal kunne oppleve positiv effekt/virkning av behandlingen. Forpliktelse er imidlertid noe som også beskrives som «flyktig», og at ingen ungdommer er «konsekvent bare forpliktet». Her forteller én av de ansatte om målgruppa ved LBS og hvilke utfordringer de kan oppleve med hensyn til nettopp motivasjons- og forpliktelsesfaktoren:

(...), det er jo mest jenter vi har her da, men fra tretten til atten år. Og så er det vel at de skal være – det var i hvert fall det i begynnelsen, motiverte og forpliktet til behandling, ikke sant. Men den varierer jo. Så det blir egentlig noe vi må jobbe med hele tiden. For det er klart, hva er en forpliktelse for ei jente på tretten-fjorten år?

De ansatte beskriver at ulike situasjonelle/ytre forhold også kan påvirke ungdommenes motivasjon og forpliktelse. De erfarer særlig utfordringer med forpliktelse i de tilfeller hvor det ikke foreligger en plan om fremtidig omsorgsbasis ved innflytting. Altså blir forpliktelsen utfordret når fremtidig bosted og livssituasjon ikke er definert og hvor ungdommene ved innflytting, eller i løpet av oppholdet, opplever at de ikke har kontroll/oversikt over eget liv *etter* LBS. Vi kommer tilbake til- og redegjør nærmere for dette senere i kapitlet under avsnittet «Fremtidsutsikter – betydningen av kontroll og oversikt i eget liv».

Når det gjelder «livstruende atferd» (selvskading og selvmordstanker) som er å forstå som et primært behandlingsmål knyttet til målgruppa, men som i praksis av og til også omtales som et inntakskriterium, problematiseres dette i det siste ledelsesintervjuet som gjennomføres ved LBS. Informantene snakker om at det kanskje ikke bør være/forstås som et «*absolutt kriterium*» i fremtiden, og de drøfter også dette opp imot det faktum at de opplever å motta for få søknader om inntak: «Jeg synes vi har for få søknader, ja, det synes jeg. Jeg synes vi behandler for få søknader». I forbindelse med at informantene orienterer om at de mottar forholdsvis få henvendelser/søknader om inntak, snakker de om at de har en idé om at barneverntjenestene «noen ganger tolker litt for strengt at det må være gjentakende selvskading, selvmordsforsøk, (...)» og at «(...) utfordringen er at vi ikke

klarer å formidle godt nok; 'hva er det egentlig vi tilbyr og hvem er den målgruppa vår egentlig' (...)»; «(...)», hvis vi bare får folk til å ta kontakt med oss, så tror jeg at vi lettere kan fylle opp».

Av ledelsesintervjuet fremgår det at informantene er opptatt av målgruppa (og inntakskriteriene) som de er forpliktet til å forholde seg til; de undres på om den er/ fremstår som for snever. Når det gjelder «livstruende atferd», som primært behandlingsmål knyttet til målgruppa, gir informantene uttrykk for at dette i en del tilfeller like gjerne kan/bør vurderes som et trekk som tilsier at ungdommen ikke skal få plass:

Vi har jo faktisk også hatt ungdom hvor vi har konkludert med at..., hvor livstruende atferd også var truende for andre, ikke bare seg selv, ikke sant. Så det kan jo også være et eksklusjonskriterium, (...).

Informantene er tilsynelatende noe usikre på «livstruende atferd»-momentet med hensyn til hvilken (særegen) plass dette egentlig bør ha som kriterium. De forteller at det er forventninger om et belegg på 80% og tilføyer:

(...) vi vil jo helst ha full institusjon, i hvert fall fem sier vi jo ofte. Vi jobber best når vi har fem ungdommer (...). Ingen tvil. Det er ikke optimalt å ha to-tre.

Dette lederintervjuet ble, som sagt, gjennomført i forbindelse med vårt siste besøk ved LBS. På dette tidspunktet bodde det to ungdommer ved institusjonen og LBS har plass til seks ungdommer.

5.3.1.2 Inntaksprosedyre

Ifølge de ansatte vurderes søknader om inntak av et inntaksråd. I institusjonsplanen vises det til følgende inklusjonskriterier:

- Vedtak om døgnbasert tiltak etter barnevernloven etter § 4.12, eventuelt med tillegg av § 4.24 eller 4.26
- Lavt funksjonsnivå – vurdert CGAS under 50
- Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernns prioriteringsveileder for barn og unge

- Ett eller flere forsøk på utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge bør ha vært forsøkt før plassering

«Alle kriteriene må være oppfylt for å bli tilbudt plass» (Institusjonsplan, s. 14).

Dersom søknaden og øvrig dokumentasjon oppfyller kriteriene blir ungdommen innkalt til vurderingssamtale. I samtalen møter ungdommen den fagansvarlige ved LBS, samt en helseansatt i ABUP. Fagansvarlige informerer ungdommen om institusjonen og hvilke metoder og behandling de tilbyr gjennom OEM og DBT. En ansatt som har erfaring med vurderingssamtaler, beskriver dette nærmere:

(...), så forteller vi om Lunde, om DBT, om OEM. Hvordan jobber vi, hvordan ser det ut her, hva er en vanlig hverdag, hvordan er uka strukturert. Hva er det du kan forvente her, hva er det vi forventer, i forhold til oppmøte, i forhold til behandlingen. Og så har vi også individuell samtale da, med ungdommen, der vi utforsker litt hvordan forpliktelsen ser ut til hos ungdommen og kartlegger litt hvilke mål ungdommen har, hva de ønsker å oppnå. Hvordan kan vi best nå inn til de, sånn at vi kan ha et tydelig bilde på det i forkant da, hvis de eventuelt skulle bli tatt inn på Lunde. Da har vi ofte flere samtaler med ungdommen (...). De kommer hit ja. Og så får de lov til å se på avdelingen, hvordan det ser ut og. Sånn at de skal være mest mulig informert før de selv tar en avgjørelse om å komme hit. For det blir jo også en del av ungdommen sin avgjørelse

Av utsagnet fremgår det tydelig at det i forbindelse med vurderingssamtale for inntak legges vekt på at ungdommen selv gir uttrykk for forpliktelse og har et (bevisst) mål med (behandlings)oppholdet og botiden ved LBS. Ungdommens uttrykte ønsker og mål synes å være et viktig moment som rådet også ser hen til når de vurderer om inntak er aktuelt.

I gruppeintervju gir ansatte likevel uttrykk for at de har forstått at bakgrunnen for at den enkelte ungdom takker ja/samtykker til opphold ved LBS kan være ganske forskjellig:

Det er alle varianter. Både de som ikke helt visste hva det var, og de som kanskje helst ville vekk der de var fra og de som er kjempemotiverte og vet hva de går til, men så kan motivasjonen også svinge veldig der (...).

Å være motivert og forpliktet vil i utgangspunktet forutsette at den som skal motta behandlingen er godt opplyst om- og har innsikt i hva den går ut på/innbefatter. Det kommer frem at de ansatte oppfatter at ungdommene, reelt sett, er mer eller mindre motiverte og forpliktet i det de samtykker til inntak, og at dette er sentrale momenter som det rettes betydelig oppmerksomhet mot gjennom hele behandlingsforløpet.

Ledelsen poengterer at det er ganske krevende å flytte til LBS, nettopp fordi ungdommene må gå i behandling. I denne forbindelse har det vært viktig å rette særlig oppmerksomhet mot inntaksrutinen og samtalen(e) de har med ungdom i forkant. Representanter fra ledelsen forteller at de etter hvert har jobbet frem rutiner som er nedskrevet, som sier at de nå skal gjennomføre minimum to samtaler med ungdom som søkes inn, før det tas en beslutning. Bakgrunnen for dette er å søke og sikre at beslutningen baserer seg på mest/best mulig informasjon og innsikt når det gjelder ungdommens motivasjon og forpliktelse til behandling. Likevel opplever de dette som komplisert; det er vanskelig å måle forpliktelse i forkant av inntak²⁷. Jo yngre ungdommen er, desto vanskeligere er det å måle forpliktelse, ifølge informantene som deltar i lederintervjuet, men de viser også til betydningen av modenhet:

Vi har hatt ungdommer som har vært 13-14 år, som vi i etterkant kanskje har tenkt at vi ikke har hatt en modenhet nok til å forstå omfanget av hva behandlingen på Lunde behandlingssenter vil innebære.

Det antas med andre ord at det for enkelte ungdommer, særlig de yngste, kan være vanskelig å forstå hva de går inn i, hva som kreves og hva de forplikter seg til.

5.3.2 Motivasjon og forpliktelse

Ungdommens forpliktelse og motivasjon vektlegges både i samtaler før et eventuelt inntak og videre gjennom hele behandlingsforløpet. At ungdommen er forpliktet og motivert ses i sammenheng med utbytte av opphold og behandling, og personalet bruker derfor mye tid på å tilrettelegge for og støtte opp om disse viktige aspektene. I forbindelse med inntakssamtaler søker man, som nevnt tidligere, å få fatt i om ungdommen er motivert og/eller om det er mulig at ungdommen etter hvert kan forplikte seg til behandlingen. Én av informantene sier det slik:

²⁷ Å måle ungdommens forpliktelse under botid og behandling ved LBS oppleves mindre utfordrende, siden denne blant annet viser seg gjennom oppmøte/ikke oppmøte til ferdighetsgruppe og psykolog over tid.

(...). Kan de få utbytte av den, er de motiverte for det eller ikke. Så det kartlegger vi allerede i inntaket. Og så er det ungdommer som ikke er helt motiverte, men de er ambivalente. Og så ser vi at okei, det kan man jobbe med. Den ambivalensen er helt klart der, og det er helt naturlig. Det er et nytt sted, ny behandlingsinstitusjon. Så det kommer vi til å jobbe med, men at motivasjonen er der litt. Og så er det liksom at man allerede kommer med noen forventninger til dem. At jeg forventer at du kommer, allerede i inntaket. Du møter opp til samtaler, du deltar på de faste strukturene, og de er obligatoriske. Og det gjentar vi hele tiden! (...). Og så jobber vi veldig mye med å hjelpe dem til å møte opp (...).

Informanten forteller at det ikke er uvanlig at ungdommene er ambivalente i forbindelse med inntak, men de er opptatt av å finne ut om de er *noe* motiverte til behandling og å informere om at det fra de voksne ansattes side forventes at de stiller opp på de faste strukturene hva angår behandling.

5.3.2.1 Forhandlinger og «en evig kamp»

Etter inntak arbeides det kontinuerlig med å støtte og motivere ungdommene til behandling, til forpliktelse og til å ta aktivt del i situasjonen de er i under oppholdet og for det videre livet sitt:

(...). Så når jeg sier det er en evig kamp, da er det hele tiden en evig kamp med å få en forpliktelse. For det er ikke bare i starten, det er under hele behandlingsforløpet. Å jobbe effektivt med behandlingen, i samtalene, i dagbokkortene, i ferdighetstreningen (...).

Enkelte beskriver det konstante arbeidet som «en evig kamp» som i utsagnet ovenfor. Andre benytter benevnelsen «forhandling», når de beskriver hvordan de jobber med å motivere ungdom til å møte opp, delta i og gjennomføre de strukturene som ligger i behandlingen:

Men så forstår jeg samtidig med den modellen vi jobber ut ifra her på Lunde, at vi må hele tiden, liksom på en måte forhandle med ungdommene, for å få de med på behandlingen. Okei, hva ønsker du, hva er det du vil ha? På hvilken måte vil du ha det, hva er dine mål? Ok, så må jeg få noe ut av deg for at jeg kan jobbe litt videre med deg (...).

Individualterapeutene arbeider også målrettet og aktivt med ulike strategier for forpliktelse ut ifra DBT og oppfatter også at disse strategiene blir tatt i bruk av miljøpersonalet:

I DBT så tenker man jo alltid at forpliktelse er noe flyktig. Det er aldri noen som er konsekvent bare forpliktet. Men at det er noe som endrer seg over tid, og at man alltid jobber aktivt med en forpliktelse til å skape endring. Og da har vi noen veldig sann tydelige strategier for forpliktelse, som er beskrevet i DBT, som også brukes i mange andre felt for så vidt. Og det er blant annet foten i døra, døra i ansiktet, fordel- og ulempeanalyse, djevelens advokat, bare for å nevne noen som vi bruker egentlig ganske aktivt. Jeg opplever at det er noe som blir brukt ikke bare av individualterapeut, men også i miljøet da.

Vi ser igjen hvordan forpliktelse ikke oppfattes som en fast eller konstant størrelse, men derimot noe som går opp og ned og som krever støtte fra omgivelsene, både gjennom individualterapien og i miljøet for øvrig. Motivasjon og forpliktelse synes ikke å bli forstått som noe som kun kommer innenfra og/eller som kan bringes frem, opprettholdes eller gjøres sterkere ved at ungdommen selv kjenner et indre driv og har et sterkt ønske om og/eller overbevisning om at behandlingen vil bidra til positiv endring. Dette viser seg spesielt gjennom at det ved institusjonen benyttes ulike former for ytre påvirkning/incentiver. Eksempler på slike incentiver er at samtlige ungdommer får et fast pengebeløp dersom de møter til den ukentlige ferdighetstreningssøkten og øver på ferdigheter på egen hånd utenom disse, eller at man inngår individuelle avtaler i forkant av en time (i tillegg til pengebeløpet) som også bidrar til at ungdommen velger å stille opp:

(...). Hva skal til for at du skal være med på ferdighetstreningen? 'Jeg vil ha grifler i pausen.' 'Ja, men flott. Gå på butikken og kjøp deg med en av de i miljøet, så har du med deg det i dag. Veldig flott.' Så man gjør det man kan for å motivere og dra de med. For det er jo hele tiden gjennom hele forløpet det her med å motivere de og forplikte de underveis. Og det svinger jo. Så da må vi på en måte gjøre det vi kan for å dra de inn igjen.

Dette kan tolkes som en form for forhandling hvor miljøpersonalet lykkes med å få ungdommen til å møte til ferdighetstreningen, (som i utgangspunktet har blitt kommunisert som en obligatorisk struktur), ved å inngå en avtale om noen ekstra goder – en form for premiering. For øvrig gis det også eksempler på at man i enkelte

tilfeller har opplevd at ungdom ved LBS ikke har kunnet motta behandling, og at det ikke har vært hensiktsmessig å forhandle eller søke å motivere til forpliktelse:

Så har det også vært tilfeller hvor det eksempelvis har vært etablert et såpass stort rusproblem da at ungdommen ikke er i stand til å kunne ta imot noe behandling; at vi må ha størst fokus på omsorg og ivareta de og å sikre at de ikke utsetter seg for den type fare da... (...).

I dette eksempelet ser vi hvordan ansatte opplevde at en ungdoms rusproblemer ikke var forenlig med det som kreves for å delta i behandlingsopplegget ved LBS, slik at intensjonen og målet med ungdommens opphold ikke ble nådd.

5.3.2.2 Fremtidsutsikter - betydningen av kontroll og oversikt i eget liv

En annen bakenforliggende faktor som, ifølge personalet og representanter fra ledelsen, kan være av stor betydning for ungdommenes motivasjon og forpliktelse, dreier seg om samarbeidet med barneverntjenestene. De opplever at et tett samarbeid med barnverntjenestene, hvor forventninger og ansvarsfordeling kommuniseres tydelig, er viktig for hvordan oppholdet og opplegget ved behandlingssenteret arter seg for den enkelte ungdom. I denne forbindelse vektlegges særlig fremtidsutsiktene; at det på det tidspunktet den enkelte flytter inn foreligger en plan og definert omsorgsbasis for tiden *etter* LBS som trygger ungdommen og fremmer kontroll og oversikt i eget liv. Likeså understrekes betydningen av at denne planen ikke blir brutt i løpet av bo- og behandlingsforløpet ved LBS. Ansatte og representanter fra ledelsen forteller at dette er en betydelig utfordring. De har gjentatte ganger erfart at det ikke foreligger en plan og definert omsorgsbasis for tiden etter LBS i det ungdommen flytter inn: «Nei, vi vet ikke hvor de skal. Vi får ta det som det kommer», og/eller at den har blitt brutt i løpet av oppholdstiden ved behandlingssenteret, slik at ungdommen likevel ikke vet når eller hvor hun/han skal flytte videre. Botiden blir dermed gjerne lenger enn både antatt og ønskelig, og informantene anslår at gjennomsnittlig oppholdstid per i dag er ett år. Av intervjuene fremgår det at informantene oppfatter at dette hemmer eller svekker ungdommenes motivasjon og forpliktelse til å motta hjelp og delta aktivt i behandlingsopplegget, noe som gjerne er en forutsetning for å lykkes med atferdsendringer/ending av atferdsuttrykk. Her forteller én av informantene nærmere om dette:

Men viktig i forhold til den forpliktelsen, ikke sant, det som man ofte kan se som en liten sånn utfordring, det er jo det at ungdommene er forpliktet ved

inntak og det er lagt en plan for hva ungdommene skal etterpå, og så dras fosterhjem eller det blir ikke noe av den flyttingen din, ikke sant. Den der å jobbe da med den radikale aksepten, at nå ser verden etter Lunde annerledes ut, og hvordan da få en forpliktelse der alt ser svart ut. 'Hvor skal jeg etterpå?' Den kjenner man jo som terapeut, at det gjør noe med en, at det er ikke alltid en plan på hvor de skal (...).

Når det ikke (lenger) foreligger en plan for det videre livet og bosituasjonen etter oppholdet ved LBS påvirker dette ungdommens situasjon her og nå, siden dette skaper usikkerhet og utrygghet og en følelse av ikke å ha kontroll i eget liv. En dialog mellom flere informanter i et gruppeintervju viser også hvordan dette er uheldig med tanke på ungdommens motivasjon til endring og til å ta imot behandling:

A: «Det skal foreligge en omsorgsbasis ved innflytting, det er et kriterium»

B: «Ja, vi har slitt med det at det har vært brudd»

C: «Det har falt fra flere ganger»

D: «Det er få ganger det har vært...det har nesten vært brudd hver gang, på hver ungdom»

C: «Ja. Fosterhjem som ikke blir noe av»

B: «Ja, det har vært mye av det»

C: «Som sier opp plassen i siste liten (...). Det er kjempeuheldig (...). De blir værende i vakuum, og den midlertidigheten, det er svært uheldig. Så der bør det gjøres noe med kartlegging av omsorgsbasis i forkant, er de rigget til dette i etterkant?»

A: «Og det vi ser har betydning for behandlingsopplegg og motivasjon for behandling, og veien videre, og veldig mange ting»
(...)

C: «Det gjør noe med troverdigheten til voksne»

A: «Ja, det gjør det»

C: «Ja, men jeg har blitt sviktet så mange ganger, så kan jeg stole på det du sier?»

D: «Så det er jo flere av de ungdommene som vi har hatt som har blitt lovet å få lov til å komme tilbake [til fosterhjemmet], men da må di hit for å jobbe med de tingene de må jobbe med. Og så sier de [fosterhjemmet] opp imens de er her, så har jo ungdommene ikke motivasjon for å jobbe med ferdigheter eller ta imot behandling, for de skal jo ikke tilbake. Det løftet ble brutt»

Denne dialogen er et eksempel som viser hvordan de ansatte opplever det som en betydelig utfordring, dersom det ikke foreligger en omsorgsbasis (som ungdommen skal flytte tilbake til etter oppholdet ved LBS) ved innflytting, eller at den planlagte omsorgsbasis trekker seg/sier opp mens ungdommen er i behandling hos dem. I dialogen ser vi hvordan de ansatte oppfatter at dette hemmer/svekker ungdommens motivasjon og ønske om å ta imot hjelp, at ungdommen føler seg sviktet og avvist av de voksne rundt seg og blir usikker på om hun/han kan stole på/ha tillit til dem. Ungdommen vet ingenting om hva som skal skje videre i livet etter oppholdet, noe som skaper usikkerhet og utrygghet også i tilværelsen her og nå. Liknende erfaringer og oppfatninger fremgikk av lederintervjuer:

For meg er det så klart forskjell på de ungdommene vi har hos oss som vet hva de skal etterpå, og de som ikke vet det. Det er veldig stor forskjell, og det gir mening for meg også (...). En tentativ utflyttingsdato nærmer seg, og så vet du ikke hva du skal. Hva skal du da egentlig forplikte deg til? (...). Dette skjer altfor ofte.

og videre:

(...), det å sitte med to alternativer er jo ikke godt nok, synes jeg. For det er så stor forskjell å vite om du enten skal i fosterhjem eller på institusjon. Det er jo helt forskjellige liv. Hvordan skal du være motivert for å stå i et endringsarbeid og ikke vite? For de vet ikke engang datoer faktisk.

Lederne ved ABUP og Bufetat viser til samme dilemma/utfordringsmoment som øvrige ansatte ved LBS; det er en sammenheng mellom det å ikke vite hva eller hvor du skal etter LBS og mangel på motivasjon og forpliktelse til behandling. Når ungdommene er i en slik situasjon, blir det også vanskeligere for terapeuter og helsepersonell å bistå konstruktivt i henhold til behandlingsmodell. Ansatte og ledere uttrykker at de har erfart at ungdommene må kjenne en viss trygghet og forutsigbarhet i livet om LBS skal lykkes med å nå overordnet målsetting, som beskrives på følgende måte i institusjonsplanen:

Overordnet målsetting for institusjonsoppholdet er at ungdommen får hjelp til å mestre sine liv på alle livsarenaer. Behandlingen skal gjøre ungdommene bedre i stand til å leve med og mestre de vanskene de har og få bedre mellommenneskelige relasjoner.

Utfordringene knyttet til at det ikke foreligger omsorgsbaser ved innflytting, eller at disse sies opp etter at ungdommen har påbegynt sitt opphold ved LBS, blir også problematisert og spesifisert opp mot målgruppa. En informant sier det slik:

Og så er det jo en gruppe som er veldig vare for avvisning. Det å føle seg forlatt. Det er jo ofte en grunnproblematikk for mange av de ungdommene som vi har her.

De beskriver videre at det å miste fosterhjemmet sitt eller å få vite at barnevernet ikke finner et hjem som passer vil trolig kunne oppfattes eller føles som avvisning og/eller å være overlatt til seg selv.

5.3.3 Medvirkning

5.3.3.1 Rettigheter innbakt i organisering, hverdag og fritid

Informantene gir uttrykk for at de følger de standarder som alle institusjoner skal følge når det gjelder tilrettelegging for medvirkning og ivaretagelse av ungdommenes rett til medvirkning i hverdag og fritid. Rettigheter knyttet til medvirkning er innbakt i organiseringen i form av ukeplaner, gjennomføring av husmøter og ukesamtaler. Husmøtene er en arena for medvirkning der ungdommene eksempelvis kan gi uttrykk for ønsker om spesifikke aktiviteter/gjøremaal i ukedager og helger:

Ja, det er det veldig fokus på når vi har husmøter på mandager da; hva ønsker dere å gjøre i helga, er det noen ting dere kunne tenke dere? Og hvis de ønsker en opp og ned-tur til Danmark, så prøver vi å tilrettelegge for det (...).

Det vises også til at miljøpersonalet i institusjonen har et ansvar for å sikre at ungdommene har innflytelse i sin hverdag og fritid, og at de oppfatter at ungdommene har gode muligheter til å oppleve dette den tiden de bor på LBS:

Og så må vi jo forholde oss til lovverk også her, oppi dette. Sånn at vi har jo faktisk plikt til å tilrettelegge for fritidsaktiviteter. Det er en del av vår jobb. Og vi har plikt til å tilrettelegge for samvær, både med venner og familie (...).

(...), de har liksom arenaer, synes jeg, hele veien for å kunne påvirke hva slags hverdag de skal ha. Så jeg synes jo sånn at ut ifra det jeg kan tenke meg av brukermedvirkning, så tror jeg vi ligger ganske høyt oppe både i behandling og i det livet de har rundt seg da (...).

I det siste utsagnet gir informanten uttrykk for å oppfatte at institusjonen retter oppmerksomhet mot ungdommenes medvirkning både i hverdagsliv/fritid og behandling.

5.3.3.2 Systematisert medvirkning gjennom behandlingsmodellen

Informantene beskriver at LBS har mange strukturer for medvirkning, og at de gjennom behandlingsmodellen har en form for strukturert brukermedvirkning som kanskje er annerledes enn ved mange andre institusjoner. Det er denne strukturerte medvirkningen informantene vekter mest, når de reflekterer rundt tematikken. Én informant synes å oppfatte ungdommenes medvirkning i behandlingen og frihet under oppholdet som usedvanlig:

(...), jeg ble faktisk litt overrasket over det når jeg begynte her, at ungdommene har såpass medvirkning i sin egen behandling, i sitt eget opphold her på Lunde. Og har så mye frihet. Og det opplever jeg faktisk fortsatt, at jeg vet ikke hva min holdning til det er da, med en såpass frihet (...).

Når informantene redegjør nærmere for det de omtaler som strukturert eller systematisert medvirkning viser de blant annet til verktøyet atferdskjedeanalyse (AKA). I institusjonsplanen beskrives AKA som et standardisert og normert kartleggingsverktøy og omtales videre som det viktigste kartleggingsverktøyet i det daglige arbeidet med ungdommene (s. 37). AKA benyttes i etterkant av en uønsket situasjon/hendelse, hvor en ungdom har anvendt fokusatferd og utsatt seg selv for fare, eksempelvis gjennom rømming eller selvskading. Verktøyet bidrar, ifølge informantene, til å forstå hvorfor hendelsen fant sted, på bakgrunn av ungdommens gjennomgang og redegjørelse for hva hun/han tenkte i situasjonen. Hva var det egentlig som skjedde? Hvilke ferdigheter manglet eller kunne ikke ungdommen gjøre bruk av i situasjonen? Hva var forsterkende i situasjonen? Betydningen av AKA redegjøres nærmere for på følgende vis:

Men her så skal vi ikke anta. Vi skal vite faktisk hva ungdommen tenkte, i den spesifikke situasjonen. Det er de atferdskjedene vi gjør. Så jeg tenker bare der, det er jo en systematisert brukermedvirkning

Så tenkte jeg på noe viktig som jeg kom på, når du snakket nå, det er jo det her med atferdskjedeanalyser. Fordi at vi skal jo ikke gjette, altså når vi skal legge tilnærming for en ungdom, så skal vi jo helst ikke gjette. Vi skal jo prøve å være

så treffsikre som mulig, og da er det jo basert på informasjon som ungdommen gir selv, ikke sant. På hva var det som trigget, hva var sårbarhetene, ikke sant. Så vi skal inn der veldig tidlig og finne ut hva ungdommen trenger, basert på informasjon som ungdommen gir. Så det er jo en sånn styrke, ikke sant (...).

Gjennom ungdommens aktive deltakelse og tilbakeblikk på situasjonen, hvor miljøpersonalet lytter til dennes beskrivelse, beskriver ansatte at det er mulig å forstå hva ungdommen trenger og derigjennom bidra med konstruktiv støtte som hindrer gjentakende uønskede hendelser. Informantene viser også til fokusavtalen som ungdommen er med på å definere, gjerne på bakgrunn av én eller flere atferdskjedeanalyser, som stadfester hvordan miljøpersonalet skal agere i gitte situasjoner:

‘Jo, når du følger etter meg i den situasjonen så blir det faktisk farligere for både deg og meg ikke sant’, sier ungdommen til oss. ‘Hadde du kommet inn på rommet mitt da, hadde jeg kommet ut sånn med en glassbit’ (...). ‘Okei, men da får vi det inn det i planen din da. At når du velger å gå her ifra og på veien, så følger vi ikke etter deg (...), for dette har du bedt om.’ Så da blir du ganske hørt vil jeg påstå, som en ungdom, du får det valget at vi følger ikke etter deg hvis det er det du ikke ønsker (...).

Vi er jo veldig opptatt av at ungdommene skal få medvirke i sitt opphold her. Vårt fokus er jo det. Nå vet jeg ikke hvordan ungdommene svarer, ut ifra hvordan de ser det. Men vi legger jo til rette for medvirkning fra ungdommene. De skal ha noe å si, de skal være med å definere når det er snakk om fokusavtale, hva de skal jobbe med, hva som skal stå i deres periodeplan (...).

Fokusavtalene baserer seg på medvirkning fra ungdommens side, i den forstand at det er deres uttrykte ønsker som danner grunnlag for hvordan miljøpersonalet agerer ovenfor ungdommen i gitte situasjoner. Samtidig fremgår det av fokusgruppeintervjuene at miljøpersonalet generelt sett *ikke* følger etter ungdom som stikker av, og at dette anses som en hensiktsmessig og funksjonell måte å agere på ovenfor målgruppa.

Dagbokkort er også et verktøy som brukes i behandlingen. Den enkelte ungdom fyller ut et dagbokkort etter endt dag og vurderer/evaluerer hvordan dagen har vært og hvordan hun/han har reagert og handlet i ulike situasjoner. Kortene fungerer

som et analyseverktøy hvor ungdommen og individualterapeuten følger utviklingen fra dag til dag, uke til uke osv. De ukentlige individualterapitimene synes å ta utgangspunkt i- og å forutsette de daglige selvevalueringene som ungdommene gjennomfører. Dette oppfattes tilsynelatende også som en form for strukturert medvirkning:

I behandlingen da, så er det jo det her med dagbokkort og sånn der, det er jo også et mål som den enkelte har, ikke sant. Som er liksom et sånn jevnlig verktøy hvor de går igjennom og ser på sin egen dag og fyller ut. Og det er jo de som har satt seg dette målet, sammen med behandleren da. Så jeg tenker at brukermedvirkning må jo ligge høyt oppe.

5.3.3.3 Atferdskjedeanalyse - systematisert medvirkning og behandlingsmessig konsekvens

Når ungdommene deltar aktivt i behandlingen og er med på å definere mål og hvordan målene kan nås blir de, ifølge informantene, «endringsagent i eget liv». De snakker om betydningen av å styrke autonomien og å lære at når du tar aktive valg, så har du også ansvar for de valgene du tar:

Det er jo det vi, vi har jo en tanke om at det vil gjøre de mer myndige og rustet til å ta valg selv, ikke sant. Vi kan ikke på en måte tre noe over hodet på dem. De skal være motiverte når de kommer inn. Det er hele utgangspunktet. Vi kan ikke tvinge de til å ta imot denne behandlingen. Og så har vi nok en tanke og en erfaring om at ungdommene selv tar et større ansvar, når de faktisk er med. Så de blir på en måte ansvarliggjort også i større grad.

Informantene snakker også om at ovennevnte verktøy kan fungere som konsekvenser, som bidrar til at ungdommene eksempelvis *ikke* bryter tillit eller utsetter seg for farlige ting. For eksempel omtales AKA ikke kun som «en systematisert form for medvirkning», men også som en «behandlingsmessig konsekvens»:

(...). Så det har vi erfart her på huset, at ungene har blitt lei av å gjøre AKA, så det i seg selv virker som en konsekvens (...).

Ja, eller kanskje gjør de ikke en av de fokusatferdene de har definert når de er her, fordi at det å gjennomføre den AKA-en i ettertid, det er jo en konsekvens

i seg selv og en påkjenning for de, for det er jo et stort arbeid de må igjennom. Så da vil de heller velge å gjøre andre ting, for å slippe å havne i den situasjonen (...). For noen har fått mange. De synes at 'åh, må vi gjennom det en gang til'. Det er vanskelig, det er vondt, det er tungt å gå igjennom det. Så det er liksom sånn; 'Ja, men hvis du velger å gjøre det, så vet du hva som kommer i etterkant. Det er ditt valg, Du bestemmer hva du velger.

Her fremgår det tydelig at det å måtte gjennomføre AKA i etterkant av en uønsket hendelse/situasjon kan oppleves så vanskelig og tungt, at den i neste omgang virker preventivt. Med andre ord; at uønsket fokusatferd forebygges (den tiden ungdommen bor ved LBS), fordi følgene eller konsekvensene av å utøve atferden virker mer eller mindre avskrekkende.

5.3.4 OEM, DBT og DBT-OEM

5.3.4.1 Dialektikk, omsorg og endring

Om vi ser hen til LBS sin institusjonsplan viser denne til at man ved behandlingssenteret retter oppmerksomhet mot endringsarbeid og at dette gjøres gjennom «Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) og dialektisk atferdsterapi som er satt inn i rammen for et standardisert forløp for opphold i omsorgsinstitusjoner» (s. 10). Dialektisk atferdsterapi (DBT) omtales som LBS's fagmodell og under punkt 2.3 «Metodikk» står det videre som følger: «All behandling skal gis i tråd med den nasjonale prosjektrapporten og i henhold til Omsorgs- og endringsmodellen (OEM), basert på prinsippene i dialektisk atferdsterapi (DBT). Gjennom DBT er målet å bruke en forskningsstøttet metode til å skape varige endringer hos ungdom og deres omsorgspersoner/foresatte» (s. 16).

Når informantene i gruppeintervju redegjør nærmere for modellen de jobber etter viser de særlig til «dialektikken» og hvordan de vekter både omsorg og endring, og ikke kun omsorg:

Det som jeg tenker litt sånn, du spurte jo om modellen, altså jeg tenker jo tidligere fokus på barnevernsinstitusjoner, det har vært mye mer fokus på omsorg, fremfor endring, ikke sant. Det blir jo mye mer den dialektikken her da, med fokus på endring. Altså, du må ha begge deler, men det er noe med at hvis du faller i den ene grøfta så kan det. Så det å hele tiden balansere, det synes jeg jo den her modellen fint beskriver og sier noe om (...).

Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) retter oppmerksomhet både mot omsorg og endring, og er basert på dialektisk atferdsterapi-modellen. Dette er essensen i det informantene forteller i det første fokusgruppeintervjuet, når de blir spurt om hva som ligger i modellen. Noe av det samme står nedfelt i senterets institusjonsplan: «Kjernen i Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) er dialektisk atferdsterapi (DBT), kognitiv terapi (CBT) og økologisk tenking» (s. 22). De ansatte viser også til at DBT er prinsippbasert. På dette tidspunktet (første fokusgruppeintervju) beskriver de dessuten at de jobber med å se på likheter i OEM og DBT, og om de etter hvert kanskje kan begynne å benevne det DBT, siden måten de jobber på er «en type dialektisk atferdsterapi». Én informant sier det slik:

(...). Og vi har jo ikke bare Omsorgs- og endringsmodellen her, vi gir jo også DBT-behandling. Vi gir også helsehjelp. Så det er ikke standard DBT, men ja. Men vi har jo de viktigste bestanddelene er vel, det er jo individuelle samtaler, som gjøres en til to ganger i uka (...). Også har vi jo ferdighetsgruppe. Så vi har et team med miljøterapeuter, både fra ABUP og fra Bufetat som driver ferdighetsgrupper her, med ungdommer. Og da er det en ener og en toer som leder de. Da er det fokus på moduler (...). Og så jobbes det jo også med ferdigheter i miljøet, og det jobbes med de prinsippene i den modellen i miljøet også, i miljøterapien (...).

Utsagnet tyder på at OEM relateres til institusjonsmiljø- og praksis, mens DBT relateres til helsehjelp og behandling. Samtidig fremgår det at ferdighetsgruppene, som er en bestanddel i behandlingen, drives av miljøterapeuter som er ansatt både i Bufetat (barnevern) og ABUP (helse). I forbindelse med gjennomføring av et nytt fokusgruppeintervju ett år senere anvender noen av de ansatte betegnelsen «DBT-OEM» i dialogen omkring senterets metode/modell. Dette kan tyde på at senteret har vært i en prosess, hvor de har kommet frem til en benevnelse som de vurderer som beskrivende for det faglige miljøterapeutiske behandlingstilbudet de tilbyr ved senteret. Det er imidlertid DBT, DBT-team og DBT-utdanningen som fremheves av de ansatte, når de forteller om hva som er karakteristisk med opplegget ved LBS sammenliknet med andre barneverninstitusjoner. Én av de ansatte omtaler OEM som «datteren til DBT» og uttrykker videre: «For DBT er jo egentlig sånn poliklinisk rettet, mens OEM er institusjonstilpasset, mens her på denne institusjonen så går vi for DBT (...). DBT-OEM er et begrep vi også bruker (...)».

Ved LBS tenker de at DBT-OEM handler om å jobbe sammen i team, og at de ansatte har et felles ansvar hvor de (sammen) bidrar i behandlingen med mål om å skape endring og en bedret situasjon for ungdommene.

5.3.4.2 Atferd og endring av atferd

Atferd og endring av atferd fremstår som essensielt i arbeidet ved LBS. Ulike begreper og betegnelser som benyttes for å redegjøre nærmere for miljøterapi og behandlingsopplegg er: «atferdshierarki», «atferdsprinsipper», «atferdsuttrykk», «fokusatferd», «livstruende atferd», «slukking av atferder», «forsterkning av atferder» og «atferdskjedeanalyse»/«AKA». Mye oppmerksomhet rettes mot hvordan man velger å respondere på fokusatferder og hva som bidrar til å forsterke eller slukke alvorlige og noen ganger «livstruende atferder»:

Vi ser jo at de beveger seg ned i atferdshierarkiet, fra livstruende atferd kanskje. Vi har jo hatt noen som har kommet hit med livstruende atferd, og så ser vi jo at de har beveget seg ned flere hakk da, i det atferdshierarkiet. Det er jo et hierarki både i OEM og i DBT, de er sånn nogen lunde like (...). Og så tenkte jeg også på noe viktig som jeg kom på, ..., det er jo det her med atferdskjedeanalyser (...) Vi skal prøve å være så treffsikre som mulig, og da er jo det basert på informasjon som ungdommen gir selv, ikke sant (...). Det ser vi jo med noen av de som kommer hit, som har faktisk blitt invalidert av hjelpesystemet, og blitt forsterket. Det er jo vår jobb, på en måte, å prøve å unngå det (...). Og derfor gjør vi sanne atferdskjedeanalyser.

Informanten forteller om viktigheten av å hjelpe den enkelte ungdom på bakgrunn av at de finner ut/vet hva som utløser og/eller forsterker atferden, og at de ikke skal gjette «ja, men det er sikkert litt sånn eller det er sikkert litt sånn». Det er (blant annet) atferdskjedeanalysene som gjennomføres sammen med ungdommen, som gir dem innsikt i sårbarhetene og hva som trigger. Samme informant forteller videre noe om hvordan de reflekterer rundt og responderer på ungdommenes sterke atferdsuttrykk:

(...). Det er jo sånn extension birth, er det ikke det de kaller det i DBT? At du på en måte må slukke lenge nok til at du ser at ting går ned da, når de ikke får respons på...spesielt i forhold til blålys da. For det er jo flere som kommer hit, som har erfaring med mye ambulanse, politi og legevakt. At det er veldig sånn sirkus rundt de nesten når de, at de får, de har kontakt med veldig mange nødetater. Binder opp mye og får mye forsterkning, antar vi da, som følge av

det. Vi prøver jo at hjelpen skal gis på Lunde, det er her både helsehjelpen og omsorgen skal være. Så vi er ikke tilhengere av innleggelse. De er innlagt her, skulle jeg til og si.

Det å beholde roen, ikke respondere ved å følge etter og hente hjem en ungdom med livstruende atferd som har rømt, samt ikke kontakte nødetater umiddelbart i slike situasjoner, blir beskrevet å bidra til å slukke uhensiktsmessig alvorlig atferd.

En annen informant sier det slik:

Hvis de løper opp mot motorveien og så skal ikke vi løpe etter, det høres jo helt sykt ut. Men så bare, når man på en måte har opplevd det flere ganger og man ser effekten av å ikke løpe etter, så er det liksom mye tryggere å stå i det. Kan nesten puste lettet ut og sette meg ned å drikke kaffe nesten, fordi at man vet at det har en så god effekt og ikke løpe etter.

Ansatte ved LBS gir uttrykk for at det å ikke gi ungdommene respons og/eller oppmerksomhet rundt ovennevnte atferd i situasjonen/når hendelsen skjer, har god effekt. Det demper og slukker det som etter hvert omtales som «livstruende atferd», mens en motsatt respons har en tendens til å forsterke atferdsuttrykket.

Med hensyn til DBT bemerkes også at metoden kan hjelpe ungdommene med å analysere og forstå når og hvorfor de reagerer/agerer slik de gjør, og at de gjennom dette får større mulighet til å hjelpe seg selv:

(...), at ungdommen blir hjulpet til å se at det går an å påvirke livet sitt, til det bedre da (...). Det er mye som skjer i livet og så blir du spurt; hvorfor skjedde det? Og så har du ingen anelse. Men her tror jeg vi kan gi ungdommene et begrepsapparat og på en måte en mulighet til, eller evnen til å analysere hva som foregår i livet. Sånn at de kan ta grep på egen hånd (...).

Mer generelt om behandlingen og hjelpen de kan tilby, reflekterer én av de ansatte slik i forbindelse med vårt siste besøk ved LBS:

Så jeg har tenkt etter hvert at det er ingen som er behandlet ferdig etter 9-12 måneder på Lunde. Men de har fått med seg noe. Og noe nyttig som de kan bruke senere i livet.

Av ledelsesintervju fremgår noe av det samme:

Vi ser tydelig at ungdommene har en utvikling hos oss, men de trenger jo også videre oppfølging etter utflytting.

Informantene gir videre uttrykk for at ungdommene får noen verktøy som gjør det mulig for dem å håndtere sine psykiske helseutfordringer på en bedre måte, men at det ikke er snakk om noen form for «kvikkfix». De peker på nødvendigheten av at ungdommen selv bidrar til endring. Ansatte viser i denne forbindelsen til at behandlingsopplegget søker å støtte på en slik måte at den enkelte ungdom kan bli endringsagent i eget liv. Imidlertid viser de ansatte svært lite til hvordan de ved LBS arbeider aktivt med å skape endringer hos ungdommens *omsorgspersoner/foresatte*, når de snakker om behandlingsopplegget. Dette til tross for at det i senterets institusjonsplan under punkt 2.3 «Metodikk» (s. 16), står at målet er å skape varige endringer hos ungdom og deres *omsorgspersoner/foresatte*. Dette synes derfor å være en del av den opprinnelige målsettingen som er formalisert i institusjonsplanen. Det kan stilles spørsmål ved om det rettes tilstrekkelig oppmerksomhet mot denne målsettingen, og/eller om den i realiteten er mulig å nå. Som vi bemerker gjentatte ganger i rapporten er det gjerne slik at ungdommene, ved inntak LBS, ofte ikke vet hvor de skal flytte og/eller hvem de skal bo sammen med i etterkant av oppholdet. Ifølge ansatte ved LBS bruker gjerne barneverntjenestene store deler av ungdommenes botid ved LBS til å klarlegge dette, og ofte kommer dette på plass først like i forkant av ungdommens utflyttingsdato. Dette innebærer selvsagt også ofte at målet om å involvere omsorgspersoner/foresatte i behandlingsopplegget blir vanskelig å nå.

5.3.4.3 Ferdighetsgruppe og individuelle samtaler

Ved LBS ledes ferdighetsgruppa av miljøterapeuter som har opplæring i DBT og OEM. Det skal gjerne være én miljøterapeut fra ABUP og én fra Bufetat til stede når det gjennomføres ferdighetstreninger. Dette er miljøterapeuter som også er sammen med ungdommene i miljøet i det daglige. Ferdighetstrening handler om endringsarbeid der ungdommene, sammen med miljøterapeutene som leder gruppa, lærer om - og øver på ulike ferdigheter som kan bidra til tryggere og mer hensiktsmessige reaksjoner i situasjoner som oppleves som krevende og belastende. En målsetting ved denne delen av behandlingen er generalisering av ferdigheter; det vil si at ungdommene også tar ferdighetene i bruk i hverdagslivet og de naturlige miljøene de er en del av, slik at disse opprettholdes over tid.

Ferdighetene er å forstå som erstatningsatferd og deles inn i fem bolker; mindfulness (tilstedeværende sinn), mellommenneskelige ferdigheter (om vennskap og hvordan man forholder seg til andre mennesker rundt seg), følelsesregulering (regulere egne følelser), finne mellomtingen (hvordan unngå konflikter med andre mennesker og hvordan se andre menneskers perspektiv) og hold ut (hvordan håndtere vanskelige situasjoner og følelser)²⁸.

Både gjennom gruppeintervjuer med ansatte og intervjuer med ledelse kommer det til uttrykk at ferdighetsgruppene har en funksjon, og at det også rettes betydelig oppmerksomhet mot ferdigheter/ferdighetstrening i miljøet i daglige, utenom gruppene. Når det gjelder generalisering av ferdigheter oppfattes dette momentet som svært viktig, men det kommer også opp diskusjoner der det reflekteres rundt i hvilken grad det skal rettes oppmerksomhet mot dette i det daglige i miljøet. Selv om ansatte gir uttrykk for at de har mange gode erfaringer med denne delen av ferdighetstreningen og at de «ser at det virker», reflekterer de også rundt spørsmål som handler om stort behandlingstrykk og at ungdommene kan gå lei og miste motivasjonen.

Erfaringene med ferdighetsgrupper og generalisering av ferdigheter som del av behandlingen ved LBS diskuteres også i gjennomføringen av et ledelsesintervju. Én av informantene sier som følger om erfaringene så langt:

Det er veldig individuelt. På den ene siden tror jeg det handler litt, altså det handler mye om ungdommens forpliktelse, sant. Hvor villig er man til å gå inn i det endringsarbeidet? Ofte ser vi jo også at det henger sammen; oppmøte hos psykolog og oppmøte på ferdighetstrening. Det er veldig få ungdommer som bare møter på det ene og ikke på det andre over tid.

Informanten viser til grad av forpliktelse og at dette momentet er vesentlig med hensyn til om ungdommen møter opp til ferdighetsgruppe og psykolog. Når det gjelder generaliseringsaspektet sammenlikner informanten behandling i institusjon versus behandling i poliklinikk:

(...), men jeg tror absolutt det er en faktor at man kan bli behandlingstrøtt fortere, fordi det er så til stede hele tiden. Disse foreldrene som er med i

²⁸ https://www2.bufoir.no/Barnevernsinstitusjoner/omsorgs_og_endringsmodellen/; https://www2.bufoir.no/globalassets/global/nbbf/institusjon/brosjyre_oem_samarbeidspart-ensidig.pdf.

ferdighetsgruppene her, de maser jo ikke like mye som miljøterapeutene på Lunde.

Det gis uttrykk for at én viktig forskjell når det gjelder behandling i institusjon versus poliklinikk er at behandlingen i institusjon «er så til stede hele tiden», og at dette trolig kan ses i sammenheng med at ungdommene kan oppleve å bli fortere behandlingstrøtte, enn ungdom som går i poliklinisk behandling.

Samtidig forteller informanten om det hen opplever som en viktig forskjell mellom behandling i institusjon versus poliklinikk, når det gjelder sanksjonsmuligheter. I den polikliniske behandlingen ved ABUP mister ungdommen tilbudet om hen ikke møter (et visst antall ganger) til individuell samtale og ferdighetsgruppe. Informanten mener at denne sanksjonsmuligheten fører til at forpliktelsen gjerne øker, og etterlyser samme mulighet i behandlingsopplegget ved LBS og BBS:

(...). Så det har vi ofte diskutert (...), hvordan vi kan skape noe liknende for å gi litt ekstra puff på at jeg må møte (...). Det signaliserer noe av viktigheten med å delta på hele forløpet.

Dermed viser informantene som deltar i ledelsesintervjuet både til at spesifikke sanksjonsmuligheter (som per i dag ikke foreligger) kunne ha styrket ungdommenes forpliktelse til å møte til ferdighetsgrupper og individuelle samtaler, og at behandlingstrykket (særlig gjennom arbeidet med generalisering av ferdigheter) trolig bidrar til behandlingstretthet blant ungdommene ved LBS.

Når ungdom nekter å møte opp- og delta i ferdighetsgrupper og/eller gir uttrykk for at de ikke lenger ønsker å motta behandling generelt, rettes oppmerksomheten mot forpliktelsesstrategier og reforpliktelse:

I første omgang vil vi jo prøve å få til en reforpliktelse. Som vi kaller det i modellen. Å bruke forpliktelsesstrategier (...). Men det er klart at du får ikke til en psykologsamtale med en ungdom som ikke har lyst på en psykologsamtale. Så da er det jo det miljøterapeutiske som blir viktig. Og det skjer at vi ikke får det til (...).

I forbindelse med utfordringer knyttet til oppmøte i ferdighetsgrupper kommer det også frem at det ved LBS, «til en viss grad», har blitt tilbudt individuell ferdighetstrening:

(...), det er jo det vi tilbyr på Lunde behandlingssenter, ferdighetsgruppe. Også har vi hatt ungdommer som for en periode, kanskje, eller for å komme inn i ferdighetsgruppa, har hatt behov for individuell ferdighetstrening. Og da kan vi gi det for en periode (...).

Informantene forteller videre at det for én av ungdommene ved LBS, som fungerte svakt kognitivt, har blitt gjennomført kun individuell ferdighetstrening.

5.3.5 Skole

For barn og unge som bor på institusjoner er det fylkeskommunen som har ansvaret for grunnskoleopplæring og videregående opplæring. I Vest-Agder utføres dette arbeidet av SMI- skolen. SMI-skolen i Agder tilbyr blant annet spesialpedagogisk hjelp til grunnskoleopplæring, videregående opplæring og voksenopplæring på grunnskolens område. Skolen skal også gi et skoletilbud til elever som er innlagt på offentlige og private barneverninstitusjoner i Agder²⁹.

5.3.5.1 Lista må ikke legges for høyt

LBS har to skoleansvarlige som samarbeider med SMI-skolen, og som skal bidra til å sikre at ungdommene ved LBS raskt får et skoletilbud, og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Ansatte forteller at alle ungdommene som bor på LBS må skrives inn på SMI, men at det likevel kan være mulig å bli tatt opp som elev på nærskolen:

Vi må skrive de inn der. Det er jo en skole som alle institusjonene skriver inn, de som er, altså enten du er på sykehuset eller du er i en barneverninstitusjon, så skrives du inn der. Vi sender innmelding.

Ja, eller i hvert fall at de må skrives inn der. Men det er jo ungdommer som har begynt på nærscole fra første stund og ikke vært på SMI. Så de må ikke begynne der, men de må på en måte inn i det systemet.

I intervjuene med ansatte og ungdommer fremgår det likevel at normalen er at ungdommene som bor på LBS går på SMI-skolen. Ungdommene gir i denne forbindelsen uttrykk for å være langt mer kritiske til SMI/skoletilbudet ved SMI, enn de de ansatte (Se neste delkapittel Lunde behandlingssenter – Ungdommenes erfaringer). De ansatte synes i større grad å være opptatt av at lista ikke må legges

²⁹ <https://smiagder.no/skolen-var/om-skolen/>

for høyt når det gjelder forventninger til gjennomføring av skolegang generelt, siden ungdommene gjerne har erfart betydelige utfordringer på skolearenaen tidligere, før inntak og botid ved LBS:

Men jeg tenker hvis man skal snakke om det med skole, så må man også se på hva ungdommene har erfart før de kom til Lunde, ikke sant. Så, i hvilken grad går de på skole før inntak, og i hvilken grad går de på skole etter inntak. Min opplevelse da, det er at det er utrolig viktig å legge lista riktig. Legger du lista der at det ikke skal være noe skole, så kan det være helt feil selvfølgelig (...). Men legger du lista der at de skal på en måte gjennomføre et fullt skoletilbud, altså dette er ungdommer som, det er en svært sårbar gruppe ungdommer. Vi kan ikke tenke å ha mål for de som om de skulle ha vært en normal populasjon, i forhold til skoleoppmøte heller. Ikke sant? Og veldig mange har jo strevd, spesielt med tanke på det med skole. Både i forhold til friminutt og det sosiale, sosiale ferdigheter, mellommenneskelige ferdigheter på skole, men også noen faglig når de kommer hit.

Vi ser vel at de ungdommene som er her profiterer bedre på litt skolegang på SMI, enn på en vanlig skole. Det er et stort behandlingstrykk og de har mange utfordringer. De fortelle om mobbing på skolen og dårlige skoleopplevelser...så hvis vi klarer å få til en trygg skoledag for de på SMI, så er vi godt fornøyde.

Informanten poengterer at ungdommene ved LBS er en svært sårbar gruppe, noe som blant annet innebærer at man ikke kan forvente det samme hva angår skole/ skoleoppmøte av dem som for andre ungdommer. Flere ansatte gir dessuten uttrykk for at det å gjennomføre normal skolegang ikke er forenlig med det som kreves i behandlingen ved LBS, og om ungdommene i utgangspunktet selv ønsker å gå på skolen hver dag så viser det seg at dette ikke fungerer:

Og vi er blitt mye flinkere til å være ærlige på at dette er en behandling som krever noe. For der er ikke bare, bare å fullføre et fullt skoleløp ved siden av.

Det vi ser i praksis det er jo at, for vi har ungdom som ønsker å gå et fullt skoleløp på videregående, men det er veldig krevende (...). For når du bor her, ustabil tilværrelse i utgangspunktet, kommer hit, vet ikke hva du kan forvente deg her, mange nye folk du ikke kjenner. Så det har ikke fungert for noen av ungdommene som har vært her, noen har jo ikke gått på skolen en gang.

De ansatte problematiserer ikke løsningen med SMI-skolen og/eller tilbudet ungdommene får gjennom denne, eller hvordan ungdommene selv eventuelt opplever/har gitt uttrykk for at de opplever skoletilbudet. Det er derimot det å gjennomføre skolegang i seg selv, sett i sammenheng med ungdommenes tidligere erfaringer og med behandlingsopplegget ved LBS, de ansatte er opptatt av å formidle at er krevende/belastende for ungdommene. Flere av ungdommene gir, på sin side, uttrykk for å være lite fornøyd med skoletilbudet og selve skoleopplegget ved SMI i forbindelse med botiden ved LBS. (Her: Se delkapittel 5.4 Lunde behandlingssenter - ungdommenes erfaringer). Forståelser og perspektiver på skole/skolegang synes med andre ord å være til dels ulike om man sammenlikner ungdommenes versus de ansattes gjengse oppfatninger.

De ansatte gir uttrykk for at de oppfatter at noen ungdommer er for optimistiske og til dels urealistiske hva angår gjennomføring av skolegang i forbindelse med oppholdet på LBS. Her er en meningsutveksling om erfaringer med skole mellom tre ansatte:

A: «(...). Ungdommer som er seksten-sytten år som sier: 'Jeg skal! Jeg skal begynne på videregående. Enda vi vet at de har mange vanskelige skolehistorier. Mye mobbing og alt mulig»

B: «Men da har vi jo det at de prøver»

C: «Legger lista der oppe, ikke sant»

B: «Og da står vi heller klare til å ta de imot»

C: «(...). Det er ikke alltid så gøy for ungdommene å høre, men vi må noen ganger tørre å være ærlige på; 'Okey, dette og dette har skjedd. Hva er det som nå gjør at du tenker at du skal kunne gå hundre prosent på skole og dette skal gå kjempefint? (...)»

Når de ansatte reflekterer høyt om de erfaringene de har gjort seg med hensyn til skolegang kan det synes som om de ønsker både å realitetsorientere og beskytte ungdommene. De beskriver at noen ungdommer legger lista for høyt, slik at de ikke har mulighet til å oppleve mestring på skolearenaen. Ansatte blir bekymret for at dette skal bli nok et nederlag, som de ansatte indirekte gir uttrykk for at de ønsker å beskytte ungdommen fra å oppleve.

5.3.5.2 Normal skolegang er ikke forenlig med behandlingsopplegget

I et annet gruppeintervju fremgår det også at de ansatte erfarer at (normal) skolegang ikke er forenlig med det som skjer i hverdagen på LBS den tiden ungdommene bor der:

Behandlingen her samsvarer ikke med å kunne gå et normalt fullt skoleløp. Det er nesten umulig. Både fordi ungdommene som kommer hit har såpass store utfordringer, men også fordi det er såpass tidkrevende og utfordrende for dem å ha behandling når det er såpass mye og så skal de ha vanlig skole i tillegg da.

Behandlingsopplegget, som blant annet innebærer ferdighetstreninger og individuelle samtaler med psykolog på dagtid, og som ansatte omtaler som «intensivt og krevende», gjør det nærmest umulig å planlegge og gjennomføre normal skolegang. Én ansatt sier det slik: «Den intensive behandlingen går ikke i hop med vanlig skolegang.»

Ansatte forteller at Bufetat har hatt et enormt trykk på skole/viktigheten av skolegang for ungdom som bor i barneverninstitusjoner, men at det for målgruppa ved LBS «ligger litt i sakens natur» at det er noe annet enn skole som blir prioritert først:

(...) Hvis du selvskader fire ganger i uka, så kanskje vi må ta tak i det først sånn at de får et liv verdt å leve. Så går det an å ta skole senere.

Hvis du har så sterk atferd at du...det er litt sånn 'kanskje lever du ikke i morgen', fordi du faktisk har tatt livet av deg, ikke sant. Skal vi da mase og pushe på skole eller skal vi vente å prøve og stabilisere det. Ikke sant. Så jobber vi jo veldig med det og ønsker å få jobbet de lavere ned i hierarkiet, sånn at når de flytter fra oss igjen, så er det ikke sånn at de ikke har atferd eller ikke har utfordringer. Det er sånn at det skal være lavere ned, sånn at det er mer håndterbart sånn at neste institusjon da kan ha mer fokus på skole, fordi de har lært noen verktøy for hvordan de kan håndtere det i stedet for å selvskade eller prøve å ta selvmord da eller den type ting. Så det er det som er målet vårt da - å jobbe de lenger ned

De ansatte forteller at de retter oppmerksomhet mot ungdommenes skolegang og at de synes skole er viktig, men at de ikke vil mase om dette. De oppfatter at det kan bli for mye med både skole og behandling for ungdommene som bor på LBS, og at det

i denne sammenhengen er behandlingen som må prioriteres. Det gis uttrykk for at behandlingsopplegget ved LBS ikke går i hop med ordinær skolegang.

5.3.6 Utflytting

5.3.6.1 En prosess som kan bære preg av utrygghet

Som beskrevet tidligere opplever ansatte det som en betydelig utfordring at det ved inntak ofte ikke foreligger en plan og en definert omsorgsbase for tiden etter ungdommenes opphold ved LBS, eller at planlagte omsorgsbaser blir brutt i etterkant av ungdommens innflytting. Ansatte beskriver dette som et svik både fordi det er et krav som ofte ikke innfris, og fordi det bidrar til å skape en utrygghet som ungdommene må leve med under oppholdet ved LBS: «Tenk på den utryggheten da. Du vet ikke hvor du skal bo om et halvt år». Ansatte snakker også om at de opplever å miste et viktig verktøy i arbeidet med ungdommen om fremtidige mål, når det er slik at de ikke vet hva som skal skje videre i ungdommens liv etter botiden ved Lunde. Det representerer dessuten et hinder som gjør det vanskelig å følge prosedyrer (i henhold til standardisert forløp) i forbindelse med utflytting.

Det skal foreligge en plan for utflytting når ungdommen flytter inn, som utarbeides i samarbeid med den kommunale barneverntjenesten, men i praksis skjer dette nokså sjelden. Det arbeides derfor ofte med å finne en egnet omsorgsbase til ungdommene mens de bor og mottar behandling ved LBS. Som beskrevet tidligere oppfatter ansatte at dette momentet kan bidra til å hemme ungdommens motivasjon for, og forpliktelse til, å ta imot behandling. I en del tilfeller har de erfart at ungdom mister all motivasjon, og at de bestemmer seg for ikke lenger å ta del i behandlingsopplegget. Når dette skjer, blir en manglende planlagt omsorgsbase et særlig dilemma:

Noen ganger må vi også avbryte behandlingen, og da har vi erfaring med at ungdommer blir her lenger enn de bør.

Det er jo frivillig å motta behandling (...). Så man står jo i beit på et vis når man har en ungdom som ikke vil motta behandling eller som..., som trekker samtykket.

Ansatte forteller at ungdom som avbryter behandlingen fortsetter å bo på LBS, fordi de ikke har noe annet bosted. Inntrykket deres er at et flertall av ungdommene som har bodd på LBS har flyttet videre til en annen barneverninstitusjon. Som én ansatt

sier det: «Institusjon er hovedtrenden, altså». De ansatte beskriver at de færreste har flyttet til biologisk familie eller fosterhjem, mens noen få har flyttet på hybel med oppfølging.

5.3.6.2 Behandlingsbrudd og utilsiktede flyttinger

Utilsiktede flyttinger fra LBS er stort sett relatert til behandlingsbrudd som kan ha å gjøre med at ungdommen ikke er mottakelig for behandling, fordi ungdommen opplever utrygghet eller ikke vet hva som skal skje videre i livet etter oppholdet på LBS. De ansatte viser imidlertid også til viktigheten av å tydeliggjøre ovenfor ungdommene hva det innebærer å bo på LBS, når det gjennomføres samtaler i forkant av inntak:

Det kan være at ungdom ikke vil være her, at de ikke tar imot behandling. De vil ikke ha samtale med psykolog, de vil ikke delta i gruppeterapi og ferdighetstrening. Så jobber vi jo mye med motivasjon også, men det er ikke alltid vi lykkes. Ungdom har vel også sagt noen ganger at 'jeg visste ikke at det ville være sånn – jeg visste ikke at jeg måtte det for å bo her', så vi har jobbet mye med inntaksfasen også for alt dette henger jo sammen, for å informere godt om hva det innebærer å bo på Lunde

Ansattes inntrykk er at enkelte ungdommer ikke har oppfattet/forstått hva som forventes og kreves av dem i hverdagen ved LBS. Nå rettes det mer oppmerksomhet mot å informere grundig før inntak og å sjekke om den enkelte ungdom faktisk forstår hva det innebærer å takke ja til en plass på senteret. Ungdommen skal også på forhånd vite hva som skjer om de velger å avbryte behandlingen underveis. Én av de ansatte sier det slik: «Når de takker nei til helsetjenesten som ABUP tilbyr, så er det flytting next».

Ungdommen kan i utgangspunktet ikke fortsette å bo på senteret dersom behandlingen som tilbys av helse/ABUP brytes, men i praksis skjer dette likevel siden den kommunale barneverntjenesten ofte ikke har avklart et videre bosted/ omsorgstilbud for ungdommen. Ansatte gir uttrykk for at det å ha en plan for utflytting allerede ved inntak er viktig, fordi det bidrar til å skape ro og trygghet for ungdommen:

Vi har det oppe som tema, fordi vi tenker at det er trygt og at det er lettere å ta imot behandling om du vet hvor du skal etterpå. Det er en trygghetsfaktor som

det er viktig å få på plass tidlig. Vi strever etter å være gode på det, altså, men det er ikke alltid vi lykkes (...).

I gruppeintervjuet forteller ansatte at barneverntjenestene kan ha litt urealistiske forestillinger hvor de antar at oppholdet og behandlingen ved LBS vil gjøre ungdommen frisk, slik at de kan flytte hjem igjen. Når barneverntjenestene har dette som eneste plan og ingen andre alternative planer, så blir det ifølge én av de ansatte «følgefeil», som videre påpeker at man gjerne kan ha en drømmescenariet-plan, men at det er enda viktigere å ha en realistisk plan.

5.3.6.3 Standardisert forløp, overgangsfase og replaseringer

Selv om det ikke foreligger en plan for utflytting ved inntak, så søker man å følge det standardiserte forløpet⁴. Dette innebærer blant annet at det rettes oppmerksomhet mot, og arbeides aktivt med å forberede til det videre livet etter LBS fra om lag tre måneder før utflyttingstidspunktet. Én av de ansatte beskriver det slik:

Vi følger jo standardisert forløp (...). Det skal jo starte 3 måneder før de flytter. Da skal det jo ligge et tiltak som forteller hvor de skal videre og det...og noen ganger er ikke det like lett, men det er jo noe vi har fokus på helt fra de flytter inn. Så blir det mer og mer intensivert etter hvert som det nærmer seg utflytting (...). Den siste måneden er det jo ganske intensivt.

Ved LBS er det teamet rundt den enkelte ungdommen som arbeider med å forberede utflyttingen. Dette består av psykolog, miljøterapeut fra ABUP, en fagansvarlig, ungdommens hovedkontakter, skoleansvarlig, familieansvarlig samt avdelingsleder. Videre samarbeides det med den kommunale barneverntjenesten, familie og nettverk. I tillegg involveres tiltaket Multisystemisk terapi – familieintegrerte overganger (MST-FIT), inntak og fastlege når det er aktuelt. Videre bosted, omsorg og nettverk, behov for helsehjelp/henvisning til videre behandling og innsøking på skole for videre skolegang er viktige områder som teamet og eksterne samarbeidspartnere arbeider med i forbindelse med utflyttingsprosessen.

Når det gjelder involvering av ungdommen følges det et standardisert forløp; det lages overgangsplaner, overgangsrapporter og det gjennomføres avslutningssamtaler. Ungdommen har innsyn i alle rapporter og planer, men ifølge ansatte varierer det veldig fra ungdom til ungdom hvor mye de selv ønsker å være involvert: «De er

en sentral aktør hvis de ønsker det selv gjennom hele oppholdet på Lunde, men så varierer det hvor mye de ønsker å delta selv da.»

For ungdommer som flytter videre til en annen barneverninstitusjon, noe de ansatte anslår gjelder den største andelen av ungdommene som har hatt opphold ved LBS, handler prosessen/overgangen også om å avlegge besøk ved den nye institusjonen i forkant av flytting. Dette til tross for at det i LBS sin institusjonsplan beskrives at det er viktig å redusere og forhindre replasseringer:

Det er også viktig å forebygge uønskede flyttinger. Her er fokuset spesielt rettet mot flyttinger mellom ulike barnevernstiltak med bakgrunn i at en ikke tidligere har greid å etablere et helhetlig og hensiktsmessig behandlingstilbud. Videre er det et mål at et integrert institusjonstilbud kan redusere akutte innleggelser i psykisk helsevern og barnevernsinstitusjoner. For å redusere og forhindre replassering tilbys det MST-FIT behandling for ungdommene for å sørge for god overføring hjem eller til fosterhjem. Dette skal sikre generalisering av ferdigheter ungdommene har lært ved behandlingssenteret (s. 15).

Ut fra det ansatte og representanter fra ledelsen forteller kan det være grunn til å stille spørsmål ved om LBS oppnår denne delen av målsettingen som står beskrevet i institusjonsplanen.

På spørsmål om hva som har kjennetegnet utflyttingsprosesser som de ansatte har oppfattet som suksessfylte, svarer én av informantene følgende:

Ja, da har vi hatt kontroll på hvor ungdommen skal når hun kommer hit. Ungdommen selv har vært klar over dette og fått informasjon hele veien, vært delaktig i utflyttingsprosessen sin. At vi har fått koplet på der ungdommen skal videre, om det er institusjon eller fosterhjem eller eventuelt hjem, som også har vært delaktig i behandlingen her. Det vil si lært om ferdigheter og vært klar over hvilken behandling ungdommen har fått her og kan ta det med seg videre og hjelpe ungdommen med det vi har hatt suksess med her da, altså de nye ferdighetene de har lært.

Svaret viser at den ansatte opplever at hen trenger å vite og å ha oversikt over hva som skal skje videre i den enkelte ungdoms liv etter oppholdet ved LBS, i det ungdommen flytter inn. Dette bidrar til at ungdommen er godt opplyst om egen

situasjon og fremtid, noe som setter ungdommen i stand til å medvirke/delta aktivt i utflyttingsprosessen. Det gjør det i tillegg mulig for LBS å iverksette et samarbeid med den aktuelle omsorgsbasen i god tid før ungdommen skal flytte ut, noe som bidrar til å trygge overgangsfasen.

5.3.6.4 MST-FIT og oppfølging etter utflytting

Av LBS sin institusjonsplan fremgår det at det allerede i inntaksprosessen planlegges for ivaretagelse av samarbeid og kommunikasjon med ungdommens familie og nettverk under behandlingen, og for overgang fra institusjon og veien videre etter opphold. Tilbud om MST-FIT behandling skal bidra til en god tilbakeføring til hjem/fosterhjem. Videre poengteres: «For å redusere og forhindre replassering tilbys det MST-FIT behandling for ungdommene for å sørge for god overføring hjem eller til fosterhjem. Dette skal sikre generalisering av ferdigheter ungdommene har lært ved behandlingssenteret» (s 15). Det synes å bli tatt lite høyde for eventuelle replasseringer (i nye institusjonstiltak) for ungdommene som LBS beskriver som sin målgruppe i institusjonsplanen.

I gruppeintervju forteller ansatte at MST-FIT blir koplet på i de tilfeller hvor ungdommen flytter tilbake til hjemmet eller skal bo i fosterhjem, men ikke når de skal til ny institusjon. Dette skjer noen måneder før utflytting, og det gjennomføres da faste samarbeidsmøter med MST-FIT. I disse tilfellene har MST-FIT en veiledningsfunksjon inn mot familie og skole, både i forkant av at utflyttingen skjer og i etterkant. En del av det arbeidet som MST-FIT er involvert i er gjennomføring av ferdighetstreninger sammen med familien som ungdommen skal flytte til.

Ansatte forteller at de i en del tilfeller har hatt besøk av foresatte som har lært om ferdighetstrening selv om ungdommen deres ikke skal flytte hjem igjen. Dette anses som formålstjenlig, fordi ungdommen uansett kommer til å ha kontakt med foresatte i det videre livet. LBS har også gjort forsøk på å kople på institusjoner og gått igjennom en del av ferdighetene sammen med dem og ungdommen, når replassering og institusjon blir den videre omsorgsbaseløsningen.

I etterkant av utflytting kan ungdom som er motiverte og selv ønsker det, få tilbud om behandlingsoppfølging. Ansatte gir imidlertid uttrykk for at de ikke vet eller at de er usikre på om oppfølgingen fungerer etter intensjonen. Én av de ansatte sier det slik:

Ja, de fortsetter gjerne med DBT og går i ferdighetsgruppe hos ABUP (...). Veldig usikker på hvor vellykket det har vært, fordi en av psykologene sier at det er veldig intensivt behandlingsopplegg her og at han har opplevd flere som... ja, beskrevet det som behandlingstretthet rett og slett, at de ikke holder ut så lenge med den intense behandlingen etter at de har flyttet ut.

Her viser den ansatte til informasjon fra helse, hvor det fremgår at de har erfaringer med det de tolker som noe behandlingstretthet i forbindelse med helseoppfølgingen av enkelte ungdommer i etterkant av deres opphold ved LBS. I dette ligger at det oppfattes å være grenser for hvor mye behandlingsoppfølging som er tjenlig i etterkant av et behandlingsopplegg som har pågått over mange måneder ved senteret.

5.3.7 Utfordrende atferd og bruk av tvang

5.3.7.1 Bruk av tvang varierer

Ansatte beskriver bruk av tvang og andre inngrep i ungdommenes personlige integritet (knyttet til utfordrende atferd/utagering) som varierende. De opplever perioder hvor det er lite bruk av tvang/inngrep og perioder hvor det er mer utbredt:

Vi kan ha perioder på to-tre måneder hvor vi ikke har noe fysisk utagering i det hele tatt. Og så kan vi ha perioder hvor vi har nesten daglig utagering.

Samtidig gir ansatte uttrykk for til dels ulike oppfatninger når det gjelder *grad av tvangsbruk*. Dette kan ha å gjøre med hva den enkelte i utgangspunktet oppfatter som lite versus mye bruk av tvang. Det kan også handle om hvor mye den enkelte har vært involvert i situasjoner med utfordrende atferd/utagering og bruk av tvang, samt om den enkelte eksempelvis har erfaringer med dette fra andre liknende institusjonsmiljøer, som gjør det mulig å sammenlikne.

Det er jo en del av uttrykket, utagerende og atferd, her på Lunde. Det er det. Så er det, akkurat det siste året har vi hatt mye bruk av tvang. Sammenliknet med hva vi har hatt før. Men hvis jeg skal sammenlikne med der jeg jobbet før, akutt for eksempel... mye mer bruk av tvang der, enn her.

På det tidspunktet vi gjennomfører vårt siste besøk ved LBS opplever de ansatte som deltar i gruppeintervjuet at det er mye verbal aggresjon og trusler blant ungdommene, og at dette har medført begrensninger og bruk av tvang. I den

forbindelse bemerkes det at alle som bor på LBS i utgangspunktet har det veldig vanskelig, og at det er forskjellig om de tar det ut over seg selv eller andre. Nå for tiden opplever de at vanskene kommer til uttrykk slik:

(...), det er mye verbal aggresjon. Det skjer ofte. Nå i perioder skjer det daglig (...). Ja, jeg tenker i hvert fall siden desember, så har det jo vært daglig med verbal aggresjon. Trusler. Den type ting. Skjellsord.

Det formidles at dette eksempelvis kan tolkes som uttrykk for frustrasjon eller behov for kontroll. Ansatte har også en oppfatning av at de ved LBS ser uttrykkene på ungdom på en litt annerledes måte, enn det ansatte ved andre institusjoner gjør, og at dette påvirker bruken av tvang:

Det tar lengre tid før vi går inn og bruker tvang. Det er mye verbal aggresjon vi kan være vitne til uten at det fører til at det blir noe tvangsbruk i den grad.

Det er ungdom som løper mot elva som vi ikke nødvendigvis løper etter og holder tilbake. Fordi det har større effekt at vi ikke gjør det, på å endre atferden. Vi har mer fokus på endring her.

Uttalelsene kan tyde på at ansatte har «is i magen» og at de følger prinsippene som ligger i metodikken for å skape (varige) endringer hos ungdommene det gjelder, fremfor å iverksette tvangstiltak i kraft av omsorgsansvaret eller i omsorgsøyemed.

5.3.7.2 Hvorfor varierer bruk av tvang?

I gruppeintervjuet reflekterer de ansatte rundt *hvorfor* de opplever betydelige variasjoner når det gjelder bruk av tvang og inngrep i ungdommenes personlige frihet. De gir uttrykk for at forklaringene er sammensatte og viser til momenter som «om det er avklart hvor ungdommen skal videre etter botiden ved LBS», «utskiftninger i ungdomsgruppa», «livshendelser knyttet til ungdommens familie/familiekonflikter som oppstår under institusjonsoppholdet» og «sykmeldinger og gjennomtrekk/utskiftning av personell og i hvilken grad man klarer å holde på strukturene og jobbe tett sammen». I gruppeintervjuet kommer noen av disse refleksjonene til uttrykk slik:

En ting (...) er jo i forhold til avklaringen om hvor man skal videre etterpå. Ja, det er ikke alltid helt avklart før man kommer hit. En annen ting er at det har

vært fire ungdommer her lenge og så plutselig forsvant to ut. Det merket jeg veldig forskjell på. Det var veldig tungt for de to for de bor jo i hver sin etasje.

Vi tenker jo mye i forhold til ting som skjer i deres liv som ikke er inne på deres kontroll. Hvis det er familiekonflikter eller dødsfall i familien som har gjort at ting er ekstra vanskelig for dem, så ser vi jo et større uttrykk hos dem.

Hun ble langtidssykemeldt, og hun var hovedkontakt til den ene. Og så forsvinner hun, så er det sårbart. Og så er det en ny ansatt som blir hovedkontakt. Så blir hun sykemeldt av andre grunner.

Og så opplever jeg at hvis personalgruppa ikke står tett sammen, så kan vi jo se mer uttrykk hos ungdommen.

Jeg ser en enorm gjennomtrekk på dette arbeidsstedet. Siste halvannet året så tror jeg 60 % av miljøarbeiderne er skiftet ut (...). Det gjør noe med det å stå i strukturene våre (...). Opplæringen har ikke vært optimal. Så det gjør jo at vi ikke klarer å holde vår egen struktur.

Utsagnene viser at informantene peker på mange faktorer som sammen kan bidra til å kaste lys over hvorfor ungdommene uttrykker det de gjør, og hvorfor bruken av tvang ved LBS varierer. Én faktor som særlig løftes frem i tilknytning til perioder med økt tvangsbruk er ustabilitet i personalgruppa og høy turnover. Informanter peker på at dette rokker ved strukturene, noe som kan medføre uro og oppleves utrygt både for ansatte og ungdommer. Det blir også nevnt at de har erfaring med at det i ett tilfelle ikke ble avdekket problemer knyttet til rus og tilhørighet til kriminelt og alvorlig belastet miljø ved inntak. Dette medførte blant annet økt bruk av tvang og begrensninger over en lengre periode. I denne forbindelsen kommer det også opp spørsmål om hvordan tvangsbruk og inngrep i ungdoms personlige integritet påvirker miljøet som helhet.

5.3.7.3 Om «smitteeffekt» og «å skjerme de andre ungdommene»

Informantene opplever at det varierer litt fra ungdom til ungdom, hvordan de reagerer på hendelser som de selv ikke er involvert i, men som de er vitne til, ser eller hører. En av de ansatte sa:

Noen blir veldig urolig, noen blir redde, noen reagerer med samme uttrykk; de henger seg på. Og noen på en måte bare stenger det ute, tror jeg, og bare går på rommet, og nei, bryr meg ikke. Det er mange ulike varianter her.

Uansett reaksjonsform skildrer de ansatte at situasjoner med tvangsbruk «gjør noe med» den enkelte og med miljøet. De gir også uttrykk for at utagering som fører til bruk av tvang kan ha smitteeffekt: «Vi har hatt situasjoner hvor det begynte med at en ungdom utagerte, og det endte med at alle gjorde det, og vi hadde brannstiftelser, og en rasert hybel, og da hadde det en smitteeffekt der og da».

Her beskriver ansatte en situasjon hvor de opplevde at én utagering førte til flere utageringer rett i etterkant av den første. I forbindelse med slike gjentatte hendelser vil det også være mulig å tenke at tvangsutøvelsen (i seg selv) bidrar til smitteeffekt. Ansatte forteller videre at de har erfaring med at det kan være utfordringer knyttet til at de har utagering, tvang og nedleggelse i den ene avdelingen/etasjen, mens en ungdom i den andre avdelingen/etasjen sitter og hører på og er mer eller mindre overlatt til seg selv. Det å få skjermet de andre ungdommene kan være en utfordring. Dette kan ha sammenheng med at slike situasjoner kan være vanskelige å forutse, og at oppmerksomheten og ressursene som er tilgjengelig i stor grad rettes mot ungdommen som er i den akutte situasjonen, slik de ansatte forteller. Det er heller ikke alltid man i etterkant av slike hendelser opplever å få informert og forklart godt nok hva som egentlig skjedde til ungdom som har vært mer eller mindre direkte vitner til den: «Og så har vi jo ikke lov til å gå og si hva som har skjedd, ikke sant. Vi kan ikke gå detaljert inn på det».

Det rettes oppmerksomhet mot å skjerme de andre ungdommene i forbindelse med tvangssituasjoner; dette beskrives som en viktig del av rutinene. Ansatte gir likevel uttrykk for at det ikke alltid er uproblematisk å få det til i praksis. Når de gir eksempler på hva de kan gjøre for å skjerme de andre ungdommene forteller de om bilturer og bruk av senterets hybel. Målet er da å skape ro og avstand til situasjonen.

5.3.7.4 Forebygging av tvang

Når det gjelder forebygging av tvang viser ansatte som deltar i gruppeintervjuet til rettighetsforskriften og særlig til betydningen av medvirkning. Å rette oppmerksomhet mot ungdommenes muligheter til medvirkning i det daglige kan være «en reduserende faktor» som bidrar til å forebygge tvangsbruk:

Det første jeg tenker på når jeg kommer til det, er dette med medvirkning...(...). Jeg tror medvirkning på mange plan, både i det faste husmøtet, men også rutiner og hverdag.

For å kunne forebygge tvang rettes det dessuten kontinuerlig oppmerksomhet mot tematikken gjennom ukentlig undervisning i trygghet og sikkerhet, hvor de blant annet lærer om hva som kan bidra til å eskalere eller utløse en situasjon, øver på å forhindre situasjoner og/eller på å utøve tvang og makt så skånsomt som mulig. Ansatte ved LBS forteller at de hele tiden har i tankene hvor ekstremt inngripende tvangsbruk er og at situasjonene kan være traumatiserende/retraumatiserende:

Vi har jo trygghet og sikkerhet som vi får undervisning i, en gang i uka (...). Så vi øver mye på hvordan vi kan unngå en situasjon, eller hvis du er i det første leddet i en holdesituasjon hvor du har tatt tak i armene, for eksempel, og holder dem, hvordan kan vi da ikke gå lenger enn det (...). Som miljøterapeuter, hva kan vi gjøre som eventuelt kan eskalere? Være med på å eskalere med stemmebruk, kroppsspråk og slike ting. Hvordan vi kan bidra med oss selv for å dempe?

Som det jo ble nevnt her, medvirkning. Vi prøver å informere så godt vi kan (...). Prøver å gi beskjed om at nå må vi gjøre sånn og sånn. Vi ønsker ikke at det skal gå noe lenger. Kan du roe deg ned? Kan vi hjelpe deg på noen måte? Kan du gå ut, for eksempel? Eller kan vi trekke oss unna? (...)

Det kan være retraumatiserende hvis det går til en nedleggelse eller en full nedleggelse, men det er jo klart, vi prøver jo alltid å unngå det.

Informantene gir uttrykk for at de er bevisste hva som kan/bør gjøres for å unngå bruk av tvang, hvordan de kan/bør opptre i situasjoner som synes å kunne utløse bruk av tvang samt hvordan de kan/bør utøve tvang så skånsomt som mulig. Til grunn for denne oppmerksomheten synes det å ligge en særlig innlevelse i hva tvang og inngrep i den personlige integritet gjør med ungdommene. Ansatte viser også til at de ikke velger å stoppe eller løpe etter en ungdom som rømmer og eksempelvis truer med å løpe til elva eller hoppe fra en bro, fordi det fungerer som forsterkning. De jobber i henhold til modellen og det å løpe etter ungdommen medfører større risiko, enn ikke å gjøre det.

5.3.7.5 Rutiner og oppfølging etter bruk av tvang

I etterkant av situasjoner som har medført bruk av tvang beskriver ansatte at det ligger i strukturen at det skal føres tvangsprotokoll, meldes avvik og gjennomføres debrief.

Tvangsprotokollen skal gjennomgås med den aktuelle ungdommen som har vært i situasjonen, slik at ungdommen kan medvirke og komme med innspill/forslag til korrigeringer i tilfelle hen mener at hendelse og tvangsbruk ikke er korrekt formidlet. I tillegg er det viktig å informere om- og å følge opp ungdommens rett til å klage på tvangsbruken:

Vi har samtaler med ungdommer i etterkant. Vi går igjennom tvangsprotokoller. De skal få mulighet til å klage og få hjelp til å klage på det. Vi er veldig opptatt av å hjelpe dem med det. Hvis de sier nei en gang, så spør vi dem to-tre ganger til. Bare for å være helt sikre.

Ansatte gir uttrykk for at de er spesielt opptatt av å søke å sikre ungdommens mulighet til å klage, og at de er veldig på tilbudssiden med hensyn til å bistå dem med dette.

Som del av OEM skal det også gjøres en analyse av hendelse og hendelsesforløp for å forsøke å forstå hva som skjedde og lære:

Vi går gjennom tidslinje, analyserer funksjonen. Og finner alternative løsningsstrategier. Og prøver å forsterke det riktige som ble gjort. Og gjøre oppmerksom på hva man kan gjøre annerledes.

Ansatte viser også til at gjennomgang av tidslinjen er en del av debriefen, og en av de ansatte sier: «Vi har alltid en debrief etter hver hendelse vi har hatt tvang. Det ligger i strukturen (...). Da går man gjennom tidslinja hva som har skjedd».

De gir videre uttrykk for at det oppleves som viktig å rette oppmerksomhet mot tidslinje for å i ettertid kunne danne seg et inntrykk av (hendelses)forløpet: «Man får en annen forståelse av hele situasjonen».

Samtidig etterlyser enkelte at det settes av mer tid i etterkant av en hendelse til å snakke sammen om hvordan man følte det og hvordan man har det nå. Det bemerkes

også at det kanskje rettes for lite oppmerksomhet mot verbal aggresjon og latent vold som i perioder forekommer daglig, og det å følge opp ansatte som utsettes for dette:

Det har vi ikke noe system som fanger opp. Og det sliter ut folk på en helt annen måte. Så der har vi nok en jobb å gjøre.

Ansatte opplever at det ikke ligger i strukturen hvordan de skal forholde seg til verbal aggresjon og latent vold, og at det er et forbedringspotensial på dette området. Ved (andre) uønskede hendelser og/eller svikt i rutinene meldes det imidlertid gjerne avvik, slik at avviket fanges opp.

5.3.8 Utfordringsmomenter

Utover de utfordringer som beskrives i avsnittene ovenfor, som også viser til muligheter og positive erfaringer knyttet til de ulike tematikken, ble det i det første gruppeintervjuet som omhandlet Omsorgs- og endringsmodellen stilt spørsmål til de ansatte om de opplever noen spesifikke utfordringer i tilknytning til arbeidshverdagen og måten de jobber på. I denne forbindelsen viser ansatte og representanter fra ledelsen til følgende utfordringsmomenter: Å arbeide i henhold til to ulike lovverk, å følge planen og overlapp informasjon godt nok i forbindelse med alvorlige hendelser, møter og kommunikasjon med andre hjelpeinstanser, «å forsterke feil ting», høy turnover og utfordringer med å forstå/anvende modellen godt nok, samt det å kunne følge opp den enkelte ungdoms behov godt nok i en situasjon hvor man også skal ivareta/hensynta hele ungdomsgruppa.

5.3.8.1 Lovverk, overlapping av informasjon og møter med andre instanser

Hva angår lovverk gjelder dette at ansatte må forholde seg til både barnevernsloven og lov om psykisk helsevern. Her vises det til utfordringer knyttet til journalføring mellom systemene, innsikt og taushetsplikt. De ansatte synes å oppleve at det å jobbe ut ifra- og i henhold til to ulike lovverk kompliserer arbeidshverdagen og hvordan man settes i stand til å bistå med støtte og hjelp.

Når det gjelder Omsorgs- og endringsmodellen gis det uttrykk for at de fleste ansatte er positive til denne og ser verdien av å ha en modell som alle følger, som gir et felles fokus. I de tilfeller det skjer alvorlige hendelser oppleves det imidlertid at det av og til glipper på grunnleggende strukturer som overlapping av informasjon, som ikke nødvendigvis bare har med modellen å gjøre:

(...). Det kan være ganske stressende når det skjer alvorlige ting. Men det å følge planer, nå skjedde det, altså det å overlapse informasjon godt nok, ikke sant. Sånne type ting er jo noe som vi kanskje har en vei å gå på. Og det sier kanskje noe om hvor vi er i dag (...), men vi kan ikke bare ha fokus på modellen. Vi må også ha fokus på grunnleggende strukturer og ja.

I forbindelse med modellen og måten de tenker og jobber på nevnes også deres møter med andre instanser, og at noen av disse kan by på utfordringer:

Være seg ambulanse, legevakt, politi, barnepost. Det er jo ikke alle som har den samme forståelsen av modellen som det vi har, på hvordan man skal møte ungdom som er i risikosituasjoner for eksempel. Så da er det jo av og til at man rett og slett bare får føringer på hvordan ting skal gjøres, uten at man har så mye styrerett over det. Selv om man gjerne vil promotere det og bruke den modellen som vi har. Og det har blitt bedre (...). Men det er ofte hvis ungdommene reiser andre steder i landet og kommer i kontakt med hjelpeinstanser, så kan det jo ofte være utfordrende den kommunikasjonen da, har jeg skjønt. Der har vi stått i mange klinsjer da, med politiet blant annet.

Informantene forteller at de har møtt til dels lite forståelse fra andre instanser for hvordan de agerer, når deres ungdommer er i risikosituasjoner, hvor de eksempelvis ikke umiddelbart reiser ut og forsøker å hente hjem en ungdom som rømmer og truer med alvorlige handlinger. De opplever imidlertid at instansene i kommunen og nærområdene, gjennom informasjon og dialog, etter hvert har gitt uttrykk for mer forståelse og tillit til modellen/måten de jobber på, men at de fortsatt strever med hjelpeinstanser i andre kommuner som de er i kontakt med.

5.3.8.2 Høy turnover og tap av modellkompetanse

Når det gjelder modellen bemerkes dessuten at det er en utfordring «å kunne den godt nok», eller å stadig utvikle seg og bli bedre i å forstå og utøve:

(...). Ikke sant, hvor godt kan vi modellen, gjør vi atferdskjeder, bruker vi ferdigheter i miljøet og tematiserer det. Vet vi hvilke ferdigheter den enkelte ungdommen trenger for å nå målene sine, ikke sant. Det her er ting som vi må ha oppe hele tiden og der har vi blitt bedre, og har fortsatt en vei å gå (...). Jeg tror nok at vi må bli enda mer på og enda bedre på hvilket fokus er det på denne ungdommen nå, i forhold til ferdighetsbruk også.

Dette utfordringsmomentet er viktig å løfte frem, ikke minst med tanke på at LBS de siste årene også har hatt høy turnover/utskiftning av personell (både på barnevern- og helsesiden), noe som kan bety at man mister viktig modellkompetanse samtidig som man må bruke tid på å bygge opp denne blant nytilsatte. Én av de ansatte sier det slik i ett av gruppeintervjuene:

Det er mange som har falt i fra (...). Det setter oss tilbake det, altså. Det er klart at det gjør det. Det betyr ikke at vi ikke får gode folk inn, men om vi hadde vært stabile siden vi startet opp i 2018, så hadde det sett annerledes ut. Det hadde det. Det er min antakelse.

Informanten gir uttrykk for at de kunne ha vært på et annet, mer stabilt sted i dag om det ikke hadde vært så stor «gjennomtrekk» ved LBS. Dette beskrives som en åpenbar ulempe som setter dem tilbake.

Ledelsen ved LBS viser også til at de har opplevd høy turnover og «*masse utskiftninger*». Det pekes på at store utskiftninger har ført til at de i perioder har tatt ett skritt tilbake på grunn av redusert modellkompetanse i personalgruppa, men samtidig omtales mange utskiftninger som «*naturlige*» eller «*gode*», og at de er til dels stolte over «*å produsere flinke fagfolk*» som er ettertraktet på andre arbeidsplasser. Videre poengteres at det er krevende å jobbe ved LBS og at enkelte ansatte «*har kjent at det har kostet mer enn det har gitt*». Her vises det til flere ulike momenter som i noen grad kan bidra til å belyse gjennomtrekken. Vi kan imidlertid ikke vite om vi, gjennom intervjuene, har blitt presentert for alle aktuelle forklaringsmomenter knyttet til høy turnover.

5.3.8.3 Ivaretagelse av ungdomsgruppa versus den enkelte ungdoms behov

Ansatte beskriver at det å tilpasse og innfri individuelle behov kan være en utfordring, når man samtidig skal ivareta en gruppe som består av opptil seks ungdommer som bor under samme tak:

Nei, men en sånn utfordring også er jo å samle seks ungdommer under samme tak. Så har du jobbet kjempegodt med én, og så er det noe som skjer der, og så den der dominoeffekten. Altså, hvordan vi hele tiden som miljøterapeuter må risiko-vurdere og tenke systematisk, at hadde jeg jobbet individuelt med denne ungdommen så hadde jeg gjort sånn og sånn, men vi kan ikke det fordi da går det utover en annen.

Og så er det jo også ungdommer som har vært på enetiltak og da å måtte forholde seg til veldig mange andre ungdommer, med kanskje noe liknende problematikk, det kan også være utfordrende da.

I utsagnene ovenfor viser de ansatte til at det å tilrettelegge for den enkelte ungdom, samtidig som man skal ta hensyn til de andre ungdommene og kollektivet, ikke alltid lar seg forene. Dette kan bety at man ikke alltid har mulighet til å bistå med den hjelpen/støtten som anses som den mest optimale/virksomme for den enkelte ungdom, og at ungdommen selv heller ikke alltid opplever å bli imøtekommet på sine behov. Samtidig understrekes det av de ansatte at det er mye læring i det å måtte forholde seg til andre, og at fellesskapet som kan oppstå innad i ungdomsgruppa også er positivt.

5.3.9 Hovedfunn fra intervjuer med ansatte ved LBS

Både gruppeintervjuene med ansatte og ledelsesintervjuene ved LBS har bidratt til å gi oss dypere innsikt i det integrerte institusjonstilbudet og implementeringen av dette. Hovedinntrykket er at de er opptatt av fag, å være faglige og å arbeide sammen for- og med ungdommene i henhold til metode og modell. Ansatte (som har vært med siden LBS ble etablert) og ledelse gir uttrykk for at implementering av DBT-OEM har vært utfordrende, men at de opplever en utvikling i riktig retning.

Følgende hovedfunn utkrystalliserer seg på bakgrunn av intervjustudien hvor ansatte og ledelse ved LBS deler sine erfaringer med det integrerte institusjonstilbudet:

- Det fremgår tydelig at ansatte og ledelse ved LBS erfarer at metodikk og behandlingsopplegg retter seg bedre inn mot jenter enn gutter, og at ungdommens alder/modenhet har stor betydning med hensyn til å forstå egen situasjon og hva kravet om motivasjon og forpliktelse går ut på.
- LBS mottar for få henvendelser fra kommunene, noe som har ført til at det i perioder har bodd få ungdommer der. LBS har plass til seks ungdommer, men i perioder har det bodd kun to ungdommer der.
- Det er en utfordring at det ofte ikke foreligger en definert omsorgsbase for ungdommen ved inntak, eller at planen som foreligger ved inntak ikke opprettholdes frem til utflytting. Dette medfører stor uforutsigbarhet for ungdommene og ansatte oppfatter at dette har betydning for om/i hvilken grad behandlingen virker.

- Det fremgår tydelig at ansatte erfarer at ungdommenes motivasjon og forpliktelse til endring er foranderlig og flyktig og derfor må håndteres og jobbes med under hele forløpet, noe som betegnes som «en evig kamp». Dette funnet er særlig viktig å løfte frem i og med at ungdommene får helsehjelp/ behandling der de bor. Potensielt vil miljøpersonalet, som også skal gi omsorg, til enhver tid være opptatt av å motivere og (re)forplikte ungdommene til endring.
- Ungdommene ved LBS møter i ulik grad til ferdighetstreningene, og de ansatte gir uttrykk for å være noe usikre på om de har en praksis hvor de retter riktig eller hensiktsmessig oppmerksomhet mot generalisering av ferdigheter. De er usikre på hvordan det slår ut at behandlingen «er så til stede hele tiden».
- Ungdommene går på SMI-skolen. Ansatte og ledelse problematiserer ikke skoletilbudet, men de gir uttrykk for at institusjonstilbudet og det dette krever av ungdommene ikke nødvendigvis er forenlig med normal skolegang.
- LBS har erfart flere perioder med høy turnover både på helse- og barnevernsiden, noe som oppfattes å medføre tap av kompetanse hva angår modell/metodikk. Høy turnover og gjennomtrekk kan, ifølge ansatte, oppleves uoversiktlig og utrygt for ungdommene.

Ovennevnte tematikker belyses videre i sammenfatningen av funn fra BBS og LBS (delkapittel 5.5).

5.4 Lunde behandlingssenter – ungdommenes erfaringer

Dette kapitlet omhandler ungdommenes erfaringer med å bo på Lunde behandlingssenter. Kapitlet bygger på funn og analyse av transkriberte intervjuer med 7 ungdommer, gjennom førstegangsintervjuer, oppfølgingsintervjuer og spesifikke temaintervjuer, hvor ungdommene har delt sine tanker og erfaringer knyttet til bo- og behandlingstiden ved Lunde behandlingssenter (LBS). Sammen med funnene som presenteres på bakgrunn av gjennomgang og analyse av fokusgruppeintervjuer med ansatte samt ledelsesintervjuer, bidrar disse til å belyse studiens problemstilling og sentrale forskningsspørsmål knyttet til delprosjekt 2 (DP2) og delprosjekt 3 (DP3) i løsningsforslaget. DP2 omhandler ungdommenes erfaringer med integrert institusjonstilbud, herunder institusjonsliv og omsorg,

helsetilbud/behandling, skoletilbud og fritid samt inntaks- og utflyttingsprosess. I tilknytning til de ulike temaområdene inngår også ungdommenes opplevde medvirkning.

5.4.1 Bakgrunn, inntak og plan for bosted etter LBS

I de individuelle intervjuene med ungdommene fremkommer det begrenset informasjon om bakgrunnen for den enkeltes inntak ved LBS. Noen ungdommer forteller svært kortfattet om at selvskading eller sinneproblematikk er en bakenforliggende årsak til inntak. Andre ønsker ikke å opplyse om hvilke sammensatte eller spesifikke utfordringer som ligger til grunn for bo- og behandlingstiden ved LBS.

Alle ungdommene vi møter har erfaring fra tidligere institusjonsopphold, i forkant av at de ble plassert på LBS; enten kortere opphold/innleggelser i akuttinstitusjoner og/eller opphold i ulike barneverninstitusjoner. Én informant teller opp åtte barneverninstitusjoner før inntak ved LBS. Når vi snakker med denne ungdommen etter at hun har flyttet fra LBS bor hun i en tiende institusjon. En annen ungdom har bodd i én og samme barneverninstitusjon i 4-5 år i forkant av plasseringen ved LBS. Tre av ungdommene har, i tillegg til institusjonsopphold, erfaring med å bo i fosterhjem.

Når det gjelder plan for bosted/base i etterkant av opphold og behandling ved LBS forteller kun én av de sju ungdommene at dette foreligger. De øvrige gir uttrykk for at de ikke vet hvor de skal flytte og/eller hvem de skal bo sammen med etter utflytting fra LBS, på de tidspunktene vi snakker med dem. Dette synes å være et vedvarende usikkerhetsmoment som ungdommene lever med den tiden de bor på LBS. Enkelte ungdommer setter ord på hva de selv ønsker og håper på, eksempelvis å flytte hjem til en forelder, i nærheten av familien eller i fosterhjem, men de vet ikke om dette kommer til å skje.

To av ungdommene gir uttrykk for at de selv ikke ønsket inntak ved LBS; de øvrige hevder at inntak er noe de selv har ønsket og vært med på å bestemme. Likevel gir fire av de fem ungdommene som selv ønsket å flytte til LBS uttrykk for at de under oppholdet opplever å tvile på om dette var riktig valg, noe som kan ha å gjøre med hvilke forventninger de har hatt til bo- og behandlingstiden og/eller hvordan de har forstått hva LBS tilbød og hva de samtykket til.

Samtlige ungdommer forteller at de har vært i møte med ansatte ved LBS og fått informasjon om institusjonen og behandlingsopplegget i forkant av at inntak ble gjennomført. Hvilken og hvor mye informasjon den enkelte ungdom har fått, på hvilken måte informasjonen er gitt og hvordan den enkelte har tilegnet seg denne kan imidlertid ha vært ulikt. Gjennom intervjuene kommer det tydelig frem at en del ungdommer opplever å ikke ha fått god nok informasjon før innflytting.

5.4.2 Helseansatte i institusjon

Ungdommene synes stort sett å være klar over at de ansatte ved LBS representerer både barnevern og helse, at noen av de voksne i miljøet er helsepersonell og at det er en helseansvarlig på hvert team. Når det gjelder hvilke oppgaver helse har gir ungdommene uttrykk for å være noe mer usikre, men enkelte viser til at de har medisinsansvar og at de kan dele ut bandasjer og plaster dersom ungdommene trenger dette:

Det er vel sånn hvis jeg har, hvis jeg har spørsmål om medisinerne mine for eksempel, så spør jeg jo de som jobber på helse (...) (Ungdom A, 16 år).

(...) De kan sikkert bandasjere sår, men det gjør de jo ikke her. Med mindre du har falt da, men (...). Hvis du selvskader deg, så tar ikke de på deg bandasje. Du kan få det selv, men de steller ikke med såret etterpå (Ungdom B, 16 år).

Noen av ungdommene er også usikre på om psykologene representerer helse eller ikke og gir uttrykk for at de ikke nødvendigvis skiller mellom eller vet hvem som er helse og barnevern/omsorg, siden de kan samhandle om vanlige ting i hverdagen med alle ansatte:

Nei, han er psykolog! (...) Han kan ikke liksom om sår. Han kan om det i hodet (Ungdom A, 16 år).

Ja, det jobber jo noen i helse, men jeg vet ikke hvem det er liksom (Ungdom, 14 år).

Men når de jobber i miljøet så er det jo akkurat samme liksom. Jeg og (NN) har gjort ting sammen. Kjørt tur, gått og spist, altså det er ikke at hun bare jobber på helse på en måte (Ungdom A, 16 år).

Ungdommene viser til noen spesifikke/konkrete oppgaver som medisinerer og utstyr til sårbehandling og mener at disse er helses ansvarsområde. Det kan synes som om ungdommene fremfor alt relaterer deres oppgaver til reparering/håndtering av fysisk helse og enkelte vurderer derfor at psykologen ikke representerer helse. Ungdommene gir ellers uttrykk for at de samhandler og gjør ting sammen med alle ansatte som er i miljøet, uansett om de er ansatt i helse/ABUP eller barnevern/Bufetat.

5.4.3 Motivasjon og forpliktelse

I intervjuene er ungdommene mer eller mindre eksplisitte når de svarer på spørsmål som gjelder motivasjon og forpliktelse med tanke på behandling. De fleste hevder at de i utgangspunktet ønsket opphold og behandling ved LBS, men enkelte gir uttrykk for at dette har endret seg noe underveis og at de eksempelvis ikke lenger velger å møte til de ukentlige ferdighetsgruppene. To av ungdommene, som ikke bor ved LBS i samme periode, forteller at de ofte møter som eneste ungdom til ferdighetsgruppene, og at de er der alene sammen med enkelte, som regel to, ansatte i miljøet. Én av de to sier det slik i et intervju etter utflytting:

Når jeg bodde der så var det jo nesten ingen som var der, så det ble veldig kjedelig for meg å gå alene da (...). Og til slutt så gadd ikke jeg heller å gå. ...vi synes det ble litt kjedelig. Fordi det var ikke noe aktiviteter, så vi sitter jo der i en og en halv time. (Oppfølgingsintervju Ungdom B, 16 år)

Informanten gir uttrykk for at hun forsøker å opprettholde ferdighetstreningen selv om de andre ungdommene faller fra, men at hun etter hvert resignerer fordi hun opplever timene som kjedelige. I et telefonintervju som gjennomføres flere måneder etter at denne informanten har flyttet videre til et nytt institusjonstiltak, gir jenta uttrykk for at det har vært positivt å lære ferdigheter og at hun tror at hun gjør bruk av det hun har lært og øvet på ubevisst; ikke bevisst.

Flere ungdommer gir uttrykk for at ansatte forsøker å motivere dem (til å forplikte seg) til denne delen av behandlingen, men at de aldri tvinger noen. Enkelte forteller at de har møtt opp og deltatt fordi dette utløser penger/belønning, men dette ytre (motivasjons)momentet synes ikke «å virke» over tid. Én ungdom har inntrykk av at pengene har mest å si for enkelte av de andre ungdommene:

Vi får penger for å møte opp på ferdighetstreningene (...). De pengene har ikke så veldig mye å si egentlig, men jeg vet at det har noe å si for de andre (...). Hver eneste gang de kommer litt for sent, så er det sånn: «får jeg penger likevel» (...). Hvis de sier «nei» du kom så så mye for sent, så går de bare. (Ungdom, 18 år)

Et annet moment, som vi skal komme tilbake til, handler om et opplevd behandlingstrykk knyttet til generalisering av ferdigheter i miljøet utenom ferdighetsgruppene, noe som én ungdom referer til som «*innestengt i det syke*». Ungdom ved LBS gir uttrykk for at de oppfatter at det pågår behandling 24/7, eller at de opplever fokuset på ferdigheter som unaturlig, slitsomt og utmattende. Det opplevde behandlingstrykket synes å bidra til å hemme/svekke ungdommenes motivasjon og forpliktelse til deltakelse i ferdighetsgruppene.

Flere ungdommer peker på at den enkelte ungdom må forstå hva behandlingen innebærer, finne den meningsfull og ønske å gå inn i- og å gjennomføre den om den skal være til nytte. En kort dialog mellom tre ungdommer som deltar i gruppeintervjuet favner om noe av dette:

«Du må ha liksom, det hjelper ikke å behandle noen som ikke vil ha behandling» (Ungdom B, 16 år).

«Nei, du må si 'ja, jeg er villig til å ta imot behandling', liksom» (Ungdom A, 16 år).

«Ja, det er akkurat det» (Ungdom B, 16 år).

«Jeg var ikke villig til å ta imot behandling» (Ungdom, 13 år).

«Så det burde du ta opp, for det er ikke lov» (Ungdom A, 16 år).

«Det skal jeg gjøre» (Ungdom, 13 år).

I den korte dialogen viser ungdommene også til at det å være villig til å motta behandling, altså å samtykke, er et kriterium, og at de er opplyst om at det ikke skal gjennomføres inntak dersom en ungdom har gitt uttrykk for at de ikke er villig til å motta behandling. En annen ungdom sier følgende:

Nei, du må jo være klar. Jeg tror ikke... aldersgruppa her tror jeg liksom er... de yngste klarer ikke å tenke sånn at nå sånn at 'ok, nå skal jeg bli ordentlig frisk liksom.' Nå er jo jeg den eldste her, så jeg føler at det tar tid å komme dit at, 'ok, nå vil jeg faktisk bli frisk og klare å faktisk jobbe for det... og i hvert fall hvis du har på en måte flere ungdommer i samme etasje som er i samme alder, så blir de påvirket av hverandre, ikke sant, men jeg som er litt eldre, jeg blir jo ikke sånn sykt nærme noen av de andre, fordi det er så stor aldersforskjell (...). Jeg tror egentlig bare det er for tidlig til å bestemme seg for å bli frisk. (Ungdom, 17 år)

Informanten peker på den enkelte ungdoms alder og modenhet som noe hun oppfatter har betydning for motivasjon, og for det å kunne gå aktivt inn og velge behandling med ønske om å bli frisk. Hun beskriver videre at ungdommen må forstå alvorligheten i egen situasjon, hun må forstå behandlingsopplegget og velge dette aktivt selv på bakgrunn av at hun ønsker endring. En annen informant gir uttrykk for at det er viktig for motivasjonen/forpliktelsen at ungdommene er informert om varighet på opphold og behandling, og at de vet når det er behandlingsrettet samhandling og når det ikke er det:

Det er veldig viktig på behandlingsinstitusjoner å vite hvor lenge du skal være der, fordi du må ha et mål for behandlingen og hvis det føles sånn at du har behandling sånn hele tiden og du vet ikke når behandlingen tar slutt.. Det kan få en person til å bli veldig belastet og da har de ikke lyst til å følge opp behandlingen. (Ungdom D, 16 år)

Ungdommen beskriver at det oppleves belastende å ikke vite, ikke ha oversikt og kontroll med hensyn til tidsperspektiv, hvor man er i behandlingsprosessen og om/ når man er i behandling.

5.4.4 Behandling

Det er i utgangspunktet meningen at behandlingen skal pågå så lenge den enkelte ungdom har opphold ved LBS. Som beskrevet gir ungdommene uttrykk for at det er krevende å være i behandling over (lang) tid, og de fleste har en botid ved behandlingssenteret i 9-12 måneder. De bruker ord som «utslitt» og «sliten i hodet» når de redegjør nærmere for det de synes å oppleve som en form for døgntkontinuerlig behandling. I denne sammenhengen viser de særlig til det som synes å bli oppfattet som en generell/uformell form for ferdighetstrening,

generaliseringsaspektet i DBT, som pågår i miljøet i det daglige utenom ferdighetsgruppe-trening og individuelle samtaler med psykolog.

Flere ungdommer peker også på kravet om utfylling av dagbokkort og hvilke konsekvenser det kan få for behandlingen om de glemmer/ikke ønsker å fylle ut disse. Om de skal unngå atferdskjedeanalyse (AKA) og beholde sine ukentlige individuelle samtaleterapi-avtaler med psykolog kreves det utfylling av dagbokkort, noe ungdommene gir uttrykk for at de ikke forstår eller mener ikke bør gjelde absolutt. Ungdommene synes å oppleve rigiditet, og at kartleggingsverktøy «styrer» behandlingen.

Som nevnt i et foregående avsnitt, finner vi at ungdommene ikke opplever at belønning i form av penger fremmer en indre motivasjon over tid. I denne sammenhengen kan indre motivasjon knyttes til at ungdommene opplever ferdighetstreningen som virksom, noe de har nytte av, og som bidrar til positiv endring. Belønning for å fremme ønsket atferd brukes på flere områder. Ungdommene får også penger for å følge strukturer som ikke er knyttet direkte til behandlingsopplegget, blant annet for å stille opp på husmøte én gang i uka. En av ungdommene beskriver: «Altså, der tar man opp hvis det er noe spesielt liksom (...). Vi får jo penger for det også, så det møter vi opp på! (...). Jeg tror det er hundre kroner». Sitatet illustrerer et poeng som også kommer frem i andre intervjuer med ungdommene; at de velger å stille opp fordi det genererer belønning.

Når det gjelder individuell samtaleterapi gir ungdommene uttrykk for å ha noe ulike og til dels sammensatte erfaringer med denne delen av behandlingsopplegget. En ungdom gir tydelig uttrykk for at samtaler med psykolog har hjulpet henne til «å se et annet perspektiv» enn sitt eget. En annen ungdom forteller at hun ikke lenger ønsker å ha samtaler med psykolog ved LBS, men at hun har sagt ifra om at hun ønsker «vanlige psykologtimer hos ABUP, og ikke her». Hun synes ikke det er greit å motta helsehjelp i institusjonen. En tredje ungdom sier at psykologtimene ikke fungerer. De øvrige ungdommene gir uttrykk for at de erfarer samtaleterapien som litt både-og med hensyn til virkning. Vi kommer tilbake til- og redegjøre nærmere for dette i avsnittet «Opplevd virkning av behandling».

5.4.4.1 Nærmere om ferdighetstrening og generalisering av ferdigheter

De ulike typene (DBT-)ferdigheter blir som nevnt tidligere, gjerne omtalt som mindfulness, følelsesregulering, mellommenneskelige ferdigheter, å holde ut og å

finne mellomtingen. Ingen av ungdommene som deltar som informanter ved LBS lister opp alle disse ferdigheten, når de svarer på spørsmål om ferdighetsgruppene og hva denne delen av behandlingen går ut på. Noen av ungdommene viser til enkelt-ferdigheter, men fremfor alt snakker de mer generelt om det å øve på (nye) ferdigheter. En av informantene, som forteller at hun har noe kjennskap til DBT gjennom tidligere behandling i BUP, beskriver ferdighetstreningene slik:

Ja, vi starter alltid ferdighetstreningen med en øvelse. Vi gjør veldig mye forskjellig. Men det er egentlig, ja. Så er det alltid med noe praktisk. Og så går vi gjennom tema og snakker om det. Og vi har jo lekser også, som vi får og prater om og. Så får vi liksom øvd på det i praksis, andre dager i uken også, på grunn av leksene (...). Det er mellommenneskelige ferdigheter og det er hold ut, altså de er på en måte til en viss grad tilknyttet mindfulness for man må være i mindfulness når man gjør øvelsene holdt jeg på å si, men det handler jo ikke bare om å være i zen liksom. Det er liksom ulike øvelser og ting du kan gjøre for å regulere deg (...). Du må ha trua på at det skal funke for å klare det (...). Jeg synes det har gått greit, men jeg har for det meste hatt det alene jeg (...). Det er, det pleier ikke å være så mange andre som kommer (Ungdom, 17 år).

Ungdommen forteller at målet med ferdighetsgruppetreningene og «leksene» de har mellom treningene er å øve på- og lære å regulere seg selv. I denne forbindelse framhever hun betydningen av å være mindful og å ha tro på at opplegget virker. Videre forteller informanten at hun stort sett gjennomfører ferdighetstreningene alene (sammen med miljøpersonell), siden de andre ungdommene ikke møter opp. Av intervjuet fremgår det videre at informanten har bodd sammen med tre ungdommer siden hun flyttet inn og at ingen av dem har deltatt regelmessig på ferdighetstreningene. Ifølge informanten er det flere voksne til stede, enn ungdommer, noe hun underforstått synes å oppleve som litt rart.

En annen ungdom reflekterer over mulige årsaker som kan belyse hvorfor hun *ikke* opplever læring gjennom ferdighetstreningen:

Ehh, jeg lærer egentlig ikke så mye av det (...). Jeg tror det er fordi de folka som underviser i ferdighetstreningen, de snakker om mye som ikke er relevant til ferdighetstreningen og da er det vanskelig å hente ut den informasjonen som jeg faktisk trenger. Det er så mye snakk om ting som egentlig ikke har noe å gjøre med det vi skal lære. Også vil de ha sånne AKAer på dem som ikke har

gjort lekse, og det synes jeg er veldig sann nødvendig, fordi det tar opp så mye tid og det er veldig uinteressant å høre om hvorfor én ikke har gjort lekse når jeg egentlig kommer for å lære om ferdighetene (...). Jeg skulle ønske at ferdighetstreningen var mer strukturert og at vi kunne holde oss til poenget litt mer. (Ungdom, 16 år)

Informanten viser til det hun opplever som et manglende fokus eller en manglende rød tråd, og at treningene ikke tilpasses den enkelte ungdommen godt nok. Hun opplever det eksempelvis ikke som formålstjenlig/nyttig å bruke tid på å observere og høre på at andre ungdommer gjennomfører atferdskjedeanalyser (AKAer) i forbindelse med tid som er satt av til å lære om ferdigheter. Informanten gir videre uttrykk for at hun opplever at det kan bli for mye repetisjon:

Det gir mening at vi har mindfulness et par ganger, men jeg føler at noen ganger så blir det altfor mye, fordi det blir kjedelig å gå igjennom de samme øvelsene.

Flere informanter sier noe av det samme; at de etter hvert mister konsentrasjon og motivasjon eller at de blir slitne av at det rettes oppmerksomhet mot øvelser de har gjennomført mange ganger tidligere:

Ja, man kan bli sliten av det, det er derfor jeg har sluttet med det. Fordi at jeg er så sliten, av å holde på med det hele tiden. (Ungdom B, 16 år)

Noe av dilemmaet i denne forbindelse synes å være at ungdommene gjerne er i ulike faser av oppholdet ved LBS. For enkelte er øvelsene nye og ukjente; for andre er øvelsene velkjente, slik denne informanten påpeker:

(...). Det blir jo litt mye noen ganger og liksom samme tema om og om igjen og jeg kan jo det her liksom. For det som er på en måte er at hvis noen nye flytter inn da og aldri har hatt det før og så har du hatt det sykt mye og så må man starte helt fra bunnen av og så sitter man bare der og..., men herre gud, jeg kan jo det her liksom (...). (Ungdom, 18 år)

En ungdom gir uttrykk for at hun opplever ferdighetsfokuset i hverdagen ved LBS som en form for manipulering, som ikke virker på henne. Hun synes å være av

den oppfatning at det ikke er noe ekte i det de voksne sier/påpeker og mener å ha gjennomskuet dem:

De lærer oss egentlig opp til å være sauer i en saueflokk (...). Det er flinke voksne her som er gode til å håndtere situasjoner mens du bor her, men jeg tror ikke at dette (ferdighetstreningen) kommer til å gjøre så mye med fremtiden til folk, liksom. (Ungdom C, 16 år)

I gjennomføringen av ungdomsintervjuene fikk vi inntrykk av at den enkelte ungdom var mer eller mindre motivert for behandling og forpliktelse til endring. Her er et eksempel som viser hvordan én av ungdommene, som vi møtte to ganger, gir uttrykk for at hun ikke har tro på behandlingen, særlig ikke ferdighetstreningen:

Jaja, det er jo greit å bo her liksom. Men det er sånn, orker ikke ferdighetstrening og alt det der. Det hjelper jo ikke en dritt. Jeg er der bare og ser på telefonen eller bare tegner eller noe jeg. Følger ikke med på hva de sier, for det er ikke sånn at jeg plutselig blir sånn; 'åhh, det er en ferdighet jo!' Det er jo ikke sånn det fungerer (...). (Ungdom, 14 år)

Den samme informanten synes å oppfatte det som rart og unormalt at de ansatte retter så mye oppmerksomhet på ferdigheter i miljøet i det daglige, og at dette ikke er noe de har kommet frem til i samråd med ungdommen:

Nei, de gjør det jo hele tiden. Men det er drittrirterende, fordi det er ferdighetstrening hver eneste dag liksom (...). Fordi ferdighetstrening er ikke noe normalt. Det er rart. Det er ikke noe jeg har bedt om å få gjøre liksom. (Ungdom, 14 år)

De sju ungdommene vi intervjuet ved LBS snakker mye om det de synes å oppfatte som utstrakt fokus på ferdigheter i det daglige, også utenom de planlagte ferdighetsgruppe- og samtaleterapitimene. De beskriver at ansatte retter oppmerksomhet mot bruk av ferdigheter «på alt hele tiden», noe de forteller at de blir lei og sliten av og at de irriterer seg over dette. De gir dessuten uttrykk for at dette harmonerer dårlig med tanke på at LBS også skal fungere som et hjem for dem den tiden de bor der. Én av ungdommene forsøker å redegjøre nærmere for dette på følgende måte:

Jeg bare sa til (NN); «åh, hun hadde kastet brusen min», så sto vi og pratet og jeg spurte om jeg kunne få en ny brus. Så skal han ene begynne sånn; «ja, hva kunne dere gjort for å handle motsatt?». Så skal de begynne med sånn jævla ferdighetstrening og behandling hele tiden. På sånne helt vanlige ting (...). Jeg mener du kan gå i ferdighetstrening når det er ferdighetstrening. Trenger ikke å gå rundt og bruke ferdigheter hele tiden. Det er ingen hjem som fungerer sånn (...). Man skal jo få lov til å irritere seg over ting uten at man skal hele tiden liksom.. 'åh, nei ikke vær irritert, bruk ferdigheter på å ikke være..' Altså, man får vel være litt irritert iblant. Tenker jeg da. (Ungdom A, 16 år)

Informanten lengter etter mer normalitet i det daglige, som handler om at hun kan si og gjøre ting som ikke alltid trenger å ses i lys av et behandlingsperspektiv eller bruk av ferdigheter. Dette setter hun i sammenheng med et viktig skille/en distinksjon mellom behandling og hjem. En annen informant, som oppfatter at «det friske og normale» får for liten plass i det daglige, forteller blant annet om følgende hendelse:

En situasjon da. Herregud, jeg var så irritert. For jeg hadde kjøpt is, fordi jeg ville spise is liksom. Også kom jeg til stua og fortalte sånn på kødd da: 'ja, nå har jeg brukt en ferdighet, og trøstet meg selv...og da var det en som begynte rett på sånn: 'å ja, så du pleier å overspise når du er lei deg?'. Og jeg bare: 'Hallo! Jeg fikk bare lyst til å spise is! Og så sa jeg sånn, 'nei, hva mener du'. Så sa hun sånn: 'pleier du å kaste opp etterpå også eller...?'(...) Så det er liksom sånne ting da. Når du egentlig bare vil leve liksom (...), så skal de alltid formulere det til at du er syk liksom, du sliter. (Ungdom, 18 år)

Den samme informanten, som vi møter og intervjuer to ganger i løpet av hennes botid ved LBS, nyanserer ved å vise til at hun også ser nytten av å øve på ferdigheter. Samtidig opplever hun at hun sjelden får mulighet til «å bare være»:

På en måte så er det jo bra, fordi man blir bevisst hva det er man gjør og man får på en måte skryt for ting man har gjort bra... 'å nå brukte du en ferdighet' og, ja. På en annen måte så får du aldri fred liksom fra... du blir alltid påmint om at du er i behandling og du blir alltid påminnet om at du er syk, liksom. For det er alltid prat om psyken og på en måte hvor dritt livet er og liksom hva du kan gjøre bedre og sånn. det blir sånn 'å herregud kan vi ikke bare ha en vanlig samtale uten at det blir...du blir liksom alltid påminnet at du er i behandling, du får aldri fri. (Ungdom, 18 år)

Ungdommene poengterer at de gjør mange vanlige/hverdagslige ting i løpet av en dag, som de ansatte (likevel) velger å analysere og bringe på bane som spesifikk fokusatferd eller bruk av mulige ferdigheter. Ungdommene synes å etterlyse en balansegang og/eller et tydeligere skille mellom når de er i behandling og ikke:

(...). Man skal jo få lov til å irritere seg over ting uten at man skal hele tiden liksom.. «åh, nei ikke vær irritert, bruk ferdigheter på å ikke være..». Altså, man får vel være litt irritert iblant. Tenker jeg da (...). Det man skal bruke ferdigheter til er jo å kontrollere seg selv. Og kanskje gjøre ting, gjøre ting som man egentlig ikke vil, fordi man vet at det er godt for seg selv. Og liksom sånne ting. Trenger ikke å bruke det til alt hele tiden. (Ungdom B, 16 år)

Oppmerksomheten som voksne i miljøet retter mot generalisering av ferdigheter, hvor ungdommene opplever at det de sier og gjør til enhver tid blir iaktatt og vurdert i henhold til behandling/terapi, synes å kunne svekke deres tillit/tiltro til behandlingsopplegget. De mange historiene og situasjonsbeskrivelsene som ungdommene deler kan tyde på at de stiller seg spørrende eller tvilende til opplegget, og da særlig til vektingen av generalisering av ferdigheter i miljøet. I tillegg gir enkelte ungdommer uttrykk for at det kan oppleves å bli et misforhold mellom fokuset på generalisering av ferdigheter i hverdagen og det faktum at institusjonen også skal fungere som et hjem den tiden de bor der. Her forteller én ungdom noe om dette:

Men det som er irriterende her også er at alle som jobber her har jo type sånn utdanning innenfor noe sånn her, så du blir behandlet hele tiden (...).jeg blir gal faktisk. Det er sånn der, det er en fugl som, liksom jeg hadde sovet i to timer og var syk, så kom den fuglen og hakket ned vinduet mitt liksom, for den gikk helt psykomode (...). Men uansett, og så var det sånn, så ble jeg bare sånn irritert av det. Og da begynner de sånn 'hvilken ferdighet kunne du brukt?'. Altså, normale folk blir jo lei av sånt. Å bli vekket av en fugl som holder på og hakker, når du har sovet i to timer. Det er jo ikke sånn. Hvorfor skal man bruke ferdigheter til alt hele tiden? (...) (Ungdom A, 16 år)

Informanten synes indirekte å gi uttrykk for at de voksne ikke finner en god balanse mellom hverdagsliv og behandling. Disse glir ofte over i hverandre, slik at «normaliteten» i livet blir satt i skyggen av fokus på behandling og øving på ferdigheter. Hun oppfatter at det er normalt å bli irritert når hun ikke får sove, men at

hun ikke opplever å møte forståelse for dette siden de voksne mener at hun skal øve på å reagere på en mer hensiktsmessig måte.

5.4.4.2 Nærmere om samtaleterapi

Ungdommene gir uttrykk for ulike erfaringer med å få oppfølging av psykolog/gå i samtaleterapi ved LBS. Enkelte forteller at de opplever å få lite ut av den individuelle samtaleterapien og/eller at de er usikre på nytteverdien. Andre formidler at denne delen av behandlingen er nyttig og virksom. I forbindelse med intervjuene får vi også innsikt i dagbokkort og atferdskjedeanalyser (AKA) og hvordan disse fungerer som verktøy i samtaleterapien og hvilke erfaringer ungdommene har med disse..

En ungdom, som har bodd ved LBS i ni måneder på det tidspunktet vi møter henne, resonnerer på følgende måte når hun forteller om betydningen av samtaleterapien og oppfølgingen hun har fått fra psykologen:

Noen ganger kan jeg tenke veldig mye svart-hvitt, og det er liksom enklere å finne noe på midten når jeg snakker med andre (...). Og jeg tenker egentlig mest sånn svart-hvitt når jeg er fyrt opp emosjonelt sånn som når jeg er veldig sint eller trist, så når jeg har roet meg ned og sånn og snakker med andre, så har jeg et klarere syn på det og da tenker jeg ikke så mye i ytterkantene og jeg tenker mer rasjonelt. Så ja, jeg føler at psykologen har hjulpet meg på det. (Ungdom D, 16 år)

Her forteller ungdommen noe om hva hun sliter med. Hun gir uttrykk for å ha strevd med å tenke og reagere på en måte som er hensiktsmessig, og at psykologen har hjulpet henne slik at hun nå reagerer mer adekvat.

En annen ungdom, som har bodd på LBS i fire måneder når vi snakker med henne, gir uttrykk for at hun verdsetter samtaleterapien mer enn ferdighetsgruppene: *«Jeg er ganske glad i samtalene med BUP, men jeg er ikke så fan av de gruppesamtalene for jeg synes ikke de gjør så mye annet enn å lære oss hvordan vi skal oppføre oss liksom»* (Ungdom C, 16 år). Ungdommen opplever at hun kan snakke friere i samtaler med psykologen, sammenliknet med i gruppesamtalene (som refererer til de ukentlige ferdighetsgruppene), men har erfart at samtaleterapien/oppfølgingen fra psykologens side avhenger mye av om hun har fylt ut dagbokkortene eller ikke:

Man kan snakke om det man føler, eller man kan snakke ganske fritt da. Man får ikke egentlig snakket fritt på de gruppesamtalene, men der kan man si litt

om hva man føler..., sånn vanlig samtale, psykologsamtale. Men, det som er greia er at hvis man har glemt dagbokkort, som er slike kort som man må fylle ut hver dag, fylle ut hvordan du føler deg hver dag. Hvis du ikke har gjort det, så bruker 'x' sånn 40 minutter av samtalen på å klage over det og vi har 1 time... sånn helt serr: jeg kan skjønne at det er drittrirriterende at jeg glemmer det dagbokkortet, men det at du bruker opp hele samtalen min på å klage på det er sykt rart...(...). (Ungdom C, 16 år)

Informanten gir uttrykk for at hun ikke forstår den veldige betydningen dagbokkortene har i møte med psykologen og at hun oppfatter å ha mistet nesten en hel terapitime, fordi hun har glemt å fylle ut dagbokkort. En annen informant beskriver hensikten med dagbokkortene slik:

(...). Det er mange ting. Det er å bli kjent med dine egne følelser og på en måte klare å se sammenhengen mellom følelser og handling og på en måte fordi at alle sånne individuelle samtaler med psykologen er jo basert på sånne dagbokkort egentlig, så hvis du ikke har dagbokkort, så har du ikke noe å snakke om (...). For det er det man alltid starter samtaler med er på en måte 'har du med dagbokkort' og så må de se dagbokkortet (...). Og har du da noen fokusatferder på det dagbokkortet, så er det AKA som må gjøres og da tar det hele timen. Da får du ikke pratet om noe annet. For eksempel da, hvis jeg hadde en selvskadingsepisode i over i går ikke sant, men jeg hadde masse annet i hjernen min liksom, da er det den akaen man må gjøre og at man må prate om det som skjedde for to dager siden. Og det er ganske kjipt det også – å måtte liksom prate om hva som skjedde for to dager siden... også er man ferdig liksom. (Ungdom, 18 år)

Samtalerne tar, ifølge informanten, utgangspunkt i dagbokkortene som forteller om ungdommens følelser og handlinger den siste tiden. Dersom dagbokkortene viser at ungdommen har brukt fokusatferd de siste dagene prioriteres det å bruke tid på å gjennomføre atferdskjedeanalyser (AKA) og det kan bli lite tid til annet i samtalen. Informanten gir uttrykk for at hun kan savne samtaleterapi som ikke er styrt av de spesifikke verktøyene i DBT:

Det er mange ganger jeg savner vanlige polikliniske samtaler...for alt jeg på en måte prater om er hvorfor jeg selvskada og hvorfor jeg gjorde det. Det blir veldig mye: 'hvorfor gjorde du det'(..) Det er det som er fokus hele tiden (...).

Det hadde vært fint om den ene samtalen i uka var dagbokkort-relatert holdt jeg på å si, og den andre var på en måte vanlig psykologsamtale. Det hadde vært greit (...) Det kan bli litt for mye DBT liksom. (Ungdom, 18 år)

Det er mulig å tolke informanten dit hen at hun opplever at det rettes for mye oppmerksomhet mot, og brukes for mye tid, på å analysere de spesifikke hendelsene eller situasjonene, hvor hun eksempelvis har selvskadet og ikke brukt DBT-ferdigheter. Hun etterlyser muligheten til å samtale uten å måtte ta utgangspunkt i dagbokkortene. I forbindelse med vårt andre møte med denne jenta forteller hun at det har blitt søkt om en forlengelse av oppholdet ved LBS, og at dette grunner i skifter av psykologer og manglende kontinuitet i behandlingen:

Akkurat sånne individuelle samtaler med terapeut så har det vært litt opp og ned, fordi at det har vært så mye surr med det med meg, Jeg har hatt sånn fire forskjellige behandlere på den tida jeg har vært her, så det har vært veldig mange nye oppstartsfaser og masse greier, men det går liksom greit bortsett fra det (Ungdom, 17 år)

På dette tidspunktet har informanten bodd på LBS i åtte måneder og hun gir uttrykk for at hun ikke har ytret ønske om behandlerskifter selv. Ungdommen oppfatter at årsaken til byttene har handlet om permisjoner eller at enkelte har sluttet og gått til andre stillinger.

Som nevnt tidligere bor de fleste ungdomsinformantene ved LBS i opptil ett år. Det betyr at de er i ukentlig behandling over en nokså lang periode, noe som flere ungdommer forteller at de opplever som til dels slitsomt. Én av informantene sier det slik:

Det blir veldig slitsomt. Når du går her. Du har vært her, vi skal være her i et år. Jeg har gått her i ni måneder, har hatt samtale med psykologen to ganger i uka liksom. Du blir utslitt. Du blir faktisk så utslitt når det er alltid noen her fra helse. (Ungdom B, 16 år)

Tidsaspektet er altså et moment som ungdommene viser til og som må tas i betraktning når det gjelder deres erfaringer med behandlingen og eventuell behandlingstretthet.

5.4.4.3 Opplevd virkning av behandling

Ungdomsintervjuene ved LBS gir ingen tydelige svar på om informantene opplever at behandlingen virker. Enkelte ungdommer forteller at de har hatt nytte av deler av behandlingen og viser til at de føler seg mer stabile, regulerte og/eller at de har fått nye perspektiver som har hjulpet dem. Andre ungdommer forteller at de ikke opplever noen forskjell og/eller at de etter hvert også har valgt å avslutte/ikke delta i deler av det faste behandlingsopplegget.

Ungdomsintervjuene gir oss imidlertid noe innsikt i at ungdommene synes å oppleve ustabil motivasjon og forpliktelse i forbindelse med deres bo- og behandlingstid ved LBS. Enkelte ungdommer gir uttrykk for lav eller ingen motivasjon og forpliktelse til å motta behandling allerede ved innflytting, andre gir uttrykk for at motivasjonen har variert eller avtatt etter hvert i forbindelse med botiden ved LBS.

En av de sju ungdommene som deltar som informanter ved LBS gir tydelig uttrykk for at (deler av) behandlingen ved LBS har vært nyttig for henne og utdyper på følgende måte:

Jeg har blitt mer stabil sånn emosjonelt. Jeg tror det har vært en kombinasjon av medisiner og terapi som har gjort meg mer stabil i følelsene mine og sånn..og tankene mine. Jeg har mer kontroll over det jeg gjør og sånn (...). Men, jeg føler det er mest medisinen» (...). Vel ferdighetstreningene har ikke hjulpet meg så mye, men samtalerne med psykolog har hjulpet, fordi jeg liksom fikk se et annet perspektiv enn mitt eget (...). Og når jeg hadde episoder med veldig sterke følelser og sånn, så har vi drøftet det og funnet ut hva sårbarhetene er og sånne ting. Det har hjulpet meg til å forstå min egen atferd og å gå litt inn i meg selv og sånn og finne ut av hvordan jeg kan – hva heter det, hvordan jeg kan stoppe en annen episode fra å skje. (Ungdom D, 16 år)

Vi møter og intervjuer den aktuelle informanten kun én gang og på dette tidspunktet har hun hatt opphold ved LBS i om lag åtte måneder. Ungdommen uttrykker i intervjuet at hun selv egentlig ikke ønsket inntak ved LBS, men at dette var et ønske som mor tydeliggjorde overfor henne. Ungdommen opplever å ha hatt særlig nytte av samtaletapien og medisineringen, men mindre av ferdighetstreningene. Når informanten redegjør nærmere for nytten av behandlingen viser hun til det å få hjelp til å forstå egne sårbarheter og egen atferd, og hvordan hun derigjennom også har mulighet til å regulere seg selv.

En informant som vi møter og intervjuer ved to anledninger, henholdsvis fire og åtte måneder etter inntak, vurderer virkningen av behandlingen slik ved vårt første møte:

Jeg synes ikke det har blitt så mye bedre, men de sier jo at de har gjort så mye at det har blitt bedre da men,,,, jeg merker ikke noe forskjell i hvert fall..., men det er jo mye igjen av behandlingen da. (Ungdom C, 16 år)

Informanten snakker om «de» og vi oppfatter at hun med dette viser til de voksne i miljøet, som kanskje også bidrar i behandlingen. Jenta forteller at hun selv og «de» har ulike oppfatninger når det gjelder utvikling eller virkning av behandlingsopplegget, men gir likevel uttrykk for at hun fortsatt gir det en sjanse siden hun ikke er ferdigbehandlet. Da vi møter informanten fire måneder senere gir hun imidlertid uttrykk for at hun ikke opplever å ha kommet videre i prosessen og at hun er til dels utilfreds med bo- og behandlingstiden ved LBS.

En tredje ungdom som vi intervjuer første gang åtte måneder etter inntak/innflytting og andre gang noen måneder etter at hun har flyttet ut fra LBS og inn i et nytt institusjonstiltak, gir følgende korte svar på spørsmål om eller hvordan hun opplever at behandlingen har virket:

Altså, det er jo fortsatt litt opp og ned. Men sånn er det jo bare. Men det har hjulpet meg litt. Det har hjulpet meg i underbevisstheten. (Ungdom B, 17 år)

Informanten sier dette i intervjuet vi gjennomfører etter utflytting. Samtidig forteller hun at hun per i dag ikke mottar behandling, og at dette er et valg hun har tatt fordi hun føler at hun trenger en pause. Behandling over tid er slitsomt og krevende.

Flere ungdommer forteller at de er innforstått med at en del av behandlingen/ den terapeutiske tilnærmingen handler om at de ikke skal gis oppmerksomhet/ omsorg i situasjoner hvor de utøver alvorlig uønsket atferd (fokusatferd). Denne tilnærmingen har til hensikt å de-eskalere og redusere fokusatferd, men én informant forteller at hun av og til kan gjøre bruk av den innsikten hun har i (den terapeutiske) tilnærmingen, slik at den bidrar til å skape en virkning som hun selv av og til er ute etter:

Tilnærmingen er jo, i hvert fall for meg, at de skal være kalde og kyniske (...). Når du har selvskada, da prater de ikke med deg om det en gang. (...) Jeg er

egentlig bare innforstått med det, at de ikke skal vise meg omsorg. Noen ganger kan jeg bruke det til min fordel også hvis de er veldig masete på ett eller annet eller ser at jeg er lei meg eller ett eller annet, ikke sant, og maser skikkelig, så kan jo jeg bare si at jeg har selvskada, sånn at de ikke prater til meg lenger. Så det har skjedd. Og det har folk ledd av her, men det kan jeg fint bruke, liksom. (Ungdom, 17 år)

Informanten bruker ordene «kald» og «kynisk» når hun beskriver hvordan miljøpersonalet opptrer i situasjoner hvor en ungdom har selvskadet. Hun oppfatter at det å ikke vise oppmerksomhet og omsorg kommer som en konsekvens av handlingen, og gir uttrykk for at det kun er i tilknytning til slike hendelser at dette skjer. Dersom hun ønsker å være i fred og slippe mas fra miljøpersonalets side kan hun derfor gi uttrykk for at hun har utøvet alvorlig uønsket atferd, selv om hun ikke har det. Ungdommen gir uttrykk for at det er greit at de ikke viser henne omsorg i forbindelse med selvskading, men at hun selv velger å dra nytte av deres tilnærming i andre situasjoner. Den samme informanten reagerer imidlertid på at LBS, slik hun oppfatter det, har gitt informasjon til legevakten om hvordan den skal reagere ovenfor henne i situasjoner hvor hun har selvskadet. Jenta understreker at hun er 18 år gammel, og hun mener at LBS ikke har rett til å gjøre dette uten hennes samtykke.

Ungdommene gir på ulike måter uttrykk for at de etter hvert blir slitne av behandlingen ved LBS, og noen synes å være til dels irriterte og frustrerte når de snakker om opplegget eller ulike aspekter ved det, som ferdighetstrening, generalisering av ferdigheter, dagbokkort og AKA. Dette kan muligens forstås som en form for behandlingstretthet, som også er relevant å trekke frem med hensyn til virkningen av behandlingen. Her forteller fire av ungdommene hvordan de opplever dette:

Ja, man kan bli sliten av det, det er derfor jeg har sluttet med det. Fordi at jeg er så sliten, av å holde på med det hele tiden (...). Det er veldig intenst. (Ungdom A, 16 år)

Det blir veldig slitsomt. Når du går her. Du har vært her, vi skal være her i et år. Jeg har gått her i ni måneder, har hatt samtale med psykologen to ganger i uka liksom. Du blir utslitt. Du blir faktisk så utslitt når det er alltid noen her fra helse (...). Altså, du blir faktisk veldig sliten. (Ungdom B, 16 år)

Samtalene med psykolog er også DBT. Du går jo gjennom dagbokortet som vi har da og der er det jo på en måte ferdigheter du skal fylle ut at du har gjort og sånne ting, så det er jo mye av det samme og det kan jo også bli litt irriterende etter hvert, at liksom alt går igjen på de ferdighetene. (Ungdom, 17 år)

De AKA-greiene, har du hørt om det? Det er såååå irriterende. (...). Psykologen bruker AKA hele tiden. Han liker å gjøre det ekstra mye, men jeg skjønner ikke poenget med det. (Ungdom C, 16 år)

Ungdommene forteller at de over tid opplever å bli slitne, irriterte og utslitte og at opplegget er intenst. Én av ungdommene, som har hatt opphold ved LBS i fire måneder på det tidspunktet vi møter henne, gir også uttrykk for at hun delvis ikke forstår nytten av deler av opplegget eller grad av bruk av enkelte komponenter i behandlingen.

Én av ungdommene sier at hun har snakket med ansatte ved LBS om at hun ønsker å få individuelle samtaler med psykolog på ABUP, i stedet for i institusjonen da vi møter henne for andre gang:

Altså, det hadde vært akkurat det samme for meg om jeg hadde bodd hjemme og gått to ganger til ABUP i uka, enn å bo her og ha ABUP på soverommet mitt liksom. Så egentlig så synes jeg det bare er mas. Fordi her kommer psykologen basically inn på rommet ditt før du har stått opp, for å si: 'Kom, nå skal vi gå over gangen og ha samtale'. Så da ville jeg heller ha bodd hjemme og gått til ABUP. (Ungdom, 14 år)

Det er mulig å tolke ungdommen dit hen at hun opplever at det kan bli for tett og nært å treffe den profesjonelle hjelperen «hjemme», og at hun ønsker mer avstand i form av å treffe psykolog/motta hjelp utenfor den private sfæren. Den samme ungdommen forteller følgende om egen deltakelse i ferdighetstrening:

Det har jeg ikke vært så mye på (...). For det går mye på å kaste ballonger rundt i rommet og tegne i blinde og masse sånt. Og det blir litt sånn; jeg går ikke i barnehagen lenger liksom. Så det er jeg ikke med på. (Ungdom, 14 år)

Ut ifra det ungdommen sier kan det virke som om hun ikke helt forstår- eller ser meningen med ferdighetstreningen, og at hun derfor heller ikke møter opp på denne.

5.4.5 Trygghet og omsorg

Informantene gir stort sett uttrykk for at de føler seg trygge på LBS. Når de snakker om trygghet og at de føler seg trygge, synes de fremfor alt å kople dette til at de opplever å være beskyttet og/eller ivaretatte. Flere beskriver eksempelvis at de ansatte er flinke til å håndtere utfordrende situasjoner som kan oppstå i institusjonsmiljøet, at de opplever å bli hørt og at de voksne bryr seg. Én ungdom sier det slik:

(...), at det er litt mer sånn, føler jeg kan slappe av litt mer her liksom. Uten at det blir det kaoset på en måte, at jeg blir sendt ut igjen og så at det er liksom veldig sånn, på innleggelser; veldig mye tvang og veldig mye liksom sanne ting. At det er litt mer trygt her og du blir liksom ordentlig kjent med de menneskene som er her (...). Ja, du føler liksom ikke like mye at de har på en måte makt over deg, på en måte. Eller ansvaret for deg. Det blir litt mer som at jeg bare henger med voksne liksom, som venner på en måte. (Ungdom, 17 år)

Ungdommen har bodd ved LBS i omtrent en måned når hun forteller hvordan hun opplever at nå-situasjonen står i kontrast til før-situasjonen, som innbefattet akutte innleggelser og bruk av tvang og makt. Hun gir uttrykk for at hun føler seg bedre ivaretatt nå, og at hun opplever noe mer likeverdige relasjoner. For å vise hva hun mener med dette velger hun å bruke venne-begrepet. På et senere tidspunkt, etter omtrent åtte måneders botid ved LBS, svarer hun imidlertid som følger på spørsmål om hun føler seg trygg:

Ja og nei. Det er jo mange her som jeg på en måte har blitt glad i og som jeg vet at støtter meg og sånn (...). Det har skjedd en del situasjoner hvor jeg har klikka Som på en måte har vært galt fra begge sider og det har vært situasjoner som har vært sånn 'hva søren' (...). Nei, det er ikke lov til å bruke tvang med mindre du oppleves å være en fare for deg selv eller andre (...) men det har vært trusler om det (...), og det er jo heller ikke lov. (Ungdom, 18 år)

Ungdommen opplever fortsatt å ha gode relasjoner med flere som er i institusjonsmiljøet, men hun forteller samtidig at hun har vært i en del vanskelige situasjoner som ikke har føltes bra, og som hun kanskje mener kunne vært håndtert annerledes. Blant annet viser hun til at det har blitt truet med å bruke tvang og makt.

En annen ungdom gir klar beskjed om at hun ikke ønsker å omgås de voksne ved LBS på en måte som kan minne om venne- eller familierelasjoner:

(...) De prøver å oppføre seg som om de er vennene mine eller familien min, men det er bare kleint, fordi de er ikke det» (Ungdom D, 16 år)

Ungdommen bruker ordet «kleint», som kanskje forteller om en klam sosial følelse, når hun beskriver hvordan hun opplever væremåter som likner på de hun forbinder med venne- eller familierelasjoner.

Flere ungdommer gir uttrykk for at de *i perioder* har kjent på utrygghet, og viser til at dette har vært når de har vært eneste beboer i en etasje/avdeling *over tid* og de har oppfattet at ansatte har vært veldig opptatte med (mer utagerende) ungdom som har bodd i den andre etasjen/avdelingen. Mer inngående synes dette å handle om å oppleve at de ansatte ikke har tid til dem på grunn av at ungdom som bor i den andre etasjen/avdelingen krever mye av deres oppmerksomhet, samtidig som de bor alene i en etasje/avdeling og ikke har andre ungdommer å være sammen med. De blir usikre på de voksnes omtanke for dem og tviler litt på om de voksne virkelig tar hensyn til hvordan de opplever situasjonen.

Omsorg eller forståelse av omsorg synes ikke å være noe som ungdomsinformantene ved LBS utelukkende setter i sammenheng med trygghet. Flere av informantene eksemplifiserer med å vise til situasjoner der en ungdom har selvskadet, når de redegjør nærmere for omsorg. Dette er situasjoner hvor ungdommen selv kanskje ønsker å bli ivaretatt, trøstet, plastret og bandasjert, men hvor de opplever at dette ikke skjer. Én av ungdommene mener at de voksne ved LBS forventer selvstendighet, og en kan få inntrykk av at hun ser dette i kontrast til omsorg, når det som skjer i etterkant av at en ungdom selvskader er at hun må pleie seg selv. Hun svarer følgende når intervjuer spør om hun opplever god omsorg ved LBS:

Nei, ikke omsorgsdelen. Jeg vet ikke jeg, men dem vil at vi skal være veldig selvstendige da, så det er ikke så mye omsorg her, men det er ikke sikkert det er meningen at det skal være det heller. (Ungdom C, 16 år)

Det er å bemerke at samme informant gir uttrykk for at hun føler seg trygg ved LBS. Det hun omtaler som omsorgsdelen, som beskrives som mindre fremtredende, synes med andre ord ikke å røkke ved trygghetsfølelsen. Informanten snakker om omsorg som en form for pleie, som hun eksemplifiserer gjennom situasjoner knyttet til de psykiske helseproblemene. En annen informant sier noe av det samme, hun føler seg trygg, men hun føler ikke at hun har fått omsorg.

Å føle seg trygg blir også eksemplifisert gjennom spesifikke situasjoner eller rutiner i løpet av dagen, hvor ansatte opptrer på en bestemt måte. Én av informantene erfarer trygghet i forbindelse med kveld/natt, når hun skal sove:

Men det er ofte litt sånn, det kommer an på hvem som er på jobb, men at nattevaktene liksom sitter inne på rommet mitt til jeg sovner, bare for å være sikker på at jeg ikke skal finne på noe tull. Men det er bare de jeg er trygge på da (...). Så de er veldig fleksible på det, at de liksom kan sitte med deg, de kan lese bok til deg til du sovner, ett eller annet (...). Man kan ha døra åpen om natta, man kan ha lyset på, de kan sjekke deg om natta. De gjør alt. Hvis du trenger en gåtur midt på natta, en luftetur, så kan de bli med deg (...). Ja, heller at de blir med, enn at jeg løper ut alene liksom. (Ungdom, 14 år)

Ungdommen gir uttrykk for å føle seg beskyttet og trygg i forbindelse med leggetid, når nattevaktene blir hos henne slik at hun ikke overlates til seg selv. Dette eksempelet som beskriver hvordan nattevaktene opptrer i en bestemt situasjon kan også være å forstå som opplevd omsorg, siden ungdommen erfarer at de bryr seg, tar vare på henne og sørger for at hun ikke er alene.

5.4.6 Skole

Ungdommene som deltar som informanter gir stort sett uttrykk for at de ikke er fornøyde med skoletilbudet i forbindelse med botiden ved LBS, og at det er et sprik mellom det de forventer og ønsker med hensyn til skolegang og det de faktisk opplever. Ungdommene vokter «normalitet» og forteller at de ønsker å gå i vanlig skole, men de synes å oppfatte at dette ikke er et alternativ/en mulighet. Samtlige informanter forteller at de har fått et tilbud i SMI-skolen. Enkelte ungdommer sier at de har noen undervisningstimer hver uke som de forsøker å følge. Andre sier at det gir lite mening å benytte skoletilbudet på SMI, og at de har valgt å avslutte. Én av ungdommene som forteller at hun «har gitt opp skolen» gir uttrykk for at dette både har å gjøre med at hun må gå på SMI-skolen, og at det er vanskelig å fokusere på skole. Hun opplever det som krevende å gå på skole samtidig som hun går i behandling og daglig retter oppmerksomhet mot egne psykiske helseutfordringer.

Av intervjuene fremgår det også at ungdommene vurderer SMI-skolen som annerledes i den forstand at det går veldig mye forskjellige folk der; medelevene er ikke på deres egen alder og de opplever ikke nødvendigvis å ha noe til felles med de andre elevene. Ingen av ungdommene som går på skolen opplever å ha venner

der. Betydningen av det sosiale og det å få være en del av ungdomsgruppa i vanlig ungdomsskole eller videregående skole synes imidlertid å fremstå som viktig for dem. Det er noe de gir uttrykk for at de ønsker og drømmer om. Her forteller to ungdommer som deltar i et gruppeintervju noe om sine erfaringer med skolen:

Det kanskje jeg synes har vært vanskeligst etter jeg flyttet hjemmefra, det er jo det. Jeg har ikke fått en normal hverdag. Jeg har bokstavelig talt, går ikke på vanlig skole, jeg går på SMI. Det har jeg gjort nå, av og på siden 2019 egentlig. (Ungdom B, 16 år)

Det er på en måte skole for folk som ikke, som bor på for eksempel institusjon, eller som ikke klarer helt fullt, vanlig skoleløp, og så kan du gå på skole der i stedet da. Litt mindre klasser og litt tettere oppfølging og litt sånn. Du kan for eksempel gå der hvis du har Tourettes. Og så kan du bare hvis du sliter med vanlig skolehverdag. Angst. Det kan være hva som helst (...). Det er første gang jeg har slitt så mye med å gå på skole (...). Jeg har jo for eksempel hatt flere måneder her hvor jeg ikke har stått opp av senga i det hele tatt. Og for eksempel, jeg har vært syk, liksom fysisk syk siden januar. Og det er fordi jeg har stress, underliggende stress i liksom underbevisstheten, som gjør at jeg blir faktisk syk liksom. Og får ekte feber og sånt, fordi jeg har så mye stress i kroppen. Så da er det jo klart at når du lever sånn og ikke vet hvor du skal, og har kanskje uklare relasjoner med foreldre, mange ansatte inn og ut, folk som stikker av, kanskje du stikker av selv, så er det ikke lett å fokusere på skole liksom (...). Nei, nå går jeg ikke på skole. (Ungdom A, 16 år)

Ungdommene viser til en unormal hverdag, om flyttinger som medfører skolebytter og om ulike aspekter ved institusjonshverdagen, fremtidsutsiktene og det å være i behandling som gjør det vanskelig å fokusere på skole. Ungdommene kommer også inn på egne forventninger til skole/skolegang i forbindelse med opphold/botid ved LBS, og i ett av gruppeintervjuene sier ungdommene følgende:

Hva slags plan hadde du når du kom hit da? Dere lagde på en måte en plan sikkert i teamet ditt, liksom hva som var dine mål for skole kanskje? (Ungdom A, 16 år)

Ja, men det ble jo ikke noe av. (Ungdom B, 16 år)

Var målet å gå på vanlig? (Ungdom A, 16 år)

Hvorfor ble det ikke noe av det da? (Intervjuer)

Fordi de som styrer det vil ha meg på SMI. (Ungdom B, 16 år)

Man bestemmer ikke selv. Jeg tror jeg kan bestemme selv, fordi jeg går på videregående. Men du kan ikke bestemme helt selv om du har lyst til å gå på SMI eller ikke (...). For man har jo ikke så mye man skal ha sagt på så mye, sånn egentlig. (Ungdom A, 16 år)

I dialogen ovenfor, som er illustrerende for det de fleste informantene fremhever, snakker ungdommene om at det ikke har blitt som forventet med hensyn til skole. Man har/lager en plan ved innflytting som også omhandler skolegang, men hvor denne planen ikke blir fulgt, eller at ungdommens egne uttrykte ønsker ikke nødvendigvis får gjennomslag. Den ene ungdommen sier noe om hvilke muligheter man har til å påvirke og bestemme selv, at det kanskje er større sjanser jo eldre man blir, men at opplegget med SMI synes å være mer eller mindre spikret.

En 14-åring sier dette om SMI-skolen og gir uttrykk for at hun er uenig i de voksnes vurderinger av hva hun kan få til:

Jeg går på sånn SMI-skole som jeg egentlig ikke har lyst til å gå på (...). Men de her de tenker at jeg ikke klarer å gå på vanlig skole, når det er det jeg har gjort egentlig hele livet mitt (...). Det synes jeg er helt teit. Man lærer ingenting der. Synes ikke jeg i hvert fall (...). Det er sånn., bare sånn, det føles ut som en barnehage liksom. Det er ingenting der.

Informanten synes ikke å oppfatte SMI som en skole i ordinær forstand. Hun omtaler SMI som en barnehage og ikke et sted hvor hun lærer noe. Det fremgår tydelig at hun ønsker å gå i vanlig skole, og at hun mener at hun er i stand til det. To av ungdommene, som ikke går på skole lenger, sier noe om hvorfor de har valgt å avslutte:

Nei, det ble litt mye nå med skole og dette her, så jeg valgte å gi meg. Men, den skolen jeg gikk på er sånn SMI-skole, så da måtte jeg liksom..., da hadde jeg ikke fått noen karakterer der selv om jeg hadde fullført der, så da.. jeg skjønte

ikke hvorfor jeg skulle. Sikkert bare for å lære da, men dem er noen skikkelige raringer de som går der da. (Ungdom C, 16 år)

De sa at jeg ikke var frisk nok til å få utdanning, og det var egentlig ganske urettferdig, fordi de hadde ikke informert meg om det heller (...). Jeg ble informert om at jeg kunne ta opp fag og at jeg kunne få fritak neste år. Også tar de en avgjørelse bak ryggen min om at jeg er for syk, også informerer de meg ikke om det. Så jeg går på skolen og tror at jeg skal få karakter, også plutselig får jeg beskjed om at jeg ikke får karakter når det er for seint å ta opp fag (...). (Ungdom D, 16 år)

Begge informantene viser til at de ikke får karakterer når de går på SMI-skolen og gir uttrykk for at det gir lite mening å fortsette/fullføre når de ikke får «normal» uttelling. Én av informantene gir i tillegg uttrykk for at hun opplever at det blir for mye for henne med skole nå. Den andre forteller at hun ikke ble informert om at SMI-skolen ikke teller/ikke gir grunnlag for karakterer, og at hun opplever at de voksne ikke har vært ærlige med henne. Hun fortsetter med å fortelle at en hverdag uten skolegang svekker livskvaliteten:

Jeg føler at hverdagen min er veldig tom når jeg ikke går på skole, og jeg føler for at for å få en god mental helse så må man ha en hverdag som, som liksom er fyldig på en måte, så man har ting å gjøre. Så hvis jeg hadde vært på skolen så hadde det faktisk gjort den mentale helsen min bedre, fordi da hadde jeg vært mindre alene og sånn og da hadde jeg hatt mer å gjøre (...). Jeg likte ikke SMI-skolen særlig mye, men jeg tenkte at det var greit siden jeg jobbet mot et mål, og det er veldig viktig å jobb mot noe hvis man skal ha det bra. (Ungdom D, 16 år)

Informanten forteller at hverdagen og livet føles tomt uten skole. Hun gir uttrykk å ha for lite å gjøre og at hverdagen blir litt innholdsløs og uten mening, noe hun ikke opplever bidrar til å styrke sin mentale helse.

Én av informantene som intervjues på to forskjellige tidspunkter har flyttet til et nytt institusjonstiltak når vi snakker med henne for andre gang. Da har vi følgende dialog rundt hverdag og skolegang:

Jeg går ikke på skole. (Ungdom B, 17 år)

Er det noe som du har vært med aktivt og bestemt selv eller? (Intervjuer)

Ja. Jeg prøvde, men jeg klarte ikke. ... jeg begynte på videregående (...). Jeg var der kanskje sånn noen ganger, og så var jeg der aldri, og så bare, så jeg sluttet der fra. Jeg var der nesten ikke. (Ungdom)

Nei. Hva er det sånn hvis du skal si, hva var det som ble det vanskeligste når du prøvde å starte på en ny skole, på videregående? (Intervjuer)

Det er jo at jeg har nesten ikke vært på skolen siden jeg flyttet fra (x). Så jeg har jo veldig vanskelig for å komme i gang. Og så synes jeg det er veldig vanskelig og bare sitte å lese i en bok. Og ikke på ordentlige beskjeder om hva jeg skal gjøre og sånne ting. Da får ikke jeg til å gjøre noe.

Okay. Har du noen planer nå? Er du i noe arbeidstrening eller? (Intervjuer)

Nei, jeg er ikke i noe. (Ungdom)

Denne ungdommen har flyttet mye i barnevernet og bodd på flere ulike institusjonstiltak rundt om i landet, også før inntaket ved LBS. Hun viser til at skole har vært utfordrende helt siden hun flyttet fra hjemstedet sitt for noen år siden. I forbindelse med flyttingen fra LBS til det nye bostedet forsøkte hun å starte i videregående skole, men hun droppet ut ganske fort. På det tidspunktet vi snakker med henne er hun verken engasjert i skole eller noen form for arbeid/arbeidstrening.

4.4.7 Fritid

Når det gjelder fritid og fritidsmuligheter i forbindelse med botiden ved LBS synes ungdommene generelt sett å være tilfredse. Ingen av ungdommene deltar i organiserte fritidsaktiviteter, men de opplever at de ansatte søker å støtte og tilrettelegge for at de skal få gjennomført uorganiserte (sosiale) aktiviteter og gjøremål i fritiden. Som regel må ulike aktiviteter og gjøremål planlegges, særlig dersom de krever at ansatte stiller opp som sjåfører/skysser ungdommene. Enkelte ungdommer gir uttrykk for at de har venner de kan være/er sammen med på fritiden, andre forteller at de ikke har det. Det synes også å være ulikt med hensyn til om ungdommene opplever å danne vennerelasjoner med andre som bor ved LBS, eller ikke. Savn av venner som de har flyttet fra er imidlertid et tema som flere ungdommer bringer på bane, men enkelte gir også uttrykk for at de fortsatt har noe kontakt med dem:

Jeg var veldig alene, og i starten var jeg veldig lei meg fordi jeg var vekke fra vennene mine og familien min. Jeg er fortsatt litt lei meg for at jeg er så langt vekke fra vennene mine og sånn, men det har blitt litt bedre da fordi jeg skal ha bursdag snart, så da skal jeg jo være med vennene mine. (Ungdom D, 16 år)

Denne ungdommen har ikke opplevd å måtte flytte så langt bort fra hjemmet, noe som blant annet muliggjør bursdagstreff med vennene. Hun forteller også at hun har mulighet til å møte mor og søsken jevnlig.

I et gruppeintervju med tre av ungdommene fremgår det at de opplever at de voksne/ansatte stort sett er positive og behjelpelige når de ytrer ønsker om aktiviteter/gjøremål i fritiden, men at brudd på regler og rømning kan medføre visse begrensninger:

Ja, så lenge du følger regler og gjør det du skal, så er de veldig positive til det altså. De kjører hvor som helst eller finner løsninger, buss eller...de er greie på henting og sånn, så lenge du holder innetider og... (Ungdom A, 16 år)

...ja, og ikke stikker av. (Ungdom B, 16 år)

Hvis du stikker av så får du jo ikke lov, men det er jo din egen feil. Hvis du gjør som de skal så strekker de seg ganske langt. (Ungdom A, 16 år)

Alt bygges jo på tillit. (Ungdom, 14 år)

I dialogen ovenfor ser vi at den ene ungdommen viser til tillit og mener at dette er kjernen med hensyn til å få disponere fritiden slik en ønsker, slik hun selv opplever. Litt senere i dialogen knyttet til fritid forteller to av ungdommene at de har rømt fra LBS flere ganger, og at dette har fått konsekvenser i form av begrensninger knyttet til bevegelsesfrihet og bruk av mobiltelefon:

For eksempel jeg og henne stakk av sammen. (Ungdom B, 16 år)

Mange ganger. Første dagen min også (...). Jeg har stukket av sånn seks-sju ganger (...). De tok til og med fra meg telefonen. (Ungdom, 14 år)

Haha, de tok ikke fra meg min! Vi gjorde nesten alt sammen, det var liksom bare en greie, og så tok de hennes telefon. (Ungdom B, 16 år)

Jeg skjønner ikke hvorfor de ikke tok din. (Ungdom, 14 år)

Ungdommene forteller om konsekvenser som har påvirket fritiden ved ikke å ha tilgang til mobiltelefon, men at denne begrensningen kun ble gjennomført for én av dem, noe de ikke helt forstår. Videre fremgår det av samtalen at hendelsene med gjentatte rømninger også har ført til at de to ikke kan bevege seg fritt mellom etasjene/avdelingene ved LBS, og at de bor i hver sin etasje. Dermed er det ikke helt opp til dem hva de kan gjøre og hvem de kan omgås med, innenfor institusjonen, i fritiden.

I et individuelt intervju med en annen ungdom understrekes nødvendigheten av å lage avtaler i forkant, gjerne dagen i forveien. Det er ikke slik at det meste kan gjøres spontant. Ungdommen viser til at «de liker å planlegge» Med «de» menes trolig personalet ved LBS. Hun poengterer videre: «Vi får ikke lov til alt, men de er ganske flinke til å la oss gjøre de aktivitetene vi vil gjøre».

Også denne ungdommen gir uttrykk for å være fornøyd med mulighetene og støtten knyttet til fritiden i forbindelse med botiden ved LBS.

5.4.8 Kontakt med familie

Gjennom ungdomsintervjuene får vi noe innsikt i den enkeltes kontakt med foreldre/foresatte og noe om ungdommenes inntrykk av LBS sin kontakt med foreldre/foresatte. Fire av de sju ungdommene forteller at de selv ikke har kontakt med foreldre/foresatte.

Jeg vet ingenting, jeg har ikke snakket med familien min på et år eller noe. (...). Jeg får ikke lov. Av barnevernet, liksom, fordi de suger (...) de har ikke noe grunn til og ikke la meg snakke med familien min. (Ungdom, 14 år)

Nei, de foreldrene mine har ikke rett på å vite noe som helst. (...). De ringer ikke meg selv, eller ønsker noe kontakt med meg, så da synes ikke jeg at de skal kunne få ringe og høre ting om mitt liv, da kan de like gjerne ringe meg. (Ungdom A, 16 år)

Jeg har ikke kontakt med foreldrene mine, men jeg har med søsknene mine.
(Ungdom, 17 år)

Ungdommene viser både til egne valg, foreldrenes valg og barneverntjenestens bestemmelser når de forteller om bakgrunnen for at de ikke har kontakt med foreldrene. Den fjerde ungdommen, som gir uttrykk for at hun ikke har kontakt med foreldrene, forteller at en barneverninstitusjon har vært hennes hjem i flere år før inntaket ved LBS, og at hun i dag har noe kontakt med den aktuelle institusjonen. Én av de (ovennevnte) fire ungdommene gir uttrykk for at hun skal flytte på hybel etter oppholdet ved LBS. De øvrige forteller at det kan være aktuelt å flytte i fosterhjem, men at de ikke vet hvor eller med hvem de skal bo i fremtiden.

Tre av de sju ungdommene har hatt kontakt med én eller begge foreldre/foresatte under bo- og behandlingstiden ved LBS. Heller ingen av disse er forespeilet å flytte tilbake til mor og/eller far, men derimot til en ny institusjon eller et fosterhjem.

(...). De ordner sånn at mamma kommer én dag i måneden og sånn.
(Ungdom, 14 år)

...jeg møter moren og faren min hver uke også. (...). Jeg reiser til (x). De har kommet og besøkt meg her noen ganger da. (Ungdom D, 16 år)

Enkelte av ungdommene vi møter opplyser også at de har kontakt med én eller flere søsken. Disse ungdommene er både blant de som ikke har kontakt med foreldre, og de som har det. Ungdommen som gir uttrykk for at barnevernet forbyr henne å ha kontakt med familien hevder at dette også innbefatter kontakt med et søsken:

Det er dødskjipt. Det er bare fordi han bor sammen med familien min, så få ikke jeg lov til å snakke med han. (Ungdom, 14 år)

På samme måte som det fremgår at ungdommene har ulike erfaringer når det gjelder muligheter til å ha kontakt med foreldre/foresatte (og søsken), har de også ulike erfaringer med og/eller innsikt i LBS sin kontakt med deres respektive foreldre/foresatte. Noen gir uttrykk for at de vet at det er kontakt mellom LBS og foreldre/foresatte, andre sier at de er usikre eller ikke vet noe om dette. Én av ungdommene forteller at det er kontakt, men at foreldrene ikke er helt fornøyde med måten kontakten opprettholdes på:

Altså, jeg kan si fra min familie, ... de føler at de ikke får høre en dritt. De får alt på melding. Det har jeg fått høre et par ganger fra pappa og mamma og sånt. Og så søsknene mine, de får jo bare høre alt gjennom foreldrene mine.

(Ungdom B, 16 år)

Ungdommen gir uttrykk for at LBS sender meldinger/SMS-er når de har kontakt med foreldre, og at foreldrene er noe misfornøyd med dette og opplever at informasjonen de får er utilstrekkelig. På vegne av sine foreldre etterlyser hun telefonsamtaler:

(...). Kanskje bare for eksempel at de som jobbet her kunne ha ringt, kanskje en gang... (Ungdom B, 16 år)

Det er informantens inntrykk at institusjonen ikke gjennomfører telefonsamtaler med foreldrene for å informere og opprettholde kontakt, men at de blir noe orientert gjennom meldinger.

14-åringen (nevnt ovenfor) som vi møtte for første gang etter om lag ei ukes botid ved LBS forteller at situasjonen har endret seg da vi møter henne fem måneder etterpå:

Og så får jeg besøk av familien min og sånn (...). Jeg er ikke så mye hos dem, men jeg vet at jeg har lov i hvert fall. (...)... så sier jeg til de liksom at jeg har lyst på besøk i morgen, kan dere ordne det liksom? Så ringer de og spør og sånt for meg. Så jeg synes det fungerer fint.

Ungdommen gir uttrykk for å være mer fornøyd med situasjonen når det gjelder mulighetene for å ha kontakt med familien på dette tidspunktet, sammenliknet med det hun var like etter inntak.

5.4.9 Utflytting

Å ha en viss oversikt og kontroll i eget liv gjennom å vite når man skal flytte ut av institusjonen, hvor man skal flytte og/eller hvem man skal bo sammen med etter oppholdet kan bidra til å skape trygghet. De fleste ungdommene som deltar som informanter beskriver at de ikke vet hvor de skal flytte og bo etter botiden ved LBS.

En informant gir uttrykk for at hun ved inntak visste at hun skulle flytte på hybel etter oppholdet, og at hun skal ha hybeltrening i forkant av utflytting. De øvrige ungdommene gir, på de tidspunktene vi møter dem, uttrykk for at de ikke vet hvor de skal flytte og hvem de skal bo sammen med etter botiden ved LBS. Her forteller tre av ungdommene om hva de vet om bosted og fremtid:

Nei, jeg vet ikke hva jeg skal etter at jeg har flyttet hit, eller hvor jeg skal bo. Jeg vet ikke hvor lenge jeg skal bo her en gang. Så jeg vet ingenting (...). De er veldig dårlige på å gi meg informasjon (...). For alt jeg vet så kan det jo hende at jeg må flytte på fosterhjem liksom. Og det har jeg jo ikke lyst til, så jeg aner ikke. (Ungdom, 14 år)

Ja, nei jeg tror jeg skal på fosterhjem, eller jeg vet ikke da, men jeg vil på fosterhjem. (Ungdom A, 16 år)

Jeg vet ikke ennå (...). Jeg har lyst til å være et sted som er nærme familien min. (Ungdom D, 16 år)

De tre ungdommene som siteres ovenfor har hatt opphold ved LBS mellom fire og ni måneder på det tidspunktet de forteller at de ikke vet hvor de skal bo, eller hvem de skal bo sammen med når de flytter ut. Ungdommene gir uttrykk for egne ønsker for fremtiden og sier at de gjerne vil være med å påvirke/bestemme hvor de skal bo. Noen forteller også om hvorfor de opplever at det er viktig for dem selv og/eller for andre ungdommer som bor i institusjon at de ved innflytting vet hvor lenge de skal bo der og har en plan for livet etterpå:

Fordi, da føler de at de er mer trygge og sånn, hvis de liksom kan si hvor de har lyst å bo og hvordan de vil at et sted skal være og sånn. Da føler de seg mer trygge og da er ting mer eh... hva heter der igjen ..., det er mye mer forutsigbart (...). Da kan man planlegge mer i forhold til skolegang og sånn, og da har man noe å se frem til (...). Det er veldig viktig på behandlingsinstitusjoner å vite hvor lenge du skal være der, fordi du må ha et mål for behandlingen, og hvis det føles sånn at du har behandling sånn hele tiden og du vet ikke når behandlingen tar slutt... Det kan få en person til å bli veldig belastet og da har de ikke lyst til å følge opp behandlingen. (Ungdom D, 16 år)

Ungdommen viser til trygghet, forutsigbarhet og viktigheten av å kunne planlegge. Hun gir uttrykk for at dette har betydning for ungdom som bor i institusjon generelt, og at det også er veldig viktig å vite noe om hvor lenge behandlingen skal pågå; at det er en avgrenset periode å forholde seg til hvor man jobber mot et mål.

En annen ungdom reflekterer rundt planlegging for utflytting, hvordan denne prosessen bør være og når den bør starte:

Det kommer litt an på hva de skal etterpå da. Hvis de skal til en ny institusjon, så er nå det en ting, hvis de skal flytte for seg selv, så er det en helt annen ting. Hvis de skal flytte for seg selv, så har vi jo hybeltrening (...). Og det bør man jo starte med i hvert fall et halvt år før man flytter ut, tenker jeg. Den prosessen bør starte tidlig sånn at man kan planlegge godt (...) at det blir en myk overgang og at prosessen skjer over ganske lang tid. Hvis man skal flytte til ny institusjon, så er det jo egentlig mye av det samme. Jeg ville jo tenkt at det ville vært veldig digg hvis du lenge før ble på en måte kjent med de du skal flytte til, og at man ... Jeg ville tenkt flere måneder i forkant av utflytting. (Ungdom, 18 år)

Utsagnet viser at det er viktig for ungdommen å vite hvor man skal flytte og hvem man eventuelt skal flytte til og bo sammen med i god tid før utflytting. Ungdommen mener at dette bør være klart flere måneder før man skal flytte ut, og hun peker også på viktigheten av å få god nok tid til å øve på å bo for seg selv, for de av ungdommene som skal flytte på hybel. Videre synes hun å sette «det å være godt informert og «å vite hva som skal skje videre i livet etter institusjonsoppholdet» i sammenheng med hva hun anser som reelle muligheter til å bli frisk:

Om du vil bli frisk, så blir det litt rart å si at jeg har lyst til å bli frisk, men du har ikke noe mål holdt jeg på å si eller du vet ikke hva du skal videre i livet, men du har lyst til å bli frisk, men du har ikke noe å bli frisk til (Ungdom, 18 år).

Vi tolker ungdommen dit hen, at et mål om å skape positiv endring og å oppleve virkning av behandlingen er mer realistisk/oppnåelig om man har noe innsikt i hva som skal skje i fremtiden og eget liv etter institusjonsoppholdet, enn om man ikke har det.

5.4.10 Hovedfunn fra intervjuer med ungdommene ved LBS

Møtene og intervjuene med ungdommene har gitt oss dypere innsikt i hvordan de erfarer bo- og behandlingstiden ved LBS. Ungdommene gir i hovedsak uttrykk for opplevd trygghet under botiden ved LBS, og at miljøpersonalet bistår dem og strekker seg langt for å hjelpe dem, særlig i tilknytning til fritiden. Når det gjelder opplevd omsorg og erfaringer med behandling og virkningen av denne er ungdommene langt mer usikre og til dels kritiske. Analysene av det totale intervjumaterialet viser at ungdommene er særlig opptatt av skoletilbudet, uforutsigbarheten knyttet til at de ikke vet hvor de skal bo etter tiden ved LBS, samt viktige komponenter knyttet til behandlingen/helsehjelpen:

- Å ikke vite hva som skal skje videre i livet etter bo- og behandlingstiden ved LBS setter et negativt preg på oppholdet. Lite eller ingen oversikt og kontroll over eget liv og fremtid fremmer stress og utrygghet i hverdagen her og nå, ifølge ungdommene.
- Ungdommene gir tydelig uttrykk for at de opplever at det er krevende å måtte være motiverte og forpliktet til endring til enhver tid, og at de strever med å opprettholde forpliktelsen i det daglige.
- Ferdighetstrening er en viktig komponent i behandlingen, men ungdommene forteller at de i ulik grad deltar i- og nyttiggjøre seg denne. De viser til manglende «rød tråd», individuelle tilpasninger og/eller at det etter hvert blir en kjedelig rutine og et ork å delta i ferdighetstreningen.
- Det fremgår tydelig at ungdommene opplever at generalisering av ferdigheter pågår «hele tiden», noe som får dem til å føle at det er «behandling 24/7». Ungdommene oppfatter at miljøpersonalet overdriver eller prøver for mye, og forteller at dette kan virke mot sin hensikt.
- Individuell samtaleterapi er en viktig komponent i behandlingen som ungdommene gir uttrykk for å ha ulike og sammensatte erfaringer med, når det gjelder virkning.
- Ungdommene gir uttrykk for å bli hørt og å øve innflytelse i hverdagsliv og fritid. I tilknytning til behandling opplever de imidlertid mindre rom for innflytelse og medvirkning. Det pekes på at kartleggingsverktøyene AKA og dagbokkort «styrer» behandlingen i for stor grad.

- Det er et tydelig sprik mellom det ungdommene formidler at de forventer, ønsker eller drømmer om med hensyn til skolegang, og det de opplever at de får tilbud om gjennom SMI-skolen. Ungdommene beskriver at de etter hvert går lite eller ingenting på skole.

5.5 Sammenfatning av funn fra Bodø (BBS) og Lunde (LBS)

I det videre presenteres en sammenfatning av hovedfunn fra intervjustudien som bygger på ungdom og ansattes erfaringer med de integrerte institusjonene. Disse omhandler målgruppe, inntakskriterier og belegg, uforutsigbarhet under bo- og behandlingstid, krav om samtykke til helsehjelp og motivasjon og forpliktelse til endring, medvirkning i- og virkning av behandling, skole og turnover. Hovedfunn fra intervjustudien vil, sammen med resultater fra de øvrige datasettene, bli løftet frem og drøftet videre i kapittel 7.

5.5.1 Målgruppe og belegg

Ansatte ved LBS og BBS gir uttrykk for at de erfarer at metodikk og behandlingsopplegg retter seg bedre inn mot jenter, enn gutter. De forteller også at de har erfaringer med at ungdom som er 13-14 år gamle i en del tilfeller fremstår som for unge og/eller umodne til å forstå egen situasjon og, ikke minst, hva kravet om motivasjon og forpliktelse går ut på. Kjønn og/eller alder synes med andre ord å være faktorer som ansatte mener har betydning for om eller i hvilken grad de opplever å komme i posisjon for å kunne støtte og hjelpe ungdommene, slik at behandlingen kan bidra til ønsket virkning/effekt. Når det gjelder målgruppe, bemerker ansatte ved BBS at de opplever at OEM kan være problematisk for minoritetsspråklige og for ungdommer med kognitive vansker, fordi modellen bygger på mye tekst, krever refleksjon, man kommuniserer det man tenker og metodikken er krevende å sette seg inn i.

Av intervjuene fremgår det videre at LBS opplever å motta for få henvendelser fra kommunene. Ved BBS mottas hyppige henvendelser fra kommunene og andre, men samtidig påpekes det at mange av disse ikke kvalifiserer i henhold til inntakskriteriene. Dette fører til at det i perioder bør få ungdommer ved institusjonene. For eksempel har det i perioder bodd kun to ungdommer ved LBS, som i utgangspunktet har plass til seks beboere. I et ledelsesintervju ved LBS diskuteres oppmerksomheten som rettes mot *livstruende atferd* og om denne er formålstjenlig. I denne forbindelse vurderes det også som mulig at barneverntjenestene tolker inntakskriteriene for strengt, og at dette er en

medvirkende årsak til at man i perioder får få henvendelser/søknader, eller om det er slik at *målgruppa er for snever*. Ledelsen er tydelige på at de trenger flere henvendelser fra kommunene, og at de ønsker et stabilt høyere belegg. Ved BBS poengteres også at de har valgt å gjøre unntak fra de strenge inntakskriteriene, fordi de har erfart en nedgang i innsøking av ungdom som tilhører (den opprinnelige) målgruppa, og en dreining mot problematikk som omhandler rus og alvorlig vold.

Oppsummert finner vi at det stilles spørsmål ved målgruppa og delvis også primære behandlingsmål knyttet til målgruppa. Spørsmålene blir stilt både på bakgrunn av få henvendelser/søknader fra barneverntjenestene og en nedgang i innsøking av ungdom som tolkes å tilhøre den opprinnelige og/eller primære målgruppa. Dette er viktig informasjon, fordi den sier noe om mulige utviklingstrekk og/eller justeringer knyttet til målgruppa som gjøres ved de integrerte institusjonene per nå.

5.5.2 Uforutsigbarhet under bo- og behandlingstid

Både gjennom ungdoms- og ansattintervjuer beskrives det at det *ofte ikke foreligger en videre omsorgsbasis for ungdommen ved inntak*, eller at planen som foreligger ved inntak av ulike grunner endres/ikke opprettholdes når ungdommen skal flytte ut. Dette medfører uforutsigbarhet for ungdommene og fremstår som en tydelig utfordring ved LBS, men også ved BBS, når informantene forteller om planlegging/forberedelser knyttet til utflytting. Ungdommer ved BBS forteller at det er viktig for dem at tiltak og oppfølging på nytt bosted skal være på plass i god tid før utflytting, men at dette gjerne skjer i siste liten. De viser også til erfaringer med uforutsigbarhet og at planleggingen starter for sent. Ansatte ved BBS poengterer at prosessen rundt utflytting egentlig starter i inntaksfasen, men ledelsen forteller at det typiske er at utflytting ikke er planlagt i god tid. Som regel vet de ikke hvor ungdommen skal bo etter oppholdet ved BBS.

Ved LBS er tematikken om usikkerhet knyttet til videre omsorgsbasis opppe til diskusjon, også fordi dette oppfattes å bidra til å gjøre bo- og behandlingstiden og/eller arbeidet ved institusjonen til dels krevende. Når en ungdom (under hele eller store deler av oppholdet) vet lite eller ingenting om fremtidsutsiktene, synes dette å påvirke og prege bo- og behandlingstiden på ulike måter og områder. Ungdommene viser til at de er misfornøyde og utilfredse med at de ikke har oversikt og kontroll i livene sine og den nærmeste fremtid, og de gir uttrykk for at dette skaper stress og utrygghet her og nå. Ansatte viser til det samme og poengterer (mer uttrykkelig enn ungdommene) at dette kan ha betydning for om/i hvilken grad behandlingen virker.

De oppfatter at denne utryggheten bidrar til å hemme ungdommenes motivasjon og forpliktelse til endring, som anses som nødvendig utgangspunkt/grunnlag for å nå målet om «et liv verdt å leve». Videre vanskeliggjør dette også måloppnåelse knyttet til et annet viktig moment i (behandlings)metodikken, nemlig at det i DBT er et mål å *skape varige endringer hos ungdom og deres omsorgspersoner/foresatte*. Kommunikasjon og samarbeid med ungdommens familie/fosterfamilie står dermed sentralt, og man skal i utgangspunktet søke å motivere og forplikte familien/fosterfamilien til deltakelse i behandlingsforløpet. Dette lar seg vanskelig gjøre om det ikke er kontakt med ungdommens familie/fosterfamilie og dette heller ikke skal være ungdommens faktiske omsorgsbasis etter utflytting. I gruppeintervju med ansatte ved BBS fremgår samme erfaring; det tilhører sjeldenhetene at ungdom flytter tilbake til familie/fosterfamilie etter oppholdet.

Intervjustudien gir oss et klart inntrykk av at en god del ungdommer som har hatt opphold ved LBS og BBS «replaseres»; det vil si at de flytter videre til et nytt institusjonstiltak. Ansatte ved LBS anslår at den største andelen av deres ungdommer gjør dette. Av LBS og BBS sine institusjonsplaner fremgår det at «replassering» er *noe man søker å forebygge*. Det gis inntrykk av at institusjon i utgangspunktet ikke er et ønsket tiltak (som skal prioriteres) med hensyn til nytt bosted/omsorgsbasis for ungdommene etter bo- og behandlingstid ved LBS/BBS. Det kan dermed stilles spørsmål ved om det i modell og forløpsstenkning tas for lite høyde for at det i realiteten likevel ofte er en ny institusjon som blir ungdommenes neste bosted, og eventuelle implikasjoner ved dette.

5.5.3 Krav om samtykke til helsehjelp og motivasjon og forpliktelse til endring

All behandling som gis av helsepersonell ved de integrerte institusjonene forutsetter samtykke fra foresatte før fylte 16 år og samtykke fra ungdommen etter fylte 16 år, siden denne er underlagt rammer gitt i helselovgivningen. Samtykke til helsehjelp er et krav som gjelder uavhengig av plasseringsgrunnlag etter barnevernloven, og ungdommene ved LBS og BBS kan plasseres frivillig etter lov om barnevern, men det kan også benyttes tvang i plasseringsgrunnlaget. Samtidig fremgår det av institusjonsplanene at ungdom kan tilbys plass ved de integrerte institusjonene, selv om de i fasen før inntak *ikke* er motiverte for å ta imot behandling og hjelp til endring. Dette kan gjøres dersom det vurderes at ungdommen *underveis i oppholdet* kan motiveres til å samtykke til helsehjelp, noe som vil måtte bety at ungdommen ikke nødvendigvis mottar helsehjelp fra dag én, men etter hvert dersom vedkommende blir motivert.

Et viktig funn i intervjustudien knytter an til spørsmål som gjelder de ovennevnte krav om samtykke til helsehjelp og ungdommenes motivasjon og forpliktelse til endring og utvikling, og hvordan disse premissene håndteres. Helsehjelpen som tilbys i de integrerte institusjonene er i utgangspunktet betinget av at ungdommene er motiverte og forpliktet til endring. Dette er nedfelt i planene og beskrives også av informantene, både ansatte og av ungdommene ved LBS. En utfordring som problematiseres og diskuteres i møte med ansatte, både ved BBS og LBS, er at motivasjonen og forpliktelsen ikke er konstant, den er ofte foranderlig og flyktig. De ansatte viser til dette momentet som «en evig jobb» og «en evig kamp». Motivasjonen og forpliktelsen kan variere mye under ungdommenes botid i institusjonen. Både helse- og barnevernansatte beskriver at de bruker mye tid på å jobbe med ungdommenes motivasjon og forpliktelse til å motta behandling og til selv å bidra aktivt i endringsarbeidet, og i mange tilfeller handler det om å få til «en reforpliktelse».

Til forskjell fra i ungdomsintervjuene ved LBS ble ikke motivasjons- og forpliktelses-tematikken belyst i noen av ungdomsintervjuene ved BBS. Ved LBS finner vi imidlertid at ungdommene langt på vei bekrefter de ansattes erfaringer og forteller at de opplever at det er krevende å måtte være motiverte og forpliktet til behandling til enhver tid, og at de strever med å opprettholde forpliktelsen i det daglige. Dette kan tyde på at hverken indre eller ytre drivkrefter (fra omgivelsene) oppleves som tilstrekkelige over tid. Som følge av dette forteller seks av ungdommene at de etter hvert, mer eller mindre, slutter å delta i ferdighetsgrupper og/eller i samtaler med psykolog. Det er i slike øyeblikk eller faser/perioder i ungdommenes bo- og behandlingstid de ansatte jobber iherdig med å forsøke å «kople dem på igjen», siden det er en forutsetning for inntak og videre plassering at ungdommen deltar i behandlingen. Ved BBS fremgår det av ansattintervju at ungdommenes motivasjon går opp og ned, særlig når det gjelder deltakelse i ferdighetsgrupper.

Selv om det er å anse som normalt at motivasjon og forpliktelse til endring gjennom behandling varierer, mener vi at dette er et moment som er særlig viktig å løfte fram i og med at ungdommene får behandling der de bor. De har voksne rundt seg som (potensielt) til enhver tid vil være opptatt av å motivere og reforplikte dem. I de tilfeller hvor ansatte ikke lykkes med å få til «en reforpliktelse» og ungdommen avslutter behandlingen løftes nok en problemstilling; når ungdommen likevel fortsetter å bo i den integrerte institusjonen, fordi det ikke foreligger en annen omsorgsbasis. Helsetilbudet blir ikke benyttet (i den grad det er planlagt for), noe som betyr at disse ungdommene i praksis kun kan dra nytte av omsorgstilbudet.

5.5.4 Behandlingstilbud – virkning og medvirkning

Gjennom intervjustudien løftes det frem noen interessante erfaringer med- og oppfatninger av helsetilbudet i de integrerte institusjonene, hvis metodikk har basis i DBT som utøves i OEM. Opplevd virkning av behandling og/eller virkning av behandling i institusjon (versus poliklinikk) og medvirkning i behandling er tematikker det rettes oppmerksomhet mot, og som vi mener er viktige å trekke frem videre i sammenfatningen.

Ferdighetstrening er en viktig komponent i behandlingen, hvor ungdommene skal lære om og øve på ferdigheter som bidrar til økt livskvalitet. Målet er å gi ungdommene mestringsstrategier som kan erstatte uhensiktsmessige reaksjoner. Ungdommene ved BBS og LBS har ukentlige ferdighetstreninger som del av behandlingstilbudet som gis i institusjonene, men intervjustudien viser at ungdommene i ulik grad deltar i- og nyttiggjør seg av den denne. Dette gjelder ved begge institusjoner, men ungdommene ved LBS forteller mer om hvorfor de etter hvert mister motivasjonen til oppmøte- og deltakelse i ferdighetstreningen. De viser til manglende fokus, «rød tråd» og individuelle tilpasninger, når de peker på hva det er som ikke fungerer eller virker. Ungdommene peker også på at det etter hvert blir en kjedelig rutine og et ork å repetere de samme øvelsene om og om igjen, og at dette svekker konsentrasjonen og motivasjonen. Når ungdommene som deltar sammen i ferdighetsgruppene er i ulike faser i bo- og behandlingstiden vil øvelsene for enkelte være nye og ukjente, og for andre velkjente og konvensjonelle. Flere av ungdommene som deltar som informanter forteller at de etter en tid, av ovennevnte grunner og/eller også av den grunn at ingen andre ungdommer deltar, ikke møter til de ukentlige ferdighetsgruppene. Selv om ungdomsintervjuene ved BBS ikke belyser motivasjons- og forpliktelsestematikken, forteller flere at det varierer hvor mye de deltar i ferdighetsgruppene, enkelte beskriver også ferdighetstreningen som «det mest slitsomme med å bo der» og at det oppleves som utrygt å delta når man ikke kjenner de andre ungdommene. De reflekterer imidlertid ikke noe videre rundt om dette har betydning for utbyttet av behandlingen.

Av intervjustudien fremgår det at ansatte ved BBS og LBS erfarer at ungdommenes motivasjon og forpliktelse til endring gjennom behandling er foranderlig og flyktig, og at de derfor må jobbe kontinuerlig med å motivere, forplikte og reforplikte. Det fremgår også at det til en viss grad gis tilbud om individuell ferdighetstrening for ungdom som har utfordringer med å møte i gruppe. Dette viser at de søker å tilpasse for å få ungdom til å møte opp og delta i behandlingen. Hva angår forpliktelse

og reforpliktelse nevnes det i ledelsesintervju ved LBS at man i det integrerte institusjonstilbudet ikke kan gi «litt ekstra puff» gjennom sanksjonsmuligheter, slik man kan gjøre i den polikliniske behandlingen ved ABUP, hvor ungdommen mister tilbudet om de ikke møter et visst antall ganger til ferdighetsgruppe og individuell samtale. Det gis uttrykk for at det kunne ha styrket ungdommenes forpliktelse om man hadde hatt tilsvarende sanksjonsmulighet. I andre sammenhenger pekes det imidlertid på at denne gruppen ungdommer ofte ikke nyttiggjør seg polikliniske behandlingstilbud.

Generalisering av ferdigheter er en komponent som er integrert i behandlingen, som fremmes gjennom opplæring og praktisering av ferdigheter utenom de ukentlige formelle ferdighetsgruppene. Målet å etablere ferdighetene i flere (uformelle) situasjoner, slik at de blir generalisert. Det fremgår tydelig av intervjuene med ungdommene ved LBS at de opplever at generalisering av ferdigheter pågår «hele tiden» og at det er «behandling 24/7». De opplever at miljøpersonalet overdriver og gir uttrykk for at dette virker mot sin hensikt. Ungdommene savner å kunne opptre og uttrykke seg uten å bli analysert i henhold til fokusatferd og ferdigheter, og forteller om en opplevd virkning hvor de går lei, blir slitne og oppgitte og mister motivasjon. I denne sammenhengen fremgår det også at ungdommene oppfatter at det ikke er en god balanse mellom hjem/hverdagsliv på den ene siden og behandling på den andre; det glir for mye over i hverandre. Det rapporteres om en (bi)effekt eller virkning hvor «normaliteten» i livet blir satt til side til fordel for fokus på behandling og øving på ferdigheter.

Når de ansatte ved LBS reflekterer rundt praksis knyttet til generalisering av ferdigheter gir de uttrykk for at de opplever at dette er et svært viktig moment i behandlingen, samtidig som de viser til at det ikke er gitt at de til enhver tid retter riktig eller hensiktsmessig oppmerksomhet mot dette i miljøet. I denne forbindelse nevnes også den viktige forskjellen mellom behandling i institusjon versus poliklinikk, nemlig at behandlingen i institusjon «er så til stede hele tiden», noe som trolig bidrar til å fremme behandlingstretthet. Av intervjuer med ansatte ved BBS fremgår det også at det kan være en risiko for «kontinuerlig behandling» gjennom helsetilbudet som gis til ungdommene. Behandlingstilnærmingen blir et dilemma, dersom ungdommene opplever denne som belastende på grunn av høyt fokus på endring til enhver tid. Som det poengteres ved BBS, gis «den rene behandlingen» av psykologene, mens endringsarbeidet foregår sømløst og *kontinuerlig* i institusjonen. Det fremheves videre at fordelene med å jobbe med DBT i institusjon er at det er

mange terapeuter til stede som kan følge opp, slik at ferdighetene holdes oppe hos ungdommene, og at man, til forskjell fra DBT i poliklinisk praksis, kan *jobbe med ferdigheter gjennom hele dagen*.

Et kjernepunkt ved utøvelse av DBT i OEM (i integrert institusjon) er nettopp risikoen for et for høyt behandlingstrykk gjennom «kontinuerlig behandling» og det som omtales som «behandlingstretthet», innenfor en kontekst som også er ment å fungere som ungdommenes midlertidige hjem.

En siste komponent i behandlingen, som synes å fremstå som viktig for mange av ungdommene ved LBS å fortelle om, men også delvis blant ungdommene ved BBS, er kartleggingsverktøyene AKA og dagbokkort. Intervjustudien gir oss innsikt i at ungdommene erfarer at disse kartleggingsverktøyene «styrer» behandlingen i for stor grad, noe som tyder på at de opplever at det er for lite rom for innflytelse og medvirkning. Dette står imidlertid i kontrast til ansatte ved LBS som gir oss innsikt i at de har «systematisert medvirkning gjennom behandlingsmodellen», særlig i forbindelse med bruk av kartleggingsverktøyet AKA. Ungdommene, på sin side, viser til ulike eksempler for å underbygge hvorfor de oppfatter at de har begrensede muligheter til å medvirke i behandlingen. De peker blant annet på at de erfarer at det ikke foreligger grunnlag for å gjennomføre individuell samtale med psykolog dersom de ikke har fylt ut dagbokkortene på forhånd, og at det kreves utfylling av dagbokkort for å unngå AKA. Føringerne som ligger i kartleggingsverktøyene, som ungdommene oppfatter som bestemmende for hva man kan/ikke kan rette oppmerksomhet mot i behandlingen, synes å representere en betydelig begrensning som bidrar til at noen også velger bort individuelle samtaler med psykolog. Ungdommene opplever at det er lite rom for å ta opp temaer i samtaler som de selv ønsker og mener er viktige for dem, og at DBT som terapiform står noe til hinder for å få tilpasset til individuelle behov.

Ungdommene ved BBS gir ikke uttrykk for at de oppfatter at dagbokkortene og AKA «styrer» behandlingen i samme grad, men enkelte ungdommer forteller at det oppleves press knyttet til det å skulle gjennomføre AKAs og at dette ikke egentlig er frivillig. Dermed opplever de ikke å ha så mye innflytelse eller mulighet til å påvirke. Én ungdom peker også på at dagbokkortene fremstår som til dels meningsløse, siden vedkommende ikke har tålmodighet til å sette seg ned hver kveld for å tenke over og notere alt hun har følt i løpet dagen. Etter hvert slutter hun derfor med å fylle ut dagbokkortene. I intervju med ansatte ved BBS fremgår det at deres praksis hva

angår bruk av kartleggingsverktøy i dag er mer fleksibel, enn det den var tidligere. De viser ikke direkte til en systemisert medvirkning gjennom behandlingsmodellen og kartleggingsverktøyene, slik ansatte ved LBS gjør.

Det er å bemerke at det av ungdomsintervjuene høsten 2023 fremgår at de erfarer at ansatte ved BBS ikke jobber på samme måte som de gjorde tidligere, og at ungdommene opplever å bli sykere av å bo der. Mer konkret forteller ungdommene at mange ansatte har sluttet, at nye har kommet til og at de i denne forbindelse opplever et skifte hvor de ikke blir hørt, sett, respektert og forstått slik de gjorde før.

5.5.5 Skoletilbud

Ved LBS finner vi at det er et sprik mellom det ungdommen i utgangspunktet forventer/ønsker med hensyn til skole/skolegang i forbindelse med bo- og behandlingstiden ved senteret, og det de faktisk opplever å få tilbud om. Ungdommene forteller at de har tilbud i SMI-skolen, men at de ikke er tilfredse med innholdet og organiseringen av dette. Ungdommene beskriver SMI-skolen som et annerledes læringssted, hvor elevmassen består av mye forskjellig folk, i ulik alder med ulike utfordringer, som ungdommene ikke nødvendigvis opplever å ha noe til felles med. Ingen av ungdommene opplever å ha venner på SMI-skolen, men det sosiale og det å få mulighet til å være del av en elevgruppe i ordinær skole fremstår som viktig for dem. Dette til tross for at en del av ungdommene gir uttrykk for å ha opplevd betydelige utfordringer i skolen også før de flyttet til LBS. De ønsker og drømmer likevel fortsatt særlig om å være en del av et fellesskap, og å få venner i den ordinære skolen. Flere av ungdommene vi intervjuet ved LBS sier at de ikke ønsker å benytte skoletilbudet på SMI og at de derfor har avsluttet skolegangen. Noen få av ungdommene vi snakker med forteller at de deltar i enkelte undervisningstimer hver uke. Én ungdom er tydelig på at hverdagen og livet hennes føles tomt uten skole og at dette *ikke* bidrar til å styrke egen mental helse. Dette synes å stå noe i kontrast til de ansattes forståelse av skolegang.

Av gruppeintervju med ansatte fremgår det også at normalen er at ungdommene ved LBS går på SMI-skolen. Til forskjell fra ungdommene problematiserer imidlertid ikke de ansatte SMI som skoletilbud. Deres beskrivelser er mer preget av å holde forventningene til gjennomføring av skolegang nede. Som bakgrunn for dette viser enkelte til at ungdommene representerer en sårbar gruppe, hvor mange har erfart utfordringer knyttet til skole/skolegang tidligere, også i forkant av inntak LBS. Andre viser til at motivasjonen og forpliktelsen til endring, som kreves i behandlingen, ikke er forenlig med gjennomføring av normal skolegang. Det pekes dessuten på

at selv om ungdommene kan gi uttrykk for at de ønsker å gå på skolen hver dag, så viser det seg likevel at dette ikke fungerer i praksis. Ansatte synes å oppfatte disse ungdommene som for optimistiske og lite realistiske, og at det derfor er nødvendig å realitetsorientere og beskytte dem noe for mulige fremtidige skuffelser.

Skoletilbudet til ungdommene ved BBS er også tilrettelagt gjennom SMI-skolen. De fleste ungdommene som deltar som informanter ved BBS forteller at de går på skolen. Enkeltungdommer som ikke går på skole i det daglige forklarer dette med at de ikke ønsker, eller ikke klarer dette. I intervjuene med ungdommene ved BBS blir ikke skoletilbudet problematisert på samme måte som det gjør i intervjuene med ungdommene ved LBS. Ungdommene ved BBS synes ikke å oppleve og/eller å vekte at skoletilbudet er annerledes og/eller at elevmassen består av mye forskjellige folk, som de ikke har noe til felles med. Én ungdom forteller imidlertid at det er uvant med så små klasser og uvant at hun ikke har alle fagene som hun ønsker å ha. De andre ungdommene som går på skole gir uttrykk for at de opplever at tilbudet er fleksibelt; enkelte har én til én-undervisning, mens andre går i klasse med et par andre ungdommer. Enkelte ungdommer forteller at de opplever at de må sette sin psykiske helse først når de har opphold ved BBS, og at skole derfor må prioriteres mindre og at enkelte skolefag må vike. Dette beskrives som mer eller mindre selvvalgt eller noe som de bare må akseptere. Av lederintervju ved BBS fremgår det at det samarbeides kontinuerlig med skole og særlig tett med det tilrettelagte tilbudet som er tilknyttet sykehuset.

5.5.6 Turnover

Av intervjustudien fremgår det at LBS og BBS har erfart flere perioder med høy grad av turnover/gjennomtrekk av ansatte, både på helse- og barnevernsiden. Ansatte og ledere viser til flere bakenforliggende årsaker til periodevis stor gjennomtrekk i personalgruppa. Noen omtales som *normale* i den forstand at det ikke er unormalt at folk søker nye utfordringer i andre stillinger. Det pekes også på at en del ansatte, av ulike grunner, opplever at det å arbeide ved de integrerte institusjonene *koster mer, enn det gir*. Store utskiftninger og ustabilitet i personalgruppa oppfattes å medføre tap av kompetanse hva angår modell/metodikk, det kan rukke ved samarbeidet/måten en jobber sammen på innad i gruppa og det kan, ikke minst, oppleves uoversiktlig og utrygt for ungdommene. Ansatte (ved LBS) viser særlig til utfordringer knyttet til tap av kompetanse, og at det tar tid å bygge opp denne blant nytilsatte. Dette bidrar til at man ikke nødvendigvis arbeider godt nok i henhold til modell/metodikk, slik at store utskiftninger oppleves å bidra til å ta ett skritt tilbake i arbeidet opp mot ungdommene.

Ledelsen ved BBS forteller også om flere runder med høyere turnover enn vanlig, samt sykmeldinger og permisjoner, hvor den siste runden inntraff høsten 2023. Det problematiseres eller redegjøres imidlertid ikke nærmere for om dette har hemmet arbeidet ved BBS. Derimot vises det til at behandlingsopplegget har fungert godt til tross av høy turnover, og at nyansatte har lært seg hovedprinsippene i modellene raskt. I denne forbindelse vil vi presisere at turnover ble grundigere belyst i ansatte-intervju ved LBS, enn ved BBS. Vi mener at noe av grunnen til dette er at flere ansatte, både fra Bufetat og fra ABUP/helse, stilte til gruppeintervju. Ved LBS stilte fem ansatte (tre miljøterapeuter fra Bufetat og to fra ABUP/helse) til dette gruppeintervjuet. Ved BBS stilte kun to miljøterapeuter (fra Bufetat) til samme gruppeintervju.

Når stabiliteten i personalgruppa er lav eller svekket kan det imidlertid være flere sider ved arbeidet og tilbudet til ungdommene som berøres. Av gruppeintervju med ansatte, både ved LBS og BBS, fremgår det i denne sammenhengen at høy turnover og ustabilitet er en faktor som kan ha innvirkning på bruk av tvang. Perioder med større utskiftninger/ustabilitet fører til mer tvangsbruk, fordi utskiftningene rokker ved strukturene, noe som gjerne oppleves utrygt både blant ansatte og ungdommer. Ungdommer ved LBS forteller at de er usikre på hvem som gjør hva (eksempelvis hvem som innehar rollen som skoleansvarlig til enhver tid) eller, som én ungdom bemerker; ustabilitet i personalgruppa førte til at hun måtte bytte psykolog flere ganger. I løpet av åtte måneder startet hun med ny psykolog tre ganger og hun kom derfor ikke skikkelig i gang med behandlingen. Ungdommer ved BBS forteller at de synes det er vanskelig når det er mye utskifting av ansatte og viser spesielt til opplevelse av tap knyttet til relasjonsbrudd, skifte av hovedkontakter og at man hele tiden må prøve å bygge nye relasjoner. Mer spesifikt gir ungdommene uttrykk for at det skjer en dreining ved BBS i 2023, hvor de beskriver et skifte i holdningen til personalet og opplevelsen av at de blir straffet fremfor å bli hjulpet ved selvskading. Nå forteller ungdommene at de savner omsorg og positiv oppmerksomhet.

På bakgrunn av ungdomsintervjuer og ansattintervjuer ved BBS og LBS finner vi at høy grad av turnover og ustabilitet i personalgruppa problematiseres og ses i sammenheng både med behandling og omsorg. Det gis eksempler på forringing av kvaliteten både knyttet til omsorgen og behandlingen som ungdommene mottar ved sentrene, når det er høy turnover og/eller av andre grunner betydelig ustabilitet i personalgruppa. Vi vet at høy turnover er en generell utfordring i norske barneverninstitusjoner (Bufdir, 2022), men det som skiller de integrerte institusjonene fra de øvrige barneverninstitusjonene er helsetilbudet. Med tanke på

implementeringen av DBT og risikofaktorer knyttet til manglende implementering er høy turnover et funn som må vies oppmerksomhet.

5.6 Tidligere beboere ved integrerte institusjoner

5.6.1 Informasjon om tidligere beboere ved integrerte institusjoner

Ansatte i Bufdir hentet ut følgende informasjon fra BIRK-systemet om tidligere beboere ved LBS og BBS: alder, kjønn, årsak til plassering, lengde på plassering, avslutningsgrunn, hvilket tiltak ungdommene dro til etter BBS/LBS og eierskap til neste tiltak. Det er registrert 44 ungdommer som har vært plassert ved BBS og LBS i tidsperioden 2019-2023. Vi har ikke data for replaseringer ved disse to institusjonene, med unntak av hos én ungdom som er registrert to ganger (jente ved BBS). I tillegg var det i dataene registrert en ungdom som hadde samme dato for tiltakstart og tiltaksslutt ved BBS. Denne ungdommen (gutt) ble fjernet fra analysene ettersom dette ikke ble anset som en reell plassering ved BBS og det er dermed totalt 44 registreringer av 43 ungdommer som blir omtalt i dette kapitlet.

5.6.1.1 Kjønnsfordeling og antall dager med plassering

Tabell 5-1 Oversikt kjønn, alder, plasseringstid ved BBS og LBS, i perioden 2019-2023

Institu- sjon	n	Antall gutter	Antall jenter	Gj. snitt alder ved innflytting	Gj. snitt alder ved utflytting	Antall dager plassering		
						Gj. snitt	Min	Maks
LBS	22	3	19	15.7	16.5	316	61	457
BBS	21	2	19	16.1	16.8	318	31	790
Totalt	43	5	38	15.9	16.7	317	-	-

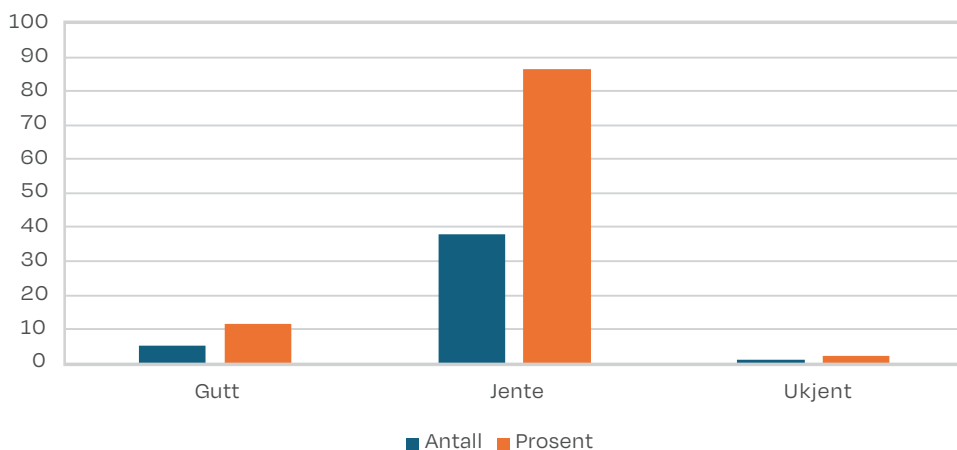
* Ved LBS var det en som ikke hadde registrert kjønn.

** Antall dager plassering er regnet ut fra 19 stk. på LBS 18 stk. på BBS.

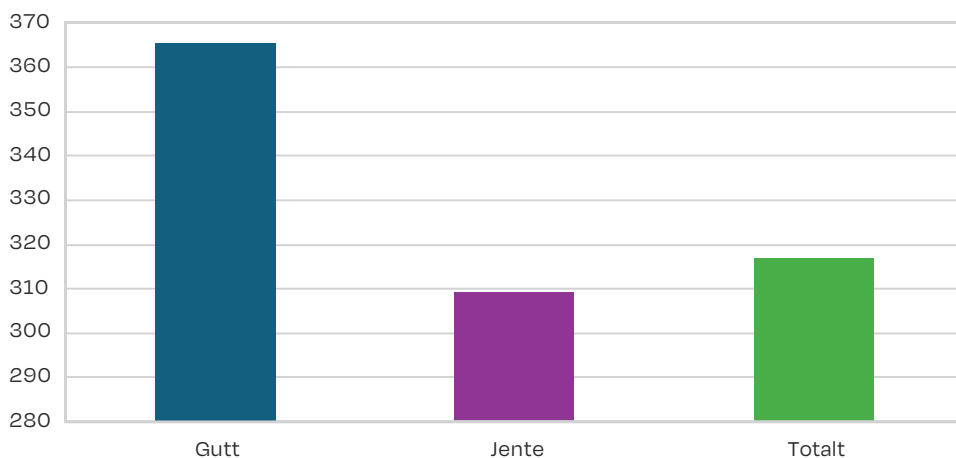
Som tabell 5-1 viser er det ikke registret kjønn hos en ungdom, og det er kun fem gutter og 38 jenter av de 44 ungdommene (hvorav én er registrert to ganger). Kjønnsfordelingen er lik mellom LBS og BBS. Figuren nedenfor viser kjønnsfordeling for begge institusjonene, der det også kommer frem at det er en klar overvekt av jenter. Gjennomsnittlig antall dager med plassering er like ved begge institusjonene.

Når det gjelder informasjon om når tiltaket (plasseringen ved BBS eller LBS) er avsluttet er det syv ungdommer som har «ikke avsluttet» som informasjon, derfor

er det avvikende antall registreringer (ungdommer) når det gjelder dataene som omhandler antall dager med plassering ved LBS og BBS, og det totale antallet registreringer (44 vs. 37).



Figur 5-1 Kjønnsfordeling ved LBS og BBS (n = 44)



Figur 5-2 Gjennomsnittlig antall dager fordelt på kjønn (n = 37).

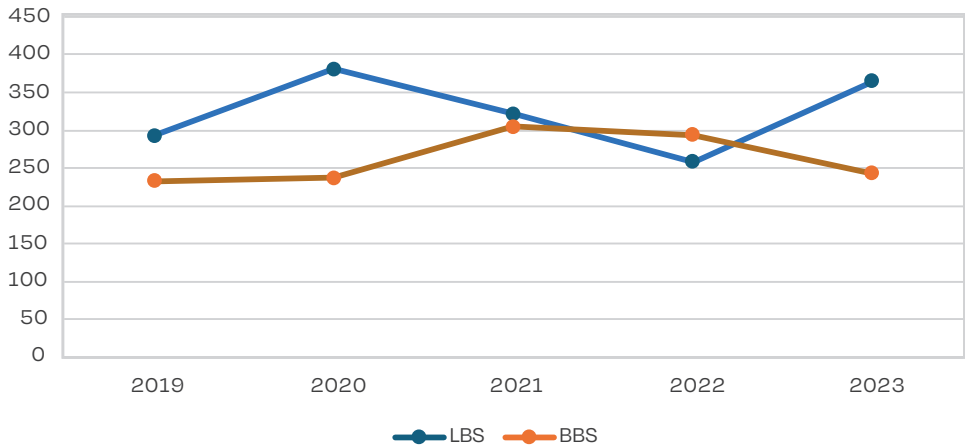
Som figuren viser hadde guttene (n= 5) i gjennomsnitt flere dager med plassering enn jentene (n= 32). Ungdommen som hadde ukjent kjønn, er ikke inkludert i figuren. Imidlertid er det er få gutter som har vært plassert ved disse to institusjonene.

Tabell 5-2 Gjennomsnittlig antall dager med plassering fordelt per år

År	LBS			BBS		
	Gj.snitt	St. avvik	n	Gj.snitt	St. avvik	n
2019	293	137	5	488	233	4
2020	381	80	4	237	58	5
2021	322	83	5	305	222	4
2022	258	154	4	294	213	3
2023	365	-	1	243	43	2

*Total n= 19 ved LBS og total n=18 ved BBS.

I tabellen ovenfor (og figuren nedenfor) vises variasjonene mellom de to institusjonene når det gjelder gjennomsnittlig antall dager med plassering i denne tidsperioden. Ved LBS var gjennomsnittet lavest i 2022, mens det ved BBS var lavest i 2020. Gjennomsnittet var høyest ved LBS i 2020 og i 2023 for BBS.



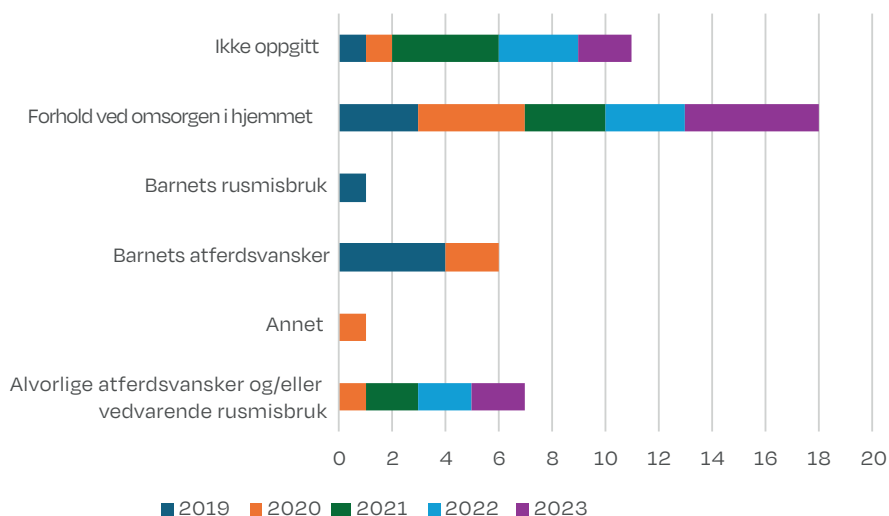
Figur 5-3 Gjennomsnittlig antall dager med plassering i perioden 2019-2023 (n= 19 ved LBS og n=18 ved BBS)

5.6.1.2 Årsaker til plassering

Tabell 5-3 Oversikt årsaker til plassering ved LBS og BBS i perioden 2019-2023

Inntaksårsak	LBS	BBS	Totalt
Alvorlige atferdsvansker og/eller vedvarende rusmisbruk	2	5	7
Barnets atferdsvansker	3	3	6
Barnets rusmisbruk	0	1	1
Forhold ved omsorgen i hjemmet	11	7	18
Ikke oppgitt	7	4	11
Annet	0	1	1
Totalt	23	21	44

Som presentert i tabellen over er den vanligste årsaken til plassering ved både BBS og LBS forhold ved omsorg i hjemmet, etterfulgt av barnets atferdsvansker ved LBS, og alvorlige atferdsvansker og/eller vedvarende rusmisbruk ved BBS.



Figur 5-4 Inntaksårsak etter år ved LBS og BBS

Fordelingen av inntaksårsaker over tid er jevnt for kategorien «forhold ved omsorg i hjemmet», med ca. 3-4 ungdommer hvert år totalt for begge institusjonene. For kategorien «barnets atferdsvansker» er dette kun en inntaksårsak i årene 2019-2020. Fra 2020-2023 er det kategorien «alvorlige atferdsvansker og/eller vedvarende

rusmisbruk» som er inntaksårsaken med rundt to ungdommer hvert år totalt for begge institusjonene.

Tabell 5-4 Gjennomsnittlig antall dager med plassering etter inntaksårsak

Inntaksårsak	LBS			BBS		
	Gj.snitt	St.avvik	n	Gj.snitt	St.avvik	n
Forhold ved omsorgen i hjemmet	293	112	8	385	134	6
Barnets atferdsvansker	376	75	3	224	64	3
Alvorlige atferdsvansker/ rusmisbruk	319	65	2	198	87	4
Barnets rusmisbruk	-	-	-	550	-	1
Ikke oppgitt	314	147	6	375	375	3
Annet	-	-	-	273	-	1
Total	316	112	19	318	184	18

Når det gjelder gjennomsnittlige antall dager med plassering etter inntaksårsak, viser tabellen at «barnets atferdsvansker» og «alvorlige atferdsvansker og/eller rusmisbruk» er inntaksårsakene med høyest antall dager ved LBS, mens det er «barnets rusmisbruk» som er inntaksårsaken med høyest antall dager ved BBS. Dette gjelder imidlertid kun én ungdom, resultatet må derfor tolkes med varsomhet.

Tabell 5-5 Gjennomsnittlig antall dager med plassering etter alder ved tiltaksstart

Alder	LBS			BBS		
	Gj.snitt	St.avvik	n	Gj.snitt	St. avvik	N
12	31	-	1	-	-	-
13	365	-	1	243	-	1
14	273	86	2	533	363	2
15	365	90	3	173	123	3
16	304	110	7	327	186	4
17	396	80	3	294	136	6
18	319	65	2	411	196	2
Total	316	112	19	318	148	18

Angående gjennomsnittlig antall dager med plassering etter alder ved tiltaksstart ser det ut som ungdommene som er 13 og 17 år har lengst plasseringstid ved LBS, mens ungdommen som er 12 år har kortest plasseringstid av alle. Ved BBS er det 15-åringene som har lavest antall dager med plassering og 14-åringene som har høyest antall dager med plassering. Størst andel av ungdommene er mellom 15-18 år, det er kun et fåtall som er yngre enn dette.

5.6.1.3 Avslutningsgrunn, registrerte videre tiltak og eierskap for neste tiltak

Tabell 5-6 Avslutningsgrunn ved LBS og BBS i perioden 2019-2023

Avslutningsgrunn	LBS n (%)	BBS n (%)
Tilsiktet	14 (60.9)	16 (76.2)
Utilsiktet	1 (4.3)	2 (9.5)
Videreføring	4 (17.4)	-
Ukjent	4 (17.4)	3 (14.3)
Totalt	23 (100)	21 (100)

Avslutningsgrunnen er relativt likt mellom BBS og LBS, for utenom at det har vært noen videreføringer ved LBS, men ikke ved BBS. Den vanligste avslutningsgrunnen er tilsiktet (planlagt).

Tabell 5-7 Registrerte videre tiltak ved LBS og BBS i perioden 2019-2023

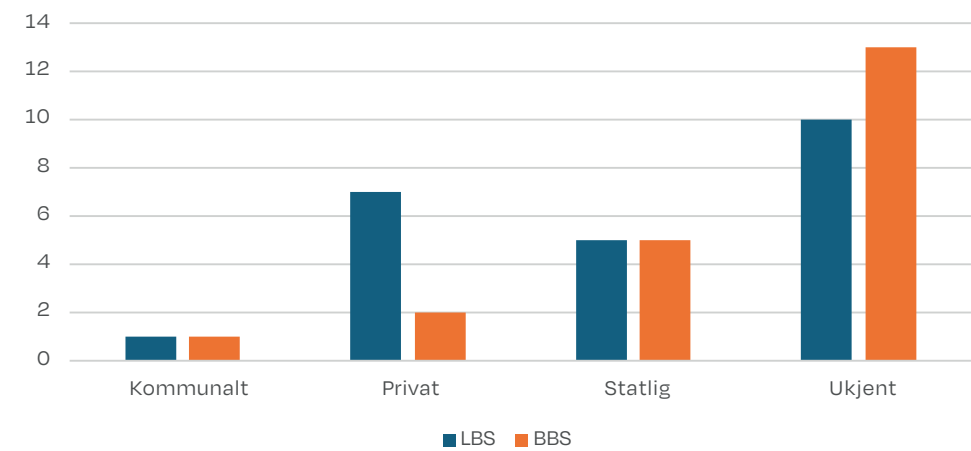
Registrert videre tiltak	LBS n (%)	BBS n (%)
Aktiv plassering	7 (30.4)	4 (19.0)
Akuttinstitusjon	1 (4.3)	1 (4.8)
Fosterhjem	1 (4.3)	1 (4.8)
Hjelpetiltak (MST)	1 (4.3)	1 (4.8)
Ikke registrert videre tiltak	3 (13)	9 (42.9)
Omsorgsinstitusjon	8 (34.8)	4 (19.0)
Spesialisert fosterhjem	2 (8.7)	-
Behandlingsinstitusjon	-	1 (4.8)
Hjelpetiltak tilknyttet BBS før nytt tiltak på Bodø	-	1 (4.8)
Totalt	23 (100)	21 (100)

Det er flere aktive plasseringer ved LBS enn ved BBS og det er en større andel som ikke har registrert videre tiltak (ukjent) ved BBS enn LBS. Disse forskjellene er imidlertid ikke signifikante (ved kjikvadrattest som ikke er rapportert). Av registrerte videre tiltak er det flere som har blitt overført til omsorgsinstitusjon ved LBS enn ved BBS.

Tabell 5-8 Eierskap neste tiltak etter LBS og BBS i perioden 2019-2023

Eierskap neste tiltak	LBS <i>n</i> (%)	BBS <i>n</i> (%)
Kommunalt	1 (4.3)	1 (4.8)
Privat	7 (30.4)	2 (9.5)
Statlig	5 (21.7)	5 (23.8)
Ukjent	10 (43.5)	13 (61.9)
Totalt	23 (100)	21 (100)

Av tabellen og figuren fremkommer det at når det gjelder omtrent halvparten av ungdommene er det ukjent om ungdommene har flyttet videre til kommunalt, privat eller statlig tiltak. Det er kun 2 ungdommer som har gått videre til et kommunalt tiltak totalt ved de to institusjonene i perioden 2019-2023. Ved LBS er det flere som har gått videre til private tiltak enn ved BBS, mens det er samme antallet som har gått videre til statlige tiltak ved disse to institusjonene.



Figur 5-5 Eierskap neste tiltak (n= 23 ved LBS og n=21 ved BBS)

5.6.2 Tidligere beboeres erfaringer - i retrospekt

To tidligere beboere har blitt intervjuet etter at de har flyttet ut fra integrert institusjon. Disse var ikke blant dem som deltok i hovedutvalget som fortalte om sine erfaringer under opphold ved LBS og BBS. Derimot fortalte de om sine erfaringer i retrospekt. De ble rekruttert gjennom at den ene har fulgt prosjektet, blant annet på nettsiden til prosjektet³⁰, og vært i kontakt med andre tidligere beboere der dette har blitt delt. Det er gjennom denne kontakten at den andre informanten har blitt rekruttert, og de tok begge kontakt med forskergruppa selv. Av hensyn til anonymitet skiller vi ikke på de to ungdommene i teksten med koder, og bruker pronomenet "hen". Vi har inkludert begge sine perspektiver, og for de tema som bare en av dem forteller om, blir dette spesifisert som for eksempel: «den ene ungdommen». På bakgrunn av det lave antallet informanter må funnene leses og tolkes med varsomhet.

5.6.2.1 Om omsorg og helsehjelp i integrert institusjon

Når ungdommene tenker tilbake på hvordan det var å bo i integrert institusjon gir de uttrykk for at det burde vært mer fokus på å lage et trygt hjem, der de kunne snakket om det som var vanskelig. Den ene ungdommen sier det slik:

Og det å ha en sånn type institusjon hvor det er behandling, behandling, behandling, og psykolog som du møter når du står og skal lage deg mat på kjøkkenet, eller hvis du skal slappe av og de på en film, det er ikke hjemmet ditt.

Denne informanten gir uttrykk for at hen opplevde at det ble rettet veldig mye oppmerksomhet på behandling, og at det var vanskelig å forstå den integrerte institusjonen som et hjem, når hen måtte omgås behandlere i rom og settinger som i utgangspunktet er å forstå som private.

Ungdommene forteller også om ulike erfaringer med ansatte. Den ene beskriver to gode ansatte som de som *ikke* møtte ungdommen med fokus på ferdigheter eller behandling, og som *ikke* ga hen belønning: «Og som var mennesker i møte med meg». For øvrig, som en kontrast til dette, beskriver ungdommen institusjonen som «kald». Den andre ungdommen forteller også at hen måtte ha samtaler med miljøpersonale som hen ikke opplevde å ha god relasjon med, og som hen selv ga

³⁰ Om studien, NTNU Samfunnsforsknings nettsider: <https://samforsk.no/prosjekter/oppfolgingsstudie-av-nytt-integrert-institusjonstilbud-mellom-barnevern-og-helse> (Hentet 26.03.2024).

uttrykk for at hen ikke ønsket samtale med. For ungdommen føltes ikke dette trygt, men «institusjonen» bestemte at samtalene skulle gjennomføres.

Begge ungdommene gir uttrykk for at de trengte (helse)hjelp og omsorg da de bodde i integrert institusjon, men at de opplevde at den hjelpen de fikk tilbud om var for ensrettet. Når den ene ungdommen forteller at hen ikke fikk andre alternativer da hen valgte å avslutte helsetilbudet ved institusjonen, fikk ikke hen andre alternativer: «Det er ikke sånn at jeg ikke vil ha hjelp, men det her bare funket ikke for meg. Og da var det ingen alternativer». Ungdommen opplevde det som problematisk, at helsetilbudet var veldig standardisert.

5.6.2.2 Behandling

Ungdommene forteller også mer inngående om hvordan de opplevde å delta i behandling, i ferdighetstrening og i samtaler med psykolog. I denne sammenhengen forteller den ene at hen fikk informasjon i forkant om hvor bra tilbudet var, og at hen var heldig som fikk plass på den integrerte institusjonen. Ungdommen gir uttrykk for at hen flyttet inn med stort håp og motivasjon, men fikk en nedtur fordi hen ikke følte seg trygg der, og at det var et konstant mas om behandling. Det ble slik at problemer skulle løses med å bruke en ferdighet eller ta en atferdskjedeanalyse (AKA).

Begge ungdommene gir uttrykk for at det ble rettet mye oppmerksomhet mot behandling og ferdighetstrening, og at de ikke alltid opplevde å bli møtt med omsorg når de trengte det, men heller at *de måtte jobbe med seg selv*. De beskriver også at det noen ganger var uenighet om hva de skulle jobbe med, og at de måtte jobbe med ting de selv ikke opplevde som et problem. Det var bedre i tilfeller der miljøterapeutene spurte ungdommene om hva hen hadde behov for å prate om. I denne forbindelse forteller ungdommene at de brukte dagbokkort, men at de etter hvert sluttet med det. Den ene sier den opplevde å ha lite bestemmelse over hva den skulle jobbe med: «... også var det dagbokkort ut ifra det de mente jeg trengte å jobbe med». Den andre beskriver dagbokkortene som «meningsløse».

Ferdighetstreningen ble for den ene ungdommens del etter hvert, slik hen husker det i retrospekt, kun gjennomført for belønningens del: «Mot slutten, alt det jeg gjorde de siste tre månedene, det var jo for å tjene penger.» Ungdommen mener at dette med at valgene ble tatt på bakgrunn av belønning kanskje gjorde hen mindre selvstendig. Begge ungdommene forteller også om negative erfaringer med «plan for

ekstra hjelp», de fikk ikke hjelpen de trodde de skulle få: «Det som skjer er jo, i hvert fall som jeg fikk i plan for ekstra hjelp, var ferdigheter jeg skulle ha mer fokus på». Informanten synes å gi uttrykk for at ekstra hjelp gikk ut på at hen måtte fokusere enda mer på å bruke bestemte ferdigheter.

Ungdommene forteller også at det var gode sider ved behandlingen. Den ene ungdommen sier at det er bra for noen ungdommer å ha psykolog tilgjengelig der de bor, fordi de kan kvie seg for å møte opp på kontoret hos BUP. Hen opplevde også at det var klare grenser på at selve samtalene med psykolog ikke ble gjennomført i «hjemmet». Ungdommen sier: «Det var jo mye bra, men så var det også veldig mange ting som jeg syns ble veldig vanskelig mens jeg bodde der». Begge ungdommene forteller at de ikke opplevde at de «faktiske» utfordringene ble tatt skikkelig tak i, og at det også var vanskelig når ansatte delte informasjon som ungdommen ikke ønsket skulle bli delt. De opplevde at taushetsplikten ble brutt, og at det de fortalte om hos psykolog og hos miljøpersonalet ble delt videre. Dette førte til at ungdommene holdt tilbake i samtalene, og mistet tilliten til psykolog og miljøpersonalet. En ungdom sier det slik:

Men jeg kan være helt ærlig om at etter en stund så slutta jeg å ha meningsfulle samtaler med denne psykologen, fordi jeg forsto veldig fort at, «Jeg skjønner at du jobber i helse og du jobber i barnevern, og at du egentlig har taushetsplikt», men den følte jeg ikke var en reell taushetsplikt.

Begge tenker at de burde fått anledning til å si ja eller nei til hva som skulle deles videre, at det da hadde opplevdes greit. Motivasjon og forpliktelse til endring anses som en viktig komponent i behandlingen ved de integrerte institusjonene og begge ungdommene opplevde at det var mye snakk om motivasjon, på hvert sitt vis. Den ene ungdommen opplevde at når hen hadde det vondt i en periode, ble det snakk om at hen ikke var motivert og ikke orket, noe som provoserte ungdommen. Den andre opplevde at om den ikke ville dra på ferdighetsgruppe en dag, ble det sagt fra ansatte at ungdommen hadde sagt ja da den flyttet inn, og: «Du må gjøre det liksom. Du har forpliktelse til dette». Én av ungdommene forteller også at den fikk mye ansvar og press om å delta: «Ja, men jeg fikk jo høre hele tiden at hvis jeg ikke ville være der så kunne jeg likeså godt bare flytte hjem til foreldrene mine, og det var jo veldig åpenbart at jeg ikke kunne det».

5.6.2.3 Utflytting og tiden etter opphold på integrert institusjon

Ungdommene forteller at de ikke visste hva som skulle skje videre i livet etter bo- og behandlingstiden ved institusjonen, og at det ikke var planlagt nytt bosted/utflytting i god tid i forveien. Den ene ungdommen opplevde at ansatte ikke dro i samme retning når det skulle planlegges for utflytting. Slik opplevde den ene det å ikke vite hvor hen skulle flytte:

Jeg syns jo det var fryktelig vanskelig å ikke vite ... fordi at det, altså det er noe med det der å klare å stå i skole og på en måte ha noen mål, også vet du ikke om det lar seg gjøre, fordi at du ikke vet hvor du ender opp.

Ungdommene gir uttrykk for å ha erfart utfordringer med stedene de flyttet til, av ulike grunner, og forteller om flyttinger til institusjoner, tvangsinnleggelser og stor helsetjenestebruk i en periode etter utflytting.

I etterkant av utflytting har begge ungdommene etter hvert kommet i gang med- og fullført skolegang. De forteller at de hadde utfordringer med å delta i skolen da de bodde i integrert institusjon, og at de har tatt igjen tapt skolegang i ettertid.

Særlig en av ungdommene forteller at hen har hatt nytte av noen av ferdighetene hen lærte, og at hen har brukt disse i situasjoner etter utflytting. Ungdommene forteller imidlertid om dårlige perioder etter utflytting, hvor den ene beskriver at det gikk «kjempedårlig» når hen flyttet ut, med mange innleggelser. Ungdommen opplevde at hen etter hvert fikk hjelp: «Ja, jeg fikk hjelp og det var vel egentlig da ballen begynte å rulle i forhold til å jobbe med oppveksten og de her tingene som jeg egentlig hadde trengt hele tiden». Den andre ungdommen gir uttrykk for at fokusatferden ikke ble redusert: «Det var senest to uker før jeg slutta ut, så var jeg innlagt på akutten».

Ungdommene gir uttrykk for at de i senere tid, og til dels over lengre tid etter utflytting fra integrert institusjon, har fått hjelp til å jobbe seg gjennom de vanskelige opplevelsene de har hatt i livene sine. De har jobbet med psykolog for å komme seg videre og opplever å ha fått riktig hjelp, selv om det har tatt noe tid. I denne forbindelse nevner den ene ungdommen at spesielt traumebehandling har vært viktig og virksom terapi.

5.7 Sammenlikningsinstitusjonene – ungdommer og ansattes erfaringer fra Kvæfjord (KUS) og Innlandet (IBS)

Dette kapitlet handler om de to sammenlikningsinstitusjonene Kvæfjord ungdomssenter (KUS) og Innlandet barnevernsenter (IBS) som har deltatt i følgeforskningen. Institusjonene er valgt på bakgrunn av at begge drifter etter fagmodellen Omsorgs- og endringsmodellen (OEM), og tar imot ungdommer i henhold til de samme plasseringsparagrafene i lov om barnevern som de to integrerte behandlingsinstitusjonene. Selv om alle fire institusjonene drifter etter OEM, som bygger på prinsipper fra DBT, har de integrerte institusjonene et annet og tydeligere fokus på å behandle de plasserte ungdommene i henhold til DBT-metodikken. En annen viktig forskjell er at der de integrerte behandlingsinstitusjonene har ansatt personell fra helseforetaket som står for behandlingen av ungdommene ved institusjonen, er ungdommene ved de to sammenlikningsinstitusjonene avhengige av et behandlingstilbud utenfor institusjonen, i lokal BUP poliklinikk. Slik sett er nåløyet trangere når det gjelder behandlingstilbud fra BUP for ungdommene som er plassert i sammenlikningsinstitusjonene fordi disse ungdommenes behov for psykisk helsehjelp må være vurdert av fastlege for henvisning. Ved de integrerte behandlingsinstitusjonene er det derimot et ledd i inntaksprosessen at ungdommen samtykker til helsehjelp og blir vurdert å ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten før innflytting.

Ansatte og ungdommer ved de to sammenlikningsinstitusjonene har deltatt i samme type intervjustruktur som ansatte og ungdommer ved de integrerte behandlingsinstitusjonene. De samme intervjuguidene er benyttet i gruppeintervjuene og i de individuelle intervjuene ved alle fire institusjoner. I intervjuer med ledelse ved sammenlikningsinstitusjonene har vi ikke spurt om helsehjelpen som gis ved institusjonen slik vi har spurt ledelsen ved de integrerte institusjonene. Dette henger naturlig sammen med forskjellene i hvor og hvordan helsetilbudet gis ved de to ulike typene av barnevernsinstitusjoner.

I dette kapitlet presenteres funn fra intervjuer med ansatte og ledelse ved de to sammenlikningsinstitusjonene, funn fra gruppeintervjuer med ungdommer, og individuelle intervjuer med ungdommer. Vi presenterer funn fra ansattgruppa ved institusjonene separat fra ungdomsgruppa, og hovedfunn oppsummeres i punkter for hver informantgruppe.

5.7.1 Ansatte og ledelsens erfaringer fra sammenlikningsinstitusjonene

Dette delkapitlet beskriver hovedfunn fra intervjuer med ansatte og ledelse ved sammenlikningsinstitusjonene. Vi har gjennomført fire gruppeintervjuer med ansatte ved begge institusjonene. Når det gjelder intervju med ledelsen ved institusjonene, er det gjennomført ett individuelt intervju med avdelingsleder ved KUS høsten 2022 og ett intervju med to avdelingsledere (hvorav en er stedfortreder for enhetsleder) ved IBS høsten 2022, samt ett intervju gjennomført med enhetsleder ved IBS våren 2023. Presentasjonen av KUS og IBS bygger på informasjon vi har funnet om institusjonene på Bufdir sine nettsider, institusjonsplan for KUS og IBS, samt informasjon vi har fått via intervju med ledelsen og ansatte ved begge institusjonene.

5.7.1.1 Beskrivelse av institusjonene

KUS ligger i Borkenes i Kvæfjord kommune i Troms. Ungdomssenteret ligger ved sjøen, og bygningsmassen er utformet slik at ungdomsrommene har utsikt mot havet. Nærmeste by er Harstad, som ligger omtrent to mil fra Borkenes. KUS drifter to avdelinger: Lilleheimen og Storheimen. Institusjonen disponerer også to leiligheter (hvorav en har vært midlertidig ute av drift) for selvstendighetstrening når dette er aktuelt, og ved samvær mellom familie og ungdom. I prosjektperioden har vi fulgt én av avdelingene ved KUS. I tillegg er KUS spisskompetansemiljø (SKM) for endringsarbeid for ungdom i omsorgsinstitusjoner, og er en del av en regional pilot der en tar imot ungdommer både på omsorgs- og atferdsplasseringer. KUS er godkjent for 8 plasser for aldersgruppen 13-18 år og tar imot plasseringer hjemlet i lov om barnevern §§ 6-1 og 6-2 (atferd), og §§ 3-2 og 5-1 (omsorg).

IBS ligger 3,5 kilometer utenfor Gjøvik sentrum. IBS drifter fem avdelinger, og er bygget opp som et tun der hver avdeling har sitt eget bygg. I tillegg inneholder tunet egne bygg for ledelse og administrasjon, samt møte- og opplæringsvirksomhet. I prosjektperioden har vi fulgt én av de fem avdelingene ved IBS. IBS er godkjent for til sammen 18 plasser.

Tabell 5-9 Oversikt over antall plaser ved KUS og IBS

KUS		IBS	
Avdeling	Plasser	Avdeling	Plasser
Storheimen	5	Aukrust	4
Lilleheimen	3	Kauffeldt	2
		Prøysen	4
		Sandvig	4
		Vestly	4

5.7.1.1 Bemanning

Enhetslederen ved KUS har det overordnede ansvaret for det faglige og selve driften ved institusjonen. Hver avdeling har egen avdelingsleder. I tillegg har KUS en egen administrasjon med fire ansatte. KUS har egen skoleansvarlig og familieansvarlig- og nettverksansvarlig. Ifølge KUS sin institusjonsplan (oppdatert i 2022), har tre av de fire lederne ved KUS BA i vernepleie og en har BA i sammensatte fag. Gjennomsnittlig oppholdstid for ungdommene er ifølge avdelingsleder omtrent 18 måneder. KUS har en todelt turnus med arbeid hver tredje helg, og egne våkne nattevakter på hver avdeling. I turnusen ligger også langvakter på opptil 13 timer i helger og hver tirsdag i forbindelse med møtevirksomhet. De ansatte ved KUS er delt opp i team, der hvert team består av fire miljøterapeuter.

Ved IBS har hver avdeling egen avdelingsleder, det faglige og økonomiske ansvaret for hele barnevernsentret er plassert hos enhetsleder. Ifølge institusjonsplanen til IBS har enhetsleder BA i barnevern, mens stedfortreder har BA i vernepleie. IBS har egen skoleansvarlig, familieansvarlig og helseansvarlig som betjener alle senterets avdelinger. Ved avdelingen vi har fulgt er det 13 faste ansatte. Det er tre nattevakter som jobber i 80% stilling, en miljøterapeut i 80% stilling, mens resten av miljøpersonalet har 100% stillinger. Avdelingen har derfor ingen helgestillinger eller andre deltidsstillinger, og kjører todelt turnus med våkne nattevakter og helgevakter på 12 eller 16 timer. IBS har tilknyttet seg omtrent 60 ekstravakter, og avdelingsvis forsøker så langt det lar seg gjøre å benytte seg av kjente ekstravakter. Bemanningen ved IBS har vært stabil etter overgangen til OEM i 2017. Våren 2022 har ledergruppa sett en økning i turnover, men har ikke vurdert denne som alarmerende høy.

I ansettelsesprosessen ved KUS stilles det krav om lojalitet til OEM, og en del av den faglige beskrivelsen deles ut til søkerne for at de skal kunne lese seg opp og avgjøre om dette er noe en kan tenke seg å gå inn i og jobbe etter. Som nyansatt får man fem dagers opplæring i OEM, og i tillegg følges alle ansatte opp med opplæring i modellen ukentlig. Det er ansatt egen seniorrådgiver ved KUS som har spesielt ansvar for opplæring i OEM, veiledning av teamene ved avdelingen, og gjennomføring av ferdighetsgrupper. Alle ansatte får fem dagers grunnopplæring i Trygghet og sikkerhet (TS). Opplæringen om barn og unges rettigheter i barnevernsinstitusjon er nettbasert. Det gjennomføres trening i TS hver tirsdag og der inkluderes også ungdommenes rettigheter som tema.

Ved rekruttering og ansettelse er ledelsen ved IBS tydelige på hva som forventes av de ansatte: En skal like å jobbe med barn og unge, en skal kunne jobbe med endring og selv være endringsvillig, og en skal være villig til å jobbe etter OEM. Av personlige egenskaper ønsker ledelsen ved IBS ansatte som klarer å stå i avvising, som kan jobbe selvstendig, som er åpne for tilbakemeldinger og veiledning, som har god fysisk og psykisk helse, og som har et engasjement som kommer ungdommene til gode.

5.7.1.2 Belegg

Ledelsen ved IBS beskriver en høy beleggsprosent, opp mot 100%. Vi har, via intervju med avdelingsleder, inntrykk av at også KUS har en høy beleggsprosent. Ved fullt belegg ved IBS forteller ledelsen at institusjonen kan ta imot ytterligere plasseringer dersom det er kjent utflytting i nær fremtid, eller dersom en faglig vurderer at en akuttplassering over tid vil være skadelig for ungdommen. IBS har ekstra soverom i avdelingene der de kan ta inn plasseringer som utgjør overbelegg. Gjennomsnittlig oppholdstid ved IBS er mellom ett og to år, og beskrives av ledelsen ved IBS som et stykke unna Bufetats «ambisjon om 280 døgn». Det samme gjelder for KUS der avdelingsleder forteller at gjennomsnittlig oppholdstid er ca. 1,5 år. Den korteste plasseringen ved avdelingen på IBS varte i åtte måneder, mens den lengste varte i fire år. Samtidig ser IBS at ungdommene som plasseres ved IBS nå (ved intervju i 2023) tilhører en yngre aldersgruppe, har en mer kompleks problematikk, og at de kommer til å bli boende i flere år ved institusjonen.

5.7.1.3 Målgruppe

Målgruppa for begge institusjonene er ungdom i aldergruppen 13-18 år som begge tar inn ungdom etter §§ 3-2 og 5-1 (omsorg) og §§ 6-1 og 6-2. IBS tar i tillegg imot akuttplasseringer etter §§ 4-1 og 4-2 på en avdeling.

Målgruppa for KUS er ungdom i alderen 13-18 år med behov beskrevet som:

- *Ungdom med behov for omsorg og behandling (som ikke er definert som atferdstiltak jamfør Bufetats funksjonsdeling) i institusjon*
- *Ungdom med behov for kartlegging*
- *Ungdom med behov for akutt plass når det er åpenbart at ungdommen skal plasseres i en omsorgsinstitusjon etter akutt opphold*
- *Ungdom med behov for selvstendighetstrening i leilighet*

Målgruppa til IBS beskrives i institusjonsplanen som:

(..) barn med omfattende omsorgsbehov og sammensatte utfordringer til ungdommer i aldersgruppen 13-18 år. Årsaker til plasseringer kan være omsorgssvikt, kommunikasjons- og utfordringer i forhold til følelsesregulering, selvskadingsproblematikk, utfordrende- og konfliktfylte mellommenneskelig relasjoner i familie og nettverk m.m. (s. 8).

5.7.1.5 Målet for oppholdet

Målet for oppholdet ved KUS er beskrevet på følgende måte i institusjonsplanen (s. 9):

Målet er å gi omsorg og hjelp som kan bidra til utvikling og varige, positive endringer i ungdommens liv. Institusjonsmiljøet og institusjonens evne til å ivareta ungdommen på en inkluderende og omsorgsfull måte vil være avgjørende for ungdommens opplevelse av oppholdet, og skal gis stort fokus.

Den overordnede målsettingen er beskrevet som følgende ved IBS i institusjonsplanen (s. 8):

Møte den enkelte ungdommen der den utviklings- og ferdighetsmessig er. Gjennom utviklings-støttende og traumesensitiv omsorg gi barn mulighet til å få et mer oppmerksomt nærvær i øyeblikket, og utvikle sine ferdigheter i institusjonsmiljøet - samt bidra til generalisering av nye ferdigheter til alle arenaer ungdommen oppholder seg på.

5.7.1.6 Inntaksområde og Innlandsmodellen

Inntaksområdet til KUS er i hovedsak region nord, herunder Nordland, Troms og Finnmark. Ved ledig kapasitet kan KUS også bistå andre regioner. IBS har fra 2018 deltatt i pilotprosjektet «Innlandsmodellen», som består i at IBS har geografisk inntaksområde med mål om at ungdommene som tas inn ved institusjonen får beholde skole og nettverk så langt det lar seg gjøre innenfor det som anses som geografisk forsvarlig. Dette innebærer at IBS kan kjøre ungdom til skole, fastlege og BUP med inntil 2-3 timers kjøretur. IBS har i det daglige kontakt med mellom 9 og 11 skoler i Innlandet der ungdommene er elever. Innlandsmodellen bidrar til at ungdom som plasseres ved IBS i tillegg har mulighet til å beholde fastlege og behandler ved BUP. Ledelsen ved IBS fremhever kontinuiteten i Innlandsmodellen, og at de kan formidle til ungdommene at «her kan du bli til det ordner seg». IBS opplever ikke mange replasseringer ved institusjonen, selv om Innlandsmodellen åpner for at IBS skal være det foretrukne plasseringsalternativet når ungdommen har hatt en tidligere plassering ved barnevernsenteret.

5.7.1.7 Vurdering av søknader om plass

KUS har en egen arbeidsgruppe som vurderer søknader om plass. Denne arbeidsgruppa består av avdelingsleder, én miljøterapeut (fra det teamet man tenker skal ha ansvar for ungdommen som søkes inn) og eventuelt fagansvarlig eller familieansvarlig ved institusjonen. I inntaksvurderingen gjennomføres en forsvarlighetsvurdering der man ser på hvordan den aktuelle ungdommen vil passe inn ved KUS, hvordan ungdommen kan komme til å påvirke ungdomsgruppa, og hvilke typer risiko som er tilknyttet ungdommen. Det gjennomføres formøte med ungdommen og inntaksintervjuer før innflytting der man vurderer ungdommens motivasjon og om OEM egner seg for den aktuelle ungdommen. I formøtet blir ungdommen presentert for de ansatte, og får informasjon om KUS og hvordan det er å bo der. I formøtet snakker man om de utfordringene ungdommen har, og KUS informerer ungdommen om hvordan institusjonen jobber med problematikken. Avdelingsleder ved KUS påpeker at OEM stort sett passer for alle ungdommer, men at ungdom som har et kognitivt lavt nivå oftere strever med modellen. KUS har opplevd noen replasseringer, disse har stort sett sammenheng med saker der det har vært brudd i fosterhjemmet. I disse sakene ønsker KUS at ungdommen primært søkes inn til KUS igjen. Når ungdom replasseres ved KUS, ønsker institusjonen å jobbe med foreldre og ungdom i ferdighetsgrupper. Ved innflytting bestreber KUS seg på at temaet som skal jobbe med ungdommen under plasseringen er på jobb de to første dagene, og er sammen med ungdommen.

Enhetsleder ved IBS deltar i inntaksmøter hver 14. dag. Henvisninger/forespørsler om inntak rettes til enhetsleder som igjen drøfter saken med sine avdelingsledere. Ved beslutning om inntak møter institusjonen ungdommen og ungdommens familie, og ungdommen og familien får tilbud om å besøke institusjonen. IBS har erfart at mange ungdommer de møter i inntaksfasen har kunnskap om IBS, gjerne fordi de kjenner noen som bor i institusjonen, eller har bodd der tidligere. Inntak begynner alltid med en kartlegging av ungdommen og ungdommens behov, og det legges sterk vekt på medvirkning. IBS inviterer ungdommen til å delta i det meste av møter, noe som er viktig for å skape forpliktelse hos ungdommen. IBS har ikke opplevd at ungdom har takket nei til plassering ved IBS på grunn av OEM og forpliktelsen som kreves. IBS har opplevd at ungdommene ikke har vært enig i hvordan det skal jobbes med endring, men at dette følger naturlig med ungdommens svingende motivasjon under plasseringen. Innlandsmodellen skal ivareta beskyttelsesfaktorene rundt ungdommen og har som mål å forhindre relasjonsbrudd og utilsiktede flyttinger. I tillegg skal modellen bidra til at ungdommen ikke opplever uhensiktsmessig ventetid når det gjelder skolegang og helseoppfølging.

5.7.1.8 Samarbeid med andre

KUS har som prinsipp at ansatte ved institusjonen skal ha kontakt med de ungdommene har kontakt med. Dette gjelder spesielt foreldre og familie fordi disse har stor innvirkning på ungdommenes liv. KUS forsøker så langt det lar seg gjøre å lage gode planer for hvordan foreldre og familie skal jobbe med ungdommene under samvær. KUS oppfordrer ungdommene til å ta imot familieråd, og i de tilfellene ungdommene ikke ønsker familieråd gjennomføres det nettverksmøter i stedet.

Både KUS og IBS samarbeider med flere tjenester rundt ungdommene. Institusjonene samarbeider i utstrakt grad med barnevernstjenestene i de kommunene som har plassert ungdommene. I tillegg opprettes det samarbeid med NAV når det nærmer seg utflytting for ungdom som fyller 18 år. IBS og KUS samarbeider tett med skolene ungdommene er elever ved, og med oppfølgingstjenesten dersom ungdommen har falt, eller faller ut av skolen.

Begge institusjonene har et tett samarbeid med PPT. KUS har også et tett samarbeid med SMI-fagskolen. SMI-skolen er Troms fylkeskommunes skoletilbud til barn og unge som bor i institusjon. I tillegg har KUS en samarbeidsavtale med den lokale ungdomsskolen. Det er skoleansvarlig ved institusjonen som har det koordinerende ansvaret opp mot de ulike skolene ungdommene ved KUS går på. Ved IBS beholder

ungdommene fastlegen sin i den utstrekning det lar seg gjøre. Dette er i tråd med Innlandsmodellen der målet er at ungdommene i størst mulig grad skal ha mulighet til å beholde relasjonene til nettverket på hjemstedet. Dersom ungdommene selv ønsker å bytte fastlege, for eksempel ved lang geografisk avstand, bistår institusjonen ungdommen med dette. Ved utflytting samarbeider begge institusjonene med BUP for å legge til rette for gode overganger når det gjelder behandlingsforløpet, og det legges stor vekt på at ungdommene også får en god overgang når det gjelder fastlege.

Både KUS og IBS har egne samarbeidsavtaler med BUP. Avdelingsleder ved KUS forteller at de ønsker å gjennomføre samarbeidsmøter med BUP hver tredje måned, men at det har vært utfordrende å få til på grunn av tidspress i BUP. Avdelingsleder ved KUS påpeker at samarbeidsmøtene skal handle om samarbeid på systemnivå fordi KUS ser at BUP arbeider med ungdommene på sin måte. Arbeidet med ungdommene er ikke samkjørt, og dette kan oppleves utrygt for ungdommene.

Ved IBS har de to faste samarbeidsmøter med BUP i året. Fra ledelsen ved IBS oppleves det at BUP viser større forståelse for ungdom i institusjon nå enn det BUP har gjort tidligere. Enhetsleder knytter dette spesielt til implementeringen av OEM, både i form av at IBS opplever større anerkjennelse fra BUP når det gjelder institusjonens metodiske arbeid og at institusjonen nesten ikke har akuttinnleggelser i BUP lenger. De ansatte ved IBS forteller at det varierer hvor mye de samarbeider med BUP, og at det er avhengig av hva ungdommene er der for. De ansatte forteller at det hender at de er faglige uenige med BUP, men at dette også kan være nyttig for å komme seg videre når man er fast i et spor. Dette er noe ansatte opplever at gjelder begge veier. Det er også varierende hvor mye BUP er involvert, noen ting er de ansatte selv gode til å håndtere, mens det er andre ting som faller inn under det BUP har som spesialfelt.

KUS har også en egen samarbeidsavtale med politiet og forebyggende enhet. I dette samarbeidet drøftes saker og eventuell forebygging av lovbrudd og rusbruk. I tillegg drøftes det hvordan politiet kan møte ungdommer plassert ved KUS på best mulig måte.

5.7.1.9 Omsorgs- og endringsmodellen (OEM)

KUS og IBS benytter som tidligere nevnt Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) som fagmodell. Ved begge institusjonene gjennomgår nyansatte en fem dagers grunnopplæring i OEM, noe som tilbys to ganger i året. Grunnopplæringen

gjennomføres av spisskompetansemiljøet (SKM) i region nord, og ansatte ved begge institusjonene deltar i grunnopplæring i Tromsø. I tillegg er det en «booster» to ganger i året som også gjennomføres av SKM. Boosteren er en fagdag der institusjonsansatte melder inn tema i forkant. Dette kan være tema knyttet til OEM, tema ansatte har strevd med eller som man trenger en forklaring på. Boosteren gjennomføres av en regional OEM-rådgiver. Begge institusjonene gjennomfører ukentlige møter der de jobber internt med fagmodellen. Ansatte ved både KUS og IBS forteller at OEM er en omfattende modell, og at det er et stort materiale de ansatte skal holde seg oppdatert på. De ansatte ved KUS beskriver at OEM er en modell bygget på de fire pilarene atferdsterapi, dialektisk filosofi, zen-buddhistisk filosofi og læringsteori.

Ved IBS beskriver de ansatte at nye ansatte lærer seg modellen gjennom kurs og fagbeskrivelsen av OEM, og ved å bli kjent med hvordan man jobber i avdelingene. Det krever mye egeninnsats å bli trygg på modellen. En ansatt ved IBS sier at det kanskje, i gjennomsnitt, tar to år å bli trygg i modellen. Med utskiftninger og nye ansatte skaper dette også utfordringer knyttet til dokumentasjonskrav, og ansatte beskriver at det trengs folk som kjenner modellen ute i miljøet. Det er mye forberedelser og jobb internt i ansattgruppa for å hjelpe hverandre med arbeidet med modellen.

Modellen beskrives av de ansatte ved begge institusjonene som fleksibel og tilpasningsvennlig, og kan benyttes både ved alvorlige vansker som selvskading og selvmordsproblematikk, men også for ungdom som har sosiale vansker. Videre forklarer ansattgruppa ved både KUS og IBS at OEM er en prinsippstyrt modell. Ved IBS forteller ledelsen at dette gjør at modellen egner seg for alle ungdommer, fordi modellen kan tilpasses individuelt til hver enkelt ungdom. De ansatte ved IBS forteller også at de tror at OEM kan passe for alle målgrupper, men at man må finne en måte å tilpasse modellen på som gjør at det kan fungere. I et av gruppeintervjuene med ansatte ved KUS gir de derimot uttrykk for at OEM ikke passer for alle, at dette gjelder ungdom med komplekse og sammensatte utfordringer. De ansatte ved KUS understreker at dette gjelder svært få ungdommer, og at det er ungdommer med så alvorlig problematikk at de ansatte ikke klarer å motivere og skape forpliktelse hos ungdommen. I slike situasjoner har ungdommen flyttet til en annen institusjon.

I intervju med ledelsen ved IBS forteller de at når ansatte strever med motivasjonen tar ledelsen tak i dette, og jobber spesifikt mot ansatte som strever. Ledelsen ved IBS

benytter OEM i dette motivasjonsarbeidet gjennom veiledning, ansvarliggjøring og validering av ansatte som strever med egen motivasjon i endringsarbeidet med ungdommene. Samtidig påpeker lederne vi har intervjuet ved IBS at OEM benyttes i alle ledd i organisasjonen; i fagmøter, i administrasjonsmøter og i ledermøter. Mindfulness benyttes som metode for oppstart av alle møter ved IBS.

De ansatte ved både KUS og IBS beskriver at miljøterapeutisk arbeid ligger som grunnlag i OEM, bare mer systematisert. Modellen oppleves kompleks, med mange elementer som går fra før opphold til avslutning av opphold. De ansatte forteller at modellen gir gode verktøy både til kartlegging og til arbeidet med ungdommen. Ansatte ved IBS gir eksplisitt uttrykk for at endringsarbeid tar tid og at det avhenger av at ungdommene selv gjør sin del av arbeidet. Ansatte ved IBS beskriver også at de bruker mange timer på kontorarbeid og dokumentasjon, som følge av dokumentasjonskrav knyttet til OEM.

En utfordring ved å jobbe med OEM som fremheves av de ansatte ved KUS er balansen mellom OEM og omsorg. Når KUS har hatt et for høyt fokus på OEM i problemstillingene rundt ungdom har det blitt stilt spørsmål ved hvor det miljøterapeutiske er blitt av, og noen har da foreslått å legge bort fokuset på OEM og heller ta inn mer av den rene omsorgen.

Ansatte ved IBS forteller at det jobbes med fokusatferd som er kartlagt sammen med hver enkelt ungdom. Fokusatferd er den atferden som er ønsket endret, og som er lite hensiktsmessig eller skaper problemer for ungdommen. De ansatte ved IBS forteller at ungdommene ikke alltid er helt enige i hva de ansatte har beskrevet som fokusatferd, eller hva som er fokusatferd på de ulike tidspunktene under plasseringen, og at det oppleves mest hensiktsmessig å arbeide med de ungdommene som har forpliktet seg. Samtidig jobber miljøterapeutene ved hjelp av små steg, og gir små belønninger når ungdommene gjør fremsteg.

De ansatte ved IBS forteller mot slutten av prosjektperioden at de blir stadig flinkere til å benytte OEM og at de opplever modellen som bedre nå. De opplever at de kan tilpasse modellen mer til hver enkelt ungdom enn de kunne tidligere. De forteller om et skifte i modellen, der den har gått fra å være rigid til å bli mer fleksibel, og at de ved å bli mer trygg på modellen klarer å bruke den på en mer hensiktsmessig måte i hverdagen.

De ansatte ved KUS opplever høy turnover i personalgruppa. Det oppleves utfordrende når nyansatte gjennomgår opplæring i OEM og slutter før prøvetiden er over. Det beskrives at KUS møter konkurranse fra andre barnevernsinstitusjoner i nærheten som har lagt opp til langturnus som for en del kan passe bedre når det gjelder familieliv.

5.7.1.10 Forpliktelse og motivasjon

I arbeidet med forpliktelse og motivasjon forklarer de ansatte ved KUS at dette i høy grad handler om å identifisere ungdommens mål. De ansatte ved IBS er også opptatt av at det kan hjelpe på prosessen om de begynner arbeidet med forpliktelse før ungdommen flytter inn på institusjonen. I tillegg beskriver de ansatte ved IBS at ferdighetstrening er et langsiktig arbeid og at de ofte må jobbe med å få ungdommene til å forplikte seg. De ansatte ved IBS gir uttrykk for at OEM fungerer bra for ungdommene som er forpliktet, som ønsker en endring og som har et realistisk mål, men at det er utfordrende når ungdommene ikke er forpliktet.

På spørsmål om hvordan de ansatte ser at ungdommen er forpliktet, og hvordan de vurderer at ungdommen nærmer seg vippepunktet der ungdommen aksepterer egne utfordringer og er klar til å forplikte seg beskriver en ansatt ved KUS at det handler om å klare å se når ungdommen ikke er i endring og at de ansatte tar frem aksepteringsstrategier i slike situasjoner. Dersom ungdommen ikke møter til samtaler, ferdighetsgrupper, eller ikke deltar på noe vurderer de ansatte dette som at ungdommen ikke er i endring og heller ikke forpliktet. Samtidig fremheves nødvendigheten av å ha brukt tid og blitt godt kjent med ungdommen slik at miljøpersonalet kan se de tingene de leter etter, om ungdommen er forpliktet eller uforpliktet: «Det kan svinge fortere hos noen enn hos andre. Noen kan også opptre ganske forpliktet, men kanskje ikke være det, eller motsatt også» (KUS ansatt A). De ansatte ved IBS forteller også om svingninger i motivasjonen og at det kan være utfordrende for ungdommen å holde motivasjonen oppe over tid dersom ungdommene ikke opplever å få medvirke i bosituasjonen, og når det er repetisjoner i ferdigheter over tid. De ansatte ved IBS beskriver også at de styrker ferdighetene til ungdommene uten å nevne navnet på ferdigheten, og at de opplever at dette kan ha større virkning enn dersom de påpeker når ungdommen bruker en ferdighet. De ansatte ved KUS støtter seg også til motivasjonsstrategiene som beskrives i fagmodellen for OEM når det gjelder skjøre forpliktelser.

5.7.1.11 Ferdighetstrening

Ved KUS gjennomføres ferdighetstreningene avdelingsvis slik at KUS har to grupper samtidig. I gruppene kan det delta opptil fire ungdommer og to voksne. Ferdighetsgruppene gjennomføres av de fagansvarlige ved KUS. De ansatte ved KUS har opplevd at ungdom ikke ønsker å delta i ferdighetsgrupper og de forteller at man da har benyttet samme tilnærming, men med en individuell tilrettelegging og tilnærming til den enkelte ungdoms utfordringer. KUS har også gjennomført familiegrupper der foreldre har hatt ferdighetsgrupper sammen med ungdommene. I tillegg har det vært gjennomført ferdighetsgrupper bare for foreldrene slik at de lærer seg det samme som ungdommen.

IBS har jobbet med utvikling av gruppebasert ferdighetstrening for foreldre, med mål om å igangsette slike ferdighetsgrupper i løpet av 2023. Basert på erfaringsinnhenting forteller ledelsen ved IBS at tilbakemeldingene fra foreldrene når det gjelder OEM er positive, dette mener de henger sammen med det systematisk arbeidet i OEM. Foreldrene har i større grad uttrykt negative tilbakemeldinger når det gjelder fremtidsperspektiver, og de er fortsatt bekymret for ungdommen under plasseringen.

5.7.1.12 Belønningssystemet ved KUS

Ved KUS har de et belønningssystem der ungdommene har mulighet til å tjene *tokens*. Gjennom belønningssystemet som er basert på tokens, differensierer KUS mellom ungdommer som er forpliktet til endringsarbeidet, og de som ikke er det. Avdelingsleder forteller at én token er verdt fem kroner, og tas ut i slutten av uka som lommepenger. De fleste ungdommene klarer å tjene opp mot hundre tokens i uka. For deltakelse i en utviklingssamtale får ungdommene ti tokens, det samme for deltakelse i ferdighetsgruppe. For godkjent «natte-ro» får de fem eller ti tokens, avhengig av om elektronisk utstyr er levert inn før natta. Ungdommene får ti tokens for å fylle ut månedlig erfaringsinnhentingsskjema, og i tillegg kan ungdommene få tokens som belønning fra miljøterapeutene når de tar i bruk ferdigheter. For å utløse utbetaling av tokens/lommepenger må ungdommene vaske rommet sitt på torsdager. Beløpene de tjener opp kan benyttes i «KUS-butikken». Her kan ungdommene kjøpe ting de ønsker seg til halv pris (innenfor det de ansatte beskriver som *rimelighetens grenser*), og institusjonen betaler den andre halvparten.

5.7.1.13 Organisering av det miljøterapeutiske arbeidet

Ved begge institusjonene gjennomføres det ukentlige samtaler med ungdommene. I utviklingssamtalen kartlegges det, og jobbes det med å identifisere hva som er

ungdommens mål: «Og det som er med et liv verdt å leve er liksom å finne ut hva det er som er ungdommen sitt mål» (KUS ansatt B). I utviklingssamtalene jobber man kontinuerlig med ungdommens motivasjon og forpliktelse. Både KUS og IBS har ettermiddagsmøter ved avdelingene og husmøter. Ved KUS er det i tillegg mindfulnessøvelser hver dag.

Ansatte ved IBS har ulike erfaringer med mindfulness, det brukes i forbindelse med samtaler og i miljøet, noe mer systematisk og noe spontant. De forteller at de gjerne bruker andre begreper enn «mindful», som «å finne fokus» eller «hva som skjedde inni deg». Det har blitt prøvd ut å ha mindfulness som en fast øvelse i uken. Mens noen ansatte forteller at det var bra, har andre erfart at det ikke fungerte og at ble unaturlig for ungdommene å gjennomføre det felles.

5.7.1.14 Medvirkning

Ved både KUS og IBS er ansatte og ledelse opptatt av ungdommenes medvirkning både i inntaksfasen og under plassering. De ansatte beskriver både ved KUS og IBS at de er opptatt av å lytte til ungdommene. Begge institusjonene har noen fastlagte strukturer, slik som innetider og faste rutiner for å strukturere ungdommenes liv, her er ikke ungdommene gitt mulighet til medvirkning. Det kan gjøres individuelle avtaler med den enkelte ungdom dersom ungdommen ønsker avtaler som avviker fra institusjonens grunnstruktur. Utover dette har ungdommene mulighet til å medvirke i husmøter, hva som skal serveres til middag, og gjennomføring av aktiviteter. Ungdommene får også medvirke når det gjelder større turer i for eksempel sommerferien; hvor man skal reise og hva man skal gjøre når man er på tur. Når det gjelder besøk har ungdommene lov til å dra på besøk, eller få besøk på institusjonen, men det må lages en avtale om det på forhånd. Ungdommene velger selv hvilke fritidsaktiviteter de vil delta på, men av og til kan utgifter knyttet til kostbare aktiviteter medføre at institusjonen må avslå ungdommens ønske om akkurat den aktiviteten dersom barnevernstjenesten heller ikke dekker kostnadene. Ansatte ved både KUS og IBS fremhever at de oppmuntrer ungdommene til å delta på fritidsaktiviteter for at de skal få oppleve andre arenaer og mestring.

De ansatte ved IBS problematiserer grensen mellom medvirkning og medbestemmelse. Noen ganger kan ansatte oppleve balansen som utfordrende dersom for eksempel en ungdom ikke ønsker å gå på skolen, og de ansatte opplever at dette vil få negative konsekvenser for ungdommen på sikt. Samtidig påpeker ledelsen ved IBS at medvirkning ikke er det samme som at ungdommen skal

bestemme, men at medvirkningen ligger i hvordan man løser ting. Når ungdommen viser samarbeidsevne og at institusjonen kan ha tillit til ungdommen øker også ungdommens medvirkningsgrad, for eksempel når ungdommen viser at hen kan holde avtaler.

De ansatte ved begge institusjonene forteller at OEM bygger på ungdommens medvirkning siden den er sentrert rundt ungdommens mål og at medvirkning ligger til grunn i samtalene og spiller en rolle i forhold til hvordan ferdighetsgruppene tilpasses. Samtidig kan det oppleves som utfordrende når ungdommen velger et mål som de ansatte tenker er urealistisk, eller som de ansatte kanskje ikke tenker er bra for ungdommen.

Ved KUS forteller de ansatte at ungdommen gis mulighet til å medvirke dersom institusjonen vurderer å sette inn begrensninger rundt ungdommen. Ungdommen får da være med å finne løsninger på hvordan begrensningene kan gjennomføres. Det fremheves av de ansatte ved begge institusjonene at grenser som settes skal gi mening, og at ungdommene skal forstå hvorfor det settes grenser. Å være i forkant med gode forklaringer til ungdommen kan gjøre et *nei* til ungdommens ønsker enklere for ungdommen å håndtere.

5.7.1.15 Utflytting

KUS og IBS følger standardisert forløp for barneverninstitusjoner når det gjelder planlegging av utflytting, og overgangsfasen starter tre måneder før utflytting. Prosessen mot utflytting starter tidlig i oppholdet, helst så tidlig som ved inntak ved begge institusjonene: «Hva er formålet med plasseringen, hva er det vi skal jobbe opp mot» (KUS ansatt E). Samtidig kan det forekomme endringer med og rundt ungdommen som gjør at man må foreta en retningsendring i saken, og at målet for utflyttingen blir annerledes enn det man så for seg ved innflytting.

De ansatte ved KUS forteller at det kan oppstå uro og usikkerhet hos ungdommen når det nærmer seg utflytting. Dette ser de oftest i de sakene der ungdommen er under 18 år og skal flytte til enten familie eller fosterhjem. Hos ungdommene som er over 18 år og skal over i ettervern ser de ansatte mindre grad av usikkerhet knyttet til utflyttingen. De to ansatte ved IBS som deltar i gruppeintervjuet om utflytting, fremhever betydningen og viktigheten rundt det at ungdommene får beskjed om hvor de skal bo etter utflytting, men at dette ofte ikke skjer i praksis. De ansatte opplever at det blir uforutsigbart for ungdommene og at ungdommene

hele tiden blir gående i en tankeprosess i forhold til hvor de skal bo ettersom dette ofte kommer på plass i siste liten. Ansatte ved IBS forteller at de har mest erfaring med at ungdommene flytter på hybel, eller til foreldre. Det er færre ungdommer som flytter til fosterhjem etter institusjonsoppholdet. De ansatte ved begge institusjonene opplever at det er en mangel på fosterhjem, og at det blir vanskeligere å finne fosterhjem til ungdommer, jo eldre de er ved utflytting. Den ansatte ved KUS understreker hvor viktig det er at behovsprofilen til ungdommen hele tiden oppdateres. Det kan ha skjedd endringer hos ungdommen som bidrar til at hen ikke har de samme utfordringene som ved innflytning, noe som kan bidra til at flere ønsker å ta imot ungdommen ved utflytting. De ansatte forteller at det kan være sårt å være den ungdommen som ikke får fosterhjem og blir værende igjen på institusjonen.

Ansatte ved KUS forteller at det er veldig forskjellig fra kommune til kommune hva ungdommene tilbys av ettervernstiltak etter fylte 18 år. Når det gjelder plasseringer ved KUS som har vært et frivillige hjelpetiltak, opplever de ansatte at kommunene er for passive og gir uttrykk for at foreldrene skal overta i mest mulig grad. For å styrke relasjonene til familie og nettverk før utflytting gjennomfører KUS *nettverkskartlegging* og anbefaler *familieråd*. De ansatte leter etter ressurser i ungdommens familie og nettverk som kan bidra til å gjøre overgangen til voksenlivet noe enklere. De ansatte ved begge institusjonene er opptatt av om de har klart å gjøre ungdommen robust nok til å klare å stå imot egne atferdsuttrykk, og om de har klart å etablere gode nok ferdigheter hos foreldrene til å kunne håndtere ungdommen.

De ansatte ved IBS og KUS opplever at det er flere utfordringer knyttet til utflyttingsprosessen, blant annet i forhold til behovet ungdommene har for kontinuitet i relasjonene til de ansatte, som blir brutt, nærmest samme dagen de skal flytte. De ansatte opplever dette som sårbart for ungdommene. De ansatte etterspør et system for å følge opp ungdommene i overgangssfasen når de flytter ut, samtidig som de påpeker at ungdommene ikke lenger er deres ansvar etter utflytting. Når ungdommen flytter ut overlates «stafettpinnen» til andre, for eksempel neste plasseringstiltak, eller kommunale tiltak. Unntaket er tilfeller der ungdommen flytter inn i ettervernstiltak nær institusjonen, da hender det at enkelte institusjonsansatte ved KUS ansettes av kommunen som oppfølgingsperson for ungdommen.

De ansatte ved IBS ønsker å kunne følge opp ungdommene etter utflytting, men er samtidig delte i hvordan dette bør gjøres. De forteller at det har vært drøftinger om

hvorvidt de har lov til å følge opp ungdommene etter utflytting eller ikke. De ansatte framhever at de ikke ønsker at det blir forskjellsbehandling i hvem av ungdommene som blir fulgt opp, og hvordan oppfølgingen foregår. I tillegg er de ansatte opptatt av hvilken type relasjon de kan ha til ungdommene som har flyttet ut, hvor nære den relasjonen bør være for å sikre skillet mellom det profesjonelle og det private. De ansatte ved KUS ønsker seg også et system for å følge opp ungdommene etter utflytting, og de løfter også frem ønsket om å kunne få en rutine med tilbakemelding fra kommune om hvordan det går med ungdommen etter utflytting, gjerne etter tre og seks måneder. Dersom de hadde fått vite hvordan det går med ungdommene, kunne det ha gitt institusjonen et grunnlag til å vurdere og evaluere sitt arbeid og bidratt til økt kunnskap om hensiktsmessig håndtering av fremtidige ungdommer som blir plassert ved institusjonen.

Ledelsen ved IBS er tydelige på at institusjonen ikke er et hjem, men et sted man bor i påvente av noe annet. Noen av ungdommene definerer institusjonene som hjem, men dette gjør ikke de ansatte ved IBS. De ansatte ved IBS kaller aldri institusjonen for hjem, men benytter begrepet «avdelingen» eller Øverby (stedsnavn). Denne språksettingen er ansattgruppa seg svært bevisst, og ledelsen begrunner dette valget med at ungdommene vet hvorfor de bor på institusjon, og at avdelingen er et sted ungdommene skal oppleve seg trygge og jobbe med det de trenger å jobbe med.

5.7.1.16 Utfordrende atferd og tvang

Ved KUS og IBS må alle nyansatte gjennom opplæring i Trygghet og sikkerhet, og det gjennomføres ukentlige treninger knyttet til dette. De ansatte ved begge institusjonene forteller at det er lite fysisk utfordrende atferd og utageringer, og lite rømminger. Som eksempel forteller de ansatte ved IBS at det ikke har vært politi på institusjonen i løpet av de siste tre årene, men at de har hatt ambulanse der noen ganger. Dette mener de ansatte kan ha sammenheng med at ansatte som trives og føler seg trygge på jobb skaper et trygt miljø også i ungdomsmiljøet. Ved KUS opplever de ansatte at OEM-metodikken fører til at ungdommene etter hvert forstår mer av seg selv og hvorfor de gjør som de gjør, og at dette er en mulig årsak til at det oppstår færre uønskede situasjoner. De ansatte ved KUS anslår at det skrives omtrent 15-20 tvangsprotokoller årlig ved institusjonen.

De ansatte ved IBS skiller mellom utfordrende og utagerende atferd, der de framhever at utfordrende atferd ikke nødvendigvis er aggresjon. De ansatte forteller om et fokus på trygghet, sikkerhet, nedtrappende samhandling, og grønne- og

røde strategier. Ifølge de ansatte handler røde strategier om moralisering, at man er autoritær, mens grønne strategier handler om «å vise interesse, senke tempo, være lyttende, kanskje finne en løsning som ligger midt imellom». De ansatte forteller at ulike situasjoner krever ulike former for håndtering. De ansatte ved begge institusjonene forteller at de gjør mange tiltak for å forebygge tvang, blant annet at de ringer andre avdelinger, tar med andre ungdommer ut, informerer ungdommen i forkant om at det skal være en vanskelig samtale og at de oppfordrer ungdommen til å gå en tur. De ansatte forteller at de blant annet benytter handlingshjulet og etisk refleksjon i vurderinger knyttet til bruk av tvang og at det er en vurdering i hver enkelt situasjon. Handlingshjulet er en modell som benyttes i opplæringen i Trygghet og sikkerhet for å kunne ta gode vurderinger i forhold til rettighetsforskriftene.

De ansatte ved IBS og KUS forteller at bruk av tvang er det aller siste tiltaket man benytter, og at dette kun benyttes i situasjoner der det er fare for liv og helse. De ansatte beskriver tvang som noe som blir gjort mot ungdommens vilje. Beslutning om bruk av tvang mot beboere i barnevernsinstitusjoner er enkeltvedtak som skal protokollføres. Det legges vekt på kommunikasjon, at ungdommene får medvirke til å løse situasjonen og at man lytter til ungdommens side av saken. De ansatte fremhever relasjonens betydning i forebyggingen av tvangsbruk. De ansatte forteller at det også gjøres risikovurderinger ved oppstart av hvert vaktskifte der forebyggende tiltak planlegges.

I situasjoner som eskalerer forteller de ansatte ved begge institusjonene at det foreligger rutiner for å følge opp alle som har vært til stede i situasjonen, og at de er opptatt av å følge opp de andre ungdommene som kan ha blitt retraumatisert i forbindelse med uønskede hendelser. Hvis de har muligheten til det prøver de å fjerne de andre ungdommene slik at de ikke blir vitner til det som foregår. Også ansatte blir fulgt opp med tilbud om å snakke med ledelsen i ettertid.

5.7.1.17 Hovedfunn fra intervjuer med ansatte og ledelse ved KUS og IBS

Både gruppeintervjuene med ansatte og ledelsesintervjuene ved KUS og IBS har bidratt til å gi oss informasjon om hvordan det fungerer på sammenlikningsinstitusjonene og hvordan de ansatte opplever det å jobbe etter OEM som fagmodell. Ansatte gir uttrykk for at OEM er krevende å sette seg inn i, men at det er en fagmodell som fungerer for de fleste ungdommer. Nedenfor følger noen hovedpunkter fra intervjumaterialet med ansatte og ledelse ved KUS og IBS:

- Ansatte ved KUS opplever høy grad av turnover og beskriver dette som utfordrende. OEM er en modell det er krevende å sette seg inn i, og de har opplevd at nyansatte som får full opplæring i modellen slutter før prøveperioden er over. I tillegg er KUS utsatt for konkurranse om ansatte fra barnevernstinstitusjoner i nærheten som tilbyr langturnuser. Bemanningen ved IBS har vært stabil etter implementeringen av OEM i 2017. Våren 2022 så man en økning i turnover, men denne ble ikke vurdert som alarmerende høy.
- Både IBS og KUS har egne samarbeidsavtaler med BUP. IBS opplever at BUP viser større forståelse for ungdommene nå enn tidligere, og dette knyttes spesielt til implementeringen av OEM og det metodiske arbeidet som følger av modellen.
- Ledelsen ved IBS mener OEM passer for alle ungdommer fordi modellen er prinsippstyrt og kan tilpasses hver enkelt ungdom. De ansatte ved KUS opplever utfordringer med OEM-arbeidet når det plasseres ungdommer som ikke ønsker å være ved KUS, og at det er utfordrende å få denne gruppen ungdommer motivert til å delta i opplegget rundt OEM. KUS og IBS gjennomfører ferdighetsgrupper der foreldre og ungdom deltar, og det har også vært gjennomført ferdighetsgrupper kun for foreldre. Ved KUS er det innført et belønningssystem for ungdommene basert på opptjening av tokens. Disse byttes inn i lommepenger i slutten av hver uke. Dette blir imidlertid ikke gjort ved IBS.
- Ved KUS og IBS er man opptatt av ungdommenes muligheter til medvirkning, og at ungdommen skal medvirke på alle områder i institusjonshverdagen og i sitt eget liv. Når det gjelder medvirkning innenfor OEM forteller de ansatte at ungdommenes medvirkning ligger til grunn for individuelle samtaler og hvordan ferdighetsgruppene tilpasses. Det er ikke lagt opp til medvirkning fra ungdommene når det gjelder institusjonenes grunnstruktur.
- Både KUS og IBS følger standardisert forløp og utflyttingsfasen starter tre måneder før ungdommens utflyttingsdato. Planer for utflytting startes allerede ved inntak, samtidig skjer det ofte endringer rundt ungdommen eller i ungdommens behov slik at utflyttingen blir annerledes enn det som var planlagt ved inntak.
- Det ligger ikke i KUS eller IBS sitt mandat å følge opp ungdommene etter utflytting, og ansatte har ikke mulighet til å videreføre relasjonen de har til ungdommene etter utflytting. De ansatte savner et system for oppfølging av ungdommene etter utflytting, og en tydeliggjøring av hvilken type relasjon ansatte skal ha til ungdommene etter utflytting. Ungdommene har behov for

kontinuitet i relasjonene til de ansatte også etter at de har flyttet ut, men slik det fungerer i dag blir relasjonen brutt nærmest på utflyttingsdagen.

- KUS og IBS opplever at det er mangel på fosterhjem, og at det er vanskeligere å finne fosterhjem jo eldre ungdommene blir. Det at noen av ungdommene ikke får fosterhjem kan oppleves sårt og vanskelig for de det gjelder.
- Ansatte ved KUS og IBS iverksetter ulike tiltak for å forebygge tvang, og tvang skal være siste løsning. Begge institusjonene har rutiner for å følge opp både ungdommer og ansatte i etterkant av situasjoner der det har blitt brukt tvang. Ansatte ved KUS og IBS forteller at det er lite fysisk utfordrende atferd og utageringer hos ungdommene ved institusjonene. De ansatte ved KUS knytter dette til at det jobbes annerledes ved KUS enn ved andre barnevernsinstitusjoner, for eksempel gjennom et systematisert belønningssystem. De ansatte ved IBS knytter dette til et godt og trygt arbeidsmiljø i avdelingen.

5.7.2 Ungdommenes erfaringer fra sammenlikningsinstitusjonene

Dette delkapitlet tar for seg ungdommenes erfaringer med å bo på Kvæfjord ungdomssenter (KUS) og Innlandet barnevernsenter (IBS), og er basert på individuelle intervjuer med 10 ungdommer, i tillegg til seks gruppeintervjuer (tre på IBS og tre på KUS). Det finnes mer informasjon om intervjuene i metodekapitlet. Ungdommene har bodd på institusjonene fra rundt tre måneder til to år på intervjutidspunktet. I kapitlet presenteres funn fra analyser av intervjuene med ungdommene. Teksten reflekterer hva ungdommene samlet sett har fortalt om i intervjuene, og dette underbygges med sitater fra ungdommene. Sitatene i kapitlet kommer fra ulike ungdommer som er intervjuet. Disse er kodet med bokstaver, f.eks. «IBS Ungdom A» eller «KUS Ungdom I». Sitatene fra gruppeintervjuene er ikke kodet, det vil si at direkte sitater i teksten uten kode/bokstav kommer fra disse intervjuene. Av hensyn til anonymitet viser vi ikke til alder, botid og andre opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner.

5.7.2.1 Bakgrunn og inntak

Ungdommene har ulik historie når det gjelder tidligere kontakt med barnevernet og plasseringer i institusjon og fosterhjem. Flere av ungdommene har bodd i en eller flere barnevernsinstitusjoner og/eller fosterhjem, før de flyttet til KUS eller IBS. Noen få av ungdommene, hovedsakelig ved IBS, forteller at de kom flyttende fra familiehjemmet. Et par ungdommer ved både IBS og ved KUS opplevde å måtte flytte til barnevernsinstitusjonene ganske brått. Ungdommene forteller ellers lite

om hvorfor de flyttet inn på barnevernsinstitusjonen, men noen av ungdommene forteller om utfordringer i hjemmet og om psykiske vansker. En ungdom forteller at KUS var høyest opp på listen av institusjoner den ville til, dette fremgår i en oversikt som ungdommen selv var med å lage. De fleste andre ungdommene forteller at de hadde mindre innvirkning på hvilken barnevernsinstitusjon de skulle flytte til, og en sier at «jeg fikk bare informasjon om at her skal du bo» (IBS Ungdom B). Noen av ungdommene forteller også om plasseringer som har blitt lengre enn de ble forespeilet.

Det er blandede erfaringer rundt hvilken informasjon ungdommene fikk i forkant av innflytting. Flere husker ikke helt hva de ble informert om før de flyttet inn, fordi det var flere måneder siden, mens noen forteller at de husker å ha fått informasjon på forhånd og at de fikk mulighet til å komme på besøk eller se video av institusjonen. Det virker å ha vært en positiv opplevelse for de ungdommene som fikk komme på besøk til institusjonen før de skulle flytte dit. Det er særlig ungdommene ved KUS som forteller om god informasjon før innflytting. En ungdom ved KUS sier likevel at det burde vært gitt mer informasjon om ferdighetstreningen på forhånd.

5.7.2.2 Hverdag, skole og fritid

De fleste ungdommene ved KUS og IBS går på skole, og de går på ulike skoler i de to områdene der institusjonene ligger. Flere går på videregående skole. Noen få presiserer at de har et vanlig skoleløp, mens andre forteller om mer tilrettelagt skolegang. Det er også noen som sliter med fravær, både i forhold til å komme seg på skolen og å være der hele skoledagen. Av tilrettelegginger for å få gjennomført skoleløpet, har en ungdom fått mulighet til å ta igjen fraværstimer på ettermiddagstid. Ungdommene ved KUS forteller også om tilrettelegging og planlegging fremover rundt bosituasjonen, slik at de får fullført skoleåret eller skolegangen før de flytter til neste bosted. På spørsmål om hvordan skoleopplegget til ungdommene ved IBS organiseres forteller ungdommene at en ansatt i administrasjonen er ansvarlig for alt som har med skole å gjøre. De få som ikke går på skole på tidspunktet de ble intervjuet, har skoleplass, men har av ulike årsaker ikke gått på skole en periode. Det er lite som skjer for disse ungdommene på dagtid, og en av ungdommene synes at de burde få lov til å finne på ting og få luftet seg, også når de har det vanskelig og ikke er på skolen.

Utenom å gå på skolen deltar ungdommene på fritidsaktiviteter, i aktiviteter de kan få belønning for (som romvask), jobber eller er med venner og kjærester. Ungdommene

bestemmer selv hva de skal være med på, men som en ungdom ved IBS sier, kan de ikke gjøre alt – «for noen må betale for det». En ungdom ved KUS trekker frem at det var penger til å dra på sommerferie-tur tidligere, men at det ikke har vært økonomi til det i det foregående året, og sier at det er trist for de ungdommene som ikke har familie å reise på ferie med. Ellers forteller ungdommene om få begrensinger når det kommer til fritidsaktiviteter. Mens noen har flere organiserte aktiviteter i uken, har andre færre, eller ingen av de mer organiserte aktivitetene. Noen av ungdommene forteller også at de har jobb, eller har tenkt på å få seg jobb. En ungdom uttrykker i et gruppeintervju at det kunne vært ønskelig med mer støtte fra IBS: «Nettverk er viktig for å få sommerjobb, for å få praksisplass – i starten var det ingen på institusjon som kunne hjelpe med slike nettverk-ting». Andre forteller om ansatte som hjelper med jobbsøknader og som de kan diskutere jobbmuligheter med. Fritid og jobb virker å være områder der ungdommene ved institusjonene opplever å få støtte fra de ansatte.

5.7.2.3 Familie og nettverk

Noen forteller om gode relasjoner og mye kontakt med sin familie, mens andre ikke har det eller ikke ønsker å ha kontakt med familien sin. Et par av ungdommene ved IBS forteller at de har fått et bedre forhold til familien sin gjennom plasseringstiden. Når det gjelder samvær med familie, forteller også ungdommene ved IBS at de opplever at deres ønsker blir ivaretatt, og at de diskuterer familie-samvær med hovedkontakten sin på avdelingen, og eventuelt barneverntjenesten. En ungdom ved IBS forteller i et gruppeintervju at det foreligger en samværsplan, men at ungdommen ikke trenger å følge den lenger, hen kan bestemme mer selv siden hen er blitt eldre.

Ungdommene forteller at de kan ha besøk på IBS og bestemmer stort sett dette selv, så lenge besøkene avtales med de ansatte før de gjennomføres. I et gruppeintervju om medvirkning forteller ungdommene at det finnes noen grenser, for eksempel er det ikke «populært» blant de ansatte at de tar med seg venner som ruser seg. Ved KUS forteller ungdommene at de kan ha besøk i besøkstiden, og ha overnattingsbesøk av familie og venner. Et par av ungdommene forteller at det kan gjøres større unntak fra reglene rundt besøkstid om det er familie som kommer på besøk enn om det er venner. Ungdommene forteller også at begrensinger, som følge av at ungdommene har brutt reglene til KUS, kan påvirke mulighetene for å være med på sosiale aktiviteter. For eksempel fotfølge, at man blir fulgt av en ansatt, eller ikke får dra inn til byen. Ungdommene ved IBS opplever at de har noe ulike regler ved besøk, at det én ungdom får lov til, får kanskje ikke en annen ungdom lov til. Dette kan handle om alder og hvilken situasjon ungdommene er i, og om de ansatte stoler på ungdommen.

5.7.2.4 Kommunal barnevern og helse – kontakt med andre etater

Ungdommene ved KUS forteller i gruppeintervju om sjelden kontakt med den kommunale saksbehandleren, og at de kunne ønske seg saksbehandlere som var mer aktive i kontakten med dem. Ukentlig telefonkontakt og et fysisk møte i måneden, blir foreslått som passende mengde av kontakt. Ved IBS snakkes det lite om det kommunale barnevernet, en ungdom forteller at hen snakker med saksbehandleren av og til.

Noen av ungdommene har hatt behandlingstilbud ved BUP, mens andre forteller at de ikke har behov for psykisk helsehjelp. Det fortelles i et gruppeintervju ved KUS at det er ens eget team som ungdommene forholder seg til når det kommer til helsehjelp, eksempelvis kan dette handle om tilgang til hjelp hos BUP og tannlege. En av ungdommene opplever at det tar tid å få på plass psykisk helsehjelp, det tok et halvt år å få på plass psykolog etter at den forrige sluttet. Tre ungdommer forteller i gruppeintervju om forskjellige opplevelser knyttet til tannlegeoppfølging. En av dem fikk oppfølging med en gang hen flyttet inn og de to andre har ikke hatt eller fikk ikke time på flere måneder. Ellers forteller de om at de har legeoppfølging og fastlege i området de bor i. En annen ungdom opplever at det tar lang tid å få kontakt med PPT.

Det blir trukket frem i et gruppeintervju i 2022, der også en ansatt var til stede, at det har vært tilknyttet psykologer til IBS tidligere som har kommet dit ukentlig på besøk, men at det ikke har blitt videreført etter Covid-pandemien. I forbindelse med dette forteller ungdommene om hva de tenker om å skulle ha en psykolog på institusjonen. Noen av ungdommene synes det kunne vært en god idé å ha psykolog på institusjonen, slik at de kunne hatt samtaler der, siden det tar lang tid å få plass for behandling hos BUP. En ungdom sier at hen noen ganger ønsker å snakke med noen som hen har litt avstand til, i tillegg til de som hen kjenner godt og som er nærere. Noen ungdommer forteller også at de opplever å få lite hjelp på institusjonen når det gjelder å snakke om psykisk helse, og at ikke alle ansatte er like lett tilgjengelige for samtale dersom ungdommene for eksempel er lei seg.

5.7.2.5 Ungdommenes opplevelse av å bo på barnevernsinstitusjonene

Ungdommene har ulike erfaringer med å bo på institusjonene. Noen sier at institusjonen de bor på er et bra sted å være, med greie ansatte, og at det å bo der føles trygt og som et hjem. Andre sier at de ikke liker seg der og føler at de ikke blir hørt på. Det er en del av ungdommene som opplever begge deler på samme tid, at selv om de ikke ønsker å bo på IBS eller KUS, er det likevel en grei plass å være. En

ungdom beskriver ambivalensen godt med at KUS er et bra sted å bo og kan føles som hjemme når man ikke kan bo hos foreldrene sine, men at det ikke er bra å bo på institusjoner for lenge, man blir «lei alt sammen». Ungdommene beskriver også KUS og IBS som trygge steder å være. Et par ungdommer ved KUS forteller at de opplever det som et hjem, og en sier til og med at det til tider føles mer hjemme enn hen noen gang har følt før: «De får deg til å innse at det er greit å ha mye i kofferten, men vi vil ta vare på deg uansett. Du er ikke for mye for oss liksom» (KUS Ungdom A).

Ungdommene ved IBS og KUS sier stort sett at det er greit å bo med de andre beboerne, og at de er venner og nok vil holde kontakten også etter at de flytter. Samtidig opplever noen få av ungdommene å ha dårligere kontakt med de andre ungdommene. Noen passer bedre sammen enn andre, og en ungdom forteller: «Men vi deler ikke så mye interesser, vi har ikke så mye til felles. Det eneste vi har til felles er at vi bor på denne plassen her. Men, vi gjør så godt vi kan» (IBS ungdom D). En annen av ungdommene ved IBS uttrykker at de må gå overens med hverandre, men at ungdommen selv ikke ønsker å bli gode venner med noen som uansett kommer til å flytte. Andre opplever det som utfordrende å bo tett på ungdommer som sliter mer enn seg selv.

For de som forteller om mer negative opplevelser av institusjonene, virker disse opplevelsene å være tett knyttet til personalet og uforutsigbarhet rundt hvilke ansatte som er på jobb og hvilke regler som gjelder. Noe som virker å gjøre det mer utrygt for ungdommene. Hverdagen er preget av at det er mange ansatte rundt dem, og særlig ved KUS forteller ungdommene at de ansatte tolker og praktiserer reglene ulikt. Noen opplever det som stressende eller irriterende at reglene praktiseres ulikt. Det kommer frem i intervjuene med KUS-ungdommene at de opplever en endring, fra at ansattgruppa hadde en felles forståelse i forhold til reglene til at de ansatte praktiserer reglene noe mer ulikt. Ungdommene som forteller om dette, tenker det henger sammen med at det har vært mye utskiftinger av ansatte. Dette kan man se for seg handler om flere ting, som at det tar tid for nyansatte å bli kjent både med OEM-modellen, ungdommene og institusjonen, og at de ikke har rukket å skape en relasjon med ungdommene, som gjør at ungdommene ikke kjenner de nyansatte godt nok til å føle seg trygge på dem. Det krever også en innsats av ungdommene når det kommer nye ansatte, og som en ungdom sier: «Men det er slitsomt, for jeg må lære meg å kjenne de også» (KUS Ungdom A). Det kan oppstå sårbare situasjoner, der ungdommene opplever endringer i hverdagen samtidig som det er færre kjente ansatte rundt dem.

Uforutsigbarhet i forhold til hvem som er på jobb, hvem av de ansatte som er sykemeldte og annet som gir endringer i hverdagen, bidrar til å skape økt usikkerhet for ungdommene. Samtidig opplever ungdommene ved både KUS og IBS at de har noen ansatte som de har en god relasjon til, noen som gir dem trygghet. Det kan også være nyansatte som kan vise seg å passe godt sammen med ungdommene. Disse personene er viktige for opplevelsen av hvordan det er å bo på barnevernsinstitusjonene.

5.7.2.6 Medvirkning

Et av temaene det var fokus på i intervjuene med ungdommene, var medvirkning. I gruppeintervjuene som hadde dette som tema, ble de spurt om hva medvirkning og selvbestemmelse betyr, og om hvilke situasjoner de opplever å få delta i, å ta avgjørelser i eller ikke får bestemme i. En ungdom ved KUS definerer i et gruppeintervju om medvirkning hva hen tenker medvirkning betyr: «Det er vel det at man skal kunne medvirke det som angår seg selv på en måte. Eller ikke nødvendigvis seg selv, men være med å bestemme innen noen større ting som skal bestemmes» (KUS Ungdom, 2022). I gruppeintervjuet fra KUS kommer det frem at ungdommene ikke opplever mulighet til å medvirke på den måten ungdommen definerte «medvirkning» i sitatet over. Dette er også noe som går igjen i individuelle intervju, der ungdommene forteller at de har lite å si i forhold til hva som skjer på KUS - slik som reglene, som de snakker mye om. Ungdommene ved IBS forklarer medvirkning som å ha påvirkning, og selvbestemmelse som å kunne bestemme selv.

Ungdommene ved IBS og KUS skiller seg i måten de beskriver mulighetene for å bli lyttet til og å delta i avgjørelser. Ved IBS fremstår det som mer forståelig for ungdommene i forhold til når de får delta i avgjørelser eller ikke. Der blir alder og modenhet, og om de følger reglene, trukket frem som grunner for at de får eller ikke får være med å bestemme ulike saker. Dette i motsetning til KUS der ungdommene opplever at forskjellene mellom hva de får være med å bestemme er mer uforklarlige, og at de nyinnflyttede ungdommene har mer tøyelige regler og får bestemme mer enn de som har bodd der lengre, noe som ikke virker like lett å akseptere.

Ved IBS forteller de om ulike områder de har medvirkning i, som hva de skal ha til mat, når de skal stå opp og hvilken skole eller linje på videregående skole de skal gå på. Det som er bestemt av institusjonen, som ungdommene trekker frem, er innetid og pengesummen for aktiviteter i helg. Ungdommene mener det burde være muligheter for mer fleksibilitet i innetiden, for eksempel i forbindelse med arrangementer som varer utover kvelden. Det må snakkes om og planlegges på

forhånd om de skal være ute lengre enn den fastsatte innetiden. Ungdommene beskriver at hva de får lov til å gjøre på IBS avhenger av hvordan de oppfører seg, og om de ansatte har tillit til ungdommen. Ungdommene forteller at dersom man oppfører seg bra og er til å stole på, får man lov til «det meste». Tilliten bygges over tid ved at ungdommene holder avtaler og kommer hjem til riktig tid. De som gjør dette, får litt mer «tøyelige rammer». Ifølge ungdommene kan de også forklare til ansatte hvorfor de ønsker å gjøre noe, og om de har en god grunn kan de få lov til å gjøre det de ber om.

Ungdommer ved KUS forteller både om at de kan lage avtaler med ansatte og bli enige om hvordan det skal være i hverdagen, for eksempel om de skal vekkes tidligere eller senere en dag. De forteller at de i liten grad er med på å bestemme til vanlig, for eksempel trekkes det frem samvær eller hva man har til mat. De får gi innspill til middagsønsker på en liste som er tilgjengelig på kjøkkenet, men opplever at disse i liten grad blir fulgt. Noen få av ungdommene ved KUS beskriver en opplevelse av at det ikke er vits i å si ifra om ting, for eksempel om man er uenig i reglene, fordi det ikke vil utgjøre noen forskjell.

5.7.2.7 OEM og ferdighetstrening

Ungdommene beskriver at det er fokus på at de bør delta i samtaler og ferdighetstrening når de bor på KUS og IBS. Beskrivelsen ungdommene har av ferdighetstreningen er både positiv og negativ. Noen av ungdommene forteller at de ikke vil delta i ferdighetstreningen, i ferdighetsgrupper og samtaler. Ungdommene forteller kort om dagbokkort, at det er noe som har blitt brukt både på IBS og KUS. En ungdom ved KUS sier at når en ansatt viser noe den kan øve på gjennom disse kortene, så er ikke det noe ungdommen vil eller orker. En av ungdommene ved IBS forteller at det varierer fra ungdom til ungdom om man bruker dagbokkort.

Ungdommene som er med på ferdighetsgrupper forteller i stor grad om at de deltar på grunn av belønning, særlig for å få penger. Noen forteller om andre typer belønning, som å få lov til å flytte på hybel. De fleste beskriver altså ikke at de deltar i ferdighetsgruppene fordi de ønsker å lære ferdigheter. En ungdom ved KUS sier i gruppeintervju om medvirkning:

Ferdighetsgruppe er veldig, noen ganger er det bra liksom. Jeg har lært mye av det, som er brukbart. Det er bare for masse press for å dra på det. Og at man skal huske absolutt alt. (KUS Ungdom 2022)

Sitatet reflekterer det de to andre i gruppa også forteller, at det er mye press om å delta og å huske mye, men også at de lærer ferdigheter som de kan bruke i hverdagen. Det er altså ungdommer som forteller om at de har nytte av ferdighetstreningen, men som ikke er fornøyd med måten den er lagt opp i institusjonene. De opplever press om å delta, selv om de vet at det er frivillig. Enten fordi de vil ha penger, opplever å få mer tillit fra ansatte om de følger forventningene om å delta, eller er redd for begrensninger, «straff» som noen kaller det, om de ikke deltar. En ungdom sier i gruppeintervju ved KUS at: «Og da blir du igjen tvunget til å snakke om problemene dine», fordi de opplever begrensinger på for eksempel å få kjøpe ting i KUS-butikken om de ikke deltar.

Noen av ungdommene forteller at de ikke opplever nytte av ferdighetsgruppene og at de ikke bruker ferdighetene de har lært i hverdagen. En av ungdommene som deltok i ferdighetstreningen tidligere, sier at hen prøvde, men at det ikke funket for hen. Samtidig som ungdommene stort sett er negative til deltakelse i ferdighetsgruppene, forteller et par av ungdommene både ved KUS og IBS at de *har* lært noen ferdigheter og at det har vært bra. De har opplevd å bruke ferdighetene i situasjoner som har dukket opp. En av ungdommene ved IBS forteller om hvordan hen kobler følelses- og fornuftstilstanden, bruker både følelser og hodet, for å håndtere utfordrende situasjoner. En annen ungdom ved KUS sier i et gruppeintervju at hen bruker ferdighetene hen har lært hver dag, men de tre ungdommene i gruppa stiller spørsmålsteget ved hvorfor man må lære seg «alle» ferdighetene. En forutsetning for at ferdighetsgruppene skal fungere, som kommer frem i et gruppeintervju ved KUS, er at man føler seg trygg i gruppa. Det kan være vanskelige tema man tar opp, og ungdommene ved KUS har nemlig erfaring med at andre kan kommentere eller klage på det man har fortalt, som de opplever negativt.

Ungdommene løfter frem at det er viktig at de selv er delaktige i prosessen når de skal jobbe med seg selv. Dette blir blant annet snakket om i forbindelse med om man havner på sikkerhetsplan. En ungdom forteller at ansatte har satt opp fokusatferd for ungdommen som hen ikke var med på å bestemme, og som hen er uenig i selv, og hen sier i gruppeintervjuet om medvirkning:

Hvis jeg [bestemte for] deg hva du skal endre med deg selv, så kommer ikke det til å funke, du må selv bestemme hva du skal endre med deg selv. Hvis ikke funker det ikke. (KUS Ungdom 2022)

En annen ungdom som også mener at ungdommene selv bør være delaktige i saker om dem selv og i selvutviklingen, poengterer at det er viktig at ansatte «pusher» dem av og til også. Andre ungdommer ved IBS og KUS forteller at de opplever det som greit at det er de ansatte som bestemmer hvilke ferdigheter man skal lære og hvordan man gjennomfører mindfulness-øvelser. -

Noen av ungdommene beskriver endringer med seg selv etter at de har bodd en stund på institusjonene, det kommer frem i intervjuer som er gjort med ungdommer som har bodd en stund på KUS og IBS. En av ungdommene ved KUS beskriver at hen er mindre sint og mindre i forsvarsmodus, og opplever å ha fått flere venner. En annen ved KUS beskriver å ikke ha hatt konflikt med ansatte og å ha det bedre med seg selv, og å ha oppnådd masse siden sist. En ungdom ved IBS forteller at hen håndterer situasjoner annerledes, og i større grad klarer å trekke seg unna for eksempel opphetede situasjoner. Andre av ungdommene ønsker ikke å snakke om sin egen utvikling i intervjuene.

5.7.2.8 Belønningssystem ved KUS

I både de individuelle intervjuene og i gruppeintervjuene snakker ungdommene ved KUS om hvordan de opplever at belønningssystemet fungerer, med både «belønning» og «straff» (eller begrensninger). Ungdommene forteller om et belønningssystem der man får «tokens» (penger for å kunne kjøpe artikler i «KUS-butikken») om man bruker ferdigheter, deltar i aktiviteter eller om man gjennomfører ulike oppgaver, som vasking. Dette oppleves positivt og er et godt insentiv for å gjøre oppgavene og aktiviteter. Samtidig fortelles det at belønning ikke har blitt fulgt opp konsekvent, at man får mer når man er ny eller at det noen ganger glemmes av ansatte. Ungdommene forteller også i gruppeintervjuet at det har blitt mer «straff» og mindre belønninger den tiden de har bodd på institusjonen. De forteller at de synes det er lav terskel for å få begrensninger, om de for eksempel ikke vil ha en samtale med ansatte eller at de kommer noen minutter for sent til innetiden. Begrensningene som ansatte sier ungdommene kan få kan være fotfølge av ansatte, bli fratatt telefon eller å miste internett en kortere periode.

5.7.2.9 Utflytting

Ungdommene er i ulike stadier i prosessen med å planlegge utflytting. Mens noen ikke har startet planleggingen enda, men ser for seg alternativer som å flytte hjem eller i fosterhjem, er det flere som forteller at de har begynt å planlegge hvor de skal flytte til. Ved IBS forteller tre av ungdommene at det er lagt planer for utflytting

for dem, disse innebærer å flytte på egen hybel eller hjem til familie. De som skal flytte hjem til familie forteller at dette er planlagt i noe tid før utflytting. En av ungdommene forteller at det i tiden før utflytting har vært samarbeid med hjemmet for å planlegge overgangen. Ungdommen som skal flytte på egen hybel skal først flytte inn i en treningshybel, for å øve seg på å bo alene og klare seg selv i hverdagen. Denne ungdommen har takket ja til ettervern. De andre ungdommene forteller ikke noe om planer for utflytting eller om de har fått tilbud om ettervern. En ungdom forteller at barnevernstjenesten har sagt at hen ikke skal flytte hjem igjen, og at de ikke vet ikke hvor lenge hen skal bo ved IBS.

Ved KUS forteller også ungdommene om hvor de skal flytte og hvor de er i utflyttingsprosessen. De som nærmer seg 18 år planlegger å flytte ut til leiligheter, og et par av dem skal flytte hjem til familie. Noen ungdommer forteller at de må se om de får en fosterfamilie, men om de ikke får det når de nærmer seg 18 år, vil det planlegges for utflytting til egen leilighet. De har alle planer om videre skolegang eller tenker seg å søke jobb. Noen forteller at de har fått tilbud eller takket ja til ettervern. Det er to leiligheter ved KUS som brukes til botrening for ungdommene som skal flytte ut alene. De bytter på å være i leiligheten, og en ungdom forteller at de har 1-2 uker der hver. Der skal de ordne seg selv, med støtte fra KUS.

Ved KUS forteller ungdommer om usikkerhet knyttet til det å flytte ut til egne leiligheter, de har både uttrykt at de gleder og gruer seg til å flytte. De gleder seg til å bo alene og ikke i en institusjon, samtidig som de gruer seg for hvordan de skal håndtere den nye hverdagen. Det er mye de ikke har lært og som de lurar på. Blant annet handler usikkerheten om hva slags oppfølging de vil få, men også om de har de praktiske ferdighetene som kreves for å bo alene, som å ordne leiekontrakter, strømavtaler og budsjett. En ungdom sier i et gruppeintervju om utflytting at: «Jeg vil ha opplæring i det, for jeg vil kunne betale mine egne regninger uten å bli blakk» (KUS Ungdom gruppeintervju). Den andre ungdommen i gruppa forteller at hen også har blitt rådet til å ikke «dra til NAV», men at hen heller ikke vet hvilke typer støtte hen kan ha krav på. Det er flere usikkerhetsmomenter for ungdommene. En ungdom sier: «barnevernet mitt har sagt sånn «Å [ungdom], hvis det er noe du lurar på når det gjelder det og det og det, så si ifra» men jeg vet ikke hva jeg skal lure på» (KUS Ungdom A). De vil fortsatt trenge å ha noen å spørre når nye spørsmål melder seg.

5.7.2.10 Hovedfunn fra intervjuer med ungdommene ved KUS og IBS

Møtene og intervjuene med ungdommene har gitt oss dypere innsikt i hvordan de opplever å bo på KUS og IBS. Ungdommene gir i hovedsak uttrykk for at de opplever trygghet og at de har ansatte rundt seg som de har gode relasjoner til, men også om uforutsigbarhet knyttet til utskifting av ansatte og uklare regler. De har blandede erfaringer med ferdighetstreningen. Samtidig som de vet at det er frivillig å delta, opplever de press om å delta for å få belønning og slippe begrensninger.

- Ungdommene forteller om positive og negative opplevelser med KUS og IBS. Begge institusjonene beskrives hovedsakelig som trygge steder å være for ungdommene, og for noen av ungdommene ved KUS oppleves institusjonen som et hjem. Samtidig kan høy grad av turnover bidra til uforutsigbarhet og svakere relasjoner til ansatte. Ungdommer ved IBS forteller at det er utfordrende å bo med ungdommer de ikke kjenner og som de ser sliter.
- Det er ulike erfaringer med hvilken informasjon ungdommene fikk i forkant av innflytting ved IBS og KUS. Flere opplever å ha hatt lite innvirkning på hvor de skulle flytte. Det virker å være positivt med tilbud om besøk i forkant av innflytting og viktig med god informasjon om innholdet i institusjonene, slik som om ferdighetstreningen.
- Ungdommene har medvirkning i hverdagen sin gjennom å snakke med de ansatte, å komme med ønsker og lage avtaler. Samtidig fortelles det ved KUS om begrenset medvirkning, avtaler som ikke blir fulgt opp og en følelse av å ikke bli hørt på. Ved IBS opplever ungdommene at man blir hørt på i større grad om ansatte har tillit til dem. Dette har særlig sammenheng med ungdommenes alder og å vise at man følger reglene.
- Ungdommene ved både IBS og KUS forteller om uforutsigbarhet knyttet til personalet. De opplever mye utskiftninger med nyansatte, vikarer og sykmeldinger. Ungdommene møter flere ansatte i løpet av en dag. Ved KUS oppleves dette som særlig utfordrende siden ungdommene erfarer at ansatte praktiserer regler ulikt, noe som skaper usikkerhet i hverdagen deres.
- Ungdommene bestemmer selv om de er med på ferdighetstrening, men opplever press om delta i ferdighetsgrupper og samtaler. Flere av de som er med på ferdighetsgruppene, er kun med for få belønning eller for å unngå «straff» (begrensinger).
- Noen av ungdommene som har deltatt i ferdighetstreningen opplever den som positiv og forteller at de har lært ferdigheter som de bruker i hverdagen, mens noen få opplever den som unyttig. Særlig tre av ungdommene beskriver

positive endringer i perioden de har bodd på institusjonene, som at de har gjort bedre valg i situasjoner, sammenlignet med tidligere.

- Ved IBS kommer det frem at det er ulike syn på det å skulle ha psykolog på institusjonen. Et par ungdommer synes det er en god idé fordi det tar lang tid å komme inn til BUP. En synes det er fint å ha noen å snakke med som hen har mer avstand til.
- Flere av ungdommene har fortalt om planer for utflytting. Noen ungdommer har takket ja til ettervern og skal flytte ut til leilighet/hybel, og tre av ungdommene planlegger for å flytte hjem til familie. Der er treningsleiligheter ved institusjonene, for de som skal flytte på hybel. Flere av de eldre ungdommene ser frem til å flytte ut, men forteller også om usikkerhet i forhold til om de har ferdighetene de trenger for å bo alene, og noen er usikre på hvilken oppfølging de vil få etter utflytting.

5.8 Sammenfatning av funn fra Kvæfjord (KUS) og Innlandet (IBS)

Informantene ved de to barnevernsinstitusjonene IBS og KUS forteller om sine hverdager som ungdommer og som ansatte, og det kommer frem både likheter og ulikheter mellom de to institusjonene. Dette vil vi beskrive nærmere i denne oppsummeringen av sammenlikningsinstitusjonene, som diskuterer funnene på tvers av de to informantgruppene, ansatte og ungdommer. Begge institusjonene tar del i pilotprosjekter, som gjør at de har noen ulike særegenheter. IBS har siden 2018 deltatt i pilotprosjektet Innlandsmodellen, mens KUS er en del av regional pilotering der en tar imot ungdommer med bakgrunn i både omsorgs- og atferdsplasseringer (lav risiko).

5.8.1 Erfaringer med OEM

Ansatte ved IBS og KUS gjennomgår lik opplæring i OEM, som består av et fem dagers opplæringskurs og i tillegg et en-dags oppfriskningskurs i OEM, såkalte «Booster OEM», to ganger i året. Ved KUS er det Spisskompetansemiljøet (SKM) som gjennomfører Boostere, mens det ved IBS er en regional OEM-rådgiver som har ansvaret. Ansatte ved de to institusjonene deltar også i en fem dagers opplæring i Trygghet og sikkerhet der barns rettigheter i barnevernsinstitusjon er en del av opplæringen. I løpet av prosjektperioden har vi fått inntrykk av at de ansatte tidligere hadde et mer teknisk forhold til OEM enn det vi har opplevd mot slutten av prosjektperioden. Dette kan handle om at de ansatte har fått bedre oversikt over modellen, fått modellen mer “under huden” og føler seg mer trygge

på hvilke muligheter for justeringer som ligger i OEM. Ansatte og ledere fra begge institusjonene beskriver OEM som en modell som passer for alle ungdommer, og begrunner dette i at modellen er prinsippstyrt og kan tilrettelegges individuelt etter den enkelte ungdoms behov. Ved IBS tilpasses OEM etter ungdommens alder og modenhet, og for eksempel benyttes lek i høyere grad i møte med de yngste ungdommene. Ved KUS tilpasses også OEM etter ungdommens behov, for eksempel ungdom som ikke mestrer ferdighetstrening i grupper. Det kan virke som om institusjonene strekker seg langt for at ungdommene skal delta i ferdighetstrening, og tilbyr individuelle opplegg dersom ungdommene ikke mestrer å delta i grupper. Vi har ikke gått i dybden på hvilke endringer ansatte ser hos ungdommene knyttet til ferdighetstrening på kort og lang sikt, men tenker institusjonenes motivasjon for å tilrettelegge for individuell tilpasning kan handle om både institusjonens lojalitet og forpliktelse til modellen, men også om en faktisk erfaring om at ferdighetstreningen rent utviklingsmessig er hensiktsmessig for ungdommene.

Ungdommenes erfaringer med OEM bekrefter til en viss grad våre antakelser om at institusjonen erfarer ferdighetstreningene som nyttige for ungdommenes utvikling. Samtidig er det delte meninger blant ungdommene om graden av nytte ferdighetstreningene har. Fra KUS kommer det frem at ungdommene som deltar i ferdighetsgruppene stort sett opplever å ha nytte av ferdighetsgrupper, at de lærer seg ferdigheter. Både ved IBS og KUS er en del av ungdommene negative til ferdighetstreningen, og noen opplever at de ikke lærer noe eller at de egentlig ikke ønsker å delta. Noen av de som ikke egentlig ønsker å delta, forteller at de gjør det for å få penger eller andre belønninger. Når ungdommene velger å delta i ferdighetsgruppene fordi det er knyttet belønning til deltakelsen handler dette mer om institusjonens organisering enn om ungdommenes egenmotivasjon til å delta. Samtidig må en se det positive i det at ungdommene gjennomfører treningene, selv om motivasjonen er ytre motivert, fordi det ligger et stort læringspotensial i det. De kan lære seg ferdigheter som de kan få bruk for i fremtiden, blant annet i tilknytning til arbeidslivet.

For ungdommene ved begge institusjonene er belønning en viktig grunn for at de deltar i ferdighetsgrupper og samtaler med ansatte, men de forteller også at de føler press om å delta. Ungdommene vet at det er frivillig å delta, men opplever det ikke nødvendigvis slik i praksis. Ved KUS forteller ungdom om at de opplever å få begrensinger, eller at de blir fortalt at de kan få begrensinger, om de ikke deltar i aktiviteter eller bryter regler som innetid. Ungdom ved KUS er kritiske til at de får negative reaksjoner om de ikke deltar i samtaler og ferdighetsgrupper, og forteller

at de føler seg presset til å delta. Ved begge institusjonene er også det å få tillit av ansatte et aspekt av det presset at de opplever, at ungdommene må delta i aktivitetene på institusjonen for å få tillit og mulighet for å bestemme i andre saker. Det er viktig å rette oppmerksomhet mot hvordan ungdommene ved KUS særlig løfter paradokset som oppstår mellom belønning/ikke belønning og opplevd press og tvang. Slik vi har fått inntrykk av gjennom prosjektperioden er dette en institusjon der det miljøterapeutiske arbeidet i stor grad er preget av belønningssystem basert på tokens og penger og vi påpeker i denne sammenhengen at ungdommene ved denne institusjonen ønsker høyere grad av medvirkning når det gjelder institusjonens gjennomføring av ferdighetsgrupper og samtaletilbud.

5.8.2 Virkning

Ungdommene snakker litt om det har skjedd noen endringer eller om de har oppnådd noe siden sist de ble intervjuet. Noen ønsker ikke å snakke om det eller vet ikke, og noen få forteller om endringer med seg selv i positiv forstand, slik som at de har blitt mindre i konflikt med andre og mindre sint, og at de har brukt ferdigheter for å håndtere uønskede situasjoner på en god måte. Vi vet lite om dette er knyttet til ferdighetstrening eller andre forhold.

5.8.3 Tilgang til helsehjelp

Ved begge institusjonene dekkes ungdommenes helsehjelp av fastlege og lokal BUP poliklinikk. Ved KUS har man inngått en samarbeidsavtale om kvartalsvise møter med BUP på systemnivå. Dette har vært ønskelig fra KUS side fordi institusjonen opplever at BUP arbeider med ungdommen på sin måte, og KUS og BUP er ikke samkjørte. Det har vært utfordrende å få gjennomført de avtalte møtene på grunn av høyt tidspress hos BUP. IBS har valgt en noe annerledes samarbeidsform med BUP der samarbeidsavtalen innebærer to faste samarbeidsmøter per år. Ved BUP er det ansatt en person som har ansvar for oppfølging av barnevernsinstitusjonene i området, og IBS opplever at BUP viser større forståelse for ungdommene ved IBS nå enn tidligere. Denne knyttes til en større anerkjennelse fra BUP av IBS sitt metodiske arbeid etter implementeringen av OEM.

Noen ungdommer forteller at de har behandlingstilbud hos BUP, og andre har det ikke eller opplever at det ikke er et behov de har. Hos begge institusjonene forteller ungdom at det tar tid å få behandlingstilbud. Hos IBS diskuterer ungdommene om hva de tenker om å ha en psykolog «på huset». Noen er enige i at det ville vært en god idé, og gjøre at de raskere får tilgang på helsehjelp, mens det også blir

nevnt at det kan være fint å ha psykolog et annet sted. For ungdommene som er plassert i ordinære omsorgsinstitusjoner skal helsehjelp tilbys av kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenestene. Samtidig viser en nylig publisert rapport at for denne gruppa ungdommer opplever både kommunal barnevernstjeneste og barnevernsinstitusjoner at terskelen for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er høyere enn for andre grupper ungdommer (Ådnanes et al., 2024). Det kan hende at ungdommene som er plassert i omsorgsinstitusjonene har behov for løpende omsorgs- og utviklingsrettede støttesamtaler med institusjonsansatte. Det bør diskuteres om OEM med sin noe rigide samtalestruktur, rettet mot endringsarbeid, er en modell som favner ungdom i OEM-institusjoners behov for slike støttesamtaler. Det bør også bli sett i lys av ungdommers fortellinger om at de deltar i samtaler for å få belønning og å fremstå «lydige» opp mot ansatte og deres forventninger, og ikke fordi de selv ønsker å ha samtale.

5.8.4 Medvirkning

Ved begge institusjonene legger ansatte og ledelse sterk vekt på ungdommens medvirkning. Begge institusjonene fremhever ungdommens medvirkning som avgjørende for å skape motivasjon og forpliktelse hos ungdommen, og dette arbeidet starter allerede ved inntak. Under hele plasseringen jobber de ansatte med motivasjon gjennom medvirkning. Ved IBS påpeker man at medvirkning ikke er det samme som at ungdommen bestemmer, men at medvirkningen ligger i hvordan man løser ting sammen. Medvirkningsgraden øker med alder og modenhet, og når ungdommen viser samarbeidsvilje og vilje til å holde avtaler. Ved KUS er man også opptatt av at ungdommen skal medvirke på alle områder i institusjonshverdagen og i eget liv. Dette gjelder både i hverdagslivet og i gjennomføringen av OEM. Ved begge institusjonene er det slik at ungdommene ikke har medvirkningsmuligheter når det gjelder institusjonenes struktur.

Ungdommene har ulik erfaring med om de kan være med å gi innspill til det som bestemmes i hverdagen på institusjonen. De fleste hadde lite medvirkning i bestemmelser rundt hvor de skulle flytte og forteller at de ikke husker eller opplevde å få god nok informasjon på forhånd, før de flyttet inn i institusjonene. De som opplevde å få god informasjon, fikk komme på besøk og snakket med ansatte tilknyttet institusjonen. Som det blir omtalt i intervju med ansatte, er det viktig å gi kontinuerlig informasjon, og som ungdommer forteller er det mye de skal sette seg inn i av informasjon når de flytter, og det er vanskelig å få med seg alt. En kan stille spørsmålstegen ved om ungdommene mottar tilstrekkelig informasjon

om hva institusjonsplasseringen vil innebære for dem, men også om de har fått tilstrekkelig informasjon om beslutningsgrunnlaget for plasseringen. Lov om barnevern § 1-4 fastslår barns rett til medvirkning. Forskrift om barns medvirkning i barnevernet (2023) gir detaljert regelverk for barnevernets plikt til tilrettelegging for medvirkning, herunder plikt til å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon jf. § 4, og barnets rett til å medvirke gjennom hele sakens forløp (§ 3). Dette innebærer at det er nødvendig å gjennomgå det rettslige grunnlaget i OEM knyttet til barns medvirkning fordi det kan se ut til at OEM på grunnleggende områder ikke har inkorporert det rettslige grunnlaget i tilstrekkelig grad.

Ungdommene beskriver de to institusjonene som trygge steder å bo, men forteller også om usikkerhet i hverdagen knyttet til å måtte forholde seg til mange ansatte og utskiftninger i personalet, og om regler som kan være vanskelig å forstå eller oppfattes som strenge. Ved KUS forteller ungdommene mer om at det oppleves som hjemme og at de har gode relasjoner med noen ansatte. Ved IBS beskriver ungdommene gode relasjoner til ansatte, men snakker mindre om institusjonen som et «hjem». Ved begge institusjonene forteller ungdommene at de opplever mye utskiftninger i personalgruppa og mye bruk av vikarer, som stort sett oppleves negativt, at det er for mange nye å bli kjent med. I tillegg skaper også turnusen, med skifter av ansatte gjennom dagen og vikarer, uforutsigbarhet i hverdagen. I intervju med ledelsen ved IBS fortelles det at man konsekvent unngår å omtale institusjonen som hjem, og at personalet benytter «avdelingen» som betegnelse i stedet. Dette står i kontrast til departementets tydelige uttalelse i Prop 133 L: «Departementet understreker at institusjonen er barnets hjem i den perioden barnet oppholder seg på institusjonen» (Prop. 133 L (2020-2021), s. 314).

Ungdommene forteller om ulike opplevelser av medvirkning og hvilke rammer de har for hverdagene sine. Mens det ved IBS fortelles om en kobling mellom å gjøre seg fortjent til å bestemme gjennom å følge regler og være til å stole på, opplever ungdom på KUS at de i liten grad blir hørt og får mulighet til å medvirke. De har mulighet for å si ifra om sine ønsker, men noen opplever at det ikke er vits i å ytre dem siden de sjelden ser ut til å bli hensyntatt. De kan også lage avtaler med ansatte, slik som når de vil vekkes, men noen har erfaring med at disse ikke blir fulgt opp, og at dette i en del tilfeller kan forklares med at den ansatte på forrige vakt ikke har informert videre om avtalen. Disse ungdommenes opplevelser står i kontrast til barnevernlovgivningens krav til at barn skal medvirke gjennom hele barnevernssakens forløp.

5.8.5 Samarbeid med andre etater og med nettverk

De fleste ungdommene vi har intervjuet går på skole, og de som ikke gjør det forteller gjerne at de ikke har gått på skolen «i det siste». Skolefravær er en utfordring for noen av ungdommene. Ved IBS forteller de at de har en kontaktperson som har ansvar for skole. Flere av ungdommene forteller om ulike fritidsaktiviteter som de deltar på, særlig ved IBS, og de uttrykker at de får god støtte til å delta i aktiviteter.

Ved KUS har man som prinsipp at institusjonen skal ha kontakt med de instansene ungdommen har kontakt med. Det opprettes samarbeid i hvert enkelt tilfelle rundt ungdom som fyller 18 år og som har behov for oppfølging fra NAV etter utflytting. KUS samarbeider tett med de skolene ungdommene er elever ved, og har en egen samarbeidsavtale med den lokale ungdomsskolen og SMI-fagskolen som driftes av Troms fylkeskommune. KUS samarbeider tett med PPT og oppfølgingstjenesten dersom ungdommen har falt ut av skoletilbudet. I tillegg samarbeider KUS tett med politiet og forebyggende enhet. Når det gjelder IBS preges samarbeidet med instansene rundt ungdommene av IBS sin deltakelse i Innlandsmodellen. Dette innebærer at IBS kan ha mange skoler å forholde seg til, og samtidig kan skolene ligge i en viss geografisk avstand. IBS oppretter som KUS samarbeid med NAV når det er ungdommer ved institusjonen fyller 18 år og har behov for støtte fra NAV etter utflytting.

5.8.6 Utflytting

Ved utflytting opplyser ansatte ved både KUS og IBS at de forbereder ungdommene og instansene som skal overta ansvaret på best mulig måte. Felles for begge institusjonene at de bryter relasjonen til ungdommene ved utflytting. De ansatte ved IBS etterspør et system for å følge opp ungdommene etter utflytting, og ønsker en diskusjon knyttet til hvilken type relasjon de ansatte kan ha til ungdommene etter utflytting. Også ved KUS forteller de ansatte at relasjonen til ungdommene brytes ved utflytting. De ansatte savner en rutine for tilbakemelding fra den kommunale barnevernstjenesten om hvordan det går med ungdommen, gjerne tre eller seks måneder etter utflytting. Ansatte ved begge institusjonene forteller om stor mangel på fosterhjem for ungdommene. Det er vanskeligere å rekruttere fosterhjem til ungdommene jo eldre de blir. Ved KUS løfter de viktigheten av å hele tiden oppdatere ungdommens behovsprofil slik at det fremkommer tydelig at ungdommen ikke har de samme utfordringene som ved innflytting. Når man ikke klarer å finne fosterhjem til de eldste ungdommene hender det at plasseringen ved KUS blir forlenget frem til ungdommen fyller 18 år. Ved IBS flytter de fleste ungdommene på

hybel eller til foreldre etter plassering. Institusjonene har lite eller ingen kunnskap om hvordan det går med ungdommene etter utflytting, eller hvordan spørsmål og problemstillinger rundt helse, skole eller fritidsaktiviteter følges opp. At det ikke eksisterer rutiner for oppfølging av ungdom som flytter ut av institusjon er en mangel, og et problem som må løses på systemnivå. Når barn og unge flyttes mellom ulike nivåer i forvaltningen, for eksempel fra statlig institusjon til kommunalt tiltak, følger avbruddet i relasjonen en systemlogikk og tar få eller ingen menneskelige hensyn. Selv om sammenlikningsinstitusjonene ikke er gjenstand for evaluering i dette prosjektet, er dette funnet såpass alvorlig at det av menneskelige og etiske hensyn er nødvendig å påpeke.

Det er flere av ungdommene som forteller at de vet hvor de skal flytte etter plasseringen. For noen av dem som har blitt fulgt i prosjektperioden, ser vi at planene kan endre seg. Etter hvert som ungdommene nærmer seg 18 år, går man fra å forsøke å finne fosterfamilie til å planlegge for utflytting til egen hybel/leilighet. Flere av de eldre ungdommene forteller at de mottar, eller har planlagt botrening i egne leiligheter tilknyttet institusjonene, og at de vet hvilket område de vil eller skal flytte til. Noen av ungdommene har takket ja til ettervern. Ungdommer som skal flytte på hybel/til leilighet forteller at de ikke vet hvilken oppfølging de vil få og at de er usikre på om de har de ferdighetene de trenger for å bo alene, særlig i forhold til det å håndtere økonomi og kontrakter. Dette understreker nødvendigheten av grundig planlagte overganger til voksenlivet, og et ettervernstilbud som er tilstrekkelig i omfang til å støtte og hjelpe ungdommen i en periode som er krevende for ungdom generelt. Sett på bakgrunn av funn beskrevet ovenfor relatert til relasjonsbrudd ved utflytting av institusjon, kan det virke som om overgangen til voksenlivet og ettervernstilbud ikke gis tilstrekkelig oppmerksomhet i forhold til de kravene til barneverninstitusjonene som foreligger.

6. Selvrapportert psykisk helse hos ungdom

6.1 Introduksjon

Psykisk helse blir ofte kategorisert i henhold til to hovedtyper av utfordringer: Internaliserende og eksternaliserende vansker (Graber, 2004). Internaliserende vansker er psykiske helseproblemer der symptomene manifesterer seg internt, og de påvirker primært individets emosjonelle og kognitive fungering. Eksempler på internaliserende vansker inkluderer angstlidelser, depresjon, spiseforstyrrelser og selvskading. Disse vanskelighetene er ofte knyttet til individets følelsesliv og tankeprosesser (Zahn-Waxler et al., 2000). Eksternaliserende vansker er atferdsproblemer der symptomene manifesterer seg eksternt gjennom utadrettet atferd. Dette kan inkludere aggresjon, impulsivitet, utfordrende atferd, hyperaktivitet og antisosial atferd. Personer med eksternaliserende vansker har ofte problemer med å regulere sin atferd og interagere sosialt på en hensiktsmessig måte. Det er viktig å merke seg at disse to kategoriene ikke er gjensidig utelukkende. En person kan oppleve både internaliserende og eksternaliserende vansker samtidig, og noen psykiske helseproblemer kan manifestere seg på forskjellige måter hos ulike individer. Tidligere studier viser at det er kjønnsforskjeller knyttet til hvilken type psykiske vansker som er mest vanlig, der jenter har en tendens til å oppleve internaliserende vansker mens gutter har en høyere forekomst av eksternaliserende vansker (Bang et al., 2024).

For å utforske i hvilken grad oppholdet på institusjonene påvirker utviklingen av internaliserende og eksternaliserende symptomer, funksjon og personlige styrker blant ungdom på de integrerte institusjonene og sammenlikningsinstitusjonene, anvendte vi spørreskjemaet "Strength and Difficulties Questionnaire (Sterke og svake sider - SDQ)" (Goodman et al., 2000; Kornør & Heyerdahl, 2013). Følgende problemstillinger knyttet til ungdommenes selvrapporterte psykiske helse blir belyst i dette kapitlet:

- Hvordan er den psykiske helsen til ungdommene målt ved bruk av Strength and Difficulties Questionnaire (Sterke og svake sider - SDQ)?
- Hvordan utvikler gjennomsnittsskåren seg over tid (ved to tidspunkter) for totale problemer/vansker og innenfor hver enkelt dimensjon, for ungdommer på de integrerte institusjonene og sammenlikningsinstitusjonene?

- Er det forskjeller i gjennomsnittsskåre for totale problemer/vansker mellom ungdommene på de integrerte institusjonene og sammenlikningsinstitusjonene?

6.2 Metode

SDQ spørreskjema, statistiske analyser og styrker og svakheter er beskrevet i metodekapitlet.

6.3 Resultat

Tabellen nedenfor viser resultatene knyttet til indre konsistens av SDQ (Cronbachs α og McDonald's ω). Her ser vi at det for de fleste dimensjonene er det relativt like resultat for disse to målene på intern konsistens ved tidspunkt 1, bortsett fra dimensjonen hyperaktivitet, som får dårligere indre konsistens målt ved Cronbachs α . Dimensjonene emosjonelle symptomer og prososial atferd er de som kommer best ut når det gjelder både Cronbachs α og McDonald's ω ved tidspunkt 1.

Ved tidspunkt 2 er det tilnærmet like resultat for Cronbachs α og McDonald's ω ved alle dimensjonene, der atferdsproblemer er den som kommer dårligst ut. De resterende dimensjonene har verdier 0,7. Videre vises det at dimensjonene som skiller seg mest ut fra tidspunkt 1 til tidspunkt 2 er atferdsproblemer og venneproblemer, mens emosjonelle symptomer og prososial atferd er tilnærmet like ved de to tidspunktene.

Tabell 6-1 Intern konsistens til SDQ ved T1 (n= 26) og T2 (n= 14)

Dimensjoner	Svartidspunkt 1		Svartidspunkt 2	
	α	ω	α	ω
Atferdsproblemer	0.43	0.49	0.61	0.68
Hyperaktivitet	0.54	0.69	0.77	0.78
Emosjonelle symptomer	0.75	0.77	0.73	0.74
Venneproblemer	0.35	0.32	0.72	0.72
Prososial atferd	0.87	0.88	0.86	0.87

* α : Cronbach's Alpha. ω : McDonald's Omega.

6.3.1 Frafallsanalyse

Når vi sammenliknet SDQ-skårene ved bruk av uavhengig utvalgs t-test blant ungdommene som svarte kun ved ett tidspunkt (T1) (n=12) og de som svarte ved to tidspunkt (T1 og T2) (n=14), observerte vi ingen statistisk signifikante forskjeller i ungdommenes alder, SDQ total problemskåre eller i de forskjellige SDQ subskalaene.

6.3.2 Deskriptiv statistikk og t-tester

Tabell 3 viser gjennomsnitt og standardavvik for de fem dimensjonene i SDQ ved de integrerte og ikke-integrerte institusjonene, i tillegg til resultater fra t-tester.

Tabell 6-2 Deskriptiv statistikk for SDQ ved T1 og T2 og sammenlikning av gjennomsnittsskårer på SDQ ved T1 og T2

Dimensjoner ^a	Integrerte institusjoner					Sammenlikningsinstitusjoner					Integrert vs. sammenlikning ^d	
	T 1 ^b (n= 14)		T 2 ^c (n= 8)		<i>p</i> ^d	T 1 ^b (n= 12)		T 2 ^c (n= 6)		<i>p</i> ^d	T1	T2
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		<i>p</i> ^e	<i>p</i> ^e
1.Atferdsproblemer	2.1	1.3	4.9	2.6	.003/.016	2.6	1.9	2.0	1.7	.552/.562	.442	.029
2.Hyperaktivitet	6.1	2.1	6.6	2.4	.625/.860	6.7	1.7	5.0	2.1	.038/.063	.456	.202
3.Emosjonelle symptomer	6.9	2.3	6.1	2.0	.135/.312	4.9	2.3	5.4	3.2	.379/.381	.041	.665
4.Venneproblemer	4.4	1.7	5.0	2.7	.447/.630	3.3	1.8	2.8	2.0	.810/.929	.119	.100
5.Prososial atferd	8.1	2.8	6.5	3.2	.201/.250	8.5	1.8	7.5	1.5	.452/.362	.310	.451
Totalskåre vansker ^f	21.9	5.6	23.9	5.1	.438/.878	19.9	6.2	16.3	8.0	.174/.215	.174	.075

Note. $\bar{x}$ = gjennomsnitt. SD = Standard deviation / standardavvik, *p* = *p*-verdi.

^a For dimensjon 1-4 er skalaen 0-10, der høy skåre indikerer høy grad av problemer (dimensjon 1-4). For dimensjon 4 er skalaen 0-10, der høy skåre indikerer styrker. For totalskåre vansker er skalaen 0-40, der høy skåre indikerer høy grad av problemer.

^b T1= Tidspunkt 1. Indikerer tidspunkt for ungdommens første utfylling av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

^c T2 = Tidspunkt 2. Indikerer tidspunkt ungdommens andre utfylling av SDQ. Andre utfylling var i gjennomsnitt 6 måneder etter første utfylling av SDQ.

^d *p* verdiene er basert på Lineær blandet effekt modell (ujusterte *p*-verdier / justert for botid).

^e *p* verdiene er basert på uavhengig utvalg *t*-test.

^f Totalskåre vansker består av dimensjon 1-4.

Som vist i tabell 6-2, er dimensjonene med høyest gjennomsnittsverdi hyperaktivitet – oppmerksomhetsproblemer, emosjonelle symptomer og prososial atferd, noe som gjelder ved både de integrerte og sammenlikningsinstitusjonene. Videre ser vi at dimensjonen emosjonelle symptomer er den som har høyest standardavvik, noe som tyder på at det er større variasjon i hvordan ungdommene har svart på utsagnene i denne dimensjonen, enn ved de andre dimensjonene.

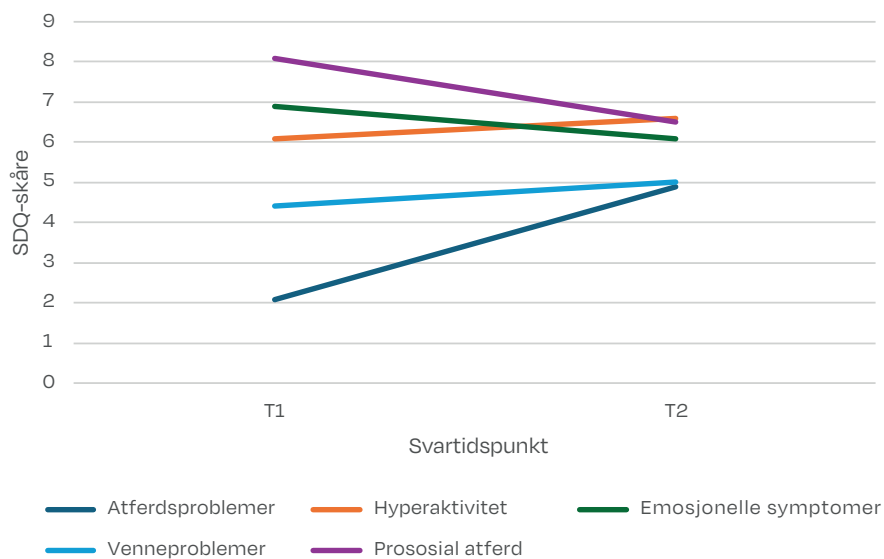
Fra tidspunkt 1 til tidspunkt 2 er det en økning i gjennomsnittsverdi i atferdsproblemer og venneproblemer blant ungdommene ved de integrerte institusjonene, mens det er en liten økning i gjennomsnittsverdi i emosjonelle symptomer ved sammenlikningsinstitusjonene. Ved de resterende dimensjonene er det en nedgang fra tidspunkt 1 til tidspunkt 2 på sammenlikningsinstitusjonene. Disse forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante, bortsett fra økningen i atferdsproblemer ved integrerte institusjonene – også ved justering for botid på institusjonen og alder. Nedgangen på gjennomsnittlig skåre på hyperaktivitet hos ungdom på sammenlikningsinstitusjoner var også statistisk signifikant, men ble grensesignifikant ved justering av botid og alder.

Av tabellen (6-2) ser vi at både ved de integrerte institusjonene og sammenlikningsinstitusjonene er gjennomsnittet over grenseverdien for problemer ved første og andre utfylling av SDQ. Når det gjelder totalskåren for vansker med fire dimensjoner i SDQ er det en økning i gjennomsnittsskåren for ungdommer på de integrerte institusjonene, mens det er en nedgang for sammenlikningsinstitusjonene. Selv om disse forskjellene ikke når statistisk signifikans, antyder de likevel en potensiell tendens. Det er viktig å merke seg at små utvalgsstørrelser ofte begrenser den statistiske kraften, noe som kan redusere evnen til å oppdage faktiske effekter eller forskjeller, selv om de eksisterer. Når utvalgene er små, blir den observerte variasjonen mindre pålitelig og mer påvirket av tilfeldigheter. P-verdier er spesielt sårbare for denne tilfeldigheten når utvalgsstørrelsen er begrenset. Lav statistisk kraft betyr at studien har en begrenset evne til å påvise virkelige forskjeller eller effekter, selv om de er til stede. Derfor bør tolkningen av resultater fra små utvalg alltid gjennomføres med varsomhet, og man bør være åpen for at observasjoner som ikke når statistisk signifikans likevel kan være viktige eller interessante fra et forskningsperspektiv.

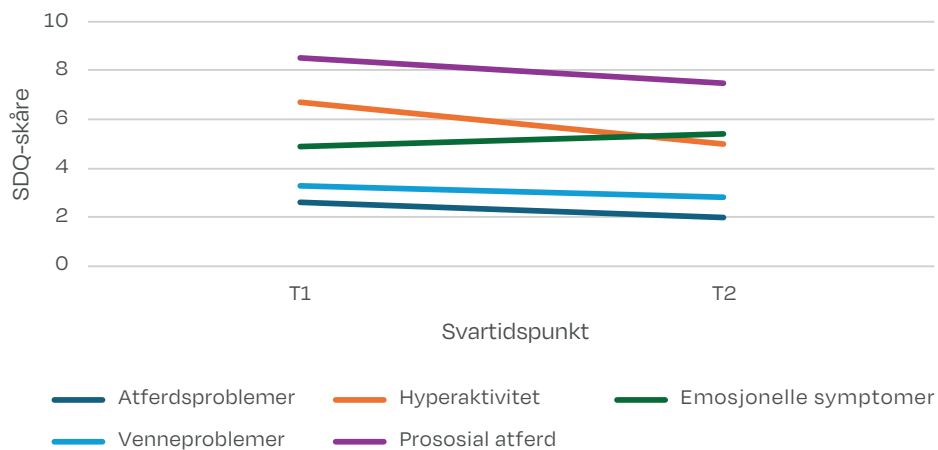
Når man sammenlikner gjennomsnittsskårer på SDQ, så har ungdom som bor på integrerte institusjoner statistisk signifikant høyere gjennomsnittsskåre på emosjonelle

problemer sammenliknet med ungdom som bor på sammenlikningsinstitusjoner på T1. Ungdom som bor på integrerte institusjoner rapporterte statistisk signifikant høyere gjennomsnittsskåre på atferdsproblemer ved T2, sammenliknet med ungdom som bor på sammenlikningsinstitusjonene.

Figur 6-1 og 6-2 presenterer gjennomsnittsskåren for hver dimensjon i SDQ ved de integrerte og sammenlikningsinstitusjonene for svartidspunkt 1 og 2. Figur 6-1 viser at gjennomsnittsskåren for atferdsproblemer, venneproblemer og hyperaktivitet går opp, mens dimensjonene emosjonelle symptomer og prososial atferd går ned fra første til andre svartidspunkt ved de integrerte institusjonene.



Figur 6-1 Gjennomsnittsskåre på de fem dimensjonene i SDQ for svartidspunkt 1 og 2 ved de integrerte institusjonene



Figur 6-2 Gjennomsnittsskåre på de fem dimensjonene i SDQ for svartidspunkt 1 og 2 ved sammenlikningsinstitusjonene

Som vist i figur 6-2 er det en nedgang i alle dimensjonene med unntak av emosjonelle symptomer, der det er en økning.

7. Diskusjon

Gjennom rapporten har vi belyst forskningsspørsmålene som ble presentert i innledningskapitlet. I dette kapitlet diskuterer vi det som kommer frem som sentrale funn for å belyse det faglige innholdet og virkningen av behandlingstilbudet ved de to integrerte institusjonene. Diskusjonen bygger på analyse av de kvalitative intervjuene og det kvantitative materialet (SDQ og uttrekk av data fra BIRK om tidligere beboere ved de integrerte institusjonene). Vi støtter oss i diskusjonen til teorigrunnlaget for OEM og DBT, litteraturstudien som er gjennomført i prosjektet og den juridiske vurderingen av det integrerte institusjonstilbudet.

Vi har strukturert diskusjonen i seks hovedfunn, som vi anser som spesielt relevante for å gi en dypere innsikt basert på studiens funn.

8. Målgruppeutvikling spisset mot kjønn og aldersgruppe
9. Et tiltak som krever samtykke til helsehjelp og forpliktelse til barnevern
10. Et tiltak som i liten grad åpner for reell medvirkning
11. Usikkerhet knyttet til virkninger av tiltaket
12. Usikkerhet og uforutsigbarhet etter plasseringen
13. Et tiltak med høy turnover

Til slutt samler vi tre overordnede temaer som var gjennomgående under besøkene våre ved de fire institusjonene, til en oppsummerende diskusjon: 1) OEM/DBT – implementering og erfaringer med modellen, 2) Samarbeid mellom helse og barnevern – og med andre tjenester, og 3) Skoletilbud til ungdommer plassert i integrerte institusjoner.

7.1 Målgruppeutvikling spisset mot kjønn og aldersgruppe

Et sentralt spørsmål i vurderingen av OEM og DBT, er hvem metodene passer for, altså hvem som bør være målgruppa på de integrerte institusjonene. Uttrekk fra fagsystemet BIRK viser at det i perioden 2019-2023 har vært plassert 19 jenter og 3 gutter ved LBS (en ungdom er det ikke registret kjønn for), og 19 jenter og 2 gutter ved BBS. Det er derfor naturlig å vurdere om kjønn og alder har innvirkning på hvem som har mest nytte av tiltaket. Ansatte ved de integrerte institusjonene påpeker at metodikken og behandlingsopplegget i større grad adresserer behovene til jenter enn gutter. De peker også på utfordringer knyttet til aldersgruppa 13-14 år, hvor

noen ungdommer virker for unge eller umodne til å forstå sin situasjon og kravene til motivasjon og forpliktelse. Det er lite tidligere forskning å støtte seg på når det gjelder betydningen av alder og kjønn når det kommer til opplevd nytte av DBT.

DBT er en behandlingsmetode utviklet med utgangspunkt i kvinnelige borderlinepasienter med suicidalproblematikk (Linehan, 1993), og en kunne derfor anta at behandlingsmetoden passer bedre til jenter enn til gutter, og at den passer best til ungdommer hvor problematikken handler om selvskading og selvmordsatferd. I studiene vi identifiserte i litteraturstudien fremgår det ikke tydelig om kjønn og alder er avgjørende faktorer for om ungdommene skal kunne dra nytte av DBT som behandlingstilbud. Ut fra våre funn fra intervjuer med ansatte kan det imidlertid se ut til at både kjønn og alder kan ha en viss betydning. Ettersom DBT bygger på kognitiv atferdsterapi er det rimelig å anta at alder eller modenhet kan ha en innvirkning på i hvilken grad ungdommene drar nytte av DBT siden behandlingsmetoden også bygger på den enkeltes egenmotivasjonen, eller forpliktelse, som vil kreve en viss modenhet.

De ansatte ved BBS bemerker at behandlingsmodellen kan være problematisk for minoritetsspråklige og ungdommer med kognitive vansker på grunn av dens teksttunge og refleksjonsbaserte natur. Ved KUS bemerker avdelingsleder at ungdom som har et kognitivt lavt nivå oftere strever med OEM, enn andre ungdommer. I en studie gjennomført i USA der man benyttet DBT-CM (Corrections Modified) på en gruppe gutter i alderen 16-19 år med atferds- og aggressivetsproblemer, ble DBT-materialet tilpasset målgruppa gjennom forenkling av språk, og bruk av bilder og illustrasjoner for å bedre møte målgruppens behov (Shelton et al., 2011). Studien viste signifikante endringer knyttet til reduksjon i fysisk aggressivitet. Funnene illustrerer at det kan være potensiale for å tilpasse materiale og bruke illustrasjoner, og at dette kan bidra til å nå også de gruppene som ansatte mener behandlingsmodellen kan være utfordrende for.

Målgruppa ved institusjonene er ungdommer med livstruende atferd som selvskading og selvmordstanker. Dette oppfattes som et problem ved LBS på grunn av lite henvendelser fra kommunene og derav perioder med lavt belegg. Ved BBS mottar de imidlertid hyppige henvendelser, men mange av forespørslene faller utenfor målgruppa på grunn av at de ikke oppfyller inntakskriteriene. Ledelsen ved BBS har også sett en dreining i problematikken mot rus og mer alvorlig vold hos ungdommen som søkes inn. Ved LBS har man stilt spørsmålsteget ved om målgruppa

er for snever, og om det er formålstjenlig at oppmerksomheten ved inntak rettes mot *livstruende atferd*. Samtidig løftes det fra BBS at man ikke må havne i en situasjon der man nærmest vekter antall selvmordsforsøk i inntaksprosessen, man må se det totale bildet rundt ungdommens psykiske helse når man vurderer inntak. Dette er funn som indikerer at målgruppebeskrivelsen for institusjonene kan ha vært for dårlig kommunisert ut til kommunene og til Bufetats regionskontorer.

Sammenlikningsinstitusjonene KUS og IBS tar imot ungdom (mellom 13 og 18 år) på de samme plasseringsparagrafer som LBS og BBS, og de drifter etter fagmodellen OEM, som bygger på prinsipper fra DBT. Ledelsen ved sammenlikningsinstitusjonene gir imidlertid uttrykk for høy beleggprosent. Målgruppene ved disse institusjonene synes ikke å bli oppfattet som for snevre og/eller som problematiske på bakgrunn av få henvendelser fra kommunene eller at ungdom som søkes inn ikke er i målgruppa.

Målgruppe, inntakskriterier og belegg ble også løftet frem i en tidligere følgeforskning av det integrerte institusjonstilbudet (Melby et al., 2020). Denne viste til en utviklingslinje hvor det i oppstarten hadde vært en forventning og «et visst press» om å fylle opp plassene. Dette førte til at institusjonene lempet noe på inklusjonskriteriene. Etter hvert justerte de seg tettere inn mot prosjektrapporten og sørget for at ungdom som fikk tilbud om plass fylte inklusjonskriteriene; de lot seg ikke lenger stresse (like mye) av momentet som omhandlet belegg (Melby et al., 2020). Nå synes imidlertid problemstillinger og spørsmål knyttet til belegg å være mer fremtredende, særlig ved LBS.

7.2 Et tiltak som krever samtykke og forpliktelse til både helsehjelp og barnevern

I intervjuene med ungdom og ansatte kommer begrepene samtykke og forpliktelse opp gjentatte ganger. Dette henger sammen med samtykkebestemmelser i lov om pasient- og brukerrettigheter og lov om barnevern. I tillegg har de integrerte institusjonene valgt å følge behandlingsmetodikken OEM-DBT som krever forpliktelse fra den som mottar behandlingstilbudet. I og med at helsehjelpstilbudet fra helseforetakene er basert på DBT og institusjonen har implementert OEM, kreves det derfor forpliktelse fra ungdommene både til helse og barnevern.

Ved plassering i en integrert institusjon kreves det samtykke til helsehjelp fra ungdommene som plasseres, slik at spesialisthelsetjenesten som er representert i institusjonene kan gi helsehjelp. I tillegg må ungdommene forplikte seg til behandlingstilbudet DBT. Når det gjelder samtykke innenfor barnevern, skal ungdommen ved fylte 15 år og ved frivillig plassering i integrert institusjon samtykke til plasseringen. I tillegg skal ungdommen forplikte seg til OEM ved institusjonen. Dersom ungdommen er under offentlig omsorg og plasseres ved en integrert institusjon skal ungdommen i tillegg til samtykke til helsehjelp også forplikte seg på to kanter: til DBT (helse) og til OEM (institusjonsmodell). Det stilles med andre ord høye krav til ungdommene som plasseres ved de integrerte institusjonene når det gjelder oversikt over hva de har samtykket og forpliktet seg til. Dette krever derfor et svært grundig forarbeid og forberedelse av ungdommen i inntaksfasen, både fra den kommunale barnevernstjenestens side, fra Bufetats inntaksteam, og ikke minst fra de integrerte institusjonene.

Ved søknad om plass og inntaksarbeid ved sammenlikningsinstitusjonene kreves det ikke samtykke til helsehjelp fra ungdommene, i og med at spesialisthelsetjenesten ikke er representert i disse institusjonene. Dette innebærer at kravene til ungdom som plasseres her ikke er like høye som de er til ungdom som får plass i det integrerte institusjonstilbudet. Betydningen av motivasjon og forpliktelse til OEM ved institusjonen er imidlertid i utgangspunktet likt for ungdom ved LBS, BBS, KUS og IBS.

7.2.1 Motivasjon og forpliktelse til endring og behandling i et midlertidig hjem

Kravet om motivasjon og forpliktelse til endring ses i sammenheng med et ønske om å motta og å delta i behandlingsopplegget ved de integrerte institusjonene. Av gruppeintervjuer med ansatte, både ved LBS og BBS, fremgår det at de arbeider kontinuerlig med å søke og opprettholde ungdommenes motivasjon og forpliktelse til endring underveis i oppholdet og/eller å få til en reforpliktelse. Dette arbeidet beskrives som «en evig jobb» og «en evig kamp», noe som betyr at de erfarer at det ikke er uproblematisk å holde på behandlingsmotivasjonen til ungdommene som bor der. Intervjustudien viser også at en del ungdommer velger bort behandling underveis i oppholdet, og at man ikke nødvendigvis lykkes med å få til en reforpliktelse.

Ved KUS og IBS beskriver ansatte at ungdommenes motivasjon og forpliktelse til endring er vesentlig for at OEM skal fungere, at de opplever at dette svinger blant

ungdommene og at de derfor må jobbe mye med deres motivasjon og forpliktelse. Ungdommene ved KUS og IBS oppfatter at det er et tydelig ønske at de skal delta i ferdighetstrening og støttesamtaler; at dette er noe de bør gjøre. Selv om de vet at det i utgangspunktet er frivillig, opplever de et press om å delta. Ungdom som er med på ferdighetsgrupper ved KUS forteller at de deltar, fordi de får belønning i form av penger.

Kravet om motivasjon og forpliktelse til endring ble også løftet frem som et viktig funn i den første evalueringen av det integrerte institusjonstilbudet (Melby m.fl., 2020). På bakgrunn av både intervjuer og dokumentgjennomgang fant man at det var store utfordringer knyttet til dette, og det kunne se ut til at ungdommenes motivasjon/forpliktelse gjerne avtok en tid etter innflytting eller underveis i bo- og behandlingstiden ved sentrene. I denne forbindelse ble det også pekt på at ungdommene så ut til å nå et metningspunkt for behandling. Ut fra våre funn kan det se ut til at flere av ungdommene opplever det som beskrives som «behandlingstretthet», som innebærer å ha mottatt tiltak og behandling over lang tid uten at problemene er blitt løst (Jöhncke, 2012). Dette mener vi er en viktig faktor å ta i betraktning når målgruppas forpliktelse til behandlingsopplegget ved de integrerte institusjonene vurderes.

En studie som viser til erfaringer fra implementering av et DBT-team i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen (Syversen & Fjellheim, 2022) peker delvis på samme problemstilling knyttet til motivasjon/forpliktelse til endring, når den viser til at teamet i liten grad lyktes med ungdom som bor i barneverninstitusjon, hvor kun én av tretten fullførte behandlingen. Man antar at forklaringen på hvorfor de ikke lyktes er sammensatt og viser til at ungdommene er i ferdighetstrening sammen med ansatte ved institusjonene heller enn sine foresatte, at ungdommene som har deltatt har hatt omfattende vansker, samt *vanskeligheter med å holde oppe motivasjonen til behandling og villighet til endring* (Syversen & Fjellheim, 2022). Dette å opprettholde en forpliktelse, kan altså se ut til å være en problemstilling både i DBT-behandling i institusjon og i poliklinikk.

En problemstilling som kun vil gjelde på de integrerte institusjonene, og ikke ved poliklinikk eller ved sammenlikningsinstitusjonene, er at ungdom i integrerte institusjoner mottar omfattende behandling der de bor/i sitt midlertidige hjem. Dette er løftet frem som en utfordring som berører flere ulike aspekter, som vi også har vært inne på i sammenstillingskapitlet som omhandler BBS og LBS. For å sette det på

spissen: Når fungerer den integrerte institusjonen som et hjem og et omsorgsmiljø, og når fungerer den som et behandlingssted? Dette er en problemstilling som særlig kommer opp ved LBS i forbindelse med spørsmål knyttet til behandlingsopplegget og generalisering av ferdigheter, som kan oppleves av ungdommene å pågå «24/7». Dette kommer også opp når ungdom viser til at de savner omsorg (BBS), eller ikke helt forstår hvordan institusjonen vektet omsorg versus selvstendighet/behandling (LBS). Altså ser det ut til at fokuset på omsorg kommer noe i skyggen av behandlingsfokuset. Dette fremkom også som et sentralt funn i den forrige evalueringen (Melby m.fl., 2020). Óg videre, om en ungdom avslutter behandlingen underveis, men fortsetter å bo ved LBS eller BBS fordi det ikke foreligger en ny omsorgsbasis, kan det være grunn til å stille spørsmål til hvilken funksjon den integrerte institusjonen har for ungdommen.

Erfaringer med et behandlingsfokus som går på bekostning av opplevd omsorg, eller en usikkerhet knyttet til hvordan omsorg vektet jevnfør selvstendighet/behandling, er ikke noe som kommer til uttrykk blant ungdomsinformantene ved KUS og IBS.

7.3 Et tiltak som i for liten grad legger til rette for lovfestet rett til medvirkning

Funn fra intervjuer med ungdommer og ansatte ved sammenlikningsinstitusjonene viser at ungdommene ikke har medvirkningsmulighet når det gjelder institusjonens organisasjon og grunnstruktur. Det gjennomføres heller ingen systematiske erfaringsinnhentinger fra ungdommene etter at de har flyttet ut fra institusjonene, og slik sett har ungdommene ingen reell medvirkning i evaluering, kvalitetssikring og utviklingen av fagmodellen OEM. Dette er en stor svakhet med fagmodellen og hvordan den benyttes i institusjonene fordi en ikke innhenter erfaringer fra brukergruppa, men heller legger ansvaret for utvikling av OEM på et spisskompetansemiljø som ikke har kontakt med ungdommene. Det at ungdommene ikke har innvirkning på grunnstrukturen gjør at ungdommene kan oppleve at de har lite innvirkning på eget liv og egen hverdag, selv om ansatte beskriver at de har innvirkning på enkelte områder og forsøker å legge til rette for medvirkning innenfor strukturen på institusjonene. Det å oppleve medvirkning har tett sammenheng med motivasjon (Paulsen, 2022), og dersom ungdommene opplever begrenset medvirkning kan dette redusere motivasjonen til å delta i både behandlingsopplegget, i skole og i egen utvikling.

Behandlingsmetodikken ved de integrerte institusjonene baserer seg i høy grad på ungdommens motivasjon og forpliktelse til behandlingsopplegget. Dersom ungdommen går lei, eller er sliten av behandlingen og ikke ønsker å delta kommer det frem i intervjuer med både ansatte og ungdom at dette møtes med motivasjonsfremmende samtaler (reforpliktelse). Dette er en utfordring når det gjelder ungdommens lovfestede rett til medvirkning fordi det kan se ut til at ungdommens stemme og meninger møtes med argumenter om, og krav til motivasjon og forpliktelse fra de ansatte. Dinardi (2024, s. 41) påpeker at det er en nær kopling mellom samtykke til helsehjelp og forpliktelsen som OEM legger opp til uten at dette er rettslig avklart, og at ungdommene ikke blir gitt tilstrekkelig informasjon om hva forpliktelsen kan innebære og hvilke konsekvenser som kan følge dersom forpliktelsen ikke oppfylles. Dinardi (2024, s. 42) påpeker at barnets rett til medvirkning og til å bli hørt ikke er tilstrekkelig ivaretatt, og derav heller ikke barnets beste slik prosedyrene til de integrerte institusjonene og OEM er beskrevet og fungerer. Dette støtter våre funn og vurderinger knyttet til at ungdommens rett til medvirkning når det gjelder behandlingsforløpet og forpliktelsen som avkreves ikke ivaretas i de integrerte institusjonene.

7.4 Usikkerhet knyttet til virkninger av tiltaket

Når behandlingstilbudet ved de integrerte institusjonene skal vurderes er det sentralt å se på virkninger av tilbudet. Vi har studert virkning på ulike måter, både gjennom intervjuer for å få innsikt i opplevde virkninger, men også gjennom kvantitative målinger av selvrapportert psykisk helse gjennom bruk av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Det å studere virkninger kan være utfordrende og det er ikke mulig å konkludere sikkert med utgangspunkt i våre data, men de gir noen viktige indikasjoner på virkning og hva som kan påvirke virkning.

Psykologene ved BBS har i intervjuer beskrevet at de tidligere har erfart at lignende målgrupper har vært vanskelig å få i tale. Selv om det er stor usikkerhet knyttet til virkning av det integrerte institusjonstilbudet er det interessant at det ser ut til at den integrerte organiseringen mellom helse og barnevern kan gjøre terskelen lavere for ungdommene «å komme i tale». Psykologene opplever at denne måten å jobbe på gir større rom for å bygge relasjoner med ungdommene, og både ansatte og psykologer opplever at en konsekvens av dette er at ungdommene selv søker hjelp. Altså kan organiseringen av det integrerte tilbudet forenkle psykologenes mulighet for å etablere relasjoner til ungdommene. I en ny studie gjennomført av Ådnanes et

al. (2024) påpekes det at ungdom i institusjon ofte opplever en rekke barrierer når det gjelder å søke hjelp, og at relasjoner til helsepersonell som kan gi ungdommen informasjon og kunnskap om helseproblemer kan virke positivt på ungdommens mottakelighet for helsehjelp. Det integrerte tilbudet, med helseforetakets psykologer i institusjonsmiljøet ser ut til å kunne bidra til å senke terskelen for ungdommen når det gjelder å søke informasjon og hjelp knyttet til helseproblemene sine.

Ansatte ved de integrerte institusjonene har fortalt om eksempler på positive tilbakemeldinger fra foresatte og samarbeidspartnere om at de merker forskjell på ungdommene. Psykologene trekker frem at generalisering er utfordrende, og hevder at det er først mot slutten eller etter plassering at dette faktisk skjer. Dette kan bety at ferdighetstreningen i kombinasjon med individualterapi trenger en viss tid for å gi positive virkninger i form av generalisering. I forbindelse med implementeringen av DBT i Helse Bergen konkluderte man med at et 16 ukers poliklinisk program var for kort, og programmet ble utvidet til 20 ukers behandling. Det ble også tydelig at muligheten for telefonkonsultasjon for pasientene måtte utvides slik at de fikk bedre hjelp til å generalisere ferdighetene (Syversen & Fjellheim, 2022). Vi antar derfor at ungdommene ved de integrerte institusjonene har behov for en viss varighet når det gjelder behandlingstid innenfor institusjonen, og at ungdommene har behov for langvarig oppfølging fra institusjonens side etter utflytting for generalisering av ferdighetene og for å holde de alvorligste atferdsuttrykkene under kontroll. Samtidig er det viktig at behandlingstiden ikke blir for lang, da dette kan gå ut over ungdommenes motivasjon. Basert på våre funn og resultater fra litteraturstudien, er det ikke mulig å fastslå den optimale behandlingstiden. Samtidig erkjenner vi at det er individuelle behov blant de ulike ungdommene, og anbefaler videre forskning på dette området.

Vi har også studert virkning fra ungdommenes perspektiv, gjennom intervjuer med ungdommene. Det varierer hvorvidt og hvordan ungdommene beskriver at behandlingen har virket. I denne forbindelse er det viktig å påpeke at det fremkommer at ungdom i de integrerte institusjonene etter hvert velger å slutte med ferdighetstreninger, og enkelte også med individuelle samtaler hos psykolog. Noen ungdommer gir imidlertid uttrykk for at de til en viss grad benytter seg av noen av ferdighetene de har lært, mens andre ikke ser nytteverdien av ferdighetene. Dette fremgår i intervjuer med ungdommer både ved de integrerte institusjonene og ved sammenlikningsinstitusjonene. For ungdommene som beskriver at de har benyttet seg av ferdighetene i situasjoner som har dukket opp, er det ferdigheter

knyttet til følelses- og fornuftstilstander, altså «Regulere følelser-ferdigheter» og «Hold-ut-ferdigheter». Dette samsvarer med funnene til McCredie et al. (2017) som fant høyere sannsynlighet for at ungdommen tok i bruk «Hold-ut-ferdigheten» fremfor andre ferdigheter etter deltakelse i DBT-A. Samtidig forteller ungdommene at ferdighetstreningene er slitsomme, noe som kan indikere behandlingstretthet hos ungdommene. DBT som metodikk krever høy motivasjon og stadige samtaler og diskusjoner mellom ungdom og ansatte om forpliktelse til endringsarbeid og behandlingsopplegg. Det er en viss risiko for at det høye fokuset på motivasjon og forpliktelse går ut over omsorgsansvaret og arbeidet institusjonene er forpliktet til, i tillegg til at ungdommenes rett til medvirkning står i fare for å undergraves. At fokus på motivasjon og forpliktelse til endring kan gå på bekostning av ungdommenes behov for omsorg og autonomi påpekes også i rapporten til Melby et al. (2020, s.11).

En annen indikasjon på ungdommenes utvikling over tid er belyst ved selvrapportert psykisk helse, målt ved Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Dette handler om utviklingen fra første utfylling av skjemaet (T1) til andre utfylling av skjemaet – etter ca. seks måneder (T2). Selv om det er utfordrende å konkludere på grunnlag av et svært begrenset utvalg, identifiseres det ulike mønstre i endringer av symptomer blant ungdommer ved både de integrerte institusjonene og sammenlikningsinstitusjonene. Den totale problemskåren øker for ungdommene som mottar et integrert institusjonstilbud, mens det motsatte mønsteret observeres blant ungdommene ved sammenlikningsinstitusjonene. Det ser ut til å være en tendens til en *liten nedgang i emosjonelle symptomer* blant ungdommene ved de integrerte institusjonene. Samtidig observeres det imidlertid en tendens der *alle andre problemområder øker* (atferdsproblemer, hyperaktivitet og venneproblemer). Ungdommene ved sammenlikningsinstitusjonene rapporterer om en nedgang i samtlige problemområder, men samtidig en økning i emosjonelle symptomer. Resultatene må, som tidligere nevnt tolkes med varsomhet. Det er også verdt å merke seg at standardavviket for den totale problemskåren er større ved sammenlikningsinstitusjonene, enn ved de integrerte institusjonene. Dette indikerer at ungdommene ved de integrerte institusjonene har mindre variasjon i svarene sine, enn ved sammenlikningsinstitusjonene. Det at ungdommene ved de integrerte institusjonene har gitt mer like svar kan også ha sammenheng med at de kanskje er en mer homogen gruppe – det er kun jenter som bor der og inklusjonskriteriene for inntak til institusjonen tilsier at disse jentene opplever samme type psykisk helseproblematikk. Dette gjenspeiles også i at gjennomsnittsskåren i forhold til emosjonelle symptomer på integrerte institusjoner var betydelig

høyere ved T1, sammenliknet med gjennomsnittskåren til de som bodde på sammenlikningsinstitusjonene.

Tidligere studier har dokumentert en reduksjon av emosjonelle symptomer blant ungdom som har gjennomgått behandling med Dialektisk Atferdsterapi (DBT) (DeCou et al., 2019; Geddes et al., 2013; Hancock-Johnson et al., 2020; Katz et al., 2004; Klodnick et al., 2021; McDonell et al., 2010; Trupin et al., 2002a). Litteraturstudien inkluderer studier som på et generelt grunnlag viser at DBT kan være et effektivt tiltak for ungdom som bor på institusjoner for å redusere emosjonell dysregulering, selvskading og suicidalitet (jf. Hancock-Johnson et al., 2020; Katz et al., 2004; McDonell et al., 2010; Saito et al., 2020; Tebbett-Mock et al., 2020). Det er utfordrende å konkludere basert på våre SDQ data, men man kan spekulere i om tendensen til en liten nedgang i emosjonelle symptomer ved de integrerte institusjonene og en økning ved sammenlikningsinstitusjonene, kan knyttes til psykisk helsehjelp. Siden både integrerte institusjoner og sammenlikningsinstitusjonene benytter OEM/DBT, kan tendensen til noe ulik utvikling av symptomer, spesielt med hensyn til emosjonelle symptomer, kanskje knyttes til at det er mer tilgjengelig psykisk helsehjelp ved de integrerte institusjonene sammenliknet med sammenlikningsinstitusjonene. Helsehjelp til ungdommene ved KUS og IBS dekkes av fastlege og lokal BUP poliklinikk, hvor begge institusjoner har samarbeidsavtaler og faste møter med BUP. I denne forbindelse, og også med hensyn til å sammenlikne og søke å forstå ovennevnte tendenser, er det viktig å merke seg at enkelte ungdommer som deltok som informanter ved sammenlikningsinstitusjonene hadde behandlingstilbud hos BUP, mens andre ikke hadde det og heller ikke nødvendigvis opplevde å ha behov for et slikt tilbud. Samtlige ungdommer som deltok som informanter ved BBS og LBS hadde behandlingstilbud hos psykolog. Vi kan med andre ord ikke vite om mer tilgjengelig psykisk helsehjelp i form av at spesialisttjenesten er representert i institusjonene utgjør en forskjell. Det kan tenkes at samme tilgjengelige psykiske helsehjelp i BUP poliklinikk vil kunne utgjøre samme forskjell.

Det som skiller målgruppa i denne studien fra de fleste utvalgene i tidligere forskning på området, er at de inkluderte ungdommene har involvering fra barnevernet og at de sannsynligvis har en mer omfattende akkumulering av risikofaktorer (Evans et al., 2013; Gerard & Buehler, 2004). Barn og unge i barnevernet kan oppleve et bredt spekter av utfordringer, inkludert traumer, omsorgssvikt, eller skiftende boforhold (Evans et al., 2013). Behandlingen av disse komplekse problemene krever kanskje

mer tid og en helhetlig tilnærming som går utover det OEM/DBT alene kan tilby. Dersom de miljøterapeutiske metodene ikke er like effektive eller blir tilstrekkelig vektlagt, som OEM/DBT når det gjelder emosjonell regulering, kan kanskje andre problemer/symptomer øke. Dette kan tyde på at OEM/DBT ikke i tilstrekkelig grad evner å omfatte de komplekse problemene som ungdommene sliter med, og at metoden primært virker å være effektiv på emosjonell regulering. Basert på SDQ tallene kan vi ikke si noe om årsakene til at selvrappporterte problemer øker hos ungdommer på de integrerte institusjonene. Også i første evaluering av de integrerte institusjonene (Melby et al. 2020) ble det påpekt at man ikke kunne konkludere med virkning av DBT. For å forstå disse mekanismene bedre, vil det være nødvendig med et større utvalg og en grundig analyse over flere tidspunkt.

7.5 Usikkerhet og uforutsigbarhet knyttet til tiden etter plassering

I våre data kommer det frem at usikkerhet om fremtidig omsorgsbasis kan redusere motivasjonen for behandling og dermed virkning av behandlingen. Både ungdoms- og ansattintervjuer viser at ungdommene ved de integrerte institusjonene ofte ikke vet hvor de skal flytte videre etter bo- og behandlingstiden ved BBS og LBS, og at planen for nytt bosted/omsorgsbasis først er klar kort tid før utflytting. Ungdommer blir også boende lenger enn antatt/planlagt, fordi de ikke har et nytt bosted/omsorgsbasis å flytte til.

Når det ikke foreligger en plan for videre bosted/omsorgsbasis ved inntak, og/eller at planen man hadde ved inntak endres, synes dette å få konsekvenser. Ved BBS og LBS tilbys (helse)behandling *i institusjonen*, noe de øvrige barneverninstitusjonene, inklusive sammenlikningsinstitusjonene, ikke gjør. I de integrerte institusjonene finner vi at konsekvenser som følge av at det ikke foreligger et bosted/en omsorgsbasis for tiden etter planlagt bo- og behandlingstid ved BBS og LBS er knyttet både til ungdommenes motivasjon og forpliktelse til endring/å motta behandling, utøvelse av spesifikke bestanddeler i behandlingsmetodikken, virkning av behandlingen, samt at ungdommene fortsetter å bo der selv om de ikke mottar behandling. Dette er redegjort nærmere for i sammenstillingskapitlet for BBS og LBS.

De integrerte institusjonene har som mål å forebygge replasseringer. Dette er nedtegnet i institusjonsplanene. En viktig grunn til at man ønsker å unngå replassering i nytt institusjonstiltak er at behandlingsmetodikken krever et tett samarbeid med den omsorgsbasisen som ungdommen skal flytte til. Man har mål om å skape varige endringer hos *både ungdom og deres omsorgspersoner/*

foresatte. Metodikken krever altså i utgangspunktet tett dialog og samarbeid med ungdommens familie/fosterfamilie, og man søker derigjennom å motivere og forplikte også familien rundt ungdommen til deltakelse i behandlingsforløpet. Denne viktige bestanddelen i behandlingsmetodikken lar seg vanskelig realisere når man ikke har en familie/omsorgsbasis å samarbeide med og ungdommene i realiteten ofte flytter videre til nok et institusjonstiltak. En videre ringvirkning/konsekvens av ovennevnte er at de integrerte institusjonene sjelden tar i bruk MST-FIT eller Familien i fokus, som skal bidra til å *styrke overgangen* fra LBS/BBS til hjem eller fosterhjem (ikke institusjon) og *sikre en videre generalisering av ferdigheter* eller oppnå en generalisert effekt av institusjonsbehandlingen, som beskrevet i institusjonsplanene. I tillegg kommer at ungdom opplever å bli boende i de integrerte institusjonene selv om de ikke lenger mottar behandling, nettopp fordi det ikke foreligger et (egnet) bosted innen ønsket/planlagt utflyttingstidspunkt.

Utfordringen med usikkerhet knyttet til nytt botilbud/omsorgstilbud var også trukket frem i den forrige evalueringen av de integrerte institusjonene, gjennomført av Melby et al. (2020), og det ser ikke ut til å ha skjedd positive endringer på dette området. Et spørsmål som det er viktig å stille, og som vi mener man må gjøre grundige avveininger rundt i arbeidet med å vurdere den videre driften av det integrerte institusjonstilbudet, er om det er sannsynlig at man i fremtiden evner å snu dette og sørge for at ungdommene har en omsorgsbasis klar allerede ved innflytting eller i god tid før utflytting.

I intervjuer ved sammenlikningsinstitusjonene kommer det også frem at ungdommer opplever å leve med usikkerhet og uforutsigbarhet knyttet til fremtiden og hvor de skal bo fremover i tid (IBS), og at dette er lite gunstig. Samtidig fremgår det at ungdommene som er plassert ved KUS og IBS i høy grad flytter på hybel eller hjem til familie etter endt plassering. Det opplyses også om at det gjennomføres ferdighetsgrupper for foreldre sammen med ungdommene (KUS) og at gruppebasert ferdighetstrening for foreldre er under utvikling (IBS). Både i region øst og region nord opplever man stor mangel på fosterhjem, spesielt til de eldste ungdommene. Dette kan resultere i at ungdommene får forlenget plasseringen ved KUS og IBS frem til fylte 18 år.

Data innhentet fra BIRK relatert til tidligere beboere ved de integrerte institusjonene viser at det er flere av ungdommene i materialet vårt som fortsatt har aktive plasseringer. Av de som har avsluttet plasseringen ved de integrerte institusjonene

ser det ut til at flere flytter videre til omsorgsinstitusjoner. Når det gjelder eierskap til neste tiltak er det kun et fåtall av ungdommene som flytter videre til et kommunale tiltak. Det er flere ungdommer som plasseres videre til tiltak drevet av private aktører ved LBS enn ved BBS, mens det er samme antall ungdommer som går videre til statlige tiltak. Dette kan tyde på at det er vanskelig for kommunene å rigge et tilbud for disse ungdommene etter endt plassering ved de integrerte institusjonene. Dette bekreftes av Ådnanes et al. (2024) der funn fra kvalitative intervjuer med barnevernsledere og andre fagpersoner rundt barnet påpeker at det kommunale hjelpetilbudet til barn og unge med sammensatte og komplekse helseutfordringer er svært mangelfullt eller ikke-eksisterende.

7.5.1 Oppfølging etter utflytting

En svært viktig del av DBT-behandlingen handler om at pasienten har tilbud om telefonkonsultasjoner med terapeuten etter gjennomført behandlingsløp for å få nødvendig hjelp til blant annet å generalisere ferdigheter (Syversen & Fjellheim, 2002). Dersom slik oppfølging skal kunne realiseres for ungdommene som har vært plassert ved de integrerte institusjonene er det noen helt essensielle faktorer som må på plass. For det første må lengden på plasseringen være tydelig avklart slik at institusjonen, barnevernstjenesten og det kommunale hjelpeapparatet gis en struktur å bygge behandlingsopplegget rundt. Slik de integrerte behandlingsinstitusjonene fremstår som svært spissede behandlingstilbud vurderer vi det ikke tilstrekkelig å forholde seg til fasene i standardisert forløp. Ungdomsgruppa det her er snakk om har en rekke plasseringer og flyttinger bak seg, og for å oppnå målet med plasseringen ved LBS og BBS må en tenke langt mer målrettet og langsiktig når det gjelder ungdommenes videre bo- eller omsorgstilbud og oppfølging etter utflytting. For det andre må den kommunale barnevernstjenesten forplikte seg til, allerede ved inntak, å utarbeide tiltaksplan for ungdommens utflytting og videre behandlingstilbud. For det tredje må private aktører som tilbyr fosterhjem eller andre plasseringsalternativer til ungdommene etter utflytting fra integrerte behandlingsinstitusjoner forplikte seg til et samarbeid med den integrerte institusjonen rundt ungdom i en lengre tidsperiode. Dette må Bufetat være særdeles oppmerksomme på ved kjøp av plass for denne ungdomsgruppa hos private aktører etter plassering ved integrert behandling sinstitusjon.

Det kan se ut til at ungdom som er plassert ved sammenlikningsinstitusjonene mottar svært lite oppfølging fra institusjonene de har vært plassert ved etter utflytting. Begge de to sammenlikningsinstitusjonene bryter relasjonen til

ungdommen ved utflytting. I intervjuene med de ansatte ved både KUS og IBS fremkommer det derfor ingen informasjon om ungdommenes hendelsesforløp etter utflytting, og heller ingen informasjon om hvordan spørsmål rundt helse, skole og fritidsaktiviteter følges opp. I Faglig beskrivelse av OEM (2020, s. 110) beskrives nødvendige personlige egenskaper hos miljøpersonalet:

Som i alt endringsarbeid er relasjonen til ungdommen helt sentralt i OEM. Uten en troverdig og forpliktende relasjon vil ikke ungdommene ha forutsetninger for å skape endring. Terapeutene i OEM må være tålmodige, omsorgsfulle, medfølende, ha tro på endring – og ikke minst modellen.

Samtidig beskrives overgangsfasen med flytting i den faglige beskrivelsen av OEM som en fase som «gjerne innebærer at relasjoner avsluttes» (2020, s. 110), samtidig som det problematiseres at flere av ungdommene allerede har mange brutte relasjoner bak seg. Det fremstår for oss som et paradoks at OEM-institusjonene avslutter relasjonene til ungdommen når ungdommen flytter ut, når den faglige beskrivelsen er så tydelig på relasjonenes betydning for ungdommenes endringsarbeid.

7.6 Turnover – konsekvenser for kvalitetssikring og implementering

Funnene fra de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen indikerer at det er nødvendig at personalet er grundig opplært og dedikert til DBT for at modellen skal være effektiv. Sammenstillingen av funn fra de integrerte institusjonene peker på at det er perioder med relativt høy turnover av ansatte både på helse- og barnevernsiden. Turnover i personalgruppa er en gjennomgående utfordring i norske barnevernsinstitusjoner. I en nasjonal omfangsundersøkelse gjennomført blant 3000 ansatte i barnevernsfeltet våren 2022, oppga nær halvparten av de institusjonsansatte at de ville lete aktivt etter en ny jobb i løpet av det neste halvåret (Bufdir, 2022). I undersøkelsen svarte en av fem at de ønsket å søke seg bort fra institusjonsfeltet, mens en av fire ville søke seg annen jobb innenfor institusjonsfeltet (Bufdir, 2022). Kvalitative svar i undersøkelsen pekte i retning av at de institusjonsansatte opplevde at lønna var for lav i forhold til de utfordringene ansatte ble satt til å løse, at det å jobbe med ungdom som utagerer verbalt eller fysisk er belastende, at bemanningen i institusjonen er for lav og fører til høyt arbeidspress og lav sikkerhet i institusjonene, og til sist påpekte flere av informantene dårlig ledelse som årsak til høy turnover (Bufdir, 2022). Vi har ikke hentet inn data relatert til turnover i institusjonene som

har deltatt i dette prosjektet, men i intervjuer med ansatte og ledere fremkommer det at institusjonene i perioder har utfordringer knyttet til turnover. Om periodene med utfordringer i forhold til turnover handler om de samme faktorene som fremkom i Bufdir (2022) sin omfangsundersøkelse kan vi ikke si noe sikkert om, men det fremkommer i våre data at turnover fører til utfordringer i gjennomføringen av OEM/DBT.

Funn fra våre intervjuer viser at høy turnover og ustabilitet i personalgruppa er en utfordring som rokker ved strukturene og får negative konsekvenser både for implementering og opprettholdelse av metode- og modellkompetanse, kontinuitet i behandlingen, bruk av tvang og for ungdommenes opplevde omsorg under bo- og behandlingstiden ved de integrerte institusjonene. For ungdommene kan høy grad av turnover også føre til usikkerhet og flere beskriver at det er ulike regler avhengig av hvem som er på jobb. Hva angår BBS viser ungdommer til at de opplever en dreining eller et slags skifte ved BBS i 2023, som knytter an til en periode med høy turnover, ustabilitet og utskifting av ansatte. De forteller om tap knyttet til relasjonsbrudd, skifte av hovedkontakter og at man hele tiden må prøve å bygge nye relasjoner. I denne forbindelse beskrives et skifte i holdningen til personalet, hvor de opplever å bli møtt på en annen måte enn før som innebærer at de savner omsorg og positiv oppmerksomhet. Intervjustudien viser også at det opplyses om delvis høy turnover i sammenlikningsinstitusjonene. Ansatte ved KUS gir uttrykk for å oppleve høy turnover i personalgruppa som utfordrende, spesielt når nyansatte som gjennomgår opplæring i OEM velger å slutte før prøvetiden er over. De viser blant annet til at de opplever å miste personale til andre aktører i institusjonsbarnevernet som har lagt opp til langturnus. Ungdommene ved KUS forteller at de opplever at utskiftingene bidrar til uforutsigbarhet og svakere relasjoner til ansatte og at regler praktiseres mer ulikt. Ved IBS opplyses det at bemanningen har vært nokså stabil etter overgangen til OEM, men at de hadde en økning i turnover i 2022.

Spesielt ved LBS reflekteres det rundt utfordringer knyttet til å bygge opp ny kompetanse relatert til OEM/DBT blant ansatte, som kan føre til tilbakeslag i arbeidet med ungdommene. Ledelsen ved BBS nevner også høy turnover, men mener at behandlingsopplegget likevel fungerer bra, og at nyansatte raskt tilegner seg modellens prinsipper. Vi kan ikke si noe sikkert om hvorfor de to institusjonene opplever utfordringene rundt høy turnover i ansattgruppa ulikt. Vi vil imidlertid understreke at det ved LBS ble reflektert og drøftet mye rundt betydningen av høy turnover i gruppeintervju med ansatte, mens dette ved BBS ble problematisert/drøftet

i ledelsesintervju. Det seks ansatte fra helse som jobber ved LBS, to psykologer og fire miljøterapeuter, alle tilhører akuttambulant enhet ved Sørlandet sykehus. Psykologene er til stede ved LBS 50-60% av arbeidstiden sin, mens miljøterapeutene er til stede og går i turnus 80% av arbeidstiden. Resten av arbeidstiden utføres ved akuttambulant enhet på sykehuset. Ved BBS utgjør helsetilbudet tre ansatte fra Nordlandssykehuset, to psykologer og en sykepleier, som alle tre har arbeidssted ved institusjonen. En kan se for seg at modellen som er valgt ved BBS kan oppleves mer tilgjengelig på helsesiden av de ansatte, og at overføring av kunnskap ved turnover oppleves enklere fordi helseforetakets ansatte alltid er til stede på dagtid. Et prosjekt igangsatt i 2013 av psykisk helse for barn og unge i Helse Bergen etablerte et DBT-team der det ble rekruttert inn behandlere fra ulike BUP-avdelinger (Syversen & Fjellheim, 2022). Pilotering av prosjektet startet i 2015, og DBT-teamet var fullt implementert i 2017. Den største utfordringen under implementeringen var turnover blant teammedlemmene og Syversen & Fjellheim (2022) påpeker at høy grad av turnover gir størst risiko for manglende implementering. Når vi vet at høy turnover er en generell utfordring i norske barnevernsinstitusjoner (Bufdir, 2022), og dette også fremkommer i våre data, kan man stille spørsmålsteget ved om implementering av DBT i barnevernsinstitusjoner medfører særlig risiko og hvilke tiltak som kan iverksettes for å bidra til lavere turnover og/eller effektiv implementering når man er kjent med risiko for høy turnover. I implementeringen av DBT i Helse Bergen som beskrevet ovenfor, var det avgjørende for implementering av teamet ble samlokalisert under en leder, og at psykologspesialiststillingene ble økt til 100%. Dette bidro til kontinuitet og bedre struktur for teamet (Syversen & Fjellheim, 2022). Slike tiltak bør også vurderes på de integrerte institusjonene, da høy turnover ser ut til å ha konsekvenser for både implementering av OEM/DBT og for ungdommenes opplevelse av trygghet.

7.7 Tre overordnede temaer knyttet til riggen av de integrerte institusjonene

I dette delkapitlet diskuterer vi tre overordnede temaer knyttet til riggen av de integrerte institusjonene.

7.7.1 OEM/DBT – implementering og erfaringer med modellen – behov for lovregulering av institusjonene

Kvalitet i barnevernsarbeid handler også i høyeste grad om korrekt rettsanvendelse. I forarbeidene til ny barnevernslov og barnevernsreformen fastslås det tydelig

at «Barnevernet må og skal være et gjennomregulert område» (2017, s. 31) og videre at «Institusjonstilbudet er et tiltaksområde der hensynet til kvalitet og rettssikkerhet står særlig sterkt» (Prop. 73 L (2016-2017), s. 91). Når ungdom plasseres i institusjon har institusjonsansatte mulighet til å fatte vedtak om bruk av tvang overfor ungdommene, og i tillegg er ungdommens hverdag i stor grad styrt av institusjonens organisering og struktur. Grunnet høy innsøking og begrenset kapasitet på institusjonsplasser vil det ofte ikke være tilfelle at ungdommen som plasseres har ønsket seg plassering ved den institusjonen som tilbys, og ungdommen har liten eller ingen reell medvirkning når det gjelder plasseringssted eller fagmodell institusjonen jobber etter. Ved plassering ved de integrerte institusjonene fattes det et forvaltningsmessig vedtak om plassering av ungdommen av den kommunale barnevernstjenesten i samarbeid med Bufetats regionskontor. I disse tilfellene benyttes et faglig og forvaltningsmessig skjønn knyttet til plasseringssted, og det gjøres dermed ikke en juridisk vurdering av plasseringssted. Det er derfor nødvendig at rettssikkerheten til ungdommene som plasseres ved de integrerte institusjonene gjøres til gjenstand for vurdering og kvalitetssikring. Når det gjelder rettsgrunnlaget for plasseringer i integrerte institusjoner reiser Dinardi (2024) spørsmål om rettsgrunnlaget er tilstrekkelig utredet før pilotprosjektet ble igangsatt, og påpeker videre at gjeldende rett legger opp til at det er en klar og direkte sammenheng mellom vilkårene for plasseringen og plasseringsstedet (Dinardi, 2024, s. 48). De integrerte institusjonene er en helt ny type institusjon som retter seg mot en ny definert og spesifikk målgruppe i institusjonssammenheng. De skiller seg også fra andre barnevernsinstitusjoner: «De integrerte bygger på to offentlige tjenester, to regelverk og to profesjoner, noe som med tyngde burde tilsi en grundig rettslig vurdering av rettsgrunnlaget for det nye institusjonstilbudet» (Dinardi, 2024, s. 48). På bakgrunn av funn fra intervjuene gjennomført ved Bodø- og Lunde behandlingssenter, den juridiske vurderingen, samt forskning på DBT i institusjonspraksis, mener vi at det rettslige grunnlaget for denne type institusjoner må etableres dersom pilotprosjektet skal videreføres til ordinær drift.

7.7.2 Samarbeid mellom helse og barnevern – og med andre tjenester

7.7.2.1 Samhandling mellom helse og barnevern

De to integrerte institusjonene har som tidligere nevnt organisert helsetilbudet noe ulikt, der man ved BBS har helseforetakenes ansatte med full tilstedeværelse i institusjonen, mens man ved LBS har valgt å dele stillingene mellom helseforetaket og institusjonen.

I intervjuene med ansatte i de integrerte institusjonene kommer det frem utfordringer knyttet til å ha to ulike lovverk å forholde seg til i en og samme institusjon. For ansatte kan dette oppleves å være til hinder for samarbeidet, for eksempel når hendelser og vurderinger registreres i ulike journalsystem. Dette kan være barrierer når det kommer til mulighetene for å drøfte behandlingsopplegget rundt ungdommene. I tillegg må en forholde seg til taushetsplikt på hver sin side. For ungdommenes del handler utfordringer relatert til plassering i institusjon som opererer etter to lovverk om personvern og rettssikkerhet. Dinardi (2024, s. 41) påpeker at de integrerte institusjonene opererer i et skjæringspunkt mellom helselovgivningen og barnevernslovgivningen, noe som stiller særlige krav til etterlevelse av personvernlovgivningen og informasjonssikkerhet. Ved inntak i de integrerte institusjonene kreves det samtykke til helsehjelp fra ungdommens side før innflytting. I noen av tilfellene der plassering i institusjon skjer med samtykke etter lov om barnevern § 3-2, kreves det altså ulike samtykkeerklæringer knyttet til to forskjellige lovverk. Dersom ungdommen trekker samtykket til helsehjelp, kan dette føre til en situasjon der ungdommen fortsatt er plassert ved institusjonen og må omgås helsepersonell i hverdagen. Dinardi (2024, s. 42) problematiserer dette og stiller spørsmålsteget ved hvordan de integrerte institusjonene sikrer at ungdommen i slike situasjoner holdes adskilt fra ansatte som jobber med psykisk helse i institusjonsmiljøet.

De integrerte behandlingsinstitusjonene ser ut til å ha et potensial for å tilby helsehjelp til den spesifikke målgruppa disse institusjonene har spisset seg mot. Samtidig støtter vi oss til Dinardi i hennes konklusjon når det gjelder institusjonskonteksten som skjæringspunkt mellom to lovverk:

Det anses å være et behov for en rettslig utredning som kan belyse og avklare den nærmere reguleringen av integrerte institusjoner som opererer i skjæringspunktet mellom helselovgivningen og brannvernlovgivningen. Dette tilsier også et behov for å kartlegge de særlige krav som stilles til sikring av personvernregler og informasjonssikkerhet. (Dinardi, 2024, s. 43)

Dette betyr at dersom en velger å videreføre pilotprosjektet til varig drift av integrerte behandlingsinstitusjoner er det nødvendig å gjennomføre en rettslig utredning knyttet til ungdommenes samtykke til helsehjelp i kontekst av plassering i barnevernsinstitusjon, med eller uten samtykke. Det er også nødvendig å gjennomføre en rettslig utredning knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, noe vi vil komme tilbake til senere.

Ovennevnte problemstillinger knyttet til lovreguleringer er ikke relevante for sammenlikningsinstitusjonene. Inntak og plass ved KUS og IBS krever ikke et samtykke til helsehjelp fra ungdommene, siden de ikke får helsehjelpen integrert i institusjonstilbudet, men derimot gjennom fastlege og lokal BUP poliklinikk.

7.7.2.2 Samarbeid med andre tjenester

Alle institusjonene som har deltatt i dette prosjektet opplyser at de har tett samarbeid med skolene ungdommene er tilknyttet. Tre av institusjonene har et ekstra tett samarbeid med SMI-skolen, som er et skoletilbud som driftes av fylkeskommunene for barn og ungdom som bor i helseinstitusjoner eller er plassert ved barnevernsinstitusjoner. Den fjerde institusjonen, IBS, følger Innlandsmodellen der en har som målsetting at ungdommen så langt det lar seg gjøre får beholde plassen ved hjemskolen. Dette innebærer at IBS har en langt større portefølje av skoler å forholde seg til og samarbeide med enn de tre andre institusjonene i prosjektet. Skolefravær og utfordringer med skolegang har vært et vedvarende tema blant ungdommene, spesielt på LBS, noe som bekreftes både av tidligere evalueringer og våre funn. Ut fra våre funn er det grunn til å påpeke betydningen av ungdommenes medvirkning ved valg av skoletilbud når de bor på institusjonen, da dette også kan påvirke ungdommenes motivasjon til skole. Motivasjonen kan også påvirkes av hvilke forventninger ungdommene blir møtt med, og forventningene bør også drøftes med ungdommene.

Alle institusjonene samarbeider med instanser som PPT og NAV ut ifra den enkelte ungdommens behov. Samarbeid med NAV opprettes i saker der ungdommen fyller 18 år mens vedkommende er plassert ved institusjonen, og der ungdommen kommer til å ha behov for et tilbud fra NAV ved utflytting. Institusjonene forteller at samarbeidet med NAV fungerer godt, og at samarbeid opprettes fra sak til sak.

Et markant skille mellom de integrerte institusjonene og sammenlikningsinstitusjonene er naturlig nok samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Der spesialisthelsetjenesten er integrert i institusjonstilbudet ved LBS og BBS, er veien inn til spesialisthelsetjenesten lengre for ungdommene på sammenlikningsinstitusjonene. På et systemnivå har både KUS og IBS etablert samarbeid med lokal BUP, KUS gjennom kvartalsvise samarbeidsmøter og IBS med samarbeidsmøter hvert halvår. Ungdom ved KUS gir uttrykk for at det tar tid å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten, mens ungdom fra IBS ønsker seg kortere vei til BUP, og uttrykker at ungdom som er plassert i barnevernsinstitusjon bør slippe å gå gjennom fastlege for å bli henvist BUP.

Tidligere forskning har pekt på at det er en stor andel av barn og unge i institusjon som ikke mottar helsehjelp fra PHBU for sine psykiske helseutfordringer (Kayed et al., 2015). Ådnanes et al. (2024) finner at institusjonsbarnevernet i høy grad opplever å ha ansvaret for ungdommer med store psykiske utfordringer som institusjonene ikke har kompetanse til å tilrettelegge adekvat og god nok omsorg for. De integrerte institusjonene kan dermed være et viktig supplement til dagens institusjonstilbud innenfor barnevernet for den gruppen ungdom *som strever med svært alvorlig psykisk helseproblematikk*, dersom pilotprosjektet skal videreføres til varig drift. Samtidig må helsetilbudet til barn og ungdom i ordinære barnevernsinstitusjoner styrkes og sikres, og en eventuell varig drift av integrerte behandlingsinstitusjoner kan ikke bli en hvilepute for helseforetakene når det gjelder helsetilbud til barn og ungdom plassert i barnevernsinstitusjon.

Når man vurderer videre alternativer for drift av det integrerte institusjonstilbudet må det gjøres noen avveininger knyttet til ovennevnte problemstillinger, som også delvis er oppe til drøfting i den juridiske vurderingen som følger rapporten.

7.7.2.3 Skoletilbud til ungdommer plassert i integrerte institusjoner

I intervjustudien opplyser ungdommene ved LBS at de opplever et sprik mellom det de i utgangspunktet forventer, ønsker og «drømmer om» med hensyn til skolegang, og det skoletilbudet de faktisk får. De sier at de ønsker og drømmer om å gå i vanlig skole, og det fremgår tydelig at de ikke er tilfredse med skoletilbudet gjennom SMI-skolen i Agder. Ungdommene opplyser at de ikke benytter skoletilbudet, at de har sluttet eller at de kun deltar i enkelte timer. Ungdommene viser til at de oppfatter SMI-skolen som et annerledes læringssted med elever i ulik alder og med ulike utfordringer, som de ikke nødvendigvis opplever å ha noe til felles med. Ungdommene forteller at det sosiale og det å være del av et fellesskap er viktig i skolen, men at de ikke har opplevd dette gjennom skoletilbudet de får nå. I gruppeintervju med ansatte ved LBS problematiseres ikke skoletilbudet. Derimot poengteres det at flere av ungdommene som har opphold ved LBS har betydelige utfordringer knyttet til skolegang fra før, og at dette er en sårbar gruppe hvor det viser seg at ungdommenes ønsker og mål knyttet til skolegang ikke alltid er realistiske, eller lar seg gjennomføre i praksis. Spesielt fremheves det at behandlingen er krevende i og med at ungdommene må være motiverte og forpliktet til behandling, og at dette ikke alltid er forenlig med det som kreves for å gjennomføre normal skolegang.

Skoletilbudet ved BBS er også tilrettelagt gjennom SMI-skolen, som er tilknyttet sykehuset. De fleste ungdommene forteller at de går på skolen, men enkeltungdommer forteller at de ikke gjør det fordi de ikke ønsker eller klarer dette. Ungdommene ved BBS vekter ikke i like stor grad som ungdommene ved LBS at de opplever skoletilbudet som annerledes og/eller at elevmassen består av mye forskjellige folk, som de ikke har noe til felles med. Noen peker på at skoletilbudet oppleves som fleksibelt; enkelte har én til én-undervisning, mens andre går i klasse med et par andre ungdommer. Andre peker på at det er uvant med så små klasser og vanskelig å akseptere at en ikke kan ha alle fagene som en ønsker, og at skole må prioriteres mindre, fordi den psykiske helsa må settes først. Av lederintervju ved BBS fremgår det at det samarbeides tett med det tilrettelagte skoletilbudet som er tilknyttet sykehuset.

Barn og unge som bor i barneverninstitusjon har krav på opplæring i tråd med behov og rettigheter. Det er barneverninstitusjonene som har ansvar for å følge opp opplæringen til det enkelt barn; de skal påse at plikt og rett til opplæring ivaretas. Skolemyndighetene har ansvar for å gi opplæringen. Vi vet imidlertid at barn og unge i institusjonstiltak gjennomfører skolegang i mindre grad enn andre barn og unge (Drange et al., 2022; Dæhlen et al., 2017; NOU 2023: 24; Utdanningsdirektoratet, 2014). Skoleansvarlig i barnevernsinstitusjon, som hver enkelt institusjon skal ha, er en funksjon som ble iverksatt for en del år tilbake for å søke og å sikre at barna får opplæring i tråd med rettigheter og behov³¹. Forskning viser imidlertid at erfaringer med skole og gjennomføring av skolegang fremdeles er en stor utfordring for barn og unge som bor i barnevernsinstitusjon (Godø et al., 2023; Ulset, 2020, 2021), og at barn og unge i institusjon ikke får et godt nok tilrettelagt skoletilbud (Drange et al., 2022; Rambøll, 2015). Evalueringens intervjustudie peker i samme retning; skole er en utfordring selv om skoleansvarlig-funksjonen er opprettet, og SMI-skolene er ikke nødvendigvis et tilbud som er godt nok tilrettelagt for ungdommene i forbindelse med deres bo- og behandlingstid i en integrert institusjon. Det er særlig funn fra LBS som indikerer dette, men delvis også fra BBS i og med at enkeltungdommer forteller at de ikke går på skolen, eller at det gis uttrykk for at de egentlig ikke ønsker å nedprioritere skolegang.

³¹ https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/skoleansvarlige_i_barnevernsinstitusjoner_og_omsorgs-sentre_for_enslige_mindrearige_asylsokere_retningslinjer/.

Ungdommenes skolegang og skolenærvær ble presentert som en viktig tematikk også i den forrige evalueringsrapporten (Melby et al., 2020). Skolegangen ble beskrevet som krevende for ungdommene, og det viste seg at mange hadde lavt skolenærvær. Lavt skolenærvær er fortsatt en aktuell problemstilling for ungdom som bor i integrerte institusjoner. Dette synes særlig å gjelde for ungdommene ved LBS. I forrige evalueringsrapport ble det også vist til at skole hadde vært en utfordring for flere av ungdommene i tiden før inntak, og at skoleutfordringene syntes å fortsette og til dels også å bli forsterket under botiden ved BBS og LBS (Melby et al., 2020, s.8). Vi finner at dette delvis sammenfaller med funn knyttet til ungdommenes skolegang også i vår evaluering.

Utfordringer knytte til skolegang synes å være et vedvarende problem i institusjonsbarnevernet, som også har å gjøre med at barn og unge i institusjonstiltak bor der i en begrenset/kort periode før de flytter videre. Barn og unge flytter mellom ulike tiltak og må dermed også bytte skole, noe som innebærer gjentatte sosiale og faglige brudd (NOU 2023: 24). Med slike premisser er det en krevende oppgave både å gi- og å følge opp barnas/ungdommenes opplæring. Hva som er et godt tilrettelagt skoletilbud for barn og unge i institusjonsbarnevernet generelt, og for ungdommene i de integrerte institusjonene spesielt, er det vanskelig å få grep om. I forbindelse med problematikken rundt gjentatte skolebytter og krevende overganger spør imidlertid Barnevernsinstitusjonsutvalget om det er slik at skolene strekker seg langt nok for elever som bor i barnevernsinstitusjon, når det gjelder å tilby opplæring i hjemmet/institusjonen, og supplerer: «Utvalget mener at opplæring i hjemmet også kan være aktuelt når det er uklart hvor barnet skal videre» (NOU 2023: 24, s. 248).

8. Avslutning – alternativer for de integrerte institusjonene

I dette kapitlet presenteres ulike alternativer når det gjelder drift av de integrerte institusjonene. Behandlingstilbudet som tilbys ungdommene ved de integrerte institusjonene er en institusjonstilpasset variant av DBT som er implementert i kombinasjon med OEM, og kan forstås som atferdsregulerende. Litteratur og forskning relatert til DBT som behandlingsmetode i institusjon viser at DBT har god effekt på selvskadings- og selvmordsatferd når mottakeren av tilbudet er *motivert* til behandlingen. DBT-behandlingen gjennomføres i et forløp der en hele tiden balanserer dialektikken mellom aksept og endring.

Bodø og Lunde behandlingssenter gir et omsorgs- og behandlingstilbud til ungdom med svært alvorlig helseproblematikk der problematikken kommer til kraftige uttrykk gjennom selvskading og selvmordsatferd. Ungdom som plasseres ved behandlingstilbudene har en lang plasseringshistorikk bak seg med mange flyttinger og relasjonsbrudd. OEM-DBT-behandlingen ved institusjonene har som mål at atferd som selvskading og selvmordsproblematikk skal avta, reduseres eller fjernes, slik at ungdommen etter opphold ved behandlingssentrene kan nyttiggjøre seg omsorgsbaser som fosterhjem eller ordinære omsorgsinstitusjoner, eventuelt kommunale tiltak. Ungdommene som plasseres ved BBS og LBS har ikke et alternativt omsorgstilbud hos familie eller slekt fordi dette er ungdom som det offentlige har overtatt omsorgen for, eller der foreldre har gitt opp omsorgsoppgaven fordi problematikken er av en slik karakter at foreldrene ikke lenger makter å stå i omsorgsoppgaven. I tillegg opplever ungdommene som blir plassert ved BBS og LBS en problematikk som det hjelpeapparatet i stor grad ikke klarer å håndtere, og flere av disse ungdommene har ikke omsorgsalternativer som kan imøtekomme deres behov i denne utfordrende livsfasen. Å redusere eller fjerne ungdommens selvskadings- og selvmordsatferd har til hensikt å føre til at neste omsorgsbaser og/eller omsorgspersoner skal makte å stå i omsorgsoppgavene rundt ungdommen. Samtidig viser våre funn at det ofte ikke er etablert gode nok tilbud til ungdommene ved utflytting fra de integrerte institusjonene, og at institusjonene i en del tilfeller ikke får anledning til å følge opp ungdommene etter utflytting. Det skjer også at plasseringer ved de integrerte institusjonene forlenges, i mangel på nytt plasseringstiltak eller kommunale tiltak for ungdommen.

Innenfor de integrerte institusjonene som drifter etter OEM-DBT, er behandlingsmetoden DBT vektlagt i sterk grad, både fra helseforetakets og Bufetats side. Funn fra vår studie indikerer at dette fører til at ungdommene blir stående i en situasjon der fokuset gjennomgående ligger på behandling, noe som etter vår vurdering går på bekostning av omsorgstilbudet ungdommene har et stort behov for. Det omfattende fokuset på behandling mener vi kan utgjøre en risiko for at omsorgstilbudet en barnevernsinstitusjon normalt skal tilby sine ungdommer kan få redusert fokus.

Vi vurderer også at tilbudet gir ungdommene liten mulighet til å medvirke når det gjelder eget behandlingstilbud og –metodikk. Ungdommene ser i liten grad ut til å ha fått en god nok forståelse for hva forpliktelse til behandlingen innebærer, og at de som en konsekvens av dette har liten eller ingen mulighet til å trekke samtykket til behandling uten at de risikerer å bli flyttet. Ungdommene som er plassert ved BBS og LBS har flere plasseringer bak seg, og har behov for et langvarig omsorgstilbud innenfor barnevern og et langsiktig behandlingstilbud innenfor helse.

Våre funn gir ikke grunnlag for å anbefale at de to integrerte institusjonene videreføres i sin nåværende form. Funnene viser usikkerhet rundt virkningen av institusjonstilbudet. Driftsmessige utfordringer knyttet til blant annet bemanning og turnover, i sammenheng med valg av behandlingsmetodikk fører til at behandlingstilbudet blir sårbart spesielt med henblikk på kompetanseoverføring og kompetansetap. Turnover og mangel på kvalifisert bemanning i barnevernsinstitusjoner er en generell utfordring. På grunn av den svært sårbare gruppen ungdommer som er plassert ved disse institusjonene kan høy turnover utgjøre stor risiko for utrygghet og usikkerhet. Behandlingstilbudet og -metodikken ved de to integrerte institusjonene bygger på ungdommenes samtykke, motivasjon og forpliktelse, og kan i tilfeller der ungdommen opplever behandlingstretthet komme i konflikt med ungdommens rett til medvirkning og ungdommens rett til å trekke samtykke til helsehjelp. Ved de integrerte institusjonene er det ønskelig at ungdommen ved innskriving, har et definert omsorgstilbud ved utskrivning. Dette er ikke tilfellet i dag, og hvilket omsorgs- og/eller behandlingstilbud ungdommene får etter endt opphold ser ut til å være mer tilfeldig enn godt planlagt. Dette fører til stor grad av usikkerhet, som ser ut til å påvirke virkningen av tiltaket og hverdagen for ungdommene som lever med stor grad av uforutsigbarhet.

De utfordringene som fremkommer i vår studie sammenfaller i stor grad med utfordringer som tidligere er påpekt i første evalueringsrapport (Melby et al.

2020). Dette tyder på at de utfordringene som kommer frem er vanskelige å løse. Utfordringene skyldes til dels den valgte behandlingsmetodikken, men også omliggende forhold som ligger utenfor institusjonenes kontroll, som også påvirker behandlingen. I og med at de samme utfordringene er påpekt gjentatte ganger vurderes det som lite sannsynlig at man finner gode løsninger på dette innenfor de samme strukturene som institusjonene har i dag. Med bakgrunn i dette foreslår vi tre mulige alternativer for de to integrerte institusjonene Bodø behandlingssenter og Lunde behandlingssenter.

8.1 Alternativ 1

Bodø og Lunde behandlingssenter videreføres ikke i sin nåværende form. Institusjonene går tilbake til ordinær drift som ordinære barnevernsinstitusjoner og helsetilbudet til ungdommene, både poliklinisk og døgnbasert, gis ved helseforetaket.

Vurderinger og argumenter som ligger til grunn for alternativ 1:

Den juridiske utredningen om det integrerte institusjonstilbudet (Dinardi, 2024) foreslår at det er en rekke uavklarte spørsmål knyttet til det rettslige grunnlaget for de integrerte institusjonene. I dag avgjøres plasseringer i de integrerte institusjonene gjennom administrativt vedtak fra den kommunale barnevernstjenesten i samarbeid med Bufetat. Ungdommen har rett til å delta i sitt eget saksforløp, men det er barnevernets ansvar å legge til rette for og dokumentere at reell medvirkning har funnet sted. Vi mener at dette undergraver ungdommens rettssikkerhet i så stor grad at den nåværende praksisen ikke kan fortsette. Valg av plasseringssted etter omsorgsovertakelse skal i utgangspunktet bestemmes av barneverns- og helsenemnda, jf. lov om barnevern § 5-3. Når plasseringssted skal velges skal det blant annet legges vekt på barnets mening. Dersom ungdommen har fylt 15 år vil ungdommen ha partsrettigheter å være representert ved advokat under nemndsbehandlingen. Barns rett til medvirkning i saker for nemnda er hjemlet i lov om barnevern § 14-13, der barnet kan uttale seg direkte til nemnda, eller nemnda kan oppnevne en talsperson for barnet.

Plassering i integrerte institusjoner krever samtykke fra ungdommen til helsehjelp, og forpliktelse overfor både helseforetak og Bufetat til å stå i behandlingsopplegget. Dersom ungdommen trekker samtykket til helsehjelp kan dette skape utfordringer

for det miljøterapeutiske arbeidet fordi plasseringen bygger på ungdommens motivasjon og forpliktelse til å stå i behandlingsopplegget. Denne problemstillingen vil falle bort dersom de integrerte institusjonene går tilbake til drift som ordinære barnevernsinstitusjoner, med tilknyttede helseteam fra helseforetakene. Innenfor dette alternativet bør omsorgstilbudet etter vår vurdering gis i barnevernets omsorgsinstitusjoner, samtidig som ungdommene mottar et fullverdig poliklinisk, og ved behov døgnbasert, behandlingstilbud fra helseforetakene/ spesialisthelsetjenesten. En slik løsning samsvar med barnevernsinstitusjonsutvalgets anbefaling om at de integrerte institusjonene ikke videreføres i sin nåværende form (NOU 2023: 24, s. 136), og utvalgets forslag om at helseforetakene får plikt til å opprette helseteam knyttet til alle barnevernsinstitusjoner (NOU 2023: 24, s. 334). Løsningen samsvarer også med Regjeringens strategi for barnevernets institusjonstilbud (2024, s. 8) som sier at barnevernsinstitusjoner skal bidra til at barn får den hjelpen de trenger fra andre tjenester, men de skal ikke selv tilby helsefaglig behandling.

Dersom de to institusjonene går tilbake til drift som ordinære barnevernsinstitusjoner innebærer dette at miljøpersonalet i større grad må vektlegge en sosialpedagogisk og traumesensitiv tilnærming i bunnen for det relasjonelle, miljøterapeutiske arbeidet med ungdommen. Å gå tilbake til drift som ordinær barnevernsinstitusjon vil i tillegg fjerne behandlingsansvaret fra institusjonen og miljøpersonalet. Dersom fokus på behandling fjernes fra miljøterapeutene, kan oppmerksomheten i større grad rettes mot ungdommenes skolegang, og det bør etterstrebes at ungdommene som blir plassert ved barnevernsinstitusjonene får et så normalt skoletilbud som mulig.

Slik de integrerte institusjonene drifter behandlingstilbudet DBT i dag har ungdommene som er plassert ved institusjonene liten medvirkning når det gjelder strukturen og utformingen av behandlingstilbudet. Ungdommen forventes å forplikte seg til en bestemt behandlingsmetodikk og å være forpliktet til denne gjennom plasseringsforløpet. Å fjerne det sterke fokuset på DBT-behandling vil i større grad åpne for ungdommenes mulighet for medvirkning når det gjelder hverdagsliv og behandlingstilbud fordi rammene i plasseringstiltaket ikke vil være styrt av en spesifikk behandlingsmodell.

Dersom de integrerte institusjonene går tilbake til drift som ordinære barnevernsinstitusjoner kan de utgjøre et tilbud innenfor institusjonsbarnevernet som besitter en spesialisert kompetanse. Barnevernsinstitusjonene har bygget seg

opp et godt kunnskaps- og erfaringsgrunnlag når det gjelder selvskadings- og selvmordsproblematikk. Slik sett kan både Bodø og Lunde behandlingssenter i framtiden etableres som barnevernsinstitusjoner med spesialisert kompetanse på denne problematikken. En kan se for seg at det utarbeides spesifikke inntakskriterier for disse to barnevernsinstitusjonene, der Bufetat utnytter fagkompetansen og kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget som er bygget opp i institusjonene.

8.2 Alternativ 2

Bodø og Lunde behandlingssenter videreføres ikke i sin nåværende form. Videre drift overtas av helseforetakene som utvikler de integrerte institusjonene til døgnposter innenfor psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) med målgruppe barn og ungdom med livstruende atferd, selvskading og selvmordsproblematikk.

Vurderinger og argumenter som ligger til grunn for alternativ 2:

Helseforetakene overtar driften av de integrerte institusjonene, og vedtak om innleggelse hjemles i lov om psykisk helsevern. Dette vil innebære at institusjonene/døgnpostene kan drive ren behandling etter lov om psykisk helsevern.

På bakgrunn av den driften som har vært ved de integrerte institusjonene i pilotprosjektperioden, og det kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget som er bygget opp ved institusjonen, mener vi det vil være hensiktsmessig at institusjonene tilrettelegger for og prioriterer inntak av barn/ungdom som har tiltak i barnevernet. I særlig grad tenker vi ungdom som er plassert utenfor hjemmet, eller der barnevernstjenesten står i en vurderingsprosess om ungdommen har behov for plassering utenfor hjemmet på grunn alvorlige psykiske helseproblemer. Dette vil fordre et tett samarbeid mellom helseinstitusjonene og Bufdir og Bufetat.

Tilbudet ved helseinstitusjonene kan slik sett utformes som et tidsavgrenset behandlingstilbud, og som et supplement til barnevernets tiltak. Dette innebærer at helseinstitusjonene må samarbeide tett med den kommunale barnevernstjenesten, ungdommens foresatte eller annen omsorgsbasis/omsorgstilbud, slik at behandlingstilbudet blir en del av et helhetlig tilbud til ungdommene det gjelder. Ungdom med tiltak i barnevernet, og som innvilges behandlingsplass ved helseinstitusjonene må få et fullverdig skoletilbud under innleggelsen.

Helseinstitusjonene besitter etter pilotprosjektperioden et spesifikt kunnskaps- og erfaringsgrunnlag når det gjelder ungdom som mottar tiltak fra barnevernet. Denne spesielle kompetansen bør kunne nyttes fullt ut, og helseinstitusjonene bør ha en ambisjon om å gi tilbudet også utenfor eget geografisk område. Dette kan by på utfordringer på regionalt nivå, og denne problemstillingen foreslår vi at løses på departementsnivå; mellom Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom helseinstitusjonene skal ta imot ungdom med alvorlig helseproblematikk fra andre regioner, forutsetter dette god informasjonsspredning fra Bufdir, Bufetat og helseforetakene til de kommunale barnevernstjenestene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

8.3 Alternativ 3

Bodø og Lunde behandlingssenter videreføres ikke i sin nåværende form. Videre drift av integrerte behandlingsinstitusjoner (barneverns- og helseinstitusjoner) krever en lovendring der institusjonens plasseringsgrunnlag, drift, bemanning og oppholdstid reguleres i lov om barnevern, og der vedtak om plassering i behandlingsinstitusjonene legges til barneverns- og helsenemndas kompetanse.

Vurderinger og argumenter som ligger til grunn for alternativ 3:

Den juridiske utredningen om nytt integrert institusjonstilbud (Dinardi, 2024) foreslår at det er en rekke uavklarte spørsmål knyttet til det rettslige grunnlaget for de integrerte institusjonene. Basert på funn fra intervjuene med ungdommene som er, og har vært plassert ved de integrerte institusjonene, vurderer vi at tilbudet ved institusjonene gir ungdommene for liten mulighet til å medvirke når det gjelder egen hverdag og livssituasjon. Vi vurderer også at ungdommene i liten grad ser ut til å ha fått god nok forståelse hva forpliktelse til behandlingen innebærer. Dette er ikke nødvendigvis en feil eller mangel ved institusjonstilbudet, men tilsier at en helhetlig gjennomgang av rettsgrunnlaget for det nye institusjonstilbudet, og der ungdommenes rettssikkerhet blir særlig vektlagt, er nødvendig for en eventuell vurdering av varig drift av de integrerte institusjonene.

Behandlingsopplegget som tilbys ved de integrerte institusjonene er av en såpass omfattende og inngripende karakter at en bør vurdere å begrense plasseringstiden

ved institusjonene. En begrenset oppholdstid vil kunne legge press på den kommunale barnevernstjenesten og Bufetat når det gjelder etablering av tiltak rundt ungdommen etter endt behandlingstid. Våre funn viser at det svært sjeldent er etablert et tilstrekkelig, eller godt nok tilbud til ungdommen ved utflytting fra de integrerte institusjonene. Behandlingstilbudet som gis ved institusjonene er av en slik karakter at *omsorgsgivere utenfor institusjonen* bør involveres gjennom hele behandlingsforløpet. Dette inkluderer også den kommunale barnevernstjenesten.

Vårt datamateriale og våre funn peker i retning av de integrerte behandlingsinstitusjonene har utviklet seg i retning av en svært spisset behandlings- og omsorgsmetodikk. Institusjonene kan heller ikke kategoriseres som *ordinære barnevernsinstitusjoner* slik vi forstår begrepet i henhold til lov om barnevern. I tillegg er vi, på bakgrunn av studiens funn, bekymret for at ungdommene som i dag er plassert ved de integrerte institusjonene ikke mottar et godt nok skoletilbud. Dette er svært alvorlig fordi dette kan ha store konsekvenser for ungdommens videre skolegang, utdanningsforløp og til slutt tilknytning til arbeidslivet. Dersom valgt behandlingsmetodikken går utover ungdommenes skoletilbud bør man vurdere å lovregulere maksimal plasseringstid ved de integrerte behandlingsinstitusjonene slik at ungdommene ikke mister vesentlige deler av utdanningsløpet. Vi foreslår at man kan se hen til lovreguleringen som omhandler plassering i barneverninstitusjon for barn med alvorlige atferdsvansker dersom man velger å initiere en prosess som tar for seg rettsgrunnlaget for de integrerte behandlingsinstitusjonene. For å sikre ungdommens rettsikkerhet mener vi avgjørelser om plassering ved integrerte behandlingsinstitusjoner bør legges til barneverns- og helsenemndas kompetanse.

Dersom man velger å videreføre pilotprosjektet til varig drift er det helt nødvendig å utnytte det fulle potensialet som ligger i fagkombinasjonen mellom helse og barnevern. For å sikre et trygt, stabilt og forutsigbart helsetilbud ved de integrerte behandlingsinstitusjonene foreslår vi at det ved hver integrert behandlingsinstitusjon lovreguleres krav om stedfast helsepersonell ved institusjonene, for eksempel psykologer med profesjonsutdanning i 100% stilling. Ved implementering av DBT i BUP Helse Bergen viste det seg at ansettelse av to psykologspesialister i 100% stilling bidro til kontinuitet og struktur i DBT-temaet, og til å redusere turnover i temaet (Syversen & Fjellheim, 2022). Vi foreslår videre at det lovreguleres krav om stedfast sykepleier i 100% stilling som har ansvar for medisinhåndtering og oppfølging av ungdommenes helse. Dette på bakgrunn av at ungdom med alvorlige

psykiske helseproblemer ofte står på en rekke medisiner og korrekt beregning av medisinmengde kan være livsviktig.

Dersom man velger å videreføre pilotprosjektet til varig drift gjennom lovregulering av de integrerte behandlingsinstitusjonene kan man med langt større tydelighet enn i dag kreve spesifikk fagkompetanse og tydelige forventinger til personlig egnethet og interesse hos fagpersonene som skal ansettes ved institusjonene. En slik tydelighet vil forhåpentligvis kunne bidra til å redusere turnover i bemanningen ved institusjonen, sikre trygghet og forutsigbarhet for ungdommene som plasseres, og føre til at modellkompetansen beholdes ved de integrerte behandlingsinstitusjonene.

En nylig forskningsrapport (Ådnanes et al., 2024) finner at kommunene strever med å finne helsetilbud til ungdom plassert i barneverninstitusjon med store utfordringer knyttet til psykisk helse. Rapporten viser at ungdom med selvskading- og selvmordsproblematikk i mange tilfeller avvises av PHBU fordi ungdommen allerede har et tilbud i barneverninstitusjon, og at det skjer en ansvarsskyving fra spesialisthelsetjenesten over til barnevernet når det gjelder flere av de ungdommene som har aller størst behov for psykisk helsehjelp (Ådnanes et al., 2024, s. 109). Selv om forskning på DBT som behandlingsmetode viser å ha god effekt på selvskadings- og selvmordsproblematikk må det også åpnes for andre faglig anerkjente og forskningsbaserte behandlingsmetoder i de integrerte behandlingsinstitusjonene dersom pilotprosjektet skal videreføres til ordinær drift. En kan se for seg at de integrerte behandlingsinstitusjonene også bør kunne gi behandlingstilbud når det gjelder langt flere utfordringsbilder og atferdsproblemer. Dette kan være et steg i retning av å sikre at barn og ungdom i barnevernet med alvorlig problematikk knyttet til livstruende atferd et robust og likeverdig tilbud innenfor et eventuelt integrert institusjonstilbud.

I tidligere forskning på de integrerte institusjonene (Melby et al., 2020) pekes det på en utvikling hvor institusjonene først opplevde press for å fylle opp plassene, men senere tilpasset seg mer nøyaktig til inklusjonskriteriene. LBS diskuterer nå om målgruppen bør revurderes, mens BBS justerer inntak basert på en nedgang i henvendelser innenfor den opprinnelige målgruppen. På bakgrunn av dette mener vi det er grunn til å stille spørsmålstegn ved hvor godt de to integrerte institusjonenes tilbud er kommunisert ut til kommunene. Dersom en vurderer at pilotprosjektet skal videreføres til varig drift er det nødvendig å gjøre institusjonstilbudet tilgjengelige for alle regionene i Norge, og at Bufdir og Bufetat kommuniserer tydelig til alle

kommuner hva som er hensikten med de integrerte behandlingsinstitusjonene, herunder målgruppe og inntakskriterier.

Referanser

- males with aggression and problems of conduct and personality: A comparison of MDT and DBT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2, 544-552. <https://doi.org/10.1037/h0101006>
- Bang, L., Furu, K., Handal, M., Torgersen, L., Støle, H. S., Suren, P., Odsbu, I. & Hartz, I. (2024). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=#om-psykiske-plager-og-lidelser>
- Barne ungdoms og familiedirektoratet & Helsedirektoratet. (2018). *Prosjekt nytt institusjonstilbud. Endelig prosjektrapport*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Barne- og familiedepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Beckstead, D. J., Lambert, M. J., DuBose, A. P. & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addictive Behaviors*, 51, 84-87. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.018>
- Bergsund, H. B. & Nøkleby, H. (2023). *Bruk av tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem: systematisk kartleggingsoversikt (oppdatering) [The use of force and limit-setting for children and youth in residential childcare and foster care: systematic scoping review (update)]*. Folkehelseinstituttet.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buudir. (2022). *Turnover blant ansatte i barnevernet - hvorfor slutter så mange? En nasjonal omfangsundersøkelse av årsaker og kjennetegn ved tjenester og institusjoner med høy turnover*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. https://www2.buudir.no/globalassets/global/nbbf/barnevern/turnover_blaant_ansatte_i_barnevernet_hvorfor_slutter_sa_mange_en_nasjonal_omfangsundersokelse.pdf

Bufetat. (2021). *Institusjonsplan Lunde behandlingssenter*. Bufetat.

Chuang, E. & Wells, R. (2010). The role of inter-agency collaboration in facilitating receipt of behavioral health services for youth involved with child welfare and juvenile justice. *Children and Youth Services Review*, 32(12), 1814–1822. <https://doi.org/doi:10.1016/j.chilcyouth.2010.08.002>

Cooper, M., Evans, Y. & Pybis, J. (2016). Interagency Collaboration in Children and Young People's Mental Health: A Systematic Review of Outcomes, Facilitating Factors and Inhibiting Factors. *Child: Care, Health and Development* 42(3), 325–342. <https://doi.org/doi:10.1111/cch.12322>

Darlington, Y., Feeney, J. A. & Rixon, K. (2005). Interagency Collaboration between Child Protection and Mental Health Services: Practices, Attitudes and Barriers. *Child abuse & neglect*, 29(10), 1085–1098. <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2005.04.005>

DeCou, C. R., Comtois, K. A. & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>

Dinardi, C. (2024). *Juridisk utredning om nytt intergrert institusjonstilbud mellom barnevern og helse, og Omsorgs- og endringsmodellen*. NTNU Samfunnsforskning AS.

Drange, N., Hernæs, Ø. M., Markussen, S., Oterholm, I., Raaum, O. & Slettebø, T. (2022). *Barn, unge og familier i barnevernet - En longitudinell registerstudie. Delprosjekt 2 : Hvordan går det med barna?* (2/2022). Frischsenteret. https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/rapp22_02.pdf

Dæhlen, M., Løvgren, M. & Madsen, C. (2017). *Med hjelp fra barnevernet : En registerstudie av skolegang, tiltak og meldinger* (Notat nr. 3/17). NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/3478/NOVA-Notat-3-2017-Med-hjelp-fra-barnevernet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Espenes, K., Waaler, P. M., Keles, S., Helland, S. S., Schmidt, H., Kjølbi, J. & Tørmoen, A. J. (2023). Implementing a Residential Dialectical Behavior Therapy Informed Treatment Model to Improve Adolescent Mental Health: Feasibility, Fidelity, and Acceptability. *Residential Treatment for Children & Youth*, 40(2), 132–155. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2022.2090481>

Evans, G. W., Li, D. & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development.

Psychological bulletin, 139(6), 1342.

- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *The British journal of psychiatry*, 190(4), 319-325.
- Forskrift om barns medvirkning i barnevernet. (2023). *Forskrift om barns medvirkning i barnevernet* (FOR-2023-10-12-1631). Barne- og familiedepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2023-10-12-1631>
- Fox, A. M., Miksicek, D., Veele, S. & Rogers, B. (2020). An evaluation of dialectical behavior therapy for juveniles in secure residential facilities. *Journal of Offender Rehabilitation*, 59(8), 478-502. <https://doi.org/10.1080/10509674.2020.1808557>
- Geddes, K., Dziurawiec, S. & Lee, C. W. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the Treatment of Emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and Suicidal Adolescent Females: A Pilot Programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service. *Psychiatry journal*, 2013, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2013/145219>
- Gerard, J. M. & Buehler, C. (2004). Cumulative environmental risk and youth maladjustment: The role of youth attributes. *Child development*, 75(6), 1832-1849.
- Gillespie, C., Joyce, M., Flynn, D. & Corcoran, P. (2019). Dialectical behaviour therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting. *Child Adolesc Ment Health*, 24(3), 266-273. <https://doi.org/10.1111/camh.12325>
- Godø, H. T., Halså, A. D., Omland, G. B. & Hauge, M.-I. (2023). Tenk deg at du balanserer på en line»: Unges fortellinger om å få til skolen når de bor i barnevernsinstitusjon. *Tidsskriftet Barn - Forskning om barn og barndom i Norden*, 41(2-3), 57-73.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.534>

- Graber, J. A. (2004). Internalizing problems during adolescence. I L. D. Steinberg & R. M. Lerner (Red.), *Handbook of adolescent psychology* (s. 587-626).
- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188-196. <https://doi.org/doi:10.1080/13561820500081745>
- Hancock-Johnson, E., Staniforth, C., Pomroy, L. & Breen, K. (2020). Adolescent inpatient completers of dialectical behaviour therapy [Adolescent inpatient completers of DBT]. *Journal of Forensic Practice*, 22(1), 29-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/JFP-07-2019-0029>
- Helsetilsynet. (2019). *Omsorg og rammer. Når barn trenger mer.* (2/2019). Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2023a). *Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barneverninstitusjon har mistet livet* (3/2023). Helsetilsynet. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/gjennomgang-av-saker-der-barn-med-tilknytning-til-barnevernsinstitusjon-har-mistet-livet/#>
- Helsetilsynet. (2023b). *Helhetlige tjenester med barnets beste i sentrum - Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjoner har mistet livet.* Helsetilsynet.
- Johnson, L. J., Zorn, D., Yung Tam, B. K., Lamontagne, M. & Johnson, S. A. (2003). Stakeholders' views of factors that impact successful interagency collaboration. *Exceptional Children*, 69(2), 195-209. <https://doi.org/doi:10.1177/001440290306900205>
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M. & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European child & adolescent psychiatry*, 25(1), 33-47.
- Jöhncke, S. (2012). Behandlingsmyten. *Rus & samfunn*, 6(1), 41-44. <https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2012-01-15>

- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S. & Miller, A. L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282. <https://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00008>
- Katz, L. Y., Gunasekara, S. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient parasuicidal adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 26, 161. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=05320e74-d5e9-4a0e-badd-df0dfa33c9d8%40redis>
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M. & Wichstrøm, L. (2015). *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner* NTNU, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet.
- Klodnick, V. V., Kissane, B., Johnson, R. P., Malina, C., Ewing, A. & Fagan, M. A. (2021). Adapting Dialectical Behavior Therapy for Young Adults Diagnosed with Serious Mental Health Conditions in Residential Care: A Feasibility Study. *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 269-288. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2020.1751017>
- Kornør, H. & Heyerdahl, S. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, selvrappport (SDQ-S).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lovelle, C. (2008). Dialectical Behavioral Therapy and EMDR for Adolescents in Residential Treatment: A Practical and Theoretical Perspective. *Residential Treatment for Children & Youth*, 23(1-2), 27-43. https://doi.org/10.1300/J007v23n01_03
- Lurie, J. (2016). *Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Rapport 5/2016*. NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
- Lurie, J. (2017). *Evaluerings av "Akutten i Nord-Trøndelag". Rapport 8/2017*. NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
- 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*. NTNU Samfunnsforskning AS.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Mandal, R., Wågø, S., Høyland, K., Paulsen, V. & Melby, L. (2019). *Rapport. Følgforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvaring omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. Delrapport 1*. SINTEF Digital.
- Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv del 2: Barn og Unge*. Folkehelseinstituttet.
- McCredie, M. N., Quinn, C. A. & Covington, M. (2017). Dialectical Behavior Therapy in Adolescent Residential Treatment: Outcomes and Effectiveness. *Residential Treatment for Children & Youth*, 34(2), 84-106. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1271291>
- McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H. & McClellan, J. M. (2010). A Pilot Evaluation of Dialectical Behavioural Therapy in Adolescent Long-Term Inpatient Care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 193-196. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00569.x>
- Mehlum, L. & Tørmoen, A. J. (2014). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi*, 19(3), 3-8.
- Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S., Høyland, K. & Kaasbøll, J. (2020). *Nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp*. SINTEF akademisk forlag.
- Miller, A. L., Rathus, J., Linehan, M., Wetzler, S. & Leigh, E. (1997). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. . *Journal of Practical Psychiatry & Behavioral Health*, 3(2), 78-86.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- NOU 2023: 24. (2023). *Med barnet hele vegen: Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3448ea4c535f4d20bbbb1ef4e05fc994/nou/pdfs/nou202320230024000dddpdfs.pdf>

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

Paulsen, V. (2022). *Barn og unges medvirkning i barnevernet.* Gyldendal.

Prop. 73 L (2016-2017). (2017). *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform).* Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/67954c9d29dd4c0ca3134e0931f32fdc/no/pdfs/prp201620170073000dddpdfs.pdf>

Prop. 133 L (2020-2021). (2021). *Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven.* Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f325e4de00fb472f85a7a2b94124f531/no/pdfs/prp202020210133000dddpdfs.pdf>

Rambøll. (2015). *Kartlegging av opplæringsmodeller og vurdering av innhold og kvalitet.* Rambøll.

Regjeringen. (2024). *Vårt felles ansvar - ny retning for barnevernets institusjonstilbud (Strategi).* <https://www.regjeringen.no/contentassets/4c19011094d048dfac26f4c631127cb7/no/pdfs/vart-felles-ansvar-strategi.pdf>

Saito, E., Tebbett-Mock, A. A. & McGee, M. (2020). Dialectical Behavior Therapy Decreases Depressive Symptoms Among Adolescents in an Acute-Care Inpatient Unit. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(4), 244-249. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0149>

Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W. & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy-Corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(2), 105-113. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00275.x>

Sivilombudsmannen. (2020). *Besøksrapport. BUP Sengepost, Sykehuset i Levanger. 10.-12. februar 2020.* Sivilombudsmannen.

SKM Endringsarbeid i omsorgsinstitusjon. (2020). *Faglig beskrivelse. Omsorgs- og endringsmodellen.* Bufetat.

Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis* (1. utg.). New York: Guilford Press.

- Sunseri, P. A. (2004). Preliminary Outcomes on the Use of Dialectical Behavior Therapy to Reduce Hospitalization Among Adolescents in Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21(4), 59-76. https://doi.org/10.1300/J007v21n04_06
- Syversen, A. M. & Fjellheim, G. S. (2022). Erfaringer fra etablering av dialektisk atferdsterapi for ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2022/01/erfaringer-fra-etablering-av-dialektisk-atferdsterapi-ungdom>
- Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P. & Venuti, M. (2020). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 149-156. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.020>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Timonen-Kallio, E. (2019). Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: A Cross-country study in six European countries. *European Journal of Social Work*, 22(6), 947-960. <https://doi.org/doi:10.1080/13691457.2018.1441135>
- Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B. & Boesky, L. (2002a). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1475-3588.00022>
- Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B. & Boesky, L. (2002b). Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/1475-3588.00022> (Child Psychology & Psychiatry Review)
- Ulset, G. (2020). Skoleerfaringer blant ungdommer som bor i barneverninstitusjoner. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 97(3), 214-229. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2020-03-05>
- Ulset, G. (2021). Oppfølging av skole i barneverninstitusjoner. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 98(2), 104-120. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2021-02-03>

- Utdanningsdirektoratet. (2014). *Rett til opplæring i barne- og helseintusjon, og i hjemmet ved langvarig sykdom*. Rundskriv Udir-6-2014.
- Walsh, B. (2004). 2004 APA Gold Award: Using Dialectical Behavior Therapy to Help Troubled Adolescents Return Safely to Their Families and Communities. *Psychiatric Services*, 55(10), 1168-1170. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.10.1168>
- Wasser, T., Tyler, R., McIlhaney, K., Taplin, R. & Henderson, L. (2008). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) versus Standard Therapeutic Milieu (STM) in a cohort of adolescents receiving residential treatment. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(2), 114-125.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods* (4th ed. utg., Bd. vol. 5). Sage.
- Zahn–Waxler, C., Klimes–Dougan, B. & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12(3), 443-466. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003102>
- Ådnanes, M., Westby, L. C. L., Kaspersen, S. L., Krane, V., Sommer, M., Kaasbøll, J., Bruteig, R., Halvorsen, T., Thoresen, S. & Paulsen, V. (2024). *Helsehjelp til barn i barnevernet: Behov, barrierer og helsetjenestebruk* (Rapport nr. 2024:00195). Sintef.

Vedlegg 1

Juridisk utredning om nytt integrert institusjonstilbud mellom barnevern og helse, og Omsorgs- og endringsmodellen (OEM)

Juridisk utredning på oppdrag fra NTNU Samfunnsforskning
Utført av advokat Cecilia Dinardi
April 2024

Innholdsfortegnelse

Forord	319
Sammendrag	320
DEL I – INNLEDNING	322
1. Utredningens tema, mandat og struktur	322
1.1 Tema, bakgrunn og utredningens mandat	322
1.2 Metode	323
1.3 Rapportens struktur	324
DEL II – RETTSLIG GJENNOMGANG	325
2. Menneskerettslige forpliktelser om barns rettigheter	325
2.1 Retten til ikke å utsettes for ulovlig frihetsberøvelse - legalitetsprinsippet	325
2.2 Prinsippet om barnets beste og statens plikt til å beskytte barn	327
2.3 Barnets rett til å bli hørt, og medbestemmelses- og selvbestemmelsesretten	327
2.4 Forsvarlighetskravet på barnevernrettens og helserettens område	329
2.5 Barns rett til familie og privatliv, og rett til personvern	331
3. Helsehjelp til barn	333
3.1 Barns rett til helsehjelp og behandling	333
3.2 Barn som pasient, retten til medbestemmelse, og kravet om samtykke	334
4. Rettsgrunnlaget for plassering i barneverninstitusjoner	336
4.1 Barnevernrettens grunnprinsipper	336
4.2 Vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 5-1	336
4.3 Adgang til å flytte barn etter omsorgsovertakelse - barnevernloven §§ 5-5 og 5-3	337

4.4	Plassering i barneverninstitusjon etter barnevernloven § 6-2	340
4.5	Valg av plasseringssted etter barnevernloven § 5-3	342
4.6	Rettigheter og adgang til bruk av tvang i barneverninstitusjoner	343
5.	Barnevernloven §§ 1-1, 1-3, 1-4, 1-6 og 10-1	347
DEL III - INSTITUSJONSBARNEVERNET		351
6.	Barneverns- og helseinstitusjoner	351
6.1	Institusjonsplassering med hjemmel i barnevernloven	351
6.2	Prosjektet «Nytt institusjonstilbud»	355
7.	Omsorgs- og endringsmodellen (OEM)	360
7.1	«En institusjonsvariant av DBT»	360
7.2	Forløpet med OEM	360
7.3	OEMs sikkerhetsplan	361
8.	Pilotinstitusjonene i Lunde og Bodø	363
8.1	Felles for Lunde og Bodø behandlingssenter	363
8.2	Nærmere om Lunde behandlingssenter	365
8.3	Nærmere om Bodø behandlingssenter	368
8.4	Følgeforskningen av 2019	371
8.5	Følgeforskningen av 2020	374
DEL IV – RETTSLIGE VURDERINGER OG OPPSUMMERING		378
9.	Rettslige vurderinger om de integrerte institusjoner	378
9.1	Første mandat: OEMs krav til forpliktelse	378
9.2	Andre mandatpunkt: OEMs sikkerhetsplan	386
9.3	Tredje mandatpunkt: plasseringsgrunnlaget for de integrerte institusjoner	388

10. Referanser og litteratur	393
Lover, forskrifter og veiledere	393
Internasjonale rettskilder	393
Forarbeider	394
Rettsavgjørelser	394
Avgjørelser fra barneverns- og helsenemnda (tidligere kalt fylkesnemnda)	394
Avgjørelser fra EMD	394
General comments	394
Juridisk litteratur	395
Rapporter og utredninger	395

Forord

I begynnelsen av 2023 ble jeg invitert til å delta i noen faglige samtaler med en forskergruppe opprettet i samarbeid med NTNU Samfunnsforskning AS, regionalt kunskapssenter for barn og unge- psykisk helse og barnevern (RBKU) ved institutt for helse ved NTNU. SINTEF avdeling helse, SINTEF Community og NTNU Samfunnsforskning. Dette ble starten på flere interessante møter i deres prosjektgruppe. Samarbeidet utviklet seg til en mer konkret forespørsel om å utarbeide en juridisk utredning som ledd i deres forskningsarbeid med å studere virkningen av de integrerte pilotinstitusjonene.

Jeg har skrevet denne juridiske utredning og står ansvarlig for utredningsarbeidet som er gjort. Jeg har hatt et løpende samarbeid med forskergruppen og underveis fått god hjelp med å få tilgang til relevante dokumenter og rapporter som grunnlag for mitt arbeid.

Underveis har jeg fått diskutere flere faglige temaer og rettslige problemstillinger med kolleger i forskergruppen, men også med eksterne kolleger.

Jeg vil takke forskergruppen bestående av Stian Thoresen, Lena Cathrine L. Westby, Gro Ulset, Jannike Kassbøl, Veronika Paulsen, Rebekka Bruteig, Asle Gauteplass, Regine Ringdal og Joakim Caspersen for et godt samarbeid og en lærerik prosess.

En særlig takk vil også rettes til spesialrådgiver i barneverns- og helsenemnda Christian Børge Sørensen som hjalp meg å løfte det faglige og rettslige blikket med sine tilbakemeldinger, og til jusstudent Cecilie Bråten for at jeg fikk diskutere flere faglige temaer og rettslige problemstillinger sammen med henne.

Oslo, april 2024

Cecilia Dinardi

Sammendrag

I 2018 startet prosessen med å etablere to pilotinstitusjoner med integrert oppfølging fra barnevern og psykisk helse. Et viktig formål med dette nye institusjonstilbudet er å gi ungdommer med et stort behov for psykisk helsehjelp og samtidig behov for langvarig oppfølging utenfor hjemmet, et helhetlig og styrket institusjonstilbud. I denne rapporten er det foretatt en juridisk utredning av enkelte områder knyttet til driften av de integrerte institusjoner og særlig om bruken av omsorgs- og endringsmodellen (OEM).

Formålet til de integrerte institusjoner og behandlingsformen OEM som benyttes, anses å være i tråd med formålsbestemmelsen i barnevernsloven § 1-1. Det er samtidig vurdert at det kan tydeliggjøres at institusjonene skal sikre en tilstrekkelig grad av normalitet, og et bosted som kan oppleves som et «*et hjem*», med gode og trygge «*oppvekstkår*».

Tilgjengelig kunnskap om de integrerte institusjoner og om hvordan OEM fungerer, tyder på at barns rett til medvirkning og til å bli hørt samt barnets beste jf. barnevernsloven §§ 1-3 og 1-4, ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Dette er et viktig forbedringsområde for de integrerte institusjoner og et område med en nær kobling til barns rett til informasjon og barns forutsetninger til å kunne ta stilling til samtykke til helsehjelp, og kravet til forpliktelse etter OEM.

De integrerte institusjoner opererer i skjæringspunktet mellom helselovgivningen og barnevernslovgivningen, og noe som tilsier et behov for en rettslig utredning med fokus på de særlige krav som stilles til sikring av personvernregler og informasjonssikkerhet. Dette falt utenfor denne rapportens mandat og kapasitet. Gjennomgangen som er gjort i denne rapporten tyder imidlertid på at det er uklart hvordan de integrerte institusjoner ser ut til å håndtere helsepersonellens informasjonsplikt i relasjon til ungdommenes informerte samtykkegrunnlag. Det anbefales derfor en nærmere utredning av dette.

Barneverns- og helsenemnda har en sentral kompetanse til å behandle institusjonsplasseringer regulert i barnevernsloven. Samtidig har temaet knyttet til nemndas rolle og kompetanse ved plassering av ungdommer i de integrerte institusjoner, ikke blitt behandlet i prosjektdokumentene. Det er dermed uklart

hvilke saker der ungdommer har blitt plassert i de integrerte institusjoner, som har vært gjenstand for behandling i barneverns- og helsenemnda. Det er videre uklart hvilke vurderinger som har blitt gjort under selve prosjektarbeidet, vedrørende eventuelle behov for lovendringer ved etableringen av integrerte institusjoner.

15. april 2024

Cecilia Dinardi

DEL I – INNLEDNING

1. Utredningens tema, mandat og struktur

1.1 Tema, bakgrunn og utredningens mandat

I 2018 startet prosessen med å etablere to institusjoner med integrert oppfølging fra barnevern og psykisk helse. Formålet med institusjonene er å gi ungdommer med et stort behov for psykisk helsehjelp og samtidig behov for langvarig oppfølging utenfor hjemmet, et helhetlig og styrket institusjonstilbud. Institusjonene er regulert av barnevernloven og helsepersonell er ansatt i helseforetak med sin arbeidsplass på institusjonene. På den måten trenger ikke ungdommene å forlate institusjonene for å få den hjelpen de trenger.

På oppdrag fra Bufdir ble det i 2018 gjennomført en tverrfaglig følgeforskning av de to pilotinstitusjonene, i regi av en forskergruppe fra SINTEF avdeling helse, SINTEF Community og NTNU Samfunnsforskning. Dette resulterte i en delrapport i januar 2019 hvor det blant annet ble sett på prosjektets første fase av etableringen av pilotinstitusjonene i Region sør og Region nord. I mai 2020 utarbeidet SINTEF og NTNU samfunnsforskning den andre delrapporten der pilotinstitusjonene ble fulgt i perioden oktober 2018 til februar 2020. Det overordnede målet med den andre delrapporten var å innhente kunnskap og erfaringer særlig fra ungdommene selv, samt evaluere etableringen og driften av pilotinstitusjonene. Etter følgeforskningens første og andre delrapport, fikk NTNU samfunnsforskning i oppdrag å gjennomføre et forskningsprosjekt for å studere virkningen av de integrerte institusjonene. Dette er et omfattende forskningsprosjekt over tre år hvor det blir sett nærmere på innholdet på institusjonene og hvordan disse fungerer, sett opp mot institusjoner som ikke har integrert helsehjelp i institusjonen.

Høsten 2021 ble jeg kontaktet av forskningsgruppen og invitert til å delta i prosjektgruppens møter for å bidra med juridisk kompetanse. I desember 2022 ble jeg forespurt om å bidra med en juridisk utredning og arbeidet startet i februar 2023. Det ble underveis gitt noe mer tid til disposisjon i arbeidet med rapporten og slik at ferdigstillelse ble forespeilet desember 2023, men dette ble senere forlenget til

våren 2024. Utredningens mandat er å foreta en rettslig vurdering av tre konkrete områder knyttet til driften av de integrerte institusjoner og bruken av omsorgs- og endringsmodellen (OEM), og utrede hvorvidt;

1. OEMs krav om forpliktelse oppfyller barnevernlovens §§ 1-1, 1-3, 1-4, 1-6 og 10-1
2. OEMs sikkerhetsplan er i tråd med barnevernlovens kapittel 10
3. plasseringshjemmelene for de integrerte institusjoner er i samsvar med barnevernloven og særlig i relasjon til rettssikkerheten til ungdommene på institusjonene

Sentrale dokumenter som har blitt gjort tilgjengelige for utredningens arbeid:

- Prosjekt «Nytt Institusjonstilbud», av Bufdir og Helsedirektoratet januar 2019
- Følgforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og stort behov for psykisk helsehjelp, SINTEF, 2019
- Institusjonsplan – Lunde behandlingssenter 2019
- Kvalitetssikring av ny institusjon – Lunde behandlingssenter, av 20.02.2019
- Institusjonsplan – Bodø behandlingssenter 2019
- Midlertidig kvalitetssikring av nytt institusjonstilbud Bodø behandlingssenter, av 22.03.2019
- Rapport fra årlig oppfølging av barneverninstitusjon – Bodø behandlingssenter, av 23.04.2019
- Oppfølging fra etterfølgende kontroll 2019 – Bodø behandlingssenter, av 22.08.2019
- Sluttrapport – Nytt institusjonstilbud for unge med samtidig behov for omsorg og psykisk helsehjelp, 2020
- Faglig beskrivelse av Omsorgs- og endringsmodellen», av Bufetat og utgitt november 2020

1.2 Metode

Den juridiske utredningen består av en beskrivelse av ordningene i de integrerte institusjonene og en rettsdogmatisk gjennomgang av gjeldende rett. Det er rettet særlig søkelys på hvordan de rettslige sider ved driften av de integrerte institusjoner ser ut til å korrespondere med regelverket. Det er foretatt en gjennomgang av

dokumenter og data som har vært tilgjengelig. Den juridiske utredningen tar utgangspunkt i de internasjonale menneskerettsforpliktelser som er gjennomført i norsk rett med forrang. Det er sett særlig på barnevernloven og rettighetsforskriftens bestemmelser, og om helselovgivningen.

1.3 Rapportens struktur

Kapittel 1 er en innledende beskrivelse av rapportens rammer og struktur, før det i kapittel 2 blir gitt en kort presentasjon av de rettslige prinsipper og barns rettigheter som er sentrale for vurderingen av de integrerte institusjoner. I kapittel 3 blir det redegjort for barns rettsstilling når det gjelder helsehjelp, i kapittel 4 følger en gjennomgang av rettsgrunnlaget for plassering av barn og unge i barneverninstitusjoner, før det i kapittel 5 blir foretatt en gjennomgang av sentrale bestemmelser i barnevernsloven som er særlig relevante for denne utredningen. Kapittel 6 gir en beskrivelse av organiseringen og rammene for driften av de integrerte institusjoner. I kapittel 7 presenteres hovedtrekkene med Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) som de integrerte institusjoner har tatt i bruk, og hvor det er særlig fokus på de problemstillingene som denne utredningen foretar en nærmere drøftelse av. Kapittel 8 gir en nærmere beskrivelse av pilotinstitusjonene i Bodø og Søgne. Kapittel 9 består av de rettslige vurderinger og konklusjoner som er foretatt med bakgrunn i utredningens gjennomgang.

DEL II – RETTSLIG GJENNOMGANG

2. Menneskerettslige forpliktelser om barns rettigheter

2.1 Retten til ikke å utsettes for ulovlig frihetsberøvelse – legalitetsprinsippet

En frihetsberøvelse er et inngrep som skal ha hjemmel i lov, og det er denne inngrepshjemmelen som angir rammene for hva som kan sies å være et rettmessig inngrep og som følger av legalitetsprinsippet.¹ Enkeltindivider skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, og de skal ha en reell mulighet til å kunne ivareta og forsvare sine rettslige interesser. Legalitetsprinsippet setter dermed skranker for myndighetenes maktutøvelse og har en viktig side mot hensynet til forutberegnelighet for enkeltindividet. Dette har gitt seg utslag i et klarhetskrav som har betydning både ved utformingen av og tolkningen av loven. Hvilke hensyn som kan tilsi et strengt klarhetskrav beror på henholdsvis alvorlighetsgraden av inngrepet og hensynet til barnets beste.

Retten til personlig frihet er en grunnleggende rettighet som fremgår uttrykkelig av både Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 5 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 9, som følger indirekte av Grl. § 94 og BK artikkel 37. I EMK artikkel 5 nr. 1 og SP artikkel nr. 1, heter det at «[e]veryone has the right to liberty and security of person». Frihetsberøvelse er av et av de tyngste inngrepene staten kan gjøre overfor sine borgere og derfor er dette en helt sentral rettighet. Personer som er særlig utsatt for frihetsberøvelse vil også være mer utsatt for andre former for menneskerettsbrudd, noe som gjør seg gjeldende for barn som anses som en særlig sårbar gruppe.

Barns avhengighetsstilling og generelle sårbarhet har resultert i at prinsippet om barnets beste skal vektlegges som et grunnleggende hensyn i alle avgjørelser som berører barn, jf. Grunnloven (Grl.) § 104 annet ledd og Barnekonvensjonen (BK) artikkel 3 nr. 1.² Det er videre en grunnleggende rettighet for barn at de kan få særlig

¹ NOU 2009:15 side 60

² Haugli (2016), side 53

ivaretatt deres rett til å bli hørt og til å medvirke jf. BK artikkel 12, Grunnloven § 104 første ledd, og barnevernsloven §§ 1-4 og 12-3. Innen helserettens område følger dette særlig av pasient- og rettighetsloven kap. 3 og 4.

Høyesterett har i en avgjørelse tydeliggjort at EMK artikkel 5 kommer til anvendelse ved enhver frihetsberøvelse, uansett årsak, og at den omfatter derfor også ufrivillig plassering i barnevernsinstitusjon.³ Et barns adgang til å kunne forlate en institusjon etter eget ønske anses som kjernen i begrepet «*deprived of his or her liberty*» jf. BK art. 37 bokstav b. Det avgjørende er om barnet har en reell mulighet til å forlate institusjonen når barnet selv ønsker det. Sigurdsen gir uttrykk for tilsvarende tenkning når hun formulerer at hvis «*hvis barnet ønsker å forlate stedet, altså motsetter seg tilbakeholdelsen, men er uten faktisk og rettslig mulighet til dette, foreligger frihetsberøvelse*».⁴ Likeledes vurderer Havre en slik tenkning. Hun vurderer i tillegg at det innenfor EMK ligger en mulighet for en gradert forståelse av frihetsberøvende og frihetsbegrensende barnevernstiltak, og anbefaler blant annet at nemnda tar stilling til alle frihetsberøvelser, også i tilfeller der barnet samtykker.⁵

For å kunne gripe inn overfor enkeltpersoner må det derfor foreligge en lovhjemmel, noe som følger av Grunnloven § 113 som også omtales som legalitetsprinsippet. Tvangsplassering og bruk av tvang på barneverninstitusjoner er klare eksempler på alvorlige inngrep mot sårbare individer, som av rettssikkerhetsmessige hensyn skal være regulert direkte i loven. Menneskerettighetene setter strenge grenser når det gjelder inngrep i den enkeltes frihet og for retten til selvbestemmelse og personlig frihet. Disse rettighetene er forankret i Grunnloven § 104 tredje ledd, første setning jf. Grunnloven § 102 andre ledd, BK artikkel 16 jf. artikkel 19 og artikkel 37, og Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artiklene 3, 8, og 5 nr. 1 bokstav d.

Tvangsbruk overfor barn under offentlig omsorg er i kjerneområdet for legalitetsprinsippet, på grunn av inngrepets art. Tvang kan medføre en alvorlig krenkelse for den enkelte og i særlig grad gjelder dette barn med plasseringstiltak utenfor hjemmet.

³ HR-2021-640-A, avsnitt 49-51

⁴ Sigurdsen (2015) side 1016

⁵ Havre (2023) side 61

2.2 Prinsippet om barnets beste og statens plikt til å beskytte barn

Barnekonvensjonen (BK) artikkel 3 nr. 1 fastslår at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn *«in all actions concerning children»*. Ved avgjørelser som angår barn gir prinsippet om barnets beste uttrykk for en selvstendig rett til å få vurdert hva som er det beste for det enkelte barnet. Barnets interesser skal vektlegges i de saker som gjelder barnet selv, og ved ulike tolkninger av hva som konkret er barnets beste, skal det tolkes i retning av hva som gagnar barnet best. Det følger av BK artikkel 19 nr. 1 at staten har en plikt til å sikre barn en god nok omsorg og beskyttelse, og der BK artikkel 24 nr. 1 regulerer barns rett til *«the enjoyment of the highest attainable standard of health»* som også betegnes som barns rett til helse.

I generell kommentar til BK artikkel 3 gir barnekomiteen en oversikt over elementer ved barnets beste-vurderingen. Listen er ikke uttømmende, men gir konkret veiledning til elementer som i særlig grad skal tas i betraktning; a) barnets synspunkter (BK art. 12), b) barnets identitet (BK art. 8), c) bevaring av familiemiljøet og opprettholdelse av relasjoner (BK art. 9, 18 og 20), d) omsorg, beskyttelse og sikkerhet for barnet (BK art. 3), e) sårbarhetssituasjonen, f) barnets rett til helse (BK art. 24), og g) barnets rett til utdanning.⁶ I intern retten er prinsippet nedfelt i Grunnloven § 104 annet ledd hvor det følger at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som berører barn, og videre i barnelova § 30, og barnevernloven § 1-3.

2.3 Barnets rett til å bli hørt, og medbestemmelses- og selvbestemmelsesretten

For å kunne identifisere hva som er barnets beste, er retten til å bli hørt i BK artikkel 12, helt sentral. Artikkel 12 stiller krav til at barn skal bli hørt i alle beslutninger som gjelder det enkelte barnet, at det skal få muligheten til å si sin mening hvis det ønsker det, og at denne blir vektlagt i tråd med barnets alder og modenhet. Retten som følger av artikkel 12 tilsier at barnet også har en rett til informasjon om avgjørelsen som skal tas, og avgjørelsesprosessen i forbindelse med at det blir hørt. Barnekomiteen har særlig fremhevet at barns rett til medbestemmelse gjelder særlig i saker som handler om spørsmål om barns bosted og samvær med foreldrene, etter både barneloven og barnevernloven.⁷ Når et barn blir plassert i en barnevernsinstitusjon vil barnets rett til å bli hørt og til å få medvirke i egen sak, være

⁶ Generell kommentar nr. 14, avsnitt 1 - 6

⁷ Generell kommentar, nr. 12, avsnitt 51-54

særlig viktige rettigheter å verne om. Tilsvarende gjelder ved oppfyllelsen av barnets rett til helse.⁸

I Grunnloven § 104 første ledd fremgår at *«Barn har krav på respekt for menneskeverdet sitt. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og det skal legges vekt på meningen deres i samsvar med deres alder og utvikling»*. Bestemmelsens ordlyd innebærer en medbestemmelsesrett til barn under 18 år, og at barnets mening skal tillegges den vekt som er *«i overensstemmelse med barnets alder og utvikling»*. Selv om Grunnloven § 104 gir barnet rett til medbestemmelse, åpner ikke bestemmelsen alene opp for at barnet skal ha selvbestemmelsesrett. Selv om barnet kan, eller skal, ha en innflytelse på beslutninger som gjelder barnet selv, har ikke barnet rett til å kunne ta egne beslutninger om alle saker som berører barnet. Medbestemmelsesretten etter BK artikkel 12 og Grunnlovens § 104 innebærer at barnet får tilstrekkelig informasjon der det er behov for det, for å være i stand til å gjøre seg opp en mening om noe, eller for å kunne ta egne beslutninger som del i barnets medbestemmelsesrett.

Barnevernlovens § 1-4 regulerer barnets generelle rett til medvirkning og slår fast en medbestemmelsesrett for alle barn som er i stand til å danne seg egne meninger, uansett alder. Bestemmelsen regulerer barns rett til informasjon om hva opplysninger fra barnet kan brukes til og hvem som kan få innsyn i disse opplysningene. Bestemmelsen lovfester barns uttalerett, men utgjør ikke en uttaleplikt. Innenfor barnevernrettens område blir barns medbestemmelsesrett regulert både for barn som har partsrettigheter og barn som ikke har det. Barns rett til å bli hørt og til å medvirke er sterkt vernet i barnevernloven og regulert i barnevernlovens § 12-3 hvor det følger at alle barn som har fylt 15 år, er part i saken. I saker som gjelder tiltak for barn med atferdsvansker eller tiltak for barn utsatt for menneskehandel, er barnet alltid part uansett alder. Bvl. § 12-3 har i tillegg en særskilt adgang til å innvilge barn under 15 år partsrettigheter, dersom hensynet til barnet tilsier det.

Barn som ikke har fylt 16 år kan innenfor helserettens område ikke samtykke selv på helsehjelp, da barn etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-3 ikke har samtykkekompetanse før fylte 16 år. Det er imidlertid unntaksbestemmelser som gjelder for barn under 16 år og disse er nærmere behandlet under punkt 3.2. Samtidig står retten til å bli hørt etter pbrl. § 4-4 første ledd sterkt, og det følger av

⁸ Generell kommentar, nr. 15, avsnitt 7, 12 og 19

bestemmelsens femte ledd at alle barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter har en rett til å medvirke i helsespørsmål. Barn som har fylt 7 år har en rett til å bli hørt, og når barnet er fylt 12 år skal det legges stor vekt på barnets mening.

2.4 Forsvarlighetskravet på barnevernrettens og helserettens område

Krav om forsvarlighet på barnevernrettens område

Barnevernlovens § 1-7 regulerer det lovfestede kravet om at tjenester og tiltak etter barnevernloven skal være forsvarlige. Dette innebærer at barnevernstjenesten har et ansvar for å sikre at barn mottar forsvarlig omsorg og beskyttelse når det er nødvendig på grunn av barnets omsorgssituasjon, eller på grunn av at barnet utsetter sin helse eller utvikling for fare. Det følger av ordlyden i bestemmelsen at «*Barnevernets saksbehandling, tjenester og tiltak skal være forsvarlige*».

Forsvarlighetskravet er også presisert i flere enkeltbestemmelser i barnevernloven⁹ og gir et viktig signal til tjenesten og brukerne om standarden for barnevernets arbeid. Forsvarlighetskravet i § 1-7 er en rettslig standard som innebærer et krav til både kvalitet, innhold, omfang og når tjenester ytes.¹⁰ Innholdet kan utvikles over tid og med utgangspunkt i anerkjent faglig praksis i barnevernet, fagkunnskap fra utdannings- og forskningsinstitusjonene, faglige retningslinjer, og generelle samfunnsetiske normer i samfunnet. Det er i forarbeidene lagt til grunn at forsvarlighetskravet må tolkes i lys av de øvrige bestemmelsene i barnevernloven, særlig formålsbestemmelsen og bestemmelsene om hensynet til barnets beste.¹¹

I NOU 2016:16 fremgår at bestemmelsene i loven, fremfor å ta utgangspunkt i hva som er barnets hjem, heller bør utformes etter barnets omsorgssituasjon og omsorgspersoner. Et barn kan ha flere steder som det anser som sitt «hjem», men det viktigste er at barnet uansett hvor det befinner seg, mottar *forsvarlig* omsorg.¹² Trygghet, kjærlighet, og forståelse slik det følger av formålsbestemmelsen, er viktige elementer i forsvarlig omsorg. Barnets beste-vurderingen som en saksbehandlingsregel stiller krav til beslutningsprosessen og betyr at det må foretas en forsvarlig utredning av aktuelle og mulige konsekvenser for barnet.

⁹ Se blant annet bvl. §§ 5-4 om ansvaret for barnet etter vedtak om omsorgsovertakelse, 6-2 om vedtak om plassering i barneverninstitusjon uten samtykke, 10-1 om barneverninstitusjonens ansvar for forsvarlig omsorg og behandling, 10-2 om barns rettigheter i barneverninstitusjoner, 10-15 om generelle krav til barneverninstitusjoner mfl.

¹⁰ Prop. 133 I (2020-2021) punkt 21.6.1

¹¹ Prop. 106L (2012-2013) s. 130

¹² NOU 2016:16, punkt 3.4.4

Dette forutsetter at det foreligger visse prosessuelle garantier, og at begrunnelsen av en beslutning som berører barn viser at barnets beste har vært riktig vurdert.¹³ Forsvarlighetskravet innebærer at ansatte og andre som utfører arbeid etter loven, må ha tilstrekkelig kompetanse og nødvendige faglige kvalifikasjoner til å utføre sine oppgaver, og er nødvendig for vurderingen av barnets beste.¹⁴

Barnevernstjenesten må vurdere barnets situasjon ut fra vilkårene i loven hva som vil være forsvarlig etter en barnevernfaglig vurdering herunder at valg av og gjennomføringen av tiltaket. Dette har direkte relevans for vurderingen av hvorvidt et barn skal plasseres i en institusjon og hvilke institusjonstiltak som vil anses til det beste for det konkrete barnet.

Krav om forsvarlighet på helserettens område

Forsvarlighetskravet er en grunnleggende norm i norsk helserett¹⁵, det har bred forankring i helselovgivningen og forutsetter at all helsehjelp må være i tråd med prinsippet om barnets beste. Flere lover i helselovgivningen inneholder et forsvarlighetskrav, se blant annet helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. I disse bestemmelsene er det i tillegg til en angivelse av et krav om at tjenester som ytes skal være forsvarlige, også inntatt nærmere presiseringer av hvordan tjenestene skal tilrettelegges. Helsepersonelloven § 4 er en sentral bestemmelse som stiller krav til helsepersonellets utførelse av arbeidet og til at helsepersonellet gir omsorgsfull hjelp. Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige og innebærer at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Forsvarlighetskravet omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gir et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

¹³ Sørensen (2016) punkt 3, særlig punkt 3.2.3

¹⁴ Se Generell kommentar nr. 14 avsnitt 92: «Fakta og informasjon relevant for en bestemt sak må innhentes av godt utdannede fagfolk for å skissere opp alle elementer som er nødvendige for vurderingen av barnets beste», og avsnitt 94 og 05 om betydningen av kvalifiserte fagfolk: «Barn er en sammensatt gruppe, hvert barn har sine egne egenskaper og behov som bare kan vurderes tilstrekkelig av fagfolk som har kompetanse i saker knyttet til barn og unges utvikling. Dette er grunnen til at den formelle vurderingen skal utføres i en vennlig og trygg atmosfære av fagfolk som er opplært i blant annet barnepsykologi, barns utvikling og andre relevante menneskelige og sosiale utviklingsfelt, som har erfaring med å jobbe med barn og som vil vurdere informasjon mottatt på en objektiv måte. Så langt som mulig bør et tverrfaglig team av fagfolk være involvert i vurdering av barnets beste».

¹⁵ Kjellevoll (2016), helse- og omsorgstjenesteloven med kommentarer, side 79

Forsvarlighetskravet som en rettslig standard innebærer en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutførelsen, og en forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges. Forvarligheten blir også bedømt ut fra om det er innhentet samtykke til helsehjelp fra pasienten, og hvilken informasjon pasienten har fått, se pbrl. §§ 4-1 og 3-2. Samtykke er hovedregelen for all ytelse av helsehjelp og gyldig samtykke forutsetter at pasienten forstår hva det blir gitt samtykke til og betydningen av å gi samtykke. Unnlatelse av å innhente samtykke eller å gi pasienten opplysninger på en måte som pasienten kan forstå og nyttiggjør seg, vil bli ansett som uforsvarlig. Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og som ikke krenker vedkommende sin personlige integritet.

2.5 Barns rett til familie og privatliv, og rett til personvern

Grunnloven § 104 gir barn en individuell rett til vern om sin personlige integritet og BK artikkel 16 fastslår at barn ikke skal utsettes for vilkårlig eller ulovlig innblanding i sitt privatliv, sin familie, sitt hjem eller sin korrespondanse, eller ulovlig angrep mot sin ære eller sitt omdømme. Barn har rett til lovens beskyttelse mot slik innblanding eller inngrep. Disse rettighetene er sammenfallende med retten til privatliv som kan leses ut av EMK artikkel 8 og der det i artikkelens første ledd også fremgår at *«enhver har rett til respekt for sitt privatliv»*. Med *«enhver»* inkluderes barn under myndighetsalderen da menneskerettighetene gjelder alle mennesker uavhengig av alder. Dermed kan det legges til grunn at Grunnloven § 104, BK artikkel 16 og EMK artikkel 8 verner barnets rett til privat liv, og mot at barnet skal utsettes for vilkårlig eller ulovlig innblanding. En slik innblanding vil likevel kunne forsvares dersom dette er i samsvar med lov og nødvendig for å ivareta et legitimt formål og til barnets beste. Retten som følger av EMK art. 8 nr. 1 omfatter forbud mot urettmessige tvangsinngrep og rett til å avgi et fritt og informert samtykke til helsehjelp.

Barn har rett til personvern og vern mot uønsket spredning av personlig informasjon. Et barn som blir plassert i en institusjon med hjemmel i barnevernloven, vil få et svekket personvern sammenlignet med andre plasseringer slik som fosterhjemsplasseringer. Dette tilsier at det er desto viktigere å sørge for at barns personvern er reelt og ikke bare formaliteter. Et særlig viktig aspekt ved dette er retten til å ha kontroll over egne personlige opplysninger. For at dette skal ivaretas kreves det et sterkt søkelys på et sentralt område innenfor barnevern, og det er taushetspliktsreglene. I integrerte institusjoner vil det på denne bakgrunn

være særlig viktig å ha en klar forståelse av hvordan regelverket fungerer, hvilke lover som gjelder og for hvem, og hvilken betydning det vil ha for overholdelsen av taushetspliktsbestemmelser i denne type institusjoner. Om den nærmere forståelsen av BK artikkel 12 har barnekomiteen uttalt at når barnet mottar helsehjelp har barnet en rett til å bli hørt om all helsehjelp som mottas. Forvaltningsloven § 13 regulerer den generelle taushetsplikten i forvaltningsretten, og forvaltningsloven § 1 gir adgang til å kunne gjøre endringer på taushetsplikten i særlovgivningen. Barnevernloven er en slik særlovgivning i lovens kapittel 13, og om taushetsplikt som går lenger enn forvaltningsloven § 13.

3. Helsehjelp til barn

3.1 Barns rett til helsehjelp og behandling

Inkorporeringen av Barnekonvensjonen i norsk rett i 2003 har hatt stor betydning i arbeidet med å anerkjenne barn som selvstendige rettighetsinnehavere med egne behov og utfordringer, også innen helsetjenester. Da rettighetsperspektivet kom inn i pasientrettighetsloven i 2011, har det også ført til en økt synliggjøring av pasienter som individuelle rettighetsinnehavere i møte med helsevesenet.¹⁶

BK artikkel 6 innebærer at staten plikter å anerkjenne at hvert barn har en iboende rett til liv, og sikre så langt det går at «barnet overlever og vokser opp». En viktig forutsetning for retten til liv er å sikre barns livreddende helsetjenester. BK artikkel 24 gjelder barns rett til helsehjelp der det følger av artikkelens første ledd at barnet har «rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering». Etter artikkelens andre ledd skal konvensjonspartene «bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike helsetjenester». Etter dette har barn en ubetinget rett til den beste helsehjelpen nasjonalstatene kan tilby. Dette innebærer at barnets foreldre eller de som har omsorgsansvaret for barnet etter barnevernloven, har et ansvar med å sikre barnets rettigheter og at de blir respektert, og ikke stå i veien for at barnet får «den høyest oppnåelige helsestandard» og «et behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering».¹⁷ BK artikkel 25 fastslår at «partene anerkjenner at et barn som er blitt plassert av kompetente myndigheter for å få omsorg, beskyttelse eller fysisk eller psykisk behandling, har rett til periodisk vurdering av den behandling barnet får og av alle andre forhold som har betydning for plasseringen av barnet.» Formålet med denne retten er å ha en mekanisme som kan sikre barn beskyttelse og overvåking av behandlingen som blir gitt, når barnet er plassert utenfor hjemmet.

¹⁶ Fornes, Nylund og Sperr (red.), *Barnekonvensjonen i norsk rett, prinsipper og praksis* side 142, Gyldendal

¹⁷ Se også FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966 (ØSK) artikkel 12 nr. (1) og nr. (2) litra d.

3.2 Barn som pasient, retten til medbestemmelse, og kravet om samtykke

Reglene om samtykke til helsehjelp og samtykkekompetanse er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4 og innebærer en rett til informasjon som kan danne grunnlaget for samtykket. Det er et krav om at pasienten som mottar helsehjelpen innehar kompetansen til å samtykke. Pasientens rett til informasjon og hva pasienten skal ha informasjon om, er regulert i pbrl. kapittel 3. Ved øyeblikkelig helsehjelp som antas å være påtrengende nødvendig, vil kravet til samtykke kunne vike. I helserettslige forhold er hovedregelen at foreldrene har bestemmelsesretten for barn under 16 år jf. pbrl. § 4-4 første ledd. Barnevernstjenesten kan samtykke til helsehjelp for et barn under 16 år dersom barnet er under deres omsorg jf. pbrl. § 4-4 fjerde ledd. Barn som er fylt 16 år har kompetanse til å samtykke til helsehjelp jf. pbrl. § 4-3 første ledd, bokstav b, og har den såkalte «*helsereettslige myndighetsalderen*».

Den klare hovedregelen er dermed at personer over 18 år og som dermed er i over den generelle myndighetsalder har samtykkekompetanse. Videre er barn over 16 år i den helserettslige myndighetsalder og har samtykkekompetanse innen helserettslige spørsmål, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art» jf. pbrl. § 4-3 b).

For barn mellom 12 og 16 år er det foreldrene, eller den som har omsorgsansvaret for barnet, som har samtykkekompetansen. Det følger imidlertid et unntak fra dette i pbrl. § 4-3 c), hvor barn over 13 år under visse vilkår også gis kompetanse til å samtykke selv. Denne adgangen er begrenset til de tilfeller der det følger av «*tiltakets art*» og hvor pasientens foreldre ikke er informert om helsehjelpen jf. pbrl. § 3-4 andre og tredje ledd. Det er helsepersonellet som må ta vurderingen om pasienten mellom 12 og 16 år har rett til selv å samtykke til egen helsehjelp, og ved vurderingen av om samtykkekompetanse skal være et grunnleggende hensyn.¹⁸

Pbrl. § 3-4 regulerer hovedregelen om rett til informasjon om helsetilstanden og helsehjelpen der pasienten eller brukeren er under 18 år. I bestemmelsens første ledd fremgår at foreldrene, eller de med foreldreansvaret, skal informeres om helsehjelpen dersom pasienten eller brukeren er under 16 år. I bestemmelsens andre ledd følger det at informasjon ikke skal gis til foreldrene, eller de med foreldreansvaret, dersom pasienten av «*grunner som bør respekteres*» ønsker dette.

¹⁸ Se veileder Q-2008-1145

I bestemmelsens tredje ledd finnes enda et unntak fra hovedregelen om at foreldrene skal informeres om helsehjelpen til pasienten under 16 år og som gjelder *«uavhengig av pasientens eller brukerens alder»* når *«tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det»*. Da dette unntaket skal gjelde uavhengig av barnets alder, gjelder unntaket også for pasienter eller brukere som er under 12 år, i motsetning til unntaket i pbrl. § 3-4 annet ledd som kun gjelder for pasienter mellom 12 og 16 år. For at det skal foreligge *«tungtveiende hensyn»* må pasienten være i, eller antas å være i, en situasjon som er alvorlig eller som oppfattes som alvorlig for pasienten selv. Helsepersonell må vurdere om det er til det beste for barnet at informasjonen ikke videreformidles til foreldrene eller de med foreldreansvaret. Dermed vil prinsippet om barnets beste etter Grunnloven § 104 annet ledd og BK artikkel 3, være et grunnleggende hensyn etter pbrl. § 3-4 tredje ledd.

Pbrl. § 3-2 første ledd regulerer retten til informasjon og innebærer at pasienten skal ha informasjon om det *«som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger»*. Helsepersonelloven § 10 første ledd fastslår at det er den som gir helsehjelpen som har ansvar for å gi informasjon til pasienten eller andre som har krav på det etter pbrl. §§ 3-2 – 3-4. Bestemmelsen i pbrl. § 3-5 første ledd innebærer at informasjonen må tilpasses pasientens *«individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn»*. Når det dreier seg om et barn, skal informasjonen tilpasses ut ifra barnets alder og modenhet slik at informasjonen er forståelig for barnet. Pbrl. § 3-5 annet ledd gir uttrykk for en sikringsplikt for helsepersonell ved at vedkommende, så langt som mulig, må sikre at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

4. Rettsgrunnlaget for plassering i barneverninstitusjoner

4.1 Barnevernrettens grunnprinsipper

Barnekonvensjonen består av fire generelle prinsipper; retten til ikke-diskriminering jf. artikkel 2, barnets beste jf. artikkel 3 nr. 1, retten til liv, overlevelse og utvikling jf. artikkel 6, og retten til medvirkning jf. artikkel 12. To av disse er sammenfallende med barnevernets grunnprinsipper; barnets beste og retten til deltakelse. Retten til ikke-diskriminering og retten til liv, overlevelse og utvikling anses å ligge indirekte i hensynet til barnets beste.¹⁹

Barnekomiteen har rettet et særlig fokus på viktigheten av familiemiljø når barn er under alternativ omsorg. I deres generelle kommentar nr. 20 fra 6. desember 2016, fremhever komiteen at «det er grundig bevist at unge ved store langtidsinstitusjoner oppnår svake resultater, det gjelder også unge i andre former for alternativ omsorg, som fosterhjem og omsorgsgrupper, om enn i langt mindre grad». Komiteen oppfordrer statene til «å sikre at institusjonalisering kun brukes som en siste utvei, og å sikre tilstrekkelig egnet beskyttelse av alle barn som bor på institusjoner, blant annet gjennom tilgang til konfidensielle klageordninger og rettshjelp». ²⁰

4.2 Vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 5-1

Barnevernloven § 5-1²¹ hjemler adgangen til å treffe vedtak om omsorgsovertakelse. Bestemmelsen gjelder for barn som lever sammen med foreldrene og barn som allerede er plassert utenfor hjemmet. Vedtaksmyndigheten ligger til barneverns- og helsenemnda som har adgangen til å treffe vedtak om omsorgsovertakelse. Bestemmelsen inneholder også det minste inngreps prinsipp og kravet til forholdsmessighet; «*Dersom mindre inngripende tiltak ikke kan skape tilfredsstillende forhold for barnet og det er nødvendig ut fra barnets situasjon, kan barneverns- og helsenemnda ...*». En omsorgsovertakelse vil utgjøre et inngrep i familielivet som i utgangspunktet er i strid etter EMK artikkel 8 nr. 1, men som etter artikkel 8 nr. 2 likevel ikke vil innebære en krenkelse dersom inngrepet er i samsvar med lov, det

¹⁹ Sandberg og Gording Stang (2023), *Barnevernrett*, side 33 og Høstmælingen, N. mfl. (red.), *Barnekonvensjonen, Barns rettigheter i Norge 4. utg.*, Universitetsforlaget.

²⁰ Generelle kommentar nr. 20, avsnitt 49, 52 og 53.

²¹ Bestemmelsen er en videreføring av barnevernloven 1992 §§ 4-12 og 4-8

forfølger et legitimt formål, og det er nødvendig i et demokratisk samfunn. Viktige og relevante hensyn som må avveies mot hverandre er på den ene siden hensynet til barnets behov for beskyttelse og på den andre siden hensynet til barnets og foreldrenes rett til familieliv. Et vedtak om omsorgsovertakelse må i tillegg være til barnets beste etter barnevernloven § 1-3, og i tråd med barnets medvirkningsrett etter § 1-4.

Grunnvilkåret for en omsorgsovertakelse etter § 5-1 er at det er *alvorlige mangler i omsorgen* som kan gjelde både den materielle, fysiske eller emosjonelle omsorgen, og kombinasjoner av dette. Dersom et av vilkårene i første ledd er oppfylt, er grunnvilkåret oppfylt. Dersom grunnvilkåret anses oppfylt er det et tilleggsvilkår om at de alvorlige mangler i omsorgen ikke kan avhjelpes gjennom mindre inngripende tiltak og at omsorgsovertakelse anses som nødvendig ut fra barnet situasjon.

4.3 Adgang til å flytte barn etter omsorgsovertakelse - barnevernloven §§ 5-5 og 5-3

I enkelte barnevernssaker kan det oppstå et spørsmål om endring av plasseringsalternativ og det kan være fra et fosterhjem til et annet fosterhjem, fra et fosterhjem til en barneverninstitusjon, fra en barnevernsinstitusjon til et fosterhjem eller fra en barneverninstitusjon til en annen barneverninstitusjon. Etter barnevernloven § 5-5 kan flytting fra et plasseringssted skje «*bare dersom det er nødvendig på grunn av endrede forhold, eller dersom det er til barnets beste*». Med bakgrunn i målet om stabilitet og kontinuitet for barn under omsorg bør flytting så langt som mulig unngås, med mindre endrede forhold gjør det nødvendig. Dette kan for eksempel være der et fosterhjem eller en barneverninstitusjon viser seg uegnet, eller dersom det av andre grunner anses til det beste for barnet.

Forarbeidene til § 5-5 bemerker at: «*Bestemmelsen gir anledning til å flytte barnet under visse forutsetninger. Den omfatter ikke de tilfeller da barnet må flyttes f.eks. fordi barneverninstitusjonen nedlegges eller fosterforeldrene sier opp avtalen.*»²² Ofstad og Skar mfl. uttaler at: «*En vesentlig del av tilfellene der barn må flytte fra et plasseringssted til et annet faller utenfor anvendelsesområdet til § 17-4. Dette gjelder alle tilfeller der flytting er uunngåelig, for eksempel når fosterforeldrene av ulike*

²² Merknad til den tidligere barnevernlovens § 4-17 i Prp. 44(1991-1992), som den nye bestemmelsen er en videreføring av.

*årsaker sier opp fosterhjemsavtalen, eller institusjonen nedlegges.»*²³ Dette innebærer at de tilfeller der flytting er uunngåelig synes å falle utenfor anvendelsesområdet til barnevernloven § 5-5, mens øvrige tilfeller vil kunne komme til anvendelse.

Barnevernloven § 5-3 regulerer valg av plasseringssted etter vedtak om omsorgsovertakelse. I bestemmelsens annet ledd siste punkt fremkommer at dersom barn ikke kan plasseres slik det er forutsatt i vedtaket, skal saken forelegges nemnda på nytt.²⁴ Basert på lovens ordlyd og forarbeider kommer bestemmelsen til anvendelse både i de tilfeller der barneverntjenesten ikke får plassert barnet i tråd med det opprinnelige vedtaket, og når det oppstår endrede forhold etter effektueringen av det opprinnelige vedtaket. I Rettsdatas lovkommentar til barnevernloven fremkommer at; *«Dersom det ikke er mulig å plassere barnet slik det er fastsatt i nemndas vedtak, skal saken legges frem for nemnda på nytt etter bestemmelsens tredje punktum. Det vil gjelde både nemndas vedtak om plasseringskategori etter første ledd, og eventuelle konkrete krav til plassering etter andre ledd. Dersom barnet ikke kan plasseres i henhold til nemndas vedtak, må nemnda på ny vurdere hvilken betydning det vil ha for omsorgsvedtaket, og hva som eventuelt skal bestemmes om plasseringen dersom omsorgsvedtaket opprettholdes»*²⁵. Dette må forstås slik at det etter de nevnte tilfeller er nemnda som skal behandle spørsmålet om plasseringsalternativ, også etter at den opprinnelige plasseringen har funnet sted.

I en tolkningsuttalelse fra Bufdir fremkommer følgende skriv til daværende Fylkesmann i Troms, om *«...situasjon hvor det ikke skal fattes flyttevedtak etter barnevernloven § 4-17, står fritt til å plassere barnet i et annet plasseringsalternativ, eksempelvis på en institusjon. Problemstillingen er ikke drøftet uttrykkelig i forarbeidene, men Barne- ungdoms og familiedirektoratet legger vekt på at forarbeidene er tydelige på at det ligger til fylkesnemnda å ta stilling til om et barn skal plasseres i fosterhjem eller på en institusjon. Dersom barneverntjenesten ønsker å flytte barnet fra et plasseringsalternativ til et annet, vil det være i strid med lovens utgangspunkt dersom en slik avgjørelse ikke ligger til eller kan overprøves av fylkesnemnda. En slik forståelse av loven styrker rettssikkerheten til de barn som vurderes flyttet fra et plasseringsalternativ til et annet. Dersom barnevernstjenesten fritt skulle kunne endre plasseringsalternativ i slike tilfeller, vil det heller ikke være samsvar mellom barnets*

²³ Barnevernloven med lovkommentarer av Kari Ofstad og Randi Skar 6. utgave, side 170

²⁴ Sandberg og Gording Stang (2023), Barnevernrett, punkt 10.4.2.

²⁵ Rettsdatas lovkommentar til bvl. § 5-3, av professor Lena Bendiksen

plassering og det gjeldende vedtaket som angir hvor barnet skal plasseres. Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet legger til grunn at barneverntjenesten i en slik situasjon må fremme en sak for fylkesnemnda om nytt plasseringssted.»²⁶

I en nylig avsagt dom i Høyesterett²⁷ som blant annet tok stilling til og tolket anvendelsen av barnevernsloven §§ 5-5 og 5-3, blir følgende ytterligere understreket under premiss 45-46:

(45) «Når flytting er særskilt regulert i § 5-5, tilsier det at § 5-3 andre ledd tredje punktum ikke kan omfatte flytting som skjer etter at barnet er plassert første gang. Behovet for en fornyet nemndsvurdering er i ens lik situasjon ivaretatt ved at flyttevedtaket etter § 5-5 andre punktum kan påklages. Jeg bygger etter dette på at § 5-3 andre ledd tredje punktum ikke gjelder etter at barnet er plassert første gang»

(46) «I dette tilfellet fortsatte barnet etter fylkesnemndas vedtak å bo i det beredskapshjemmet hun allerede bodde i. Også et beredskapshjem er et fosterhjem. Selv om det ikke var funnet et varig fosterhjem, er det nærliggende å se den plasseringen hun allerede hadde, som en plassering i samsvar med nemndas vedtak. Dette kan tilsi at barnevernsloven § 5-3 andre ledd tredje punktum om ny foreleggelse for nemnda ikke kommer til anvendelse, men situasjonen her fremstår som et grensetilfelle»

Videre i premissene 49 og 50:

(49) «En slik ordning ville imidlertid samsvare dårlig med utgangspunktet om at valg av plasseringsalternativ ligger til barneverns- og helsenemnda. Dette er også fremhevet i en uttalelse 21. mars 2016/2-51544) 2016) fra Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Direktoratet legger i uttalelse, på grunnlag av det utgangspunktet jeg har fremhevet, til grunn at barnevernstjenesten i en slik situasjon – der det ikke skal fattes flyttevedtak etter § 5-5, men plasseringsalternativet endres i forhold til det opprinnelige vedtaket – må fremme sak for nemnda om nytt plasseringssted»

²⁶ Tolkningsuttalelse fra Bufdir datert 21. mars 2016

²⁷ HR-2023-430-A

(50) «Jeg ser dette på samme måte. Dersom nemndas vedtak i denne saken ikke hadde vært brakt inn for domstolene, skulle barnevernstjenesten etter mitt syn ha reist sak for fylkesnemnda om endret plassering til institusjon. Jeg tar ikke stilling til om dette her også ville følge av barnevernloven § 5-3 andre ledd tredje punktum.»

Barnevernloven § 5-3 sammenholdt med lovens system og gjeldende rettspraksis tilsier etter dette at primærkompetansen til å fatte vedtak om plasseringsalternativ ligger til *nemnda/domstolen*, og at en endring av plasseringsalternativ vil henge nøye sammen med det opprinnelige vedtaket om omsorgsovertakelse og hva som totalt sett er til barnets beste. Dette sammenholdt med hensynet til barnets rettssikkerhet, tilsier igjen at kompetansen til å ta stilling til plasseringsalternativ, skal ligge til *nemnda* og *domstolen*.

4.4 Plassering i barneverninstitusjon etter barnevernloven § 6-2

Barnevernloven § 6-2²⁸ hjemler tvangsplassering i en barneverninstitusjon. Da denne bestemmelsen i sin tid ble innført i barnevernloven var formålet å gi barnet en økt grad av rettssikkerhet når det gjelder vilkår for saksbehandling og innhold i tiltaket.²⁹ Plassering etter denne bestemmelsen krever at barnet det gjelder har et klart *behandlingsbehov*, noe som følger av første ledd sammenholdt med tredje ledd første setning. Grunnvilkåret for tvangsplassering følger av første ledd hvor det heter at «*barnet har utvist alvorlige atferdsvansker*» på én eller flere av de måtene som er angitt i bokstavene a til c; a) ved å begå alvorlige eller gjentatte lovbrudd, b) ved vedvarende problematisk bruk av rusmidler, eller c) ved annen form for utpreget normløs atferd. Slik plassering som omtalt i bestemmelsen innebærer også tvangsmessig tilbakehold i institusjonen. Vedtaksmyndigheten ligger til barneverns- og helsenemnda. Andre ledd regulerer hjemmelen for korttidsplassering som barnevern- og helsenemnda kan vedtak for inntil fire uker. Formålet er da avgrenset til observasjon, undersøkelse og korttidsbehandling.

Tredje ledd omhandler langtidsplassering som vedtas av barnevern- og helsenemnda for inntil tolv måneder. Her følger det at innholdet i plasseringen skal være «*behandling*», og det kan dermed ikke begrunnes med behovet for ytterligere *observasjons*, - og *undersøkelse* som må forankres i annet ledd. Landstidsplassering

²⁸ Bestemmelsen tilsvarende barnevernloven 1992 § 4-24, med unntak av muligheten til opprettholdelse av tvangsvedtak ved fylte 18 år i tidligere lovs tredje ledd som er tatt ut.

²⁹ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992) punkt 4.22

kan, rent unntaksvis, vedtas forlenget én gang dersom vilkårene for det er oppfylt, og skjer ved nytt vedtak i barnevern- og helsenemnda. Det må i så tilfelle foretas en konkret vurdering av om forlengelse vil være forholdsmessig etter EMK artikkel 5, og følgende er presisert i forarbeidene: «*Det er lagt til grunn at vedtak om forlengelse er begrenset til tilfeller der behandlingsopplegget har kommet i gang, og barnet ser ut til å nyttiggjøre seg tilbudet. Det er dermed en forutsetning for vedtak om forlengelse at planen er å videreføre en etablert behandlingsprosess*». Det er videre presisert at: «*Når barnet har vært tvangsplassert i institusjon og oppholdet er avsluttet, vil det stride mot forutsetningene i loven å treffe et nytt vedtak etter lovforslaget § 2-6 relativt kort tid etter at det forrige oppholdet er avsluttet.*»³⁰ I vedtak fattet av barnevern- og helsenemnda i Rogaland (tidligere fylkesnemnda), er det foretatt en grundig drøftelse av forholdet mellom langvarige plasseringer og EMK artikkel 5. nr. 4 om retten til fornyet prøving med rimelige intervaller og BK artikkel 25.³¹

Anvendelsen av tilbakehold etter barnevernloven § 6-2 utgjør en frihetsberøvelse overfor barnet og tilsier en rett til at plasseringen ikke er et uforholdsmessig inngrep.³² Høyesterett har i tilknytning til plassering etter barnevernlov 1992 § 4-24, og som nå er videreført i § 6-2, uttalt at begrunnelsen for vedtaket må vise at «*det er foretatt en balansert avveining av ulike alternativer som viser at inngrepet er forholdsmessig og nødvendig.*»³³ I *D.L. mot Bulgaria*³⁴ presiserte EMD forholdsmessighetskravet når barn plasseres i atferdsinstitusjoner og fastslo blant annet at «*... an essential criterion for the assessment of proportionality is whether the detention was ordered as a last resort, in the child's best interest, and was aimed at preventing serious risk for the child's development. When this criterion is no longer fulfilled, the basis for the deprivation of liberty ceases to exist.*» Tilsvarende følger også av BK artikkel 37 hvor det er fastslått at barn «*shall be used only as a measure of last resort and for the shortest appropriate period of time.*»

Barnevernloven § 6-2 inneholder etter dette et nødvendighetskrav som utgjør en sentral del av forholdsmessighetskravet. Dette innebærer helt konkret at fortsatt plassering må være nødvendig for å unngå at barnets utvikling utsettes for alvorlig

³⁰ Prop. 133 L (2020-2021) punkt 12.1.4.3 og LG-2019-97124 hvor lagmannsretten, under dissens, opphevet fylkesnemndas nye vedtak. Anke til Høyesterett ble avvist fordi vedtaket i mellomtiden var utløpt.

³¹ FNV-2022-104-FRO, av nemndsleder Christian Sørensen

³² Se Grunnloven § 94 og EMK artikkel 5

³³ HR-2021-640-A, avsnitt 66

³⁴ Case of D.L. v. Bulgaria, no 7472/14, 19. May 2016

fare, og plasseringstiden må ikke fastsettes lengre enn det som er nødvendig for å unngå at barnet utsetter seg for slik alvorlig fare. Nødvendighetskravet må konkret begrunnes og bygge på en balansert avveining av interessene som gjør seg gjeldende i saken. Etter dette kommer den brede helhetlige vurderingen. Ved tvangsplassering i en barneverninstitusjon med hjemmel i barnevernloven § 6-2, er det på denne bakgrunn barnets *behandlingsbehov* som vil være det sentrale formål med frihetsberøvelsen. Barneverninstitusjonen skal i tillegg være faglig og materielt egnet til å dekke den konkrete ungdommens behandlingsbehov, og den må være godkjent for slike plasseringer etter reglene i § 10-17.

4.5 Valg av plasseringssted etter barnevernloven § 5-3

Bestemmelsen regulerer hvilken type plasseringer et vedtak om omsorgsovertakelse etter bvl. § 5-1 gir hjemmel for, hvilket er enten fosterhjem eller barneverninstitusjon. Unntaksvis kan kategorien «*opplærings- eller behandlingsinstitusjon*» benyttes, dersom det er nødvendig fordi barnet har nedsatt funksjonsevne.³⁵ Nemnda kan også i særskilte tilfeller bestemme at barnet skal bo i et omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere etter kapittel 11.

Første ledd i bestemmelsen regulerer valg av både type plasseringskategori og av konkret plasseringssted innenfor den enkelte plasseringskategorien. Bestemmelsen krever at barnevernstjenesten redegjør for sitt syn på valg av plasseringssted for barnet når den legger frem for nemnda forslag om omsorgsovertakelse etter § 5-1. Nemnda gis adgang til å stille krav som må følges opp, også slik at saken må bringes inn for nemnda igjen dersom kravene ikke kan følges opp. Dette betyr i praksis at barnevernloven gir nemnda en klar adgang til å kunne legge helt konkrete føringer for plasseringer i den enkelte saken, både når det gjelder fosterhjems- og institusjonsplasseringer. Etter denne bestemmelsen kan nemnda dermed stille vilkår om plassering i en helt konkret institusjon dersom det er denne kategorien som skal benyttes.

Tredje ledd regulerer en rekke momenter av betydning som skal vektlegges og som blant annet er barnets mening, barnets identitet og behov for omsorg i et stabilt miljø, behovet for kontinuitet i barnets oppdragelse og barnets etniske, religiøse, kulturelle og språklige bakgrunn. Dette er momenter som inngår i det overordnet hensynet til det enkelte barnets beste etter bvl. § 1-3.

³⁵ Så lenge barnet faller inn under denne definisjonen, er det ingen avgrensning av type institusjon eller lov institusjonen er hjemlet i (Karnov lovkommentar av bvl. § 5-3).

4.6 Rettigheter og adgang til bruk av tvang i barneverninstitusjoner

Generelle bestemmelser som gjelder for alle institusjonsopphold etter barnevernloven Kapittel 10 i barnevernloven gjelder en rekke bestemmelser om rettigheter under institusjonsopphold der flere av bestemmelsene er en videreføring fra den tidligere rettighetsforskriften. Formålet med å løfte bestemmelser fra forskrift og til lov, er å øke rettssikkerheten for barn og unge i institusjoner. Bestemmelsene fra § 10-1 til § 10-08, og fra § 10-11 til 10-14, gjelder generelt for alle barneverninstitusjoner der barn er plassert med hjemmel i barnevernloven. Barnevernloven §§ 10-9 og 10-10 gjelder særskilt for barneverninstitusjoner etter barnevernloven §§ 4-4 (akuttvedtak om atferdsplassering i barneverninstitusjon), 6-1 (atferdsplassering i barneverninstitusjon etter samtykke) og 6-2 (atferdsplassering i barneverninstitusjon uten samtykke).

Barnevernloven § 10-1 gjelder institusjonenes ansvar for forsvarlig omsorg og behandling. Denne bestemmelsen og § 10-2 som gjelder barns rettigheter i barneverninstitusjoner, bygger i stor grad på statens menneskerettslige forpliktelser som er knyttet til; barns rett til personlig integritet og privatliv, barns rett til beskyttelse mot vold, overgrep og andre alvorlige integritetskrenkelser, legalitetsprinsippet, forbudet mot tortur og annen umenneskelige eller nedverdiggende behandling eller straff, rett til vern om personlig integritet og privatliv, forbud mot frihetsberøvelse, barnets rett til å bli hørt, og barnets beste som et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser som gjelder et barn.³⁶ Barnevernloven § 10-3 regulerer adgangen til bruk av fysisk makt som vil kunne forekomme i enhver familie overfor ethvert barn som ledd i forsvarlig omsorg, såkalte «*milde former for fysisk makt ut fra omsorgsansvaret og trygghet og trivsel*». Eksempler på dette er å holde barnet kortvarig fast eller lede barnet. § 10-4 regulerer forebygging av tvangsbruk og andre inngrep i personlig integritet hvor det kreves at det fortløpende arbeides systematisk og etter faglig anerkjente metoder, for å forebygge og motvirke bruk av tvang. Dette innebærer at det må legges vekt på både forebygging generelt og på evaluering av metoder og situasjoner som kan lede til tvangsbruk og som kan justeres. Det må arbeides systematisk både på system- og individnivå.³⁷ I § 10-4 annet ledd er det lovfestet at det skal skje en konkret bearbeiding av tvangsbruk og andre inngrep hver gang dette har forekommet. Barnevernloven § 10-5 fastslår et klart forbud mot å tvangsmedisinere, isolere,

³⁶ Prop. 133 L (2020-2021), punkt 16.1.1.1

³⁷ Ibid, se særmerknadene til § 10-4

bruke mekaniske tvangsmidler eller annen psykisk eller fysisk tvang eller makt for å straffe barn eller for å gi barnet omsorg eller behandling. Strengt unntak for dette er det som følger av milde former for bruk av tvang i § 10-3, og bruk av tvang i akutte faresituasjoner etter § 10-7.

Med hjemmel i barnevernloven § 10-8 åpnes det for kroppsvisitering, undersøkelse av barnets rom og eiendeler og undersøkelse av innkommende fysisk post. Vilkåret for slike inngrep er at det foreligger «*begrunnet mistanke*» om besittelse av en av de beskrevne kategoriene gjenstander eller substanser. Dette krever at det er «*konkrete, objektive holdepunkter for at barnet oppbevarer eller besitter de nevnte objekter*». Det er eksplisitt uttrykt at slike undersøkelser ikke kan gjennomføres rutinemessig.³⁸ Slike inngrep kan bare iverksettes hvis det er nødvendig for å gi barnet forsvarlig omsorg og behandling eller for å ivareta trygghet og trivsel for alle på institusjonen.

Spesielle inngrepshjemler som gjelder for barn plassert grunnet atferdsvansker

Barnevernloven § 10-9 inneholder de spesielle inngrepshjemplene for barn som er plassert i barneverninstitusjoner på bakgrunn av atferdsvansker. Inngrepshjemplene knytter seg til bevegelsesfrihet, rett til besøk og bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler. I bestemmelsens første ledd er det presisert i ordlyden at formålet med oppholdet utgjør et viktig grunnlag for særlige inngrepshjemler som følger av bestemmelsen. Målgruppen er her barn som er plassert i barneverninstitusjoner som følge av alvorlige atferdsvansker med bakgrunn i et akuttvedtak (§ 4-4), et ordinært tvangsvedtak (§ 6-2), eller et vedtak basert på samtykke (§ 6-1).

I forarbeidene er det presisert følgende: «*Formålet med oppholdet vil inneholde en kombinasjon av å beskytte barnet, behandle, forebygge ytterligere problemutvikling og bidra til positiv endring. Vedtaket som ligger til grunn for institusjonsoppholdet og planer utarbeidet for barnet, vil være viktige for forståelsen av hva som er formålet med plasseringen. Formålet kan aldri være å straffe barnet eller å verne samfunnet.*»³⁹ Der det er nødvendig ut fra formålet med oppholdet har institusjonen adgang til å bruke tvang og andre inngrep.

³⁸ Ibid, punkt 16.1.4.10

³⁹ Ibid, punkt 16.1.4.11

Tabell 1

Spesielle inngrepshjemler etter barnevernloven §§ 10-9 og 10-10
Innskrenke barnets bevegelsesfrihet innenfor og utenfor institusjonsområdet ⁴⁰
Låse døren til institusjonen for barnet
Kreve at barnet har følge av institusjonsansatte utenfor institusjonen
Innskrenke barnets rett til besøk herunder nekte barnet besøk
Innskrenke barnets rett til å bruke elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder nekte bruk, inndra elektroniske kommunikasjonsmidler

Bestemmelsens annet ledd fastslår at vedtak om å innskrenke barnets bevegelsesfrihet og besøk etter første ledd kan treffes for inntil 14 dager om gangen. Vedtak om å innskrenke eller inndra et elektronisk kommunikasjonsmiddel kan treffes for inntil fire uker fra barnet ankommer institusjonen, og deretter for maksimum 14 dager om gangen. Maksimumsgrensene kan ikke benyttes som standardløsning i alle vedtak. I forarbeidene drøftes også situasjonen der innskrenkninger er langvarige eller gjentatte og at dette kan være nødvendig ut fra formålet med oppholdet, men også en indikasjon på at plasseringen ikke er egnet eller under enhver omstendighet medfører så betydelige inngrep at det ikke kan forsvares. Det nevnes helt uttrykkelig at når det etter seks måneder skal gjøres en evaluering av en tvangsplassering, må den samlede bruken av tvang og andre inngrep overfor barnet inngå i helhetsvurderingen.

⁴⁰ Herunder nekte barnet å forlate institusjonsområdet

Tabell 2

Tvangshjemler etter barnevernloven kapittel 10	Plassering i institusjon etter barnevernloven § 5-1 - vedtak om omsorgsovertakelse	Plassering i institusjon etter barnevernloven § 6-2 (og § 6-1 ved samtykke fra ungdommen) - vedtak om tvangsplassering grunnet alvorlige atferdsvansker
Bvl. § 10-3	Milde former for fysisk makt ut fra omsorgsansvaret og trygghet og trivsel	Milde former for fysisk makt ut fra omsorgsansvaret og trygghet og trivsel
Bvl. § 10-4	Forebygging av tvangsbruk og andre inngrep i personlig integritet	Forebygging av tvangsbruk og andre inngrep i personlig integritet
Bvl. § 10-5	Forbud mot fysisk og psykisk tvang og makt	Forbud mot fysisk og psykisk tvang og makt
Bvl. § 10-6	Generelle vilkår for tvang og andre inngrep i barns personlige integritet	Generelle vilkår for tvang og andre inngrep i barns personlige integritet
Bvl. § 10-7	Bruk av tvang i akutte faresituasjoner	Bruk av tvang i akutte faresituasjoner
Bvl. § 10-8	Kroppsvisitasjon og undersøkelse av barnets rom, eiendeler, brev og pakker	Kroppsvisitasjon og undersøkelse av barnets rom, eiendeler, brev og pakker
Bvl. § 10-9		Utvidet adgang til innskrenkninger i bevegelsesfrihet mv. for barn i barneverninstitusjoner
Bvl. § 10-10, 1. ledd	Barn kan samtykke til at det tas rusprøver under oppholdet, når det er nødvendig for å gi forsvarlig omsorg og behandling	Barn kan samtykke til at det tas rusprøver under oppholdet og ved inntak, når det er nødvendig for å gi forsvarlig omsorg og behandling
Bvl. § 10-10, 3. ledd		Adgang til å kreve rusprøvetaking
Bvl. § 10-11	Inndragning av farlige gjenstander	Inndragning av farlige gjenstander m.m.
Bvl. § 10-12	Tilbakeføring ved rømming og med bistand fra politiet hvis nødvendig	Tilbakeføring ved rømming og med bistand fra politiet hvis nødvendig (gjelder ikke ved vedtak om opphold etter § 6-1)
Bvl. § 10-13	Beskyttelsestiltak for barn utsatt eller i fare for menneskehandel	Gjelder kun ved vedtak om opphold etter § 6-6
Bvl. § 10-14	Saksbehandling og klage	Saksbehandling og klage

5. Barnevernloven §§ 1-1, 1-3, 1-4, 1-6 og 10-1

Barnevernlovens § 1-1 om formålet med barnevernloven lyder som følger:

«Loven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærighet og forståelse.

Loven skal bidra til at barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår»

Lovens formålsbestemmelse er en videreføring av barnevernloven 1992 § 1-1 som ble endret ved lov 20. april 2018 nr. 5.⁴¹ Dette er formålsbestemmelsen som gir uttrykk for målene med barnevernmyndighetenes virksomhet og som er retningsgivende for tjenestens prioriteringer generelt og for tolkningen av de enkelte lovbestemmelser.⁴² Sentralt er at loven skal sikre at utsatte barn får nødvendig hjelp, omsorg, og beskyttelse til rett tid. Første ledd annen setning er inspirert fra fortalen til BK hvor det heter at statene skal «erkjenne at barn bør vokse opp i et familiemiljø, i en atmosfære av glede, kjærighet og forståelse for å sikre full og harmonisk utvikling av deres personlighet.» Bestemmelsens andre ledd gir uttrykk for at loven og lovens formål gjelder alle aktører som er forpliktet etter barnevernsloven.⁴³

Det er dermed en nær sammenheng mellom barnekonvensjonen og barnevernslovens formålsbestemmelse. Barnekonvensjonen pålegger staten å sikre barnet «den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel» og «treffe alle egnede, lovgivningsmessige og administrative tiltak for dette formålet» jf. artikkel 3 nr. 2. Barnevernslovens § 1-1 har til formål å sikre utsatte barns rett til nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse og bidra til at barn og unge får gode trygge oppvekstvilkår.

⁴¹ Prop. 133 L (2020-2021) spesialmerknaene til § 1-1 og Prop. 169 L (2016-2017)

⁴² Prop. 169 L (2016-2017), punkt 4.1, og de nye forarbeidene.

⁴³ Sandberg og Gording Stang (red.), *Barnevernrett* side 506, Universitetsforlaget

Barnevernlovens § 1-3 om barnets beste lyder som følger:

«Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Barnevernets tiltak skal være til barnets beste. Hva som er til barnets beste må avgjøres etter en konkret vurdering. Barnets mening er et sentralt moment i vurdering av barnets beste.»

Barnets beste er løftet frem som en av prinsippparagrafene i loven der formålet er å tydeliggjøre at dette førende prinsippet er lovens mest sentrale hensyn.⁴⁴ Bestemmelsen synliggjør at barnets beste ikke bare gjelder ved valg av tiltak, men ved alle avgjørelser og handlinger som berører barnet, og der barnets mening fremheves som spesielt viktig ved vurderingen av barnets beste. Bestemmelsen er dermed helt sentral og knytter seg særlig til hvordan man best oppnår tjenester av høy kvalitet, og hvordan man kan utføre arbeidet på best mulig måte for barnet det gjelder. En viktig del av barnets beste-vurderingen er også barns rett til ikke å bli diskriminert som følger av BK artikkel 2. Dette innebærer at barn skal beskyttes mot utestengning eller urimelig forskjellsbehandling på grunnlag av kjønn, etnisitet, språk, religion, funksjonshemming mm.

Barnevernlovens § 1-4 om barns rett til å bli hørt og til å medvirke lyder som følger:

«Et barn som er i stand til å danne seg egne meninger, har rett til å medvirke i alle forhold som vedrører barnet etter denne loven. Barn har rett til å uttale seg til barnevernet uavhengig av foreldrenes samtykke, og uten at foreldrene informeres om samtalen på forhånd. Barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon og har rett til fritt å gi uttrykk for sine meninger. Barnet skal bli lyttet til, og barnets meninger skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet.

Barn skal informeres om hva opplysninger fra barnet kan brukes til og hvem som kan få innsyn i disse opplysningene. Barnet har rett til å uttale seg før det bestemmes at opplysningene skal deles, og barnets syn skal tillegges vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

Et barn kan i møter med barnevernet gis anledning til å ha med seg en person som barnet har særlig tillit til.

⁴⁴ Prop. 133L (2020-2021) spesialmerknaene til § 1-3

Departementet kan gi forskrift om medvirkning og om tillitspersonens oppgaver og funksjon.»

Barnets rett til å bli hørt og barnets beste-vurderingen er to rettigheter som er tett knyttet til hverandre og som følger av BK. Barns rett til å bli hørt innebærer at jo større innvirkning spørsmålet har på barnets liv, jo mer må barnets mening vektlegges når det aktuelle spørsmålet skal avklares.⁴⁵ Det vil være av betydning for barnets mulighet til å danne seg en mening at det er gitt tilstrekkelig informasjon, slik at barnet kan være i stand til å mene noe om forhold av betydning for barnet. Barn er svært ulike i modenhet og fungering og skal vurderes individuelt og konkret.

Barnevernlovens § 1-6 om retten til nødvendige barneverntiltak lyder som følger:

«Barn har rett til nødvendige barneverntiltak når vilkårene for tiltak er oppfylt»

Bestemmelsen er ment å være en konkretisering av barnets rett til omsorg og beskyttelse etter BK og Grunnloven § 104.⁴⁶ Hensikten var «å gi et tydelig signal om at barnet er hovedpersonen i en barnevernssak».⁴⁷

Denne bestemmelsen som ble innført i 2018 og videreført i den nye barnevernloven, innebærer en rettighetsfesting av retten til hjelp fra barnevernet. Bestemmelsen omfatter også tvangstiltak for et barn som rettighetshaver, og kan oppleves som vanskelig å ha en rett etter til loven til et tiltak som kan innebære et tvangsvedtak som en rettighet barnet ikke nødvendigvis vil oppleve som et gode. Eventuelle tvangstiltak vil imidlertid ha som mål å bedre barnets omsorgssituasjon og gi barnet beskyttelse og må anses egnet og nødvendig ut fra barnets situasjon.⁴⁸ Barns rett til nødvendige tjenester og tiltak gjelder uavhengig av kommunens ressursituasjon, og innebærer blant annet at barn ikke kan bli nektet å få tiltak med begrunnelse i ressursmangel. Dette er sentralt også når det gjelder retten til helsehjelp.

⁴⁵ Barnekonvensjonens Generell kommentar nr. 12 avsnitt 21, og Generell kommentar nr. 7 avsnitt 14.

⁴⁶ Innst. 151 L (2017-2018)

⁴⁷ Prop. 169 L (2016-2017), kapittel 7.1

⁴⁸ Karnov lovkommentar av bvl. § 1-6, ved professor Elisabeth Gording Stang

Barnevernlovens § 10-1 om barneverninstitusjoner lyder som følger:

«Barnevernsinstitusjonene skal gi barn som oppholder seg på institusjonen forsvarlig omsorg og behandling. Institusjonen skal møte barn hensynsfullt og med respekt for deres personlige integritet og skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte.»

Bestemmelsen må leses og tolkes i sammenheng med barnevernloven §§ 1-6 og 1-3. *Forsvarlig omsorg* innebærer vern og beskyttelse, tydelige rammer for å sikre trygghet og god utvikling, oppfølging med skole eller annen opplæring samt fritidsaktiviteter, stabil og god voksenkontakt som gjør at barnet føler seg sett og hørt, skjerming mot kontakt med negative miljøer og beskyttelse mot å skade seg selv eller andre. Omsorgen må tilpasses det enkelte barnets behov og formålet med plasseringen, og alt slik at hensynet til barnets beste etter bvl. § 1-3 er overordnet. *Forsvarlig behandling* gjelder særskilt for barn som er plassert etter atferdsbestemmelsene i bvl. §§ 6-1 og 6-2. Det kreves at det bare brukes faglig og etisk forsvarlige metoder som er tilpasset målgruppen og noe som også henger sammen med at lovens krav til institusjoner er overholdt.⁴⁹

⁴⁹ Prop. 133 L (2020-2021), særmerknadene til 10-1

DEL III - INSTITUSJONSBARNEVERNET

6. Barneverns- og helseinstitusjoner

6.1 Institusjonsplassering med hjemmel i barnevernloven

Organiseringen av institusjonstilbudet i barnevernet

Et grunnleggende fundament for etablering og drift av barneverninstitusjoner er at de skal være tilpasset det enkelte barns behov.⁵⁰ Gjeldende rett bygger på et institusjonstilbud inndelt i tre kategorier og der *lovhjemmelen* er selve grunnlaget for plasseringen.⁵¹ Alle barneverninstitusjoner er i dag inndelt i tre hovedkategorier: akuttinstitusjoner, omsorgsinstitusjoner, og behandlingsinstitusjoner. Andre typer institusjoner utover såkalte barnevernsinstitusjoner er sentre for foreldre og barn. Dette er en egen institusjonsform på siden av omsorgs- og behandlingsinstitusjoner, og som av flere omtales i det daglige som utredningsinstitusjoner.

Når det gjelder barn som er eller står i fare for å bli utsatt for menneskehandel er det etter dagens regelverk mer uklart hvilken institusjonskategori de hører inn under. I praksis har det forekommet at barn i denne type saker har blitt plassert i alminnelige akuttinstitusjoner, men det er mer uklart om det har forekommet plasseringer i omsorgs- eller behandlingsinstitusjoner, og i så fall hvordan deres særlige behov har blitt ivaretatt i den aktuelle institusjon.

⁵⁰ Prop. 133L (2020-2021 punkt 5.1 og Prop. 106L (2012.2013))

⁵¹ NOU 2023:24 punkt 17.2

Tabell 3

Oversikt over rettshjemmel for plassering i institusjoner			
Omsorgsinstitusjoner		Behandlingsinstitusjoner	
Bvl. § 4-2	Akuttvedtak om omsorgsovertakelse	Bvl. § 4-4	Akuttvedtak om plassering i institusjon
Bvl. § 3-2	Vedtak om frivillig opphold i barneverninstitusjon	Bvl. § 6-1	Vedtak om tvangsplassering i atferdsinstitusjon – etter samtykke
Bvl. § 5-1	Vedtak om omsorgsovertakelse	Bvl. § 6-2	Vedtak om tvangsplassering i atferdsinstitusjon – uten samtykke
Sentre for foreldre og barn			
Bvl. §§ 2-3 2. l., 3-4 3. l. Pålegg omplassering i senter for forelder for døgnbasert utredning og pålegg om plassering i senter for forelder og barn for døgnbasert hjelpetiltak			
Menneskehandelssaker			
Bvl. § 4-5	Akuttvedtak om plassering institusjon når fare for menneskehandel		
Bvl. § 6-6	Vedtak om plassering når det er fare for at barnet kan utnyttes til menneskehandel		
Omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere			
Bvl. §§ 3-2 jf. § 11-1	Vedtak om frivillig opphold i omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere		

Dagens ordning er basert på en målgruppeinndeling

Gjeldende rett innebærer at den enkelte barnevernsinstitusjon skal ha en definert målgruppe og en formulert målsetting for sin faglige virksomhet.⁵²

Tabell 4

Tre differensierte målgrupper for behandlingsinstitusjoner ⁵³	
1	Atferdsinstitusjon for barn med lav (atferd lav) risiko for videre problemutvikling
2	Atferdsinstitusjon med høy atferd (atferd høy) risiko for videre problemutvikling
3	Institusjon for rusbehandling

For *omsorgsinstitusjoner* bygger barnevernloven på et utgangspunkt om at det skal gis omsorg til barn på tilnærmet lik måte som alle foreldre gir omsorg til sine barn, og der det samtidig kan være barn og unge med til dels ulike helseproblemer. For

⁵² Prop. L 106 (2012-2013) og forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barnevernsinstitusjoner § 2

⁵³ Oslo kommune differensierer ikke mellom institusjoner for barn med høy og lav risiko for videre problemutvikling

akuttinstitusjoner bygger barnevernloven på å gi omsorg og ivareta barn og unge som har kommet i en situasjon der det er en akutt og vesentlig fare for liv og helse. For **behandlingsinstitusjoner** bygger barnevernloven på å gi et behandlingstilbud til ungdommer med alvorlige utfordringer knyttet til rus, kriminalitet eller annen adferd som kan være skadelig for dem.

Institusjoner hjemlet i barnevernloven skal ha en definert målgruppe og en formulert målsetting for sin faglige virksomhet. Institusjonene er pålagt å definere en eller flere målgrupper, og godkjenning av institusjonen bygger blant annet på dette kriteriet. Differensiering mellom ulike institusjonstyper ble i sin tid foreslått med bakgrunn i at det bidrar til økt spesialisering og kvalitet i barnevernsinstitusjoner, og dermed også til forandring fra institusjonene som en siste utvei til gode og anerkjente tiltak for de aktuelle målgruppene.⁵⁴ Institusjonsopphold virker best når de har en klar hensikt og det skal i prinsippet skje en differensiering som ivaretar ulike behov, slik dagens organisering er, ved at det skilles mellom akuttinstitusjoner, omsorgsinstitusjoner og behandlingsinstitusjoner. Imidlertid er det ikke noe i veien for at en institusjon kan ha ulike målgrupper så lenge institusjonen kan redegjøre for hvordan de ulike målgruppene ivaretas gjennom ulike avdelinger.⁵⁵ En institusjon kan bestå av flere avdelinger med ulike målgrupper og differensieringen mellom disse skal bidra til å sikre samsvar mellom barnas behov og den faglige innrettingen av tiltaket. Hva som utgjør en forsvarlig og hensiktsmessig målgruppe for et institusjonstilbud er en faglig vurdering som vil kunne vurderes i lys av ny kunnskap og erfaring.⁵⁶ Organiseringen av institusjoner innebærer dermed en viss frihet til selv å definere målgrupper, så lenge det blir tatt hensyn til målgruppedifferensieringen, institusjonskategoriene, og gjeldende rett. I veiledning til institusjonsplanen (2013:11) redegjør Bufdir for føringer fra departementet, der det heter at det ikke er noe i veien for at en institusjon, etter en konkret vurdering, kan ha flere målgrupper. I så fall må alle målgruppene være definert og det må foreligge en formulert målsetting for hver enkelt målgruppe. Institusjonen skal også kunne redegjøre for hvordan de ulike målgruppene ivaretas i de ulike avdelingene og målsetting, metodikk og kompetanse skal angis for hver målgruppe. Den generelle føringen for helheten i det faglige arbeidet uttrykkes i formuleringen: «Faglige metoder som anvendes i institusjonen skal være faglig og etisk forsvarlige, de skal være tilpasset institusjonens målgruppe og målsetting, og være forankret i allment anerkjent fagteori».⁵⁷

⁵⁴ Bufdir 2010:38

⁵⁵ Bufdir 2013:11

⁵⁶ Prop. 133 L s. 342

⁵⁷ Bufdir sin «Veiledning til utfylling av institusjonsplanen» (2013:11), side 16 og 17

Valg av barneverninstitusjon skal begrunnes ut fra det enkelte barns behov og bygge på rettsgrunnlaget for plasseringen. Ved valg av institusjonsplass til det enkelte barn, må hensynet til barnets beste ivaretas på en slik måte at også andre barn som har behov for plassering på institusjon, kan gis et forsvarlig tiltak tilpasset deres individuelle behov.⁵⁸ Når institusjonen består av flere institusjonsavdelinger med egen godkjenning, skal avdelingene være lokalisert på en måte som hindrer negativ læring mellom målgrupper.⁵⁹

Godkjenning og kontroll av barneverninstitusjoner

Institusjonsbarnevernet er en gjennomregulert og kontrollert sektor med en stor grad av internkontroll, ekstern kvalitetssikring, og tilsyn. Dette er avgjørende for barnevernsbarns rettssikkerhet og for identifisering av forbedringsområder. Bufetat har etter barnevernloven ansvaret for etableringen og driften av barneverninstitusjoner, og godkjenning av private og kommunale barneverninstitusjoner. Den 01.01.22 ble også statlige institusjoner innlemmet i godkjenningsordningen. Som en del av Bufetats ansvar skal de også kvalitetssikre alle barneverninstitusjoner, og kravene til kvalitet gjelder uavhengig av eierskap. Institusjonene skal blant annet ha en definert målgruppe og en formulert målsetting for sin faglige virksomhet. Metodene som anvendes ved institusjonen skal være faglig og etisk forsvarlige, tilpasset institusjonens målgruppe og målsetting, og være forankret i allment anerkjent fagteori. Det stilles krav til institusjonens bemanning og de ansattes kompetanse.

Barnevernloven § 10-15 regulerer de generelle krav til barneverninstitusjoner og fastslår at institusjoner må være godkjent av Bufetat jf. annet ledd og at de skal ha en definert målgruppe og et formulert mål for sin faglige virksomhet. Gjeldende kvalitets- og godkjenningsforskrift har et formål om å bidra til at statlige, kommunale og private barneverninstitusjoner oppfyller krav i barnevernsloven med tilhørende forskrifter. Institusjonene skal gi det enkelte barnet forsvarlig omsorg og behandling, og ivareta deres personlige integritet og rettssikkerhet jf. § 1 i forskriften. Barnevernloven § 10-16 stiller et krav til forsvarlig bemanning og kompetanse. Barnevernloven § 10-17 regulerer godkjenning av barneverninstitusjoner og det er Bufetat som formelt skal godkjenne statlige og private institusjoner. Godkjenningen innebærer blant annet at en vurderes opp mot institusjonens målsetning og målgruppe, og om et krav til definert målgruppe.

⁵⁸ Prop. 122 L (2020-2021)

⁵⁹ Kvalitets- og godkjenningsforskriften § 8 annet ledd

6.2 Prosjektet «Nytt institusjonstilbud»

Den nasjonale prosjektgruppens rapport om etablering av integrerte institusjoner I tildelingsbrevet for 2017 fikk Bufdir i oppdrag fra BLD å inngå et samarbeid med regionale helseforetak og helsedirektoratet for å utarbeide en felles beskrivelse av organisering for omsorgs- og behandlingsinstitusjoner. Dette resulterte i prosjektgruppens rapport «Nytt institusjonstilbud» av 2019. Det ble her pekt ut to regioner med sikte på oppstart av to integrerte institusjoner i Søgne og Bodø, med oppstart i 2018, og med tiltenkt oppstart av tilsvarende institusjoner i alle regioner i 2020.⁶⁰ I beskrivelsen av den tiltenkte målgruppen for integrerte institusjoner, ble det konkret sett på en forståelsesramme av hvilke barn målgruppen vil dreie seg om. Prosjektgruppen belyser dette med henvisning til en illustrasjon i NOU 2017:12 hvor det vises til at en har å gjøre med barn som *«..fremviser lidelse (og etter hvert diagnostiserbar) sykdom som en følge av tidlige erfaringer med mangelfull omsorg. Dette er noe som igjen kan gi forstyrrelser i grunnleggende funksjoner og gradvis økende psykososiale vansker og skjevutvikling/uhensiktsmessige mestringsstrategier.»*⁶¹ Modellen prosjektgruppen viser til fra NOU 2017:12, er en modell for konsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn. Prosjektgruppen går videre i sin redegjørelse av deres forståelsesgrunnlag, og viser til at *«Tidlig og kronisk traumatisering fra fysisk mishandling, seksuelle overgrep og emosjonell neglekt kan resultere i alvorlige psykiatriske symptomer i voksen alder» (Blindheim, 2017)».*

Prosjektgruppen baserte sine drøftelser for definisjonen av målgruppen på; erfaringskunnskap om hvilke ungdommer som på daværende tidspunkt ble vurdert å ha behov for denne typen institusjoner, enkelte anonymiserte enkeltsaker (for å kunne danne seg et bilde av hvilke reelle saker de kunne hente erfaring fra til drøfting), noen fiktive saker de laget som utgangspunkt for samme type drøftelser, og tilgjengelig litteratur, forskning, og erfaringsbasert kunnskap fra fagsiden og brukersiden. Prosjektgruppen trakk frem at ungdommer med omsorgssvikt over lang tid, naturlig vil være en del av målgruppen fordi de større psykiske vansker ofte er et unngåelig resultat av omsorgssvikt.⁶² Prosjektgruppen kommer frem til noen konkrete hovedpunkter for hvilke behov målgruppen har og til følgende kriterier for de integrerte institusjoner:

⁶⁰ Prosjektrapport 220119 «Nytt institusjonstilbud»

⁶¹ Ibid, side 10

⁶² Ibid, side 11

Tabell 5

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
1 Ungdom mellom 13-18 år	1 Der behandlingsmodellen ikke vil passe hjelpebehovet til ungdommen
2 Vedtak om døgnbasert tiltak etter barnevernloven (ikke akutt)	2 Der ungdommen kan benytte annet eksisterende hjelpetilbud med samme forventet eller bedre resultatoppnåelse
3 Lavt funksjonsnivå – CGAS under 50	3 Risiko knyttet til sikkerhet for andre barn og unge ved institusjonen
4 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetj. Etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helseverns prioriteringsveileder for barn	4 Alvorlige somatiske eller psykiatriske hjelpebehov som krever innleggelse i helsetjenesten
5 Et eller flere forsøk på utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge bør ha vært utprøvd	

Det ble trukket frem seks områder som peker seg ut når det gjelder særlig store psykiske hjelpebehov:

Tabell 6

Særskilte områder som peker seg ut når det gjelder «særlig store psykiske hjelpebehov»

1 Komplekse traumer og/eller utviklingstraumer
2 Tilknytningsvansker med fare for å utvikle personlighetsforstyrrelser
3 Psykosesymptomer der symptomene kan se ut til å være utløst av traumer i nære relasjoner
4 Dissosiasjon, gjerne med somatoform atferd som besvimelsesanfall uten somatiske årsaksforklaringer eller forandring av bevissthetstilstand
5 Suicidal atferd eller parasuicidal atferd
6 Alvorlig depresjon

Gjeldende rett utgjør den rettslige rammen for etableringen/driften av de integrerte institusjoner. Vilkårene for plasseringshjemlene i barnevernloven må være oppfylt og plasseringene må være i samsvar med formålet med tiltaket etter barnevernloven.

I prosjektgruppens rapport heter det at «*Inntak og innleggelse i denne typen institusjon skal primært ta utgangspunkt i barn og unges behov for samtidig og koordinert hjelp, ikke paragraf. Samtidig må en se sammenhengen mellom plasseringsgrunnlaget som velges og mulig omsorgs- og behandlingsmodell, da disse avhenger av hverandre*».

Prosjektgruppen gir en nærmere beskrivelse av det klare skillet mellom det barnevernfaglige behandlingsformålet etter barnevernloven § 6-2, og omsorgsformålet etter barnevernloven § 5-1.⁶³ Når det gjelder de integrerte barneverns- og helseinstitusjoner, skal formålet være å bidra til at barn med behov for omsorg utenfor hjemmet og med behov for psykisk helsehjelp, får hjelp fra barnevern og psykisk helsehjelp.⁶⁴ Prosjektgruppen viser til at en behandlingsmodell der § 5-1 er plasseringsgrunnlaget vil derfor bestå av forsvarlig omsorg hjemlet i barnevernloven og forsvarlig helsefaglig behandling hjemlet i helselovgivningen. En behandlingsmodell der § 6-2 er plasseringsgrunnlaget vil bestå av en forsvarlig omsorg, forsvarlig barnevernfaglig behandling hjemlet i barnevernloven og forsvarlig helsefaglig behandling hjemlet i helselovgivningen.⁶⁵ Deres beskrivelse av adferdsplasseringer og omsorgsplasseringer kan kategoriseres i en tabell, slik:

Tabell 7
Formålet med omsorgs- og atferds/behandlingsplasseringer

	Formålet med oppholdet	Behandlingsmodell
Omsorgs-plasseringer etter bvl. § 5-1	Omsorgsformål Formålet er å ivareta omsorgen for barnet. Gir Ikke hjemmel for barnevernfaglig behandling for atferdsvansker.	1.Forsvarlig omsorg hjemlet i barnevernloven
		2.Forsvarlig helsefaglig behandling hjemlet i helselovgivningen
Atferds-plasseringer etter bvl. § 6-2	Behandlingsformål Barnevernfaglig behandling med hjemmel i barnevernloven	1.Forsvarlig omsorg 2.Forsvarlig barnevernfaglig behandling hjemlet i barnevernloven 3.Forsvarlig helsefaglig behandling hjemlet i helselovgivningen

⁶³ Ibid side 14 og 15

⁶⁴ Endelig prosjektrapport fra Bufdir og Hdir, datert mottatt 22. januar 2019, side 1.

⁶⁵ Ibid side 15

Vilkårene for plassering etter § 6-2 er strenge og hjemler plassering i institusjon med det formål at ungdommen det gjelder kan motta barnevernfaglig behandling. Samtidig påpeker prosjektgruppen at plasseringer etter § 6-2 ikke gir hjemmel for gjennomføring av helsehjelp innenfor tvangsrammene for det nye institusjonstilbudet. Prosjektgruppen viser videre til at det kan oppleves stigmatiserende å være personer som anses å fylle vilkårene for plassering – alvorlige atferdsvansker – og motta barnevernfaglig behandling for dette mot sin vilje.

I og med at selve gjennomføringen av oppholdet også for mange innebærer at de kan bli utsatt for tvangstiltak jf. rettighetsforskriften kapittel 4, vil § 6-2-plasseringer oppleves – og ofte med rette – som mer belastende. Prosjektgruppen viser til at noe som kan tale for denne type plasseringer, er at det gis en tydelig tidsavgrensning for opphold i tiltaket og fastere rammer for begrensninger under ungdommens opphold når dette anses som nødvendig. Omsorgsplasseringer etter § 5-1 kan likevel ikke utelukkende benyttes for å oppnå en «*fastere ramme*» – som i praksis vil si behandlingsopplegg og bruk av rettighetsforskriften kapittel 4. En tidsavgrensning på en § 6-2-plassering er i utgangspunktet ett år pluss eventuelt ett år til, men tiltaket kan bare opprettholdes dersom det er forsvarlig. Forsvarligheten må derfor vurderes til enhver tid. Prosjektgruppen viser til at barnet kan heller ikke i utgangspunktet flyttes til en annen institusjon dersom det ikke er et § 5-1-vedtak i «bunnen». Forløpstenkning – sett opp mot målsetting, kan plassering bare etter § 6-2 derfor ikke anbefales.⁶⁶

Et forhold som kan tale mot hjemmel etter barnevernsloven § 6-2 (atferdshjemmel) i de integrerte institusjoner og som prosjektgruppen påpeker, er at dette kan mobilisere unødig og ytterligere motstand hos ungdommer som ikke vil ta imot hjelp, eller som uttrykker stor grad av ambivalens. En risiko kan også være at en med bakgrunn i denne type plasseringsgrunnlag, får inn feil type ungdommer. Prosjektgruppen ser også noen «*systemutfordringer*» i forhold til avholdelse av tiltaksplass osv. i forbindelse med saker til behandling i nemnda. Dette kan gi utfordringer i forhold til kapasitet. Det som skal være styrende for inntak, er barnets behov og psykiske helsemessige utfordringer slik det følger av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Prosjektgruppen fremhever at «*paragraf og behov er ikke alltid samstemt, og dermed er det ikke formålstjenlig å ekskludere noen kun basert på paragraf*». Erfaringsinnhenting viser for eksempel at mange av de samme

⁶⁶ Ibid side 17

uttrykksmønstrene for barn og unge går igjen uavhengig av paragraf og det kan i enkelte tilfeller fremstå som noe vilkårlig hvorvidt de er plassert på § 4-12 eller § 4-24. Samtidig må en altså se sammenhengen mellom plasseringsgrunnlaget som velges og mulig omsorgs- og behandlingsmodell. Nasjonale kvalitetsmål vil uansett være gjeldende uavhengig av plasseringsgrunnlag».⁶⁷ På bakgrunn av det prosjektgruppen viser til og drøfter, konkluderer de med at inntak bør hjemles i barnevernsloven etter følgende plasseringsgrunnlag:

Tabell 8 – Plasseringsgrunnlaget for integrerte institusjoner

1	Omsorgsovertakelse etter bvl. § 5-1
2	Omsorgsovertakelse etter bvl. § 5-1 supplert med plassering i barneverninstitusjon uten samtykke etter bvl. 6-2
3	Omsorgsovertakelse etter bvl. § 5-1 supplert med plassering i barneverninstitusjon med samtykke etter bvl. § 6-1

Dersom ungdommen etter en måned med oppfølging og motivasjonsarbeid fortsatt ikke skulle ønske å ta imot tilbudet, skal ungdommen respekteres for dette. Det skal da dannes grunnlag for ny dialog mellom ungdommen, institusjonen, barneverntjenesten, og Bufetat inntaksteam.

⁶⁷ Ibid side 18

7. Omsorgs- og endringsmodellen (OEM)

7.1 «En institusjonsvariant av DBT»

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er den overordnede behandlingsmetoden for de integrerte institusjonene, og omsorgs- og endringsmodellen (OEM) beskrives som en institusjonsvariant av DBT. I motsetning til andre behandlingsmodeller tar OEM utgangspunkt i et vedtak/en beslutning om at ungdommen skal plasseres i behandlingssenteret, og som vil medføre at OEM inngår som en del av behandlingstilbudet.⁶⁸ Plasseringen i institusjonen innebærer dermed ikke et rom for frivillighet eller et selvvalgt ønske om OEM som behandlingsform. Mens det ved behandling med DBT er klienten som kommer frivillig og av eget tiltak til poliklinisk behandling, er motivasjonsaspektet og forpliktelsen ulik når det gjelder OEM. I tillegg bygger OEM, som en del av de integrerte institusjoner, på et endringsarbeid bestående av flere terapeuter i institusjonsmiljøet i det daglige, og ikke alene på en individuell terapeut til ungdommen.

7.2 Forløpet med OEM

Forløpet med OEM starter med å sikre at ungdommen og nettverket er forpliktet til endringsarbeidet. Det er først når terapeuten har fått en slik forpliktelse, at arbeidet går over i endringsfasen. Inntaks- og kartleggingsfasen har et formål om å orientere ungdommen, familien og øvrig nettverk om innholdet i OEM, hvordan hverdagen på institusjonen ser ut, kartlegge ungdommens situasjon, bli enige om hvilke mål det skal jobbes med, samt skape gjensidig forpliktelse der ungdommen er en aktiv deltager i eget endringsarbeid. En sentral del av OEM er at det ikke blir igangsatt noe stort endringsarbeid før ungdommen er motivert og forpliktet. I OEM er det derfor et tydelig skille mellom de ungdommene som har og ikke har inngått en forpliktelse for endringsarbeid. Grunnen til dette er at hvis det ikke er en forpliktelse, vil det heller ikke bli jobbet med endring. Da er arbeidet i stedet ofte kjennetegnet av kontroll av atferd.⁶⁹

⁶⁸ OEM, side 10

⁶⁹ OEM, side 26 - 33

Endringsfasen starter først når ungdommen har forpliktet seg til en endringsprosess, og ungdommen og terapeuten har blitt enige om hva som er ungdommens mål, og det er laget en plan de skal jobbe sammen om mot oppnåelsen. Da ungdommens endringsarbeid er noe som i det vesentlige skjer i samtaler med alle terapeutene hver eneste dag i institusjonsmiljøet, og ikke i individuelle samtaler hos en terapeut, er dette et særtrekk ved bruk av OEM. I OEM er det, i stedet for telefonkontakt med en terapeut for veiledning i vanskelige situasjoner som kan oppstå, lagt til rette for at ungdommen ved behov kan snakke med den som til enhver tid er på institusjonen. Et annet særtrekk er at ungdommene som mottar OEM ofte har liten påvirkningskraft i forbindelse med valg av plasseringssted, og kan derfor oppleve å komme på institusjonen mot sin vilje. Dette er også grunnen til at OEM har et stort fokus på motivering i inntaksfasen, og til å forplikte ungdommen til å gjøre endringer i sine liv ved å ta imot behandlingen som OEM legger til rette for. Et tredje særtrekk er at i OEM gjennomføres ferdighetsgruppene uten ungdommens foreldre til stede. Dersom ungdommen har behov for å ha noen med seg i gruppen for å få hjelp til oppgaver eller for å gi veiledning underveis, blir dette behovet dekket av en ansatt på institusjonen.⁷⁰

7.3 OEMs sikkerhetsplan

OEM består av en sikkerhetsplan for de tilfeller der det oppstår alvorlige hendelser som gjør at ungdommen i en periode har behov for ekstra hjelp. Målet med «sikkerhetsplan OEM», er at ungdommen i en kortere periode får tettere oppfølging slik at de i samarbeid med terapeuten kan finne mer effektive løsninger på sine utfordringer. Det følger i fagbeskrivelsen av OEM, at ungdommen må få informasjon om sikkerhetsplanen allerede ved inntaksfasen.⁷¹ De alvorlige type hendelser som OEM viser til som kan tilsi at ungdommen har behov for en sikkerhetsplan er; selvmordsforsøk eller selvskadning, fysisk utagering eller vold mot personer, rømming (hvor ungdommen utsetter seg selv for fare), og andre alvorlige hendelser som hindrer forsvarlig og normal drift av institusjonen. Som eksempel på dette blir det vist til at tilfeller der ungdommer som til stadighet holder andre øvrige ungdommer våken hele natten eller selger narkotika på institusjonen.

Formålet med sikkerhetsplanen slik det er beskrevet i fagbeskrivelsen til OEM, er å etablere sikkerhet, forstå hva som skjedde, få klarhet i hvilke ferdigheter

⁷⁰ Ibid., side 38 og 39

⁷¹ Ibid., side 105

ungdommen trenger for å forhindre at det mulig farlige gjentas, øve på ferdigheten, og at ungdommen forsøker å gjøre det godt igjen. Det er presisert at dersom ungdommen ikke vil samarbeide om gjennomføringen av sikkerhetsplanen og ikke ønsker å jobbe med den problemskapende adferden, *«kan det for å ivareta sikkerheten noen ganger være nødvendig å iverksette tiltak for å hindre at ungdommen fortsetter den negative atferden, eller skader seg selv eller andre»*. Det er videre presisert at slike begrensninger må være innenfor rettighetsforskriften, *«med formål om å redusere risiko for at ungdommen utsetter seg selv, medboere eller personale for fare»*.⁷² Sikkerhetsplanen kan innebære begrensninger i tilgang til telefon, mulighet til å forlate institusjonen, tilgang til penger, omgang med de andre ungdommene mv.

⁷² Ibid., side 106

8. Pilotinstitusjonene i Lunde og Bodø

8.1 Felles for Lunde og Bodø behandlingssenter

Med bakgrunn i den nasjonale prosjektgruppens rapport *Nytt institusjonstilbud*, ble det satt i gang en prosess med å etablere to integrerte institusjoner, Lunde behandlingssenter i Søgne (LBS) og Bodø behandlingssenter (BBS). Målgruppen for tilbudet skal være de mest alvorlig syke barn i barnevernet, fordi dette er en gruppe barn og unge det ikke finnes et helhetlig statlig tilbud til i dag. Det nye institusjonstilbudet skal dekke dette behovet.⁷³ Målgruppen til både LBS og BBS er barn og ungdom mellom 13 og 18 år som er «*ungdommer som har behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig et stort behov for psykisk helsehjelp*». Behandlingsoppholdet i begge institusjoner skal vare 6 til 12 måneder, ut ifra den enkelte ungdommens behov. Behandlingssentrene tar imot ungdommer som er plassert med hjemmel i barnevernloven § 6-1 (frivillig plassering med bakgrunn i alvorlige adferdsvansker), § 6-2 (tvangsplassering med bakgrunn i alvorlige adferdsvansker), og § 5-1 (tvangsvedtak om omsorgsovertakelse). BBS hadde i hele 2022 budsjettert 5 institusjonsplasser mens LBS plass til 6 ungdommer. BBS er ikke delt opp i avdelinger, mens LBS er delt opp i avdelinger i hver sin etasje i bygget.

Begge institusjoner har en bemanning som består av både barnevernsansatte ved Bufetat og helsearbeidere ansatt ved tilknyttet sykehus. Det kommer frem i begge institusjonsplan at all drift skal ta utgangspunkt i Dialektisk atferdsterapi (DBT) innbefattet i omsorgs- og endringsmodellen (OEM), og samtidig i tråd med rettighetsforksriften. I begge institusjonsplaner er det gitt en nærmere beskrivelse av hva OEM innebærer, i tråd med OEMs fagbeskrivelse. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene⁷⁴ for inntak skal være i samsvar med den nasjonale prosjektrapporten. Psykisk helsehjelp inngår som en integrert del av behandlingstilbudet der helsepersonell er stedlig plassert ved institusjonene og underlagt spesialisthelsetjenesten de er ansatt ved. Behandlingen som blir gitt av helsepersonell er underlagt helselovgivningen og forutsetter samtykke fra foreldre/foresatte før fylte 16 år, og samtykke fra ungdommen etter fylte 16 år. Eksempler på helsehjelp kan være helsebaserte kartlegginger, diagnostiske vurderinger, individualterapi, medikamentell behandling og oppfølging av somatiske plager.

⁷³ Følgforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp (SINTEF), side 1

⁷⁴ Som illustrert i punkt 4.2, tabell 4

Det er iverksatt noe som heter *Pakkeforløp utredning og behandling for barn og unge*, som er et nærmere opplegg som starter for barn med rett til helsehjelp og med et tilbud fra spesialisthelsetjenesten. I pakkeforløpet for utredning og behandling omfatter som et minimum Anamnese, Aseba, KATE-B og KATE-F, og somatisk status. Diagnostisk vurdering foretas etter 6 uker og hvis ikke mulig å sette diagnose skal utvidet utredning gjennomføres med ny frist på 6 uker før det igjen gjøres en diagnostisk vurdering. Når det gjelder behandling fra psykisk helse, blir behandlingstilnærming vurdert utfra symptombildet, og individuelt tilpasses ungdommens behov og ønske sett opp mot LBS og BBS sin behandlingsmodell, DBT/OEM. Dokumentasjon blir gjort todelt.⁷⁵ Det er tett samarbeid med spisskompetansemiljøet (SKM) som er ansvarlige for implementeringen av OEM-modellen, og for opplæring, veiledning og kvalitetssikring av den. I begge institusjoner er det utarbeidet konkrete planer for både kollektiv og individuell brukermedvirkning.

I tillegg til plasseringshjemmelene institusjonen er godkjent for, er det et krav om at det skal dreie seg om et lavt funksjonsnivå hos ungdommen vurdert CGAS under 50, at det er rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helseverns prioriteringsveileder for barn og unge. Det er også et krav om at ett eller flere forsøk på utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge bør ha vært forsøkt før plasseringer. Alle disse kriteriene må være oppfylt for å bli tilbudt plass og det er særlig seks områder som peker seg ut når det gjelder «*særlig store psykiske hjelpebehov*».⁷⁶

I begge institusjoner blir ungdommen ved inntak gitt rett til helsehjelp hos det sykehuset institusjonen har en tilknytning til hvor det blir opprettet en helsejournal for ungdommen. Helsehjelpstilbudet regnes som poliklinisk og alle tiltak må registreres ut ifra gjeldende regler for poliklinisk drift. Det blir foretatt en basisutredning og behandlingsplan, og dersom diagnose ikke foreligger skal det gjøres en diagnostisk vurdering. Det blir som ledd i dette gjort en gjennomgang av evalueringspunktene i pakkeforløpet. Helseteamet vil være faglig og i linje underlagt spesialisthelsetjenesten de er ansatt ved. Helsepersonell på institusjonen er underlagt helselovgivningen og behandling fra dem forutsetter samtykke fra foreldre/foresatt før fylte 16 år og samtykke fra ungdommen etter fylte 16 år. Begge institusjoner skal ha et tett samarbeid med spisskompetansemiljøet (SKM) som er

⁷⁵ Ibid, side 17 og 18

⁷⁶ Som illustrert under punkt 5.1, tabell 6

ansvarlige for implementeringen av OEM-modellen, og for opplæring, veiledning og kvalitetssikring av den.

8.2 Nærmere om Lunde behandlingssenter

I 2019 konkluderte Bufetat⁷⁷ med at LBS tilfredsstillte kravene til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjon, og dermed at LBS er kvalifisert som barneverninstitusjon med 6 plasser for ungdommer i alderen 13-18 år, for plassering etter barnevernloven § 5-1, eventuelt med tillegg av §§ 6-1 og 6-2. I LBS sin institusjonsplan er det samtidig vist til at LBS er kategorisert som målgruppe F3 Omsorg som kun gjelder for omsorgsplasseringer, men der det samtidig er vist til at LBS har plasseringshemler etter både barnevernloven § 5-1, §§ 6-1 og 6-2.⁷⁸

I institusjonsplanen er det beskrevet at ABUP utgjør en del av institusjonen og har psykolog på avdelingen i ukedager, men det er samtidig opplysninger om at ABUP i praksis ikke har fysisk kontor på Lunde, men kommer regelmessig på besøk. ABUP har i tillegg miljøterapeuter med spesialutdanning som tilhører helseteamet fra ABUP, og disse er på institusjonen dag/kveld. De er ellers tilgjengelige i helgene ved åpningstidene til Akutt ambulant enhet, med maks en times reisevei. Ut over dette vil legevaktslege måtte benyttes.

Det er konkret beskrevet at det skal finne sted individuelle samtaler med ungdommen hver uke, og som fortrinnsvis skjer med ungdommens faste kontaktperson. Målet er å motivere og forplikte ungdommen til endringsarbeidet, og der det jobbes med gjennomgang av dagbokkort,⁷⁹ trening på ferdigheter ungdommen kan trenge, lære bort ferdigheter og gjennomføre rollespill for å hjelpe ungdommen å forstå hvordan ferdigheten kan brukes, gjennomføre atferdskjedeanalyser (AKA), og trene på DBT-ferdighetene fra forrige uke.⁸⁰

Om motivasjon og forpliktelse er følgende beskrevet i institusjonsplanen (side 32): «Under DBT-behandlingen kan det skje at samarbeidet mellom institusjonen og ungdommen blir vanskelig. De ansatte vil da arbeide aktivt for å øke motivasjonen og

⁷⁷ Brev av 30.01.2019 fra statlig regional barnevernsmyndighet, til LBS

⁷⁸ Ibid, side 74

⁷⁹ Ungdommen skal hver dag fylle ut et dagbokkort for å registrere om fokusatferden har framkommet og skalering av denne. For å kunne benyttes aktivt i endringsarbeidet, og gjennomgås i den individuelle samtalen.

⁸⁰ Ibid, side 32

forpliktelsen til ungdommen i henhold til OEM. I OEM skiller vi tydelig på ungdom som har inngått en (om så minimal) forpliktelse og de ungdommer som ikke har inngått en forpliktelse til endringsarbeid. Dersom vi ikke har en forpliktelse fra ungdommen sier vi ikke at vi jobber med endring; da jobber vi med å kontrollere handlinger. Om en ungdom viser aggresjon og samtidig gir uttrykk for at dette er en god måte å løse problemer på, vil vi likevel gjøre det som er nødvendig for å holde ungdom, andre ungdommer og personalet trygg. Først når ungdom ønsker å jobbe med denne fokusatferden kan vi si at vi jobber med endringsarbeid. Det å få ungdom forpliktet til eget endringsarbeid er en aktiv prosess fra miljøpersonalet sin side, og vil etter å ivareta trygghet, være øverste fokus.»

Om endringsfasen er følgende beskrevet i institusjonsplanen (side 37): «Forpliktelse refererer til at ungdommen er villig til å jobbe med å redusere atferd som utgjør den største hindringen for at ungdommen kan ha et liv de kan akseptere (oppleve verdt å leve). En ungdom kan ha samtykket til utviklings- og endringsarbeidet, møte opp og delta i gruppeterapi og individuell terapi, men er likevel ikke forpliktet til å bruke de lærte ferdighetene og redusere fokusatferden. I utviklingssamtaler med ungdommen vil vi stadig komme tilbake til spørsmålet om forpliktelse og deltakelse i eget liv. Når forpliktelsen er på plass, minner vi ungdommen på at; forpliktelse til å redusere problematferd er en måte å motivere og re-engasjere seg på. Når forpliktelsen er inngått kan ungdommen komme til et punkt der hun eller han “føler seg mindre forpliktet” eller “bestemme seg for ikke å følge sitt eget utviklings- og endringsarbeid”. Det vil være naturlig at forpliktelsen vil variere i løpet av institusjonsoppholdet, avhengig av hvilke mål ungdommen jobber med. Det er sjelden at vi kan forvente en fullstendig forpliktelse, og dermed må vi variere mellom problemløsning og validering etter DBT og OEM. Dette gjenspeiles i planarbeidet som hele veien fanger opp forpliktelse og hvordan god forpliktelse kan skapes.»

Personal på LBS består av 25 miljøterapeuter fordelt på 24 årsverk. De jobber langvakter på 11 timer dag/kveld, og 13 timer i helgene. Dette er en såkalt 3-delt langturnus (2-7, 2-7, 3-7) og fordelt på dag, kveld og natt. Når det gjelder helsepersonell, skal de gå i miljøet sammen med ungdommene og personalet fra Bufetat. Psykologene går lite i miljøet og det har vært lengre perioder der institusjonene ikke har hatt sykepleier, og der sykepleiere går i miljøet når de er tilgjengelig. Helsepersonell går i todelt turnus, og i helgene har de oppmøte på AAE på dagen og er tilgjengelige ved behov. For å følge opp og sikre brukermedvirkning gjennomføres det månedlig evaluering av hvordan barna/ungdommen erfarer at de

inkluderes og kan påvirke arbeidet, hvordan de involveres og deltar i eget målarbeid, om de involveres i metodene som blir brukt, om de erfarer å være trygge og kan stole på personalet mv. I institusjonsplanen er det nærmere beskrevet ungdommens rettigheter og bruk av tvang under institusjonsoppholdet og med henvisning til rettighetsforskriften. Gjennom det ukentlige husmøtet gis ungdommer adgang til en kollektiv medvirkning og som blir referatført og underskrevet av vaktansvarlig. I tillegg har ungdommene daglige samtaler med ansatte hvor de har mulighet til å beskrive sin dag eller andre spesielle forhold.⁸¹

Den første evalueringen som ble foretatt viser at LBS, i oppstarts- og omstillingsprosessen, ikke innbefattet ansatte fra helsetjenesten da de ennå ikke var ansatt. Basert på rapporteringen fremsto det som klart at LBS trengte tiden frem til årsskiftet 2018/2019 for å avklare grunnleggende forhold når det gjelder det nye institusjonstilbudet, med å få på plass en godkjent institusjonsplan, avklaring av inntaksfunksjon og etablering av samarbeidsrutiner mv og de har mye som gjenstår.⁸²

I oktober 2020 ble det av Statsforvalteren og Arbeidstilsynet påpekt myndighetsbrudd innen ulike områder ved driften av LBS. Under tilsynet påpekte Statsforvalteren myndighetsbrudd som dreide seg om til sammen seks områder som det ble gitt en frist til å forbedre i løpet av 2021:

4. Implementeringen av OEM/DBT for de ansatte og rutiner for opplæring av nytilsatte
5. Gjennomføring av internkontroll med fokus på trygghet og sikkerhetstrening slik at ansatte er trygge på jobb
6. Arbeidet med å skape en fellesforståelse for behandlingstilnærming og fokusatferd
7. Samarbeidsrelasjonen mellom Bufetat og Abup
8. Det systematiske arbeidet på alle nivåer i institusjoner
9. Arbeidet med å øke kvaliteten på dokumentasjonen i BiRK for å ha en forsvarlig og transparent dokumentasjon som gjenspeiler arbeidet som gjøres i avdelingen

⁸¹ Ibid, side 65

⁸² Følgforskning av de integrerte institusjoner, SINTEF, 2018, side 36

8.3 Nærmere om Bodø behandlingssenter

BBS behandlingssenter (BBS) ble etablert i januar 2019. Institusjonsplanen viser til at den nasjonale prosjektgruppen for Nytt institusjonstilbud anbefalte at det faglige fundamentet for behandlingsinstitusjonen skulle være forankret i Dialektisk atferdsterapi (DBT), noe som har blitt ivaretatt gjennom OEM.⁸³ I 2019 konkluderte Bufetat region nord med at BBS oppfyller kravene til midlertidig kvalitetssikring for 4 beboere i alderen 13-18 år, plassert etter barnevernloven § 5-1, eventuelt i kombinasjon med § 6-1 eller § 6-2.⁸⁴

Om BBS sin målsetting og målgruppe, fremgår følgende i deres institusjonsplan (side 11): *«Kjennetegnet på målgruppen er at de er i behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og har utviklet alvorlige psykiske lidelser, samt at de regulerer sine følelser slik at er alvorlig fare for dem selv. Overordnet målsetting for institusjonsoppholdet er at ungdommen får hjelp til å håndtere sine vansker på en slik måte at de unngår å skade seg selv alvorlig, eller dø. Målsettingen for behandlingen og tiltakene som gis skal være av igangsettende karakter, slik at ungdommene blir bedre i stand til å leve med og mestre de vanskene de har.*

Vår målgruppe har et komplekst hjelpebehov innen psykiske utfordringer, symptomer og lidelser som ikke dekkes av det etablerte tilbudet. Målsettingen for BBS er å gi en trygg omsorgsbasis der det gis omsorg og behandling gjennom støtte, grenser og støtte til bedret emosjonsregulering. Dette gjøres blant annet gjennom å bidra til at ungdommen sikres helhetlig, samtidig, kontinuerlig og koordinert hjelp. Det innebærer at institusjonen må sikre et samarbeid mellom barnevernstjenesten, psykisk helsevern eller psykisk helsetjeneste for barn og unge, Bufetat og eventuelt andre tjenester ut fra ungdommens behov.

Ungdommer som er i målgruppen kjennetegnes ved at de ofte har flere og til dels motstridende diagnoser på psykiske lidelser og vansker, eller at de til tross for store vansker, av ulike grunner ikke har fått en fullstendig utredning innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er derfor viktig at Bufetat og Helse tilbyr en koordinert kartlegging/utredning av ungdommen. En slik kartlegging omfatter; en bred tverrfaglig utredning for psykiske vansker og lidelser - foretatt av et tverrfaglig team forankret i psykisk helsevern for barn og unge, samt en grundig barnevernsfaglig kartlegging/

⁸³ BBS sin institusjonsplan, side 5

⁸⁴ Brev av 23.03.2019 fra Bufetat region nord, til BBS

vurdering. Kartleggingen/utredningen vil gi en utvidet og samlet beskrivelse av ungdommens behov formulert gjennom en kasusformulering, og være grunnlag for behandling og utviklingsstøttene tiltak som understøtter hverandre og som innlemmes i ungdommens individuelle plan. Medvirkning er sentralt i dette arbeidet og derfor er det viktig at ungdommen involveres hele veien i arbeidet.

Det er også viktig å forebygge uønskede flyttinger. Her er fokuset spesielt rettet mot flyttinger mellom ulike barnevernstiltak og helsetiltak med bakgrunn i at en ikke tidligere har greid å etablere et helhetlig, kompetent og hensiktsmessig behandlingstilbud. Videre er det et mål at et integrert institusjonstilbud kan redusere uhensiktsmessige akutte innleggelser i psykisk helsevern og barnevernsinstitusjoner.»

Det er inngått en skriftlig avtale mellom Bufetat Region Nord og BUPA ved Nordlandssykehuset, om rollene og oppgavene til stedlig helsepersonell. Dette innebærer at helsepersonell fra NLSH skal være til stede på institusjonen, yte psykisk helsevern på spesialisthelsetjenestenivå i form av vurderinger i inntaksprosessen, vurdering av aktuell psykisk helsestatus etter innskriving på institusjonen, løpende vurderinger av ungdommens behov for psykisk helsehjelp, samt direkte intervensjoner i møte med hver enkelt ungdom ved behov i løpet av behandlingsprosessen. Eksempler på dette kan være akuttvurderinger, vurderinger av nye symptomtrykk, samt behov for samtaler om temaer/problemstillinger som ikke inkluderes i behandlingsarbeidet knyttet til DBT institusjon/OEM.⁸⁵

Psykisk helse har ingen bakvaktfunksjon for BBS, men psykologen med stedlig arbeidssted ved BBS kan kontaktes ved behov. Personal på BBS går i en 8-ukers turnus som er en 3-delt turnus med egne nattevakter. Ansatte arbeider 12-13 timers vakter i helgene.

Institusjonsplanen har en begrenset beskrivelse av forpliktelseselementet til OEM. I forbindelse med arbeidet i inntaksfasen som blant annet skal bestå av å sikre ungdom, er det imidlertid trukket frem at foresatte og barneverntjenesten skal ha god informasjon om tiltaket og at det foreligger forpliktelse fra alle parter.

⁸⁵ Ibid, side 15

Det er også påpekt at dersom ungdommen i løpet av oppholdet ønsker å trekke sitt samtykke til helsehjelp, innrettes OEM slik at det arbeides med motivasjon og forpliktelse, med et mål om at helsehjelpen kan fortsette.⁸⁶

Når det gjelder motivasjon og endringsarbeid ellers, er det særlig vist til at OEM-modellen legger til rette for god omsorg og virkningsfullt endringsarbeid med høy grad av brukermedvirkning. Det blir vist til en omfattende beskrivelse av hvordan dette arbeidet blir gjennomført ved bruk av DBT og OEM. Det er særlig vist til at DBT har et hovedfokus på å skape en balanse mellom endring og akseptering av nåværende situasjon, og at OEMs hovedprinsipp er å balansere mellom å etterspørre endring hos ungdommen, og vise aksept for nåværende situasjon. Gjennom balanse vil ungdommen kunne oppleve oppmuntring til stadig å jobbe mot nye mål. Det er videre uttalt at: *«Vi må likevel forvente motstand mot endringsarbeid. Som alternativ til å kreve ytterlige endringer når motstand vises, stopper vi opp i endringsarbeidet og utforsker hva som skaper motstanden. Her vil en validerende holdning være svært sentralt. Etter at vi, sammen med ungdommen har funnet ut hva som ligger til grunn for motstanden kan vi igjen fokusere på endring. Enkelt sagt er det nødvendig å akseptere fullt ut hvor vi står, og hvem vi er før vi kan skape en endring. Dette krever en stor grad av trening og bevissthet hos terapeutene for å kunne skjelne mellom når man skal jobbe med endring og når man skal jobbe med akseptering.»*⁸⁷

I brev av 22.08.2019 fra Bufetat region nord, er det vist til rapport fra årlig oppfølging av 23.04.19 og tilbakemeldinger til institusjonen datert 07.08.2019, hvor BBS ble gjort oppmerksomme på ulike områder som kontrollmyndigheten vurderer at BBS må forbedre. Dette gjelder områder knyttet til; institusjonsplanens samsvar med veileder, om rollen til skoleansvarlig og struktur på leksehjelp, om rollen til helseansvarlig og strukturering av helseressurser i avdelingen, og om informasjon til beboerne om deres rettigheter. Kontrollmyndigheten vurderte at forbedringspunktene ble fulgt opp på en tilfredsstillende måte, og oppfølging av rapport fra årlig kontroll ble etter dette avsluttet.

Under omstillings- og etableringsprosessen ble det i Bodø satt på plass en regional prosjektgruppe som har hatt en tydelig forankring i arbeidet til den nasjonale arbeidsgruppen. Samtidig innførte de et begrep som ikke brukes av prosjektgruppen om at tilbudet skal være av *«habiliterende karakter»*. Dette er et begrep som handler

⁸⁶ Ibid, side 24

⁸⁷ Ibid, side 9 og 18

mer om tilpasning om å lære seg å leve med de utfordringer man har, enn om fundamental endring.⁸⁸

BBS har hatt bedre muligheter enn LBS til å sette søkelys på det som handler om omstilling, forankring og samarbeid, fordi situasjonen når det gjelder ansatte, kompetanse og metodikk har vært mer avklart. I tillegg har BBS vært vant til å jobbe med DBT og det har dermed også vært flere ansatte med den kompetansen som ble med over til det nye institusjonstilbudet.

Ved BBS har det vært planlagt at ungdommen skal være der i ett år og det er vurdert som viktig å komme raskt i gang med kartleggingen, men også planleggingen av hva som ungdommen skal etter oppholdet. Dermed skal tiden i BBS brukes til behandling og til å få god omsorg, samtidig som det også skal brukes tid på å planlegge fremtiden. I BBS sin institusjonsplan er det ikke presisert hva målgruppen er kategorisert som, slik som LBS har gjort med å vise til kategori F3 Omsorg.

8.4 Følgeforskningen av 2019

Under følgeforskningen ble det vurdert at det med fordel kunne ha vært en tydeligere beskrivelse av målgruppen for institusjonene. Det fremsto i tillegg noe uavklart hvordan infrastrukturen skulle se ut og hvordan inntak konkret skulle foregå.

I BBS var det planlagt at ungdommene skal være der i ett år, og at det derfor ville anses viktig å komme raskt i gang med kartleggingen, men også planleggingen av hva ungdommen skulle etterpå.

I LBS legger ledelsen vekt på at ungdommen allerede ved innflytting skal vite hva som er formålet med oppholdet som skal utformes som et standardisert forløp, og at ungdommen skal ha en plan som beskriver oppholdet. Dersom noe ikke går etter planen, skal det skrives avvik. Om oppholdstid fremheves behovet for fleksibilitet for å ivareta ungdommenes behov: *«Vi kan gjerne ha et mål om at oppholdet på institusjonen skal vare i ett år, men hvis det ikke er riktig for barnet må barnets hensyn ivaretas»*, altså blir det presisert at barnets behov må veie tyngre enn anbefalingene fra den nasjonale arbeidsgruppa.

⁸⁸ SINTEF følgeforskning (2019), side 37

Det er samtidig viktig å se på hvilke konsekvenser kort oppholdstid kan ha, om en skal ha tydelige målsettinger for tidsperspektivet eller heller ha målsettinger som er mer knyttet til den enkelte ungdommens behov ved inntak og underveis.

Det nye tilbudet skal først og fremst drives basert på barnevernlovgivningen og det er utfordringer i samarbeidet mellom barnevern og psykisk helsevern. I de tilfeller der ungdommen ikke vil ha noe med psykisk helsevern å gjøre, er det uklart hvordan en skal sikre at barnet da kan holdes fysisk adskilt fra ansatte som jobber med psyisk helse. Særlig vanskelig kan det bli hvis flere ungdommer gir uttrykk for dette. De alvorligste konsekvensene av at ungdom ikke vil ha helsehjelp, handler om at man kan ende opp med et tilbud som målgruppen kun vil ha deler av. En slik situasjon, der deler av tilbudet og den kompetansen som tilbys forblir «ubrukt», vil i så fall undergrave formålet med tjenesten. Hvordan institusjonen vil kunne fungere vil i stor grad avhenge av hvilke inntakskriterier man ender opp med, og hvor motivert og mottakelig målgruppen er for helhetlig og tverrfaglig behandling. Det blir reist spørsmålstegn ved hvordan utgangspunktet for å lage integrerte tjenester vil bli, når det fra helsesiden kun skal ansettes to psykiatere og to psykologer, begge i 50 %, og der resten skal være barnevernsansatte. Det nye tilbudet vil kreve omfattende bemanning døgnet rundt og det er dermed et spørsmål om i hvilken grad dette også skal omfatte helsepersonell og ikke bare barnevernspersonell. Behovet for helsepersonell kan oppstå til alle døgnets tider. Slik det hele er rigget til ser det mer ut som et barnevernstilbud som henter inn helsekompetanse, mer enn et fullstendig likestilt og integrert tilbud. Noen har opplevd at DBT-modellen er veldig rigid og lite fleksibel, og at det kan se ut som at det ikke er gjort grundige vurderinger og/eller utredninger av hva som kan være den best egnede tilnærmingen for å møte de utfordringene som ungdommene i akkurat denne målgruppen har, før man har falt ned på valget om DBT som metodisk tilnærming. Dette er et valg som har hatt store konsekvenser for hvordan tilbudet på institusjonen vil bli, og hva som vil være hovedfokuset i institusjonene. Ved å velge DBT legges det til grunn at det skal være fokus på *behandling*, mens andre valg kunne ledet fokuset mer i retning av endringsarbeid gjennom miljøterapeutiske metoder og tilnærminger. Det vil fremover være relevant og viktig å se på hvordan denne metoden implementeres og benyttes på institusjonene og hvordan dette oppleves av ungdommene som skal bo på institusjonene.⁸⁹

⁸⁹ Ibid, side 41-43

Følgeforskningens rapport har anbefalinger om at det bør utarbeides felles forløpssjekklister for institusjonene, for å unngå uheldig variasjon i drift og videre utvikling av det foreslåtte institusjonsforløpet. Dette kan også bidra til mer systematisk erfaringsutveksling mellom regionene og institusjonene. Prosjektgruppen fant det ikke gunstig å vurdere eventuelle behov for lovendringer, fordi prinsippet om konfidensialitet mellom behandler og klient står så sterkt. Samtidig ble det åpnet for at det er noe som må vurderes etter hvert, når tilbudet er oppe og går. Spesielt dersom manglende samtykke fra ungdommene fører til at tjenestene ikke klarer å jobbe helhetlig, anbefales det at behovet for lovendring må vurderes på nytt.⁹⁰ Når det gjelder målgruppen, sier ikke prosjektdokumentene noe om føringer eller veiledning for bygg og ytre miljø til boliger, og det er ingen systematisk evaluering av dagens fysiske løsninger sett fra ansatte eller beboernes perspektiv, og heller ingen konkrete forslag til alternative måter å løse dette på.⁹¹

Følgeforskningen fra 2019 konkluderte med at prosessen med etableringen av de integrerte institusjoner kunne vært langt mer strukturert, og samtidig at prosjektets neste fase kan bidra til dette. Det påpekes at det blir viktig å tydeliggjøre intensjoner og mål, og systematisere de ansattes og barnas erfaringer. Selv om noen dokumenter anbefaler opprettelsen av et nytt tverrfaglig institusjonstilbud, beskriver mange av de samme dokumentene også en del utfordringer knyttet til det å opprette et slik tilbud. Det handler dels om utfordringer som vil oppstå når «*to tjenester, to regelverk og to profesjoner*» skal jobbe sammen og skape noe nytt, og ikke bare samarbeide som før. Juridiske utfordringer, ledelse og organisering, trekker også frem som antatt krevende områder.

Det blir videre fremhevet at advarslene har vært mange og at skepsisen har vært betydelig. Det blir vist til at det ennå er et noe svakt grunnlag, men at den faglige motivasjonen for etablering av det nye institusjonstilbudet virker å være velbegrunnet og at det foreligger mye dokumentasjon som peker på at dette er et tilbud det er behov for. Viktige fokusområder fremover er den manglende involvering fra psykisk helsevern i forberedelsesfasen, tradisjonelt samarbeid er ikke nok for å skape et nytt, integrert tilbud, riktig kompetanse er en kritisk faktor.⁹²

⁹⁰ Ibid, side 33

⁹¹ Ibid, side 46

⁹² Ibid, side 55-58

8.5 Følgesforskningen av 2020

I perioden mai 2019 til februar 2020, gjennomførte en tverrfaglig forskergruppe fra SINTEF Digital avd. Helse, SINTEF Community og NTNT Samfunnsforskning, den andre delen av følgeforskningsprosjektet av de integrerte institusjoner.⁹³ I denne fasen ble ungdommene fra begge institusjonene også intervjuet. Resultatene fra følgeforskningen kan i hovedtrekk oppstilles på følgende måte⁹⁴:

Tabell 9

1	Målgruppe og inntak	
	Utenfor målgruppen	I starten hadde både LBS og BBS ungdommer utenfor målgruppa. Senere har inntakskriteriene blitt praktisert strammere.
	Inntaksprosessen er særlig viktig	Inntaksprosessen viste seg å være særlig viktig da inntak av ungdommer utenfor målgruppa skaper uro og forstyrrelser for i institusjonen, og negativ påvirkning for andre ungdommer.
2	Målsetting	
	Av Igangsettende karakter	Omforent enighet blant ansatte om at oppholdet skal ha en igangsettende karakter. Ungdommene skal ha lært seg et sett med ferdigheter som hjelp etter utflytting.
3	Botid/oppholdstid	
	Oppholdstiden er ofte for lang	Den anbefalte oppholdstiden på 6-9 måneder ble i liten grad overholdt i begge institusjoner. Dette skyldes at det ofte ikke er et tilbud som ungdommen kan skrives ut til.
	Lang botid har negativ innvirkning	Et lenger opphold er ikke gunstig for ungdommene, og flere blir slitne og lei av den intensive behandlingen. Motivasjonen for endring og den psykiske helsen blir svekket over tid.
4	Personell og bemanning	
	Krevende rekruttering	Både BBS og LBS har hatt vansker med å rekruttere helsepersonell og begge har sett behovet for å ansette to psykologer. Dette har BBS fått på plass, men ikke LBS.
	Bemanningen og organisering	Det har blitt reist spørsmål ved kravet om sykepleiere og hvordan klare å få utnyttet deres kompetanse og at de kan oppleve et meningsfullt arbeid.

⁹³ Nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp, SINTEF (2020)

⁹⁴ Ibid, side 6-9

5	De ansattes erfaring med DBT/OEM	
	Ulike erfaringer i BBS og LBS	BBS hadde allerede fra tidligere erfaring med DBT/OEM og de ansatte er svært fornøyde med måten å jobbe på, mens LBS fortsatt jobbet med å implementere metodikken. Mens BBS ser ut til å jobbe på en mer gjennomgripende måte med DBT, har LBS en mer moderat variant.
	Enige om at det være en felles metode, men ikke hvilken metode	Enighet blant de ansatte om at det bør være en felles metodikk, men at det ikke nødvendigvis trenger å være DBT. Informanter mener at DBT stort sett fungerer på alle ungdommene. Noen informanter særlig fra helseforetak, mener at DBT alene ikke er tilstrekkelig metode, men at en må supplere med andre behandlingsmetoder.
6	Hvordan de ansatte fra barnevern og helse jobber sammen	
	Det integrerte samarbeidet	Samarbeidet mellom miljøpersonalet og psykologene virker å være veldig bra.
	BBS og LBS er mer barnevern-institusjoner, enn integrerte institusjoner	Selv om integrerte institusjoner skulle tilsi at ansatte fra barnevern og helse er likestilte både i antall og ansvar, er det ikke slik. I praksis er de integrerte institusjoner mer barnevernsinstitusjoner med og tilgang til psykologkompetanse. Dette vises ved at ungdommene jevnlig motsetter seg helsehjelp og da er institusjonen å betrakte som en omsorgsinstitusjon, men dog en institusjon der miljøpersonalet får veiledning av psykologene om hvordan jobbe med ungdommene.
	Utfordringer med dobbelt journalføring	Ønsket om et tett samarbeid blir jevnlig forhindret av manglende innsikt i hverandres dokumentasjons-/journalssystemer. Taushetsplikten som psykologene har overfor ungdommene, ser imidlertid ut til å balanseres godt mellom å ivareta nødvendig konfidensialitet overfor ungdommene og samtidig informere miljøpersonalet dersom det er noe de absolutt trenger å vite.
7	Hva dokumentasjonen viser	
	Ungdommer med store vansker	Dokumentgjennomgangen tegner et bilde av en ungdomsgruppe med store utfordringer, særlig knyttet til psykiske vansker som selvskading, selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk. Alle har hatt omfattende kontakt med psykisk helsevern blant annet flere innleggelses, og flere har utfordringer knyttet til utfordringer og som er varierer fra periode til periode. Ungdommene har også store utfordringer knyttet til skole.
	Spørsmål om målgruppen er forsvarlig, og om faren for smitteeffekt	Det reises spørsmål ved forsvarligheten ved å la mange ungdommer med like eller samme alvorlige psykiske helsevansker, bo sammen over lang tid. LBS sin dokumentgjennomgang viser at ansatte er bevisst faren for «smitteeffekt» og at ungdommer er lett påvirkelige av dem rundt seg, og at det er et spørsmål om hvor trygge institusjonene oppleves for ungdommene.
	Alvorlige/skremmende situasjoner	Av dokumentene fremgår også at det gjentatte ganger oppstår alvorlige og skremmende situasjoner som også beskrives å gå utover de andre ungdommene.

Manglende motivasjon	Motivasjonen, som er et sentralt spørsmål ved inntak, viser seg å være varierende. Flere ungdommer kan vanskelig sies å oppfattes motiverte for behandling ved innskriving, og flere ser ut til å miste motivasjonen i behandlingsopplegget, utover i oppholdet.
Uklart den enkelte ungdommen profiterer på oppholdet	Hvis en kun ser på dokumenter fra PP (periodeplanen) i OEM, kan de gi inntrykk av at ungdommen er i positiv endring eller at situasjonen i alle fall er stabil. Imidlertid, ved å se på dokumenter fra PFEH (plan for ekstra hjelp), avslører de at noen ungdommer har en alvorlig, negativ utvikling i denne perioden.
Flere opplever PFEH som «straff»	Særlig ved BBS er det flere ungdommer som opplever PFEH som straff, ikke som hjelp. Foreliggende dokumenter kan en ikke se at PFEH har en positiv virkning for ungdommene og deres situasjon.
Inngripende tiltak som rammer alle ungdommene	Enkelte tiltak, som avstengning av kjøkken, begrenser ikke bare ungdommen som PFEH omhandler, men samtlige ungdommer ved BBS. Slike tiltak omtales som risikovurderinger eller trygghets- og sikkerhetsperspektiv i PFEH, men kan likevel stilles spørsmål ved om de kan forsvares i et «normalitetsperspektiv» med tanke på at institusjonen skal være ungdommenes hjem den tiden de bor der.
Uklar innvirkning hva dagbokkort-Systemet betyr for ungdommene	Loggføring i dagbokkortet gjøres ofte på kveldstid før leggetid ved BBS, og det samlede inntrykket er at dette oppleves som vanskelig for ungdommene og at det kan bidra til å trigge dem. Denne praksisen bør derfor vurderes nøye ut fra faglig og etisk forsvarlighet.
Store vansker skolegang forblir vedvarende	Fra tiden før inntak har skole og et høyt fravær vært et stort problem for ungdommene, og dette ser ut til å forbli et tilsvarende problem og som til dels forsterkes under oppholdet BBS og LBS
Uklarhet om hva som skal skje etter oppholdet	Ingen av ungdommene ved BBS og LBS skal tilbake til foreldrene og det er derfor andre voksenpersoner som en ennå ikke vet hvem er, som sannsynligvis skal være tett på ungdommene etter hvert. Det er lite oversikt med tanke på «veien videre», og hvor lenge ungdommen skal være på institusjonen. Dette skaper usikkerhet, tvil og stress for ungdommene.

8	Ungdommenes erfaringer
Variert kunnskap om behandlingen	Ungdommene ved BBS «vet mer» om behandlingen, enn de ved LBS. Ved LBS er ikke ungdommene like kjent med betegnelsene DBT og OEM, og mer usikre på hva det går ut på og det innebærer.
Generelt mye skepsis og kritikk til oppholdet og behandlingen	Ungdommene uttrykker mye skepsis og kritikk til oppholdet og behandlingen, særlig om de voksnes fremgangsmåter i det som kan forstås som behandling og omsorgsutøvelse. Det er ikke den enkelte voksnes personlighet eller væremåte ungdommene kritiserer, men snarere hvordan de opplever å bli møtt i forhold til sine utfordringer, uttrykte planer, erfaringer og meninger i «behandlingsopplegget». Dette gjelder spesielt for ungdommene i BBS. Eksempelvis gir de uttrykk for frustrasjon og nedstemthet fordi de ikke opplever å bli møtt, forstått og trodd når de forteller om tanker, følelser og trang til handlinger (såkalt fokusatferd) som de sliter med i det daglige. Flere opplever å bli «straffet» når de ikke gjør eller mener som det forventes av dem, ved at de for eksempel blir fratatt eiendeler og/eller begrenses/hindres i å drive med aktiviteter de liker.
9	Bygg og omgivelser
Krevende med et hjem, en arbeidsplass, og behandlingsrom på samme sted.	Sett hen til det som kan være utfordrende forutsetninger, er det gjort kloke og gode valg så langt det er mulig, når det gjelder organisering av boligdel/kontordel mv. Imidlertid opplever ungdommene likevel ikke hjemlighet, rommene er relativt små og liten mulighet for å påvirke innredning. Kontorer og mange voksne preger arealene som skal oppleves som en trygg base for ungdommene. Et tydeligere skille mellom kontor og bolig kan bidra til dette.
Mer bruk av helsepersonell i hverdags-situasjoner	Ungdommer etterlyser at psykologene kan gå i miljøene slik at de blir kjent med dem, at de gode samtalene kommer mens en gjør noe annet, biltur, høre på musikk, få en tur, se på tv mv. Imidlertid er terapien lagt opp til å foregå på avtalte tider på terapeutens kontor.

DEL IV – RETTSLIGE VURDERINGER OG OPPSUMMERING

9. Rettslige vurderinger om de integrerte institusjoner

9.1 Første mandat: OEMs krav til forpliktelse

9.1.1 Krav til forpliktelse

Det første mandatpunktet er å utrede hvorvidt OEMs krav om forpliktelse oppfyller barnevernlovens §§ 1-1, 1-3, 1-4, 1-6, og 10-1. Et viktig kjennetegn med OEM er at mens det ved behandling med DBT⁹⁵ er klienten som kommer frivillig og av eget tiltak til poliklinisk behandling, er motivasjonsaspektet og forpliktelsen ulik når det gjelder OEM. OEM i de integrerte institusjoner bygger i tillegg på et endringsarbeid bestående av flere terapeuter i institusjonsmiljøet i det daglige, og ikke på en individuell terapeut til ungdommen.

OEM benytter «forpliktelse» som et avgjørende vippepunkt for når institusjonen kan starte sitt arbeid med ungdommen, og det skilles mellom «samtykke» og «forpliktelse». Forpliktelse forstås som å binde seg til OEM, i nåtid og fremtid, og der OEM skiller tydelig mellom de ungdommene som har inngått en forpliktelse, og de som ikke har inngått en forpliktelse til endringsarbeid. Uten forpliktelse fra ungdommen blir det i stedet jobbet med å kontrollere ungdommens atferd og handlinger. Forpliktelseselementet forstås i lys av at OEM er en behandlingsmodell som ikke benyttes poliklinisk, men som en integrert del i en institusjon.

Ungdommene som kommer til en av de integrerte institusjoner har ikke noe påvirkning for behandlingsopplegget da denne allerede er gitt og klarlagt for ungdommen. Dette har en betydning for motivasjonsaspektet og forpliktelsen, og i hvilken grad det kan forventes at ungdommer vil være i stand til å forstå hva dette vil innebære.

⁹⁵ Dialektisk atferdsterapi som den overordnede behandlingsmetoden for de integrerte institusjonene

På denne bakgrunn kan OEM etter dette forstås som en behandlingsmodell med en nær kobling mellom det å samtykke til helsehjelp og til omsorg i institusjonen, og det å «forplikte» seg for å sette i gang endringsarbeidet. Ungdommens motivasjon, men også ungdommens aktive bekreftelse på sin forpliktelse, anses som avgjørende for å sette i gang arbeidet med ungdommen. Denne måten å arbeide med ungdommer på er redegjort for i fagbeskrivelsen, hvor det særlig blir vist til at behandlingsmetoden vil kunne legge til rette for gode muligheter for at ungdommen kan profitere på institusjonstilbudet.

9.1.2 Oppfyllelsen av barnevernlovens § 1-1

Det er reist spørsmål ved om det er tilstrekkelig samsvar mellom på den ene siden de integrerte institusjonenes målsetting og bruk av OEM, og på den annen side barnevernslovens formål i § 1-1. Det nye institusjonstilbudet er i prosjektdokumenter grundig begrunnet og det foreligger mye dokumentasjon som peker på at dette er et tilbud det kan være et viktig behov å få på plass. Det er vist til at tilbudet gjelder for en gruppe barn med alvorlige psykiske helsevansker og med et sammensatt og komplekst hjelpebehov.

Ordlyden i § 1-1 signaliserer en klar forventning for ansatte i møte med ungdommen i en institusjon, om at tjenestene skal være forsvarlig egnet og i stand til sikre at ungdommen får gode og trygge *oppvekstsvilkår* jf. andre ledd. De integrerte institusjoner skiller seg ut ved at de skal tilby hjelp til ungdommer med særlig alvorlige helse- og fungeringsvansker og noe som innebærer en *ny type målgruppe* for en *ny type institusjon*. Institusjonene skal fungere som en kombinert omsorgs- og behandlingsinstitusjon, og innebærer langvarige opphold. Tilsvarende er det relevant å forstå i hvilken grad rammene for de integrerte institusjoner og OEM legger til rette for en forsvarlig omsorg, der ungdommene kan bli møtt med et omsorgstilbud bestående av *trygghet, kjærlighet og forståelse* jf. bvl. § 1-1 første ledd andre setning.

Institusjonens formål er å forbedre den psykiske helsen til ungdommer som har *et stort behov for psykisk helsehjelp og samtidig langvarig oppfølging utenfor hjemmet*. Dette kan klart anses å være i tråd med formålet etter i barnevernloven § 1-1. Samtidig må forståelsen av institusjonens formål også ses i lys av hvordan ungdommene vil kunne få tilrettelagt en tilstrekkelig grad av normalitet og - så langt det går - et bosted som kan oppleves som «*et hjem*» som i tillegg kan sikre ungdommen gode og trygge «*oppvekstsvilkår*». Sistnevnte er noe som bør komme tydeligere frem gjennom institusjonens målgruppe, målsetting og

behandlingsmodell. Ved vurderingen av kravet til forpliktelse som de integrerte institusjonene og OEM legger opp til, er det relevant å se på hvilke forutsetninger ungdommen har hatt til å kunne forstå institusjonens målsetting, når ungdommen blir bedt om å vurdere å forplikte seg til den forestående behandlingen og det fremtidige endringsarbeidet jf. punkt 1.3.3.

I BBSs institusjonsplan er det for øvrig ikke presisert hva målgruppen er kategorisert som, slik som LBS har gjort med å vise til kategori «F3 Omsorg». Under følgeforskningen ble det vurdert at det med fordel kunne ha vært en tydeligere beskrivelse av målgruppen for institusjonene. Det fremsto i tillegg noe uavklart hvordan infrastrukturen skulle se ut og hvordan inntak konkret skulle foregå.

Formålet til de integrerte institusjoner og behandlingsformen OEM som benyttes, anses på denne bakgrunn å være i tråd med formålsbestemmelsen i barnevernsloven § 1-1. Samtidig kan det med fordel tydeliggjøres at institusjonene skal sikre en tilstrekkelig grad av normalitet og et bosted som kan oppleves som et «et hjem» med gode og trygge «oppvekstkår». Ungdommene bør få ivarettatt de nødvendige forutsetninger for å kunne vurdere om de vil forplikte seg til behandlingen og endringsarbeidet.

9.1.3 Oppfyllelsen av barnevernloven §§ 1-3 og 1-4

Dokumentgjennomgangen og følgeforskningen reiser spørsmål ved OEMs krav til forpliktelse og dens forankring i lovgivningen. Kravet til forpliktelse kan langt på vei forstås som en del av ungdommens samtykke til behandlingens endringsarbeid, og samtidig et samtykke som det er uklart om ungdommene kan sies å være tilstrekkelig informert om på forhånd. Slik det fremgår i fagbeskrivelsen av OEM, blir det ikke arbeidet med endring uten at det er en forpliktelse. Frem til en slik forpliktelse foreligger, er arbeidet ofte kjennetegnet av at institusjonen i stedet jobber med kontroll av ungdommens atferd og handlinger.

Bestemmelsen om barnets beste som følger av § 1-3, er selve prinsippbestemmelsen i barnevernloven og lovens mest sentrale hensyn. Sammen med retten til å bli hørt og til å medvirke slik den kommer til uttrykk i barnevernsloven § 1-4, utgjør dette to rettigheter som er tett knyttet til hverandre og som følger av BK. Barnekomiteen fremhever viktigheten av at barns rett til å få uttrykke sin mening og følelser,

forankres i alle barnets daglige liv i hjemmet og i rettslige prosesser.⁹⁶ Selve realiseringen av barnets beste og barnets høringsrett, tilsier videre at barnet blir gitt tilstrekkelig informasjon slik at barnet kan være i stand til å mene noe om forhold av betydning for barnet. Det er i tillegg grunnleggende viktig for barns mulighet til å medvirke og si sin mening, at barnet ikke opplever seg utrygg eller under utilbørlig press som kan påvirke barnets mulighet til å kunne uttrykke seg uten forbehold. Retten til å bli hørt er helt sentral og har en avgjørende betydning både for at barn skal kunne få riktig og egnet hjelp, og for å sikre rettssikkerheten til barnet det gjelder.

Evalueringsrapporten fra 2020 gir viktig informasjon om ungdommenes erfaringer med å bo og motta behandling i de integrerte institusjoner og om hvordan de opplever OEM. Informasjonen er hentet direkte hos ungdommene på institusjonene og viser at ungdommer uttrykker mye skepsis og er kritiske til institusjonsoppholdet og behandlingen. Dette gjelder særlig om de voksnes fremgangsmåter i det som kan forstås som behandling og omsorgsutøvelse. Flere ungdommer er særlig kritiske til hvordan de opplever å bli møtt i forhold til sine utfordringer, uttrykte planer, erfaringer og meninger i «behandlingsopplegget». Flere har gitt uttrykk for frustrasjon og nedstemthet fordi de ikke opplever å bli møtt, forstått og trodd når de forteller om tanker, følelser og trang til handlinger som de sliter med i det daglige. Flere opplever å bli «straffet» når de ikke gjør eller mener slik det forventes av dem, ved at de for eksempel blir fratatt eiendeler og/eller begrenses/hindres i å drive med aktiviteter de liker. Flere ungdommer er også skeptiske til ferdighetstreningen de pålegges å drive med. Dette er en viktig del av grunnlaget til at rapporten fra følgeforskningen i 2020 konkluderer med at ungdommenes medvirkning bør forbedres, at behandlingsmetodikken overstyrer omsorgsbehovet til ungdommene, og til at det er viktig for ungdommene å vite hvor de skal etter utflytting. Det pekes dessuten på den vanskelige balansegangen mellom på den ene siden at institusjonene skal fungere som hjemmet til ungdommene, samtidig som at det skal være en arbeidsplass for personalet. På denne bakgrunn konkluderer følgeforskningen med at det ikke anses å være grunn til å opprette flere institusjoner etter samme modell. Under følgeforskningen i 2020 ble det vurdert som viktig å sikre en løpende oppfølging av ungdommer i institusjoner da dette ville bidra til å sikre barns rett til å bli hørt og deres rettssikkerhet.

⁹⁶ Generelle kommentar nr. 7 (2005), avsnitt 14 bokstav b.

Det er en særlig nær kobling mellom samtykke til helsehjelp og «forpliktelsen» som OEM legger opp til, men uten at dette er rettslig avklart i prosjektdokumentene. Erfaringer fra ungdommene i de integrerte institusjoner tyder på at ungdommene ikke blir gitt tilstrekkelig informasjon om hva «forpliktelsen» vil kunne innebære herunder hva det vil kunne medføre av for eksempel konsekvenser for dem dersom ikke oppfyller kravet til forpliktelse. Forutsetningene for både samtykke til helsehjelp og til forpliktelse av OEM, ser dermed ut til å bygge på et uklart eller svakt grunnlag.

Det ser på denne bakgrunn ikke ut som at barns rett til medvirkning og til å bli hørt og derav også barnets beste jf. §§ 1-3 og 1-4, er tilstrekkelig ivaretatt slik de integrerte institusjoner og OEMs prosedyrer er beskrevet og fungerer.

9.1.4 Oppfyllelsen av barnevernsloven §§ 1-6 og 10-1

9.1.4.1 Skjæringspunktet mellom to lover

De nye integrerte institusjoner opererer i skjæringspunktet mellom helselovgivningen og barnevernlovgivningen, og det stiller noen særlige krav til sikring av personvernregler og informasjonssikkerhet. Dette er ikke nærmere behandlet i prosjektdokumentene eller andre tilgjengelige dokumenter om driften av de integrerte institusjoner. Det ser ut til å foreligge et rettslig tomrom her, som det kan være et viktig behov for å utrede nærmere. Dette gjelder i særlig grad en rettslig kartlegging av det generelle innholdet i rettsreglene innen området for drift av integrerte institusjoner, og hvilke sikringstiltak som kreves for disse.

Helsehjelp er i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 litra c definert som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie, og omsorgsformål. Spesialisthelsetjenesteloven og barnevernloven spiller ikke hverandre på samme måte som helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Noe som belyser dette er at plikter for helsepersonell er speilet som rettigheter for pasientene, men noe som ikke er slik mellom helse- og omsorgstjenestelovene selv om helse og omsorg i praksis er samme sak. Helse og omsorg ligger også under to ulike departementer. Ettersom spesialisthelsetjenesteloven spesifiserer i sin formålsbestemmelse § 1-1 at en skal; 1. fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, 2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, 3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud, 4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig, 5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov og 6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene, rekker det ganske vidt om virkeområdet for helsehjelp.

Det ser ut til å være en utfordring for de nye institusjoner, at de består av både et barnevern- og et helseteam underlagt av ulike lover og ulike arbeidsgivere. En rettslig avklaring er viktig for en rettssikker drift av institusjonene og for rettssikkerheten til ungdommene. Dersom det ikke foreligger et tilstrekkelig utviklet journalførings- og informasjonssystem kan det også påvirke samarbeidet og kommunikasjonen, og graden av koordinering og effektivitet for en best mulig samhandling for ungdommene.

En rettighetsfesting av barns rett til hjelp fra barnevernet jf. § 1-6, er et tydelig signal om at barnet er rettighetshaveren og hovedpersonen i en barnevernssak. Bestemmelsen i § 10-1 handler om at barnevernsinstitusjoner skal gi forsvarlig omsorg og behandling, og må leses og tolkes i sammenheng med §§ 1-3 og § 1-6. Institusjonens krav om forsvarlig omsorg og behandling stiller krav til at omsorgen til barnet tilpasses det enkelte barnets behov og formål med plasseringen. Særsilt for barn som er plassert i institusjoner med hjemmel i barnevernsloven, er at det kreves at det bare brukes faglig og etisk forsvarlige metoder som er tilpasset *målgruppen*, og noe som henger nært sammen med overholdelsen av barnevernslovens krav til institusjoner.

OEM utgjør en modell som skiller mellom hva som er barnevernfaglig omsorg og behandling, hva som er helsehjelp, og hva som er felles. Dette blir begrunnet med at helsehjelp er helses ansvar og felleskomponenter må bygge på samtykkereglene i helselovgivningen. Hjelpen som blir gitt skal være integrert og dersom de som får tilbud om plass er tydelige på at de ikke vil samtykke til helsehjelp når oppholdet planlegges, må inntaket vurdere om denne typen institusjon er riktig for den aktuelle ungdommen. Samtidig kan det forekomme at ungdommer etter å ha blitt plassert i institusjonen, kan endre sin mening eller trekke sitt samtykke, noe det er opplyst at finner sted. For det tilfellet at ungdommen ikke vil ha den helsehjelpen som institusjonen tilbyr, er det et spørsmål hvordan en skal sikre at ungdommen kan holdes fysisk adskilt fra ansatte som jobber med psykisk helse i institusjonsmiljøet. Dette kan være særlig krevende dersom flere ungdommer i institusjonen ikke samtykker til psykisk helsehjelp. Der flere ungdommer jevnlig motsetter seg helsehjelp vil institusjonen også være mer å betrakte som en omsorgsinstitusjon.

Våren 2022 var det en høringsrunde av forslaget til ny tilsynsforskrift for institusjoner.⁹⁷ I Bufdir sitt hørings svar av 04.07.22 ble det særlig kommentert følgende om pilotinstitusjoner; «*Bodø behandlingssenter og Lunde behandlingssenter er som kjent*

⁹⁷ Se høringsbrev av 08.04.21 fra Barne- og familiedepartementet

to pilotinstitusjoner i Bufetat som gir omsorg og psykisk helse under samme tak. Bufdir anbefaler at det legges til rette for felles planlegging og gjennomføring av tilsyn med barnevern- og helsetjenestene som gis på disse institusjonene. Det er så langt ikke ført felles tilsyn, noe som etter vår vurdering kan være en rettssikkerhetsutfordring for barna.»

Det anses å være et behov for en rettslig utredning som kan belyse og avklare den nærmere reguleringen av integrerte institusjoner som opererer i skjæringspunktet mellom helselovgivningen og barnevernlovgivningen. Dette tilsier også et behov for å kartlegge de særlige krav som stilles til sikring av personvernregler og informasjonssikkerhet.

9.1.4.2 Samtykke til helsehjelp, informasjonsutveksling og krav til forpliktelse

Ved vurderingen av hvordan reglene om samtykke til helsehjelp og oppfyllelsene til kravet om forpliktelse, er en rettslig problemstilling om ungdommene kan sies å få et informert samtykkegrunnlag. Det er her særlig relevant å se på hvilken informasjon ungdommen får og hvordan informasjonen blir gitt.

I barnevernssaker generelt anses det som særlig viktig å sikre at saken og barnets situasjon er tilstrekkelig og forsvarlig opplyst. Samtidig er det kjent at det kan være utfordrende å balansere mellom på den ene siden å skaffe tilfredsstillende informasjon om barnet, og på den annen side ivareta barnets rett til personvern og til et informert samtykkegrunnlag. Det er et kjent fenomen at det for et barn i en barnevernssak kan knytte seg usikkerhet til hva det kan være trygt å si noe om til voksne, og til hvem.⁹⁸ Ungdommer i barnevernet og særlig ungdommer i institusjoner, vil kunne oppleve vansker med å stole på helsehjelpen som blir gitt, noe som kan føre til at de ikke vil samtykke til helsehjelp. Dette kan handle om tidligere negative erfaringer, om påvirkning fra andre ungdommer i institusjonen de bor i, om motvilje til å være på institusjonen ungdommen er i, eller om en generell skepsis til at de kan få det bedre ved å ta imot hjelpen.

Imidlertid kan ungdommenes motvilje til å samtykke til helsehjelp også handle om hva og hvordan ungdommen blir informert på forhånd, og i hvilken grad ungdommen har blitt gitt et tilstrekkelig informert grunnlag til å vurdere å samtykke

⁹⁸ Et eksempel på dette er blant annet belyst i rapporten fra prosjektet helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner Helse Sør-øst fra mars 2018. Der er det pekt på faglige og juridiske utfordringer knyttet til BUPs informasjonsplikt som i enkelte situasjoner kan komme i veien for kommunikasjonen med ungdommene.

til helsehjelp eller ikke. Det kan for eksempel være en stor kilde til utrygghet og mistillit dersom ungdommen blir informert om hva helsehjelpen går ut på, men der det ikke blir tydeliggjort at ikke alt ungdommen utleverer om seg selv i forbindelse med helsehjelpen, nødvendigvis vil forbli fortrolig og taushetsbelagt. Ungdommer som under slike forutsetninger takker ja til helsehjelp og behandling, vil senere kunne oppleve det som en stor mistillit når de erfarer at personlige opplysninger, senere har blitt delt videre med andre. Dette kan føre til at dersom ungdommen har en sak som skal opp i barneverns- og helsenemnda eller domstolen, vil kunne oppleve at helsepersonell og barnevernsansatte utleverer opplysninger ungdommen har kommet med til dem. Dersom ungdommen ikke på forhånd har blitt informert om at dette kan skje, vil det oppleves som en stor mistillit til de voksne rundt ungdommen og til systemet. Der ungdommen blir flyttet til en annen institusjonen vil et annet scenario kunne være at ungdommen ikke vil ønske å samtykke til helsehjelp ved neste plassering basert på sine tidligere erfaringer om tillitsbrudd. Dette er noe av det ungdommer kan oppleve under barneverntiltak som kan frembringe en sterk mistillit og utrygghet, og som kan oppleves som et overtramp av ungdommens personvern. Dette fører i mange tilfeller til at det blir særlig vanskelig å komme i posisjon til å skape en tillitsfull kontakt og relasjon til ungdommen.

Foreliggende dokumenter om de nye integrerte institusjoner og OEM, sier lite om hvordan forsvarlighetskravet på helserettens område er ivaretatt og hvordan oppfølging og sikring er tilpasset i de nye institusjonene. Det er for eksempel ikke beskrevet hvordan tilsynsordninger skal kunne fungere når det gjelder det dobbeltsporede systemet med ansatte og journalføringssystemer som er underlagt ulike lover. Det er heller ikke beskrevet konkret hvilke prosedyrer eller instruksjoner institusjonsansatte kan følge når det gjelder taushetspliktbestemmelser etter henholdsvis barnevern- og helselovgivningen.

BK artikkel 25 klargjør barns rett til periodisk vurdering av den behandling barn får og av alle andre forhold som har betydning for plassering av barnet. Å drive en institusjon med en behandlingsmodell som går ut på å gi terapeutisk behandling i institusjonsmiljøet, tilsier en klargjøring av barns rett til privatliv og til personvern. Dette er ikke drøftet nærmere i prosjektdokumentene eller institusjonsplanen til de integrerte institusjoner. Det vi vet fra ungdommenes erfaringer i institusjonene er at flere uttrykker utrygghet til behandlingsmodellen, og det er dermed viktig å se på hvordan dette forholder seg når det gjelder ungdommenes rett til personvern og respekt for sitt privatliv.

Prosjektgruppen trekker frem at det kan være ungdommer som helt klart er i målgruppen, men som er usikre eller ambivalente og som det vurderes at kan motiveres til å samtykke til helsehjelp underveis. En viktig grunntanke for OEM er at det innrettes slik at det gir mening å tilby plass og fortsette et opphold til tross for usikkerhet, ambivalens og motstand til det som kan defineres som helsehjelp som psykisk helsevern har ansvar for. Det er vist til at det er sentralt å gjøre vurderinger på om oppholdet kan føre til måloppnåelse på sikt da det kan tilsi at det bør gis rom for å gå videre i prosessen. Det kan føre til at motivasjonsarbeid leder til at ungdommen likevel takker ja til tilbud om plass. Samtidig fremgår det i Bufdir sin tolkningsuttalelse av 19.02.18 til fylkesmannen, at det ikke vil være mulig å opprettholde et § 4-24 vedtak som ikke er barnevernfaglig forsvarlig i påvente av at barnet skal bli motivert til å motta helsehjelp. Prosjektgruppen presiserer at en også må vurdere dette opp mot hvilke plasseringsparagrafer en mener er hensiktsmessige.⁹⁹

For det tilfellet at ungdommer i de integrerte institusjoner ikke tar i bruk helsehjelpen som institusjonstilbudet utgjør en viktig del av, er det grunn til å spørre om ikke det vil kunne undergrave formålet med de integrerte institusjoner, og i neste omgang formålet etter barnevernloven § 1-1. Basert på prosjektdokumentene er det uklart hvordan de integrerte institusjoner ser ut å håndtere helsepersonellens informasjonsplikt i relasjon til ungdommenes informerte samtykkegrunnlag, og hvordan informasjon om ungdommene blir håndtert mellom barnevernsteamet og helseteamet i institusjonene. Dette er forhold det er viktig å få utredet nærmere.

9.2 Andre mandatpunkt: OEMs sikkerhetsplan

Fra det som kommer frem av følgeforskningen av de nye institusjoner, ser det ut som at sikkerhetsplanen blir praktisert på en slik måte at den iverksettes *før* bestemmelser i barnevernloven og rettighetsforskriften kommer til anvendelse. Dette er i så tilfelle en praksis som setter begrensninger overfor ungdommer uten å fatte enkeltvedtak. Det vil være viktig å sikre tydelige retningslinjer og prosedyrer for overholdelsen av gjeldende regler. Dersom sikkerhetsplanen praktiseres på en slik måte at den utløser bruk av tvang *uten* at krav og vilkår i barnevernloven § 10-14 etterfølges, er dette et brudd på barnevernloven som representerer en alvorlig svikt for ungdommenes rettssikkerhet.

⁹⁹ Følgeforskning SINTEF, side 15

Sikkerhetsplanen bør være konkret og tilstrekkelig utredet slik at den gir svar på hvordan den skal effektueres hva gjelder ungdommer plassert med hjemmel i en omsorgsplassering, og de som også har et vedtak med hjemmel i en atferdsplassering (og som tilsier hjemmel for utvidet bruk av tvang etter lovens spesielle inngrepshjemler). Dersom en institusjon skal ha adgang til å anvende spesielle inngrepshjemler etter barnevernloven kapittel 10 (§§ 10-9 og 10-10) for ungdommene som er plassert etter bvl. § 6-1 eller § 6-2, må institusjonen oppfylle de kravene som stilles for institusjoner som tar imot ungdommer etter disse bestemmelsene. Denne type institusjoner må være rigget til på en slik måte at bygningen og de ansatte oppfyller kriteriene som direkte knytter seg til denne type plasseringer og gjeldene rett.

Idet de integrerte institusjoner består av ungdommer med både omsorgs- atferdsplasseringer, betyr dette at en ungdom plassert etter § 5-1 vil kunne bli underlagt en annen type tvangsinngrep og bruk av makt, enn det en ungdom som er plassert etter §§6-1/6-2. Det er ikke nærmere utredet eller drøftet i prosjektdokumentene, hvordan institusjonene skal løse dette. Det er heller ikke omtalt i institusjonsplanene. Det er også noe uklart hva som er prosedyren i situasjoner som skulle tilsi bruk av tvang, når det både er helse- og barnevernsansatte i institusjonsmiljøet.

En annen dimensjon med de integrerte institusjoner som også kan tilsi et behov for en rettslig avklaring, er hva det kan innebære for ungdommer å være underlagt ulike hjemmelsgrunnlag for bruk av tvang, og samtidig bo på samme institusjon. Det er relevant å spørre seg hva det gjør med en ungdom som det er adgang til å benytte mer inngripende tvang, å bo i en institusjon hvor det også bor andre ungdommer som ikke er underlagt samme type restriksjoner. Det er også relevant å spørre hva det gjør med en ungdom som har en mindre alvorlig problematikk, å bo sammen med andre ungdommer med en langt alvorligere problematikk.

De integrerte institusjoner tar imot ungdommer med en svært alvorlig problematikk og plasseres i modellen «endringshierarki» helt i topp under kategori 1 (selvskading og selvmordsforsøk).¹⁰⁰ Imidlertid er det opplyst at den ene av de integrerte institusjonene «blander» problematikk ved inntak. Grunnen til at dette blir gjort er opplyst å være at målgruppen for tiltaket (med definert atferd 1. Selvmordsforsøk/

¹⁰⁰ Fagmodellen side 55

selvskading) oppleves å være så «tung» at institusjonen også tar inn ungdom med lettere type problematikk. Dette innebærer at institusjonen, som definerer seg som en behandlingsinstitusjon for *alvorlig problematikk relatert til selvskading og selvmordsforsøk*, blander inn en annen målgruppe fordi den angitte målgruppen krever for mye ressurser. Denne type måten å operere på kan ikke sies å være forenlig med gjeldende rett, herunder prinsippet om barnets beste.

Sikkerhetsplanen i de integrerte institusjoner bør på denne bakgrunn evalueres, og det bør i særlig grad foretas en helhetlig rettslig gjennomgang av hvordan deres prosedyrer og driften av institusjonene korresponderer med gjeldende rett.

9.3 Tredje mandatpunkt: plasseringsgrunnlaget for de integrerte institusjoner

9.3.1 Målgruppen til de nye integrerte institusjoner

Prosjektgruppen og øvrige prosjektdokumenter viser til en målgruppe for de nye institusjoner som omhandler ungdommer som har opplevd store belastninger i oppveksten som følge av alvorlig omsorgssvikt i hjemmet. Samtidig har det gjennom årene kommet økt kunnskap om andre negative belastninger barn under denne målgruppen også kan bære med seg, og som kan forstyrre deres fungering og psykiske helse.

I en amerikansk studie av barn plassert i institusjon, hadde nesten 98 % av barna opplevd minst én mulig traumatiserende hendelse i løpet av livet, der flere av de traumatiserende belastningene til hoveddelen av barna, hadde blant annet sammenheng med lengden på behandlingsoppholdet. Den høye forekomsten av mulig traumatiserende opplevelser indikerte lang behandlingstid. Hovedvekten av barna hadde erfaring fra tidligere opphold i døgntilbud og hadde byttet omsorgsgivere ved replassering opptil flere ganger, med et gjennomsnitt på i overkant av seks flyttinger. En stor andel av barna var diagnostisert med psykiske lidelser som ADHD, PTSD, depresjon, opposisjonell atferdsforstyrrelse, reaktiv tilknytningsforstyrrelse eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.¹⁰¹

¹⁰¹ Brady & Caraway (2002)

Riksrevisjonens rapport fra 2020 om barneverninstitusjoner beskriver at omlag 39 % av ungdommer i institusjoner har blitt boende på den første institusjonen de kom til, men at de fleste har flyttet minst én gang etter flyttingen hjemmefra. 12 % flyttet fire eller flere ganger etter flyttingen ut av hjemmet. Ett barn flyttet ti ganger siden flyttingen ut av hjemme i 2018.¹⁰²

I Helsetilsynets rapport om barn i særlig sårbare livssituasjoner som trenger hjelp fra barneverntjenesten og psykisk helsetjeneste samtidig, beskrives at barna har flyttet mye. Det blir påpekt at flytting er en åpenbar stressfaktor for sårbare barn og det er uttalt at *«vi ser i sakene at det blir enda en faktor som kan bidra til at tjenesten ikke lykkes med å gi barnet forsvarlig omsorg og behandling»*. Det er uttalt at *«spørsmålet blir om organiseringen av hvordan barn i barnevernet skal bo og leve sine liv er blitt til en institusjonalisert flytting av barn.»*¹⁰³

NOVAs rapport *God omsorg i barneverninstitusjoner* fra 2017, påpeker blant annet at mange tidligere flyttinger på institusjoner i seg selv bør føre til at videre flyttinger unngås så langt det er mulig.¹⁰⁴ Selvrapportert livskvalitet blant ungdom med opphold i institusjon er lavere enn i befolkningen generelt.¹⁰⁵ Det er videre velkjent og dokumentert at privatliv og relasjonsbygging blir satt under press på grunn av gjentatte flyttinger.¹⁰⁶

Målgruppen til de nye institusjoner kan dermed tilsi et behov for presisering slik at det kan komme tydeligere frem at målgruppen ikke bare gjelder ungdommer med negative erfaringer og belastninger som følge av omsorgssvikt i hjemmet eller oppveksten. Flere av ungdommene i målgruppen til de integrerte institusjoner vil kunne ha en ikke ubetydelig bagasje av negative erfaringer fra tidligere flyttinger mellom institusjoner og fra andre plasseringstiltak. Barn kan utvikle alvorlige psykiske belastninger og i flere tilfeller også mulig traume som følge av å bli utsatt for mange utilsiktede flyttinger innad i systemet. Derfor er det viktig å se på barns psykiske helse, også i relasjon til erfaringer fra tidligere hjelpe- og behandlingstiltak og plasseringer. Sistnevnte er særlig relevant ved forståelsen av hvordan det enkelte barnet vil kunne profitte på en ny plassering i form av et integrert institusjonstilbud.

¹⁰² Riksrevisjonens rapport (2020), side 24

¹⁰³ Helsetilsynets rapport *Når barn trenger mer* (2019), side 10, 22 og 23

¹⁰⁴ NOVA Omsorgs i barneverninstitusjoner (2007), side 145

¹⁰⁵ SINTEF, kunnskapsoppsummering om effekter av tiltak i barnevernet (2022), side 41

¹⁰⁶ Sandberg og Gording Stang (red.), *Barnevernrett* (2023) side 486, Universitetsforlaget

9.3.2 Plasseringsgrunnlaget for de integrerte institusjoner

Det er grunn til å stille spørsmål ved rettsgrunnlaget for plasseringene i pilotinstitusjonene, når de er kategorisert som behandlingsinstitusjoner som skal gjelde for plasseringer etter barnevernloven § 5-1 (vedtak om omsorgsovertakelse) og etter barnevernloven §§ 6-1 og 6-2 (vedtak om plassering i barneverninstitusjon med og uten samtykke grunnet alvorlige atferdsvansker).

Barnevernloven, lovens forarbeider, rettspraksis, og juridisk teori gir et klart bilde av lovgivers intensjon; det skal være en målgruppedifferensiering *som korresponderer med rettsgrunnlaget for plasseringen*. Etablering av en ny institusjon som åpner for å ta inn ungdommer med ulikt plasseringsgrunnlag i en kombinert omsorgs- og behandlingsinstitusjoner, reiser en rekke problemstillinger av både psykologfaglig, praktisk og ikke minst rettslig karakter som ikke ser ut til å ha blitt tilstrekkelig utredet under prosjekteringen av pilotinstitusjonene

Plasseringer med bakgrunn i en omsorgsovertakelse etter bvl. § 5-1 innebærer et konkret omsorgsformål om stabilitet og kontinuitet for barn under omsorg, og om at flytting så langt som mulig bør unngås, med mindre endrede forhold gjør det nødvendig. Loven krever at dersom barn ikke plasseres slik det er forutsatt i vedtaket, skal saken forelegges nemnda på nytt. Plasseringer med hjemmel i bvl. § 6-2 som har et særskilt behandlingsformål og som innebærer en frihetsberøvelse for ungdommen, innebærer andre målsettinger enn ved omsorgsplasseringer. Det vil her dreie seg om noen særlige vurderinger ved landtidsplassering og om institusjonen er faglig og materielt egnet til å dekke den konkrete ungdommens behandlingsbehov. Den nylig avsatte avgjørelsen i Høyesterett understreker nettopp det viktige utgangspunktet om at valg av plasseringsalternativ ligger til barneverns- og helsenemnda og domstolen. Avgjørelsen presiserer også begrensningene som knytter seg til å det å endre ungdommens plassering uten at det først har blitt forelagt for barneverns- og helsenemnda.

For begge typer plasseringer knytter det seg ulike regler om når flytting og endring av plasseringstiltak tilsier behandling i barneverns- og helsenemnda. Det er på denne bakgrunn klart at flere av ungdommene som potensielt vurderes til inntak i de integrerte institusjoner, også har en rett til å få vurdert rettslig om ungdommens sak tilsier en ny behandling i barneverns- og helsenemnda.

Disse prosessene reiser ulike spørsmål og problemstillinger som ikke er behandlet eller nærmere belyst ved utformingen av det nye institusjonstilbudet, og som har stor

betydning for forståelsen av hvordan de integrerte institusjonene bør rigges til, og hva det er viktig å ta hensyn til for å sikre barns rettssikkerhet.

Når barneverns- og helsenemnda fatter et vedtak om omsorgsovertakelse etter § 5-1 og institusjonsplassering, vil det gjelder en omsorgsinstitusjon for plasseringer etter § 5-1. Tilsvarende er det når barneverns- og helsenemnda fatter et vedtak om atferdsplassering etter §§ 6-1 eller 6-2, da barnevernloven ikke åpner for at ungdommen skal kunne plasseres i en omsorgsinstitusjon etter vedtak hjemlet i § 5-1, men i adferdsinstitusjon etter vedtak hjemlet i §§ 6-1 og 6-2. Gjeldende rett legger opp til en klar og direkte sammenheng mellom en vurdering av vilkårene for plasseringen, og type institusjonsplassering. Et viktig hensyn bak dette er for å sikre at ungdommen får en egnet og forsvarlig ivaretagelse. Det vil ikke anses som forenlig med gjeldende bestemmelser at en ungdom med et vedtak om omsorgsovertakelse blir plassert i en atferdsinstitusjon, ei heller at en ungdom med et vedtak om atferdsplassering skal bli plassert i en omsorgsinstitusjon. Lovens ordning blir med tyngde støttet av viktige hensyn som barnets beste etter bvl. § 1-3, forsvarlighetskravet etter § 1-6, formålsbestemmelsen i § 1-1, og viktige rettssikkerhetsgarantier forankret i flere av barnevernlovens bestemmelser om prosessuelle rettigheter for barnet saken gjelder.

Det fremstår etter dette noen uavklarte spørsmål om hvordan de integrerte institusjoner ser ut til å forholde seg til ulike regler for behandling og omsorg av ungdommer som henholdsvis er plassert etter § 5-1 og §§ 6-1/6-2. Hva som er de integrerte institusjonenes tilnærming og syn på dette vil være av stor praktisk og rettslig betydning for ungdommene det gjelder. Dette anses det som særlig viktig å få nærmere utredet, og noe som per i dag representerer en svakhet ved driften av de integrerte institusjonene. Dokumenter sier ikke noe om føringer og bygg og ytre miljø til boliger for denne målgruppen. Den berører heller ikke de ulike krav til institusjon som plasseringer etter henholdsvis § 5-1 og § 6-2 har, og om hvordan dette forholder seg når det blir etablert en institusjon som skal kombinere to eller flere plasseringsgrunnlag.

De integrerte institusjoner bygger på to offentlige tjenester, to regelverk og to profesjoner, noe som med tyngde burde tilsi en grundig rettslig vurdering av rettsgrunnlaget for det nye institusjonstilbudet.

Helsetilsynets rapport fra 2019 som kartla en gruppe barn i særlig sårbare livssituasjoner med behov for hjelp fra barneverntjenester og psykisk helsetjeneste samtidig, konkluderte med at *«Helsetilsynet har i denne rapporten pekt på en gruppe barn som vi ikke kan se at har et forsvarlig tjenestetilbud, og hvor regelverket ikke er tilpasset barnas behov for ivaretagelse, omsorg og behandling. Vi savner et tilbud til disse få barna som med stor grad av sannsynlighet sikrer dem forsvarlig omsorg og behandling fra barnevernstjenester og psykiske helsetjenester samtidig, og over tilstrekkelig tid»*

Helsetilsynet kommer frem til konklusjonen: *«Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet: vurdere å etablere en type tiltak forankret i egen lov for denne mest utsatte gruppen barn i barnevernet som rapporten omtaler»* og videre at *«Fokus bør være på tydelig regelverk og rammer, riktig og tilstrekkelig kompetanse og stabile institusjonsplasser der barnet kan bo så lenge det har behov for det.»*¹⁰⁷

Det er på denne bakgrunn viktige hensyn som tilsier en helhetlig gjennomgang av rettsgrunnlaget for det nye institusjonstilbudet og der særlig hensynet til ungdommenes rettssikkerhet blir særlig vektlagt ved vurderingen av eventuelle lovendringer.

¹⁰⁷ Helsetilsynet, *Når barn trenger mer* (2019), side 32 og 33

10. Referanser og litteratur

Lover, forskrifter og veiledere

Lover

- 1814 – Kongeriget Norges Grundlov 17. mai 1814 (Grunnloven)
- 1967 – Lov om behandlingsmåte i forvaltningssaker 10. oktober 1967 (forvaltningsloven)
- 1999 – Lov om pasient- og brukerrettigheter 2. februar 1999 (pasient- og brukerrettighetsloven)
- 1999 – Lov om helsepersonell 2. juli 1999 (helsepersonelloven)
- 1999 – Lov om spesialisthelsetjenesten 2. juli (spesialisthelsetjenesteloven)
- 1992 – Lov 17. juli nr. 100 om barnevern (barnevernloven)
- 2011 – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24. juni 2011 (helse- og omsorgstjenesteloven)
- 2021 – Lov 18. juni 2021 nr. 97 om barnevern (barnevernsloven)

Forskrifter

- 2021 – Forskrift om krav til kvalitets- og godkjenning 18. juni 2021 nr. 97
- 2023 – Forskrift om rettigheter i barneverninstitusjoner 20. desember 2022

Veiledere

- Q-1145 B utgitt i 2008 – veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse
- Tolkningsuttalelser
- Tolkningsuttalelse fra Bufdir datert 21. mars 2016

Internasjonale rettskilder

- EMK** FNs konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter. Roma, 4. november 1950.
- ØSK** FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966
- SP** FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter av 1966
- BK** FNs konvensjon om barns rettigheter. New York 11 november 1989

Forarbeider

Ot.prp. 44 (1991-1992) – Om lov om barneverntjenester

NOU 2009:15 – Skjult informasjon – åpen kontroll – metodekontrollutvalgets evaluering av lovgivningen om politiets bruk av skjulte tvangsmidler og behandling av informasjon i straffesaker

Prop. 106 L (2012-2013) – Lov om endringer i barnevernloven

NOU 2016:16 – Ny barnevernslov – Sikring av barns rett til omsorg og beskyttelse

Prop. 169 L (2016-2017) – Lov om endringer i barnevernloven

Innst. 151 L (2017-2018) – Innstilling fra familie- og kulturkomiteen om endringer i barnevernloven

Prop. 122 L (2020-2021) – Lov om endringer i barnevernloven

Prop. 133 L (2020-2021) Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven

NOU 2023:24 - Barnevernsutvalget

Rettsavgjørelser

HR-2021-640-A

HR-2023-430-A

Avgjørelser fra barneverns- og helsenemnda (tidligere kalt fylkesnemnda)

FNV-2022-104-FRO

Avgjørelser fra EMD

Case of D.L. v. Bulgaria, no 7472/14, 19. May 2016

General comments

General comment no 20 (1992) – Prohibition of Torture, or Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 10 March.

General comment no 7 (2005) – Implementing Child Rights in Early Childhood. CRC/C/GC/7

General comment no 12 (2009) – *The right of the child to be heard*. 20 July 2009. CRC/C/GC/12

General comment no 14 (2013) – *On the right of the child to have his or her best interest taken as a primary consideration*. 29 May 2013, CRC/c/gc/14

General comment no 14 (2013) – *On the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health*. 17 April 2013. CRC/C/GC/15

Juridisk litteratur

- Sigurdson, Randi (2015). *Tvangsplassering av barn med utfordrende atferd – en sammenligning av regler i barneloven, helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven*. Fagbokforlaget.
- Ofstad, Kari og Skar, Randi (2015). *Barnevernloven med kommentarer*. Gyldendal forla.g
- Kjellebold, Alice (2016) – *Helse- og omsorgstjenesteloven med kommentarer*. Fagbokforlaget.
- Haugli, Trude og Bendiksen, Lena R. L. (2023) – *Sentrale emner i barneretten* Universitetsforlaget.
- Fornes, Nylund og Sperr (2023) – *Barnekonvensjonen i norsk rett, prinsipper og praksis*. Gyldendal.
- Sandberg og Gording Stang (2023), *Barnevernrett, Barnekonvensjonen, barns rettigheter*. Universitetsforlaget.

Rapporter og utredninger

- 2002 – Brady & Caraway.
- 2007 – NOVA Omsorg i barneverninstitusjoner
- 2010 – Bufdir. Kvalitets i barnevernsinstitusjoner
- 2013 – Bufdir. Oppvekstrapporten
- 2013 – Bufdir. Veiledning til utfylling av institusjonsplanen
- 2018 – SINTEF – Delrapport I. Følgeforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemme og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp.
- 2019 – SINTEF – Delrapport II. Følgeforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemme og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp.
- 2019 – Bufdir prosjektrapport. Nytt institusjonstilbud
- 2019 – Budfir og Hdir sin endelige prosjektrapport datert 22. januar 2019
- 2019 – Brev fra statlig regional barnevernsmyndighet datert 30. januar 2019
- 2019 – Bufdir. Brev fra Bufetat region nord datert 23. mars 2019
- 2019 – Helsetilsynets rapport Når barn trenger mer
- 2020 – SINTEF. Nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp
- 2020 – Riksrevisjonens rapport.
- 2021 – Høringsbrev datert 8. april 2021 fra Barne- og familiedepartementet
- 2022 – SINTEF. Kunnskapsoppsummering om effekter av tiltak i barnevernet
- 2023 – OsloMet – Menneskerettslig handlerom – «Når barn trenger mer» - Merete Havre

Vedlegg 2

Samfunnsøkonomisk vurdering av integreerte tiltak

Samfunnsøkonomisk vurdering av integrerte tiltak

Dette kapitlet presenterer en samfunnsøkonomisk vurdering av det utprøvde barnevernsinstitusjonstiltaket. I det første delkapitlet vil vi presentere metodikken for samfunnsøkonomiske analyser og hvordan vi har valgt å gjøre avgrensninger i vurderingene av de aktuelle barnevernstjenestene.

Det andre delkapitlet gir en oversikt over kostnadene knyttet til det aktuelle tilbudet og fire alternativforløp, som i analysene vil fungere som mulige nullalternativ. I det tredje delkapitlet diskuterer vi hva mulige virkninger tiltaket vil kunne gi av nytte. Med nytte menes hva både individet og samfunnet kan tjene (eventuelt spare) dersom tiltaket gir virkninger på ungdommene som mottar tjenesten. I det siste delkapitlet oppsummeres funnene knyttet til den økonomiske vurderingen av tiltaket.

Den generelle fremgangsmåten i slike analyser kan deles inn i følgende trinn. Innledningsvis vil man forsøke å identifisere problemstillingen og hvilke mål man ønsker å oppnå så presist som mulig, inkludert identifisering av berørte grupper. Neste steg vil være å definere alle alternativene som er aktuelle for å nå målene. De samfunnsmessige virkningene av hvert alternativ, både på kostnads- og nyttesiden tallfestes så vidt mulig, inkludert indirekte kostnader ved skattefinansiering. Virkninger som ikke kan verdsettes tallmessig må gis en kvalitativ vurdering. Ved å sammenstille disse virkningene til en netto samfunnsøkonomisk gevinst, sammenlignet med et realistisk nullalternativ, vil man kunne konkludere med en anbefaling rundt tiltakets lønnsomhet.

Metode og datagrunnlag

En samfunnsøkonomisk analyse må forholde seg til norske retningslinjer for slike samfunnsanalyser. Dokumentene som i første rekke definerer hvordan samfunnsøkonomiske analyser skal utføres er Finansdepartementets rundskriv for samfunnsøkonomiske analyser R-109/21 (FIN 2021), og DFØs veileder for samfunnsøkonomiske analyser fra (DFØ 2023a). Disse tar igjen utgangspunkt i Utredningsinstruksen og veilederen til denne (DFØ 2023b). I tillegg til disse dokumentene er spesielt Bufdirs egen sektorveileder for samfunnsøkonomiske analyser i barnevernet aktuell i vårt tilfelle (Bufdir, 2024).

Utredningsinstruksen med veileder definerer i første rekke *når* en samfunnsøkonomisk analyse skal utføres, mens Veileder i samfunnsøkonomiske analyser og Rundskrivet definerer *hvordan* slike skal utføres.

Utredningsinstruksen med veileder

Utredningsinstruksen lister opp følgende spørsmål som skal besvares i enhver utredning av statlige tiltak (Utredningsinstruksen, pkt. 2.1):

10. Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
11. Hvilke tiltak er relevante?
12. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
13. Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
14. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
15. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Kravene til utredning og ressursene som brukes på utredninger, bør stå i forhold til virkningene av det foreslåtte tiltaket.

Veilederen slår fast at kravene til hvor omfattende og grundig utredningen skal være, avhenger av hvor stort omfang tiltaket har. Dette innebærer at tiltak av mindre omfang kan utredes enklere og mer kortfattet enn større tiltak (DFØ 2023b).

Veilederen redegjør mer utfyllende om hvordan de seks spørsmålene nedfelt i Utredningsinstruksen skal besvares.

Spørsmål 1. Det skal gjøres anslag på problemets omfang, alvorlighet, og hvem som er berørt. Målene med tiltaket beskrives, både sett fra samfunnets side og fra ståstedet til de gruppene som berøres av tiltaket. Herunder utarbeidelse av et nullalternativ, som beskriver dagens situasjon, i fravær av tiltaket som skal utredes.

Spørsmål 2. Her skal kun relevante tiltak tas med, og det skal argumenteres hvorfor. For tiltak som ikke er vurdert som relevante skal det forklares hvorfor.

Spørsmål 3. En vurdering av prinsipielle spørsmål innebærer at man må utrede om det er absolutte begrensninger for tiltaksutforming som ikke må overskrides. Videre må man belyse hvordan tiltaket påvirker, både støtter opp om eller svekker, viktige samfunnsverdier eller prinsipielle hensyn. Prinsippspørsmål kan gjelde personvern og integritet, rettssikkerhet, samvittighets- / livssynsspørsmål eller likestillings- og diskrimineringsspørsmål eller tiltak som særskilt berører urfolk eller minoriteter.

Spørsmål 4. Forventede virkninger av tiltaket skal beskrives, både positive og negative. Beskrivelsen bør identifisere personer eller grupper i samfunnet som man forventer vil bli berørt. Både tilsiktede og utilsiktede virkninger skal tas med.

Positive virkninger, eller nyttevirkninger, av et tiltak er virkninger som de berørte opplever som en fordel. Negative virkninger, eller kostnadsvirkninger, oppleves som en ulempe. Kostnadsvirkninger kan også være budsjettmessige virkninger som følger av tiltaket, som investerings- og driftskostnader.

Hvordan tiltakets virkninger fordeler seg mellom ulike grupper i samfunnet kalles fordelingsvirkninger. Viktige fordelingsvirkninger bør beskrives i en egen analyse og vi bør vurdere om det finnes tiltak for å kompensere berørte grupper.

Virkningene skal beskrives for hele perioden de er forventet å ha en effekt for. Når et tiltak har budsjettvirkning for staten, vil det være nødvendig å anslå denne virkningen som en del av utredningen. Utredningen bør også beskrive hvilke virkninger det er knyttet usikkerhet til. Vurderingen av usikkerhet kan gjøres enten kvalitativt eller kvantitativt

Spørsmål 5: Tiltakets samlede positive og negative virkninger skal stiles opp mot hverandre, uavhengig av om virkningene er vurdert kvalitativt eller kvantitativt. Som en hovedregel bør man anbefale det tiltaket som vurderes å gi størst samlede positive

virksomheter i forhold til samlede negative virkninger for samfunnet. Prinsipielle hensyn kan påvirke vurderingene ved å gjøre enkelte tiltak uaktuelle,

Hvis det er krevende å sammenstille, vurdere og avveie virkningene på et faglig grunnlag, bør det gjenspeiles i en mer forsiktig anbefaling eller ved at det ikke gis en anbefaling. Det kan være tilfelle i situasjoner med viktige prinsipielle hensyn, betydelige fordelingsvirkninger og når det er usikkerhet om omfang og verdsetting av viktige virkninger..

Hvis tiltaket som anbefales gir betydelige negative virkninger for noen grupper, skal utredningen gi særskilt informasjon om dette. Hvis mulige tiltak kan påvirke viktige samfunnsverdier og prinsipielle hensyn, både positivt og negativt, bør det gis en selvstendig analyse av dette.

Når det skal utredes tiltak som man forventer gir vesentlige nytte- eller kostnadsvirkninger, herunder vesentlige budsjettmessige virkninger for staten, skal det gjennomføres en analyse i samsvar med gjeldende rundskriv for samfunnsøkonomiske analyser. I slike analyser skal det være et nullalternativ (Utredningsinstruksen pkt. 2-2).

Finansdepartementets rundskriv

Finansdepartementets rundskriv fastsetter prinsipper og krav som skal følges ved gjennomføringen av samfunnsøkonomiske analyser og andre økonomiske utredninger av statlige tiltak. Rundskrivet fastsetter prinsipper for samfunnsøkonomiske analyser av tiltak som skal inngå i statens egne beslutningsprosesser, uavhengig av om det er offentlige eller private aktører som skal gjennomføre tiltaket og uavhengig av hvem som utfører analysen. Samfunnsøkonomisk analyse kan benyttes innenfor alle samfunnssektorer.

Rundskrivet beskriver tre hovedtyper av samfunnsøkonomisk analyse: Nyttekostnadsanalyser, kostnadseffektivitetsanalyser, og kostnadsvirkningsanalyser.

I en nytte-kostnadsanalyse verdsettes alle positive og negative virkninger av et tiltak i kroner så langt det lar seg gjøre, ut fra et hovedprinsipp om at en konsekvens er verdt det befolkningen til sammen er villig til å betale for å oppnå den eller for å unngå den. Dersom betalingsvilligheten for alle tiltakets nyttevirksomheter er større enn summen av kostnadene, defineres tiltaket som samfunnsøkonomisk lønnsomt.

En kostnadseffektivitetsanalyse kan gjennomføres dersom alle alternative tiltak har de samme nyttevirkningene. I slike tilfeller er det tilstrekkelig å rangere alternativene etter kostnad, og finne det tiltaket som vil realisere et ønsket mål til lavest kostnad.

Kostnadsvirkningsanalyser brukes når nyttevirkningene ved alternative tiltak varierer, men uten at disse kan tallfestes. Nyttevirkningene må dermed beskrives kvalitativt, og sees opp imot de tallfestede kostnadene. Dette vil ikke gi grunnlag for å rangere alternativer etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet, men kan allikevel gi verdifull beslutningsstøtte.

Nullalternativet er referansen som de øvrige tiltakene skal sammenlignes med, og skal representere en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. I analysen skal en beskrive hvilke virkninger de ulike andre alternative tiltakene kan ha, hvem og hvilke områder som blir berørt, og hvordan de blir berørt. Virkningene beskrives som endringer sammenlignet med nullalternativet.

Nytte- og kostnadsvirkninger skal verdsettes i kroner så langt det er mulig og hensiktsmessig. Kalkulasjonsprisene som benyttes til dette skal reflektere verdien av de ressursene eller innsatsfaktorene som inngår i tiltaket i deres beste alternative anvendelse. Markedsprisene fra privat sektor skal så langt som mulig benyttes som kalkulasjonspriser

Som hovedregel holdes alle priser reelt uendret gjennom analyseperioden i en samfunnsøkonomisk analyse. Det er ikke mulig å direkte observere markedspriser for alle virkninger av et tiltak. Dette gjelder for eksempel miljøverdier, helseverdier og tidsverdier. For at nytte eller kostnad av slike virkninger ikke skal utelates, kan disse inkluderes gjennom estimerte betalingsvilligheter, eller gjennom rangering av tiltak ved bruk av ulike helsemål.

Helsemål må velges på bakgrunn av tiltakets egenart. Verdien av et statistisk liv (VSL) er definert som verdien av en enhets reduksjon i forventet dødsfall i en gitt periode. En estimert VSL representerer den totale betalingsvilligheten til en gitt populasjon (her Norges befolkning) for en risikoreduksjon som er akkurat stor nok til at en forventningsmessig vil spare ett liv. Ved fastsettelsen av betalingsvillighet er det forutsatt at tiltaket berører et stort antall individer og at risikoen for hver enkelt er liten. Den økonomiske verdien av et statistisk liv settes til 30 mill. 2012-kroner. Denne skal benyttes for alle sektorer. For analyser spesielt rettet mot barns sikkerhet,

kan det som en tilleggsanalyse anvendes en verdi som er to ganger dette. Den økonomiske verdien av et statistisk liv skal oppjusteres tilsvarende veksten i BNP per innbygger i siste tilgjengelige Perspektivmelding fra Finansdepartementet.

For å kunne sammenligne og summere nytte- og kostnadsvirkninger som oppstår på ulike tidspunkt, er det behov for en kalkulasjonsrente. Diskontering med bruk av en kalkulasjonsrente er en systematisk og transparent metode for å omregne alle prissatte virkninger til den verdien de vil ha i et bestemt år (henføringsåret). Når henføringsåret er i starten av tiltakets levetid, kalles dette nåverdiberegninger. For statlige tiltak som ikke gjøres i direkte konkurranse med private aktører, og hvor private markedsrenter dermed ikke er tilgjengelige, skal det benyttes en kalkulasjonsrente på 4% for de første 40 årene av levetiden, 3% for de neste 25 årene, og 2% for resten av perioden.

Levetiden som benyttes i analysen av investeringsprosjekter må reflektere den perioden tiltaket som analyseres faktisk vil være i bruk eller yte en samfunnstjeneste. For tiltak som tar form av tjenester eller regulering, må en vurdere hvor langt inn i framtiden tiltaket vil ha vesentlig virkninger. Levetiden må derfor drøftes for det enkelte tiltak.

Veileder i samfunnsøkonomiske analyser

DFØs veileder er en omfattende og sektorovergripende veileder som er relevant for all samfunnsøkonomisk analyse. Vi trekker her fram enkelte momenter som ikke allerede er nevnt i dokumentene beskrevet overfor.

Veilederen er tydelig på at omfanget på en samfunnsøkonomisk analyse skal sees i forhold til størrelsen på tiltaket som utredes (kap. 1.1.). Den fastslår videre at en samfunnsøkonomisk analyse skal gjennomføres *før* et tiltak iverksettes (kap. 2.1.). En samfunnsøkonomisk analyse skal ikke utrede prinsipielle spørsmål, og fordelingsvirkninger skal tas med kun i den grad de er relevante (kap. 1.3.).

Ved sammenstilling av nytte- og kostnadsvirkninger ved tiltak der ikke alle tiltakene lar seg prissette, foreslår veilederen å bruke en verdimatrise (kap. 3.4.5). Her vil tallfestede virkninger kunne sammenstilles kvalitative vurderinger som 'litt positivt', 'veldig positivt', 'veldig negativt', osv. Dette erstatter den tidligere anbefalte pluss/minusmetoden og antas å gi mindre rom for feiltolkning av typen 'to pluss og to minus blir null'. Kvalitative vurderinger er ikke ment å tolkes som matematiske størrelser.

Selv om Finansdepartementets rundskriv ikke anbefaler rangering av tiltak ved en slik kostnadsvirkningsanalyse, sier veilederen at det må kunne vurderes i hvert enkelt tilfelle om dette allikevel kan gi grunnlag for en anbefaling av tiltak etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Som et alternativ til en slik verdimatisemetode, beskrives også en dekningsanalyse (break-even analyse) som et alternativ for å sammenstille prissatte og ikke prissatte virkninger. Den går ut på å først beregne netto nåverdi på vanlig måte for alle prissatte virkninger, og deretter regne seg frem til hvor stor den samfunnsøkonomiske verdien av de ikke-prissatte virkningene *må* være for at tiltaket skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Dette gir en slags hypotetisk terskelverdi for de ikke prissatte virkningene, og kan illustrere i hvilken størrelsesorden de må være for at et tiltak skal kunne anbefales som samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Det er verd å merke seg at veilederen (kap. 3.4.4) ikke gir anbefalinger for valg av helsemål utover det som følger at Finansdepartementets rundskriv, utover at verdien av et statistisk leveår (VOLY), eller et kvalitetsjustert leveår (QALY) i noen tilfeller *kan* være bedre helsemål enn verdien av et statistisk liv (VSL).

Bufdirs veileder

Bufdirs egen sektorveileder for samfunnsøkonomisk analyse på barnevernsområdet (Bufdir 2024) bygger på alle de sentrale dokumentene beskrevet over, men framholder i tillegg noen spesielle utfordringer og karakteristika som gjelder spesielt for barnevern, sammenlignet med andre sektorer i samfunnet.

Aktuelle problemstillinger på barnevernsfeltet inkluderer at barnevernstilbud mottas av en relativt liten andel av befolkningen, slik at det god statistikk kan være vanskelig tilgjengelig. Selv om kostnadene ved barnevernstilbud, vil nyttevirkningene, som gjerne knytter seg til barn- og ungdommers forventede gevinst av barnevernstilbud, kanskje for resten av livet, kunne være vanskelige å tallfeste.

En relatert problemstilling er at disse gevinstene er knyttet til problemstillinger som deltakelse i utdanning og arbeid, kriminalitet og rus, risiko for tidlig død og tap av helse. Det er vanskelig å måle mange av disse virkningene på en god måte, og spesielt for helse og livskvalitet mangler det offisielle retningslinjer for tallfesting.

Sektorveilederen fremholder at kostnadsvirkningsanalyser er en aktuell metode for analyse av barnevernstiltak og, den fremholder i likhet med DFØs veileder, verdimatisemetoden som egnet til å sammenstille prissatte og ikke prissatte virkninger. Hvorvidt denne metoden gir grunnlag for å rangere alternativer må vurderes i hvert enkelt tilfelle. I motsatt fall anbefales en dekningsanalyse også her, for eksempelvis å illustrere hvor store ikke prissatte nyttevirksomheter bør være for å rettferdiggjøre et tiltak med prissatte kostnader, sett opp mot et forsvarlig og realistisk nullalternativ.

Relevante momenter for denne analysen

I denne analysen er det enkelte forhold som avviker fra det som vanligvis omhandles i veilederne og retningslinjer for samfunnsøkonomiske analyser. Disse inkluderer størrelsen på den gruppen som berøres av tiltaket, starttidspunkt for tiltaket, og verdsettingen av nyttevirksomhetene

Samfunnsøkonomiske analyser gjøres normalt i en planleggingsfase (ex ante), før det tiltaket som skal evalueres settes i gang. Tiltaket som denne rapporten evaluerer er imidlertid igangsatt, og dette gjør det utfordrende å formulere et tradisjonelt nullalternativ. Nullalternativet skal i utgangspunktet representere status quo, og utgjøre et realistisk og forsvarlig alternativ hvis tiltaket som skal evalueres ikke blir igangsatt. Her må vi isteden formulere et kontrafaktisk nullalternativ, som man kan tenke på som det tilbudet denne målgruppen hypotetisk ville hatt, i fravær av det integrerte tilbudet. Dette skal illustrere den mulige situasjonen gitt at det integrerte tilbudet ikke blir videreført, fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

At tiltaket er igangsatt og av moderat størrelse gjør det samtidig relativt enkelt å prissette kostnadene ved tiltaket, og også ved mulige alternativer. Estimeringer av kostnader, og vurdering av usikkerhet knyttet til disse, er dermed i begrenset grad nødvendig å gjennomføre i denne analysen. Vi bruker oppgitte kostnader i form av døgnpriser for 2022 for de alternative tilbudene vi anser som aktuelle, og kan dermed regne ut konkrete kostnader knyttet til hvert plasseringsalternativ over et tenkt tidsforløp, som prissatte virkninger.

Samfunnsøkonomiske analyser gjøres i tillegg vanligvis på et overordnet nivå for større befolkningsgrupper. Det integrerte institusjonstilbudet er imidlertid rettet mot en svært spesifikk målgruppe og har eksistert i relativt kort tid. Det gjør at nyttevirksomhetene ved tiltaket er utfordrende å vurdere ved hjelp av tilgjengelig

empiri. Et godt grunnlag for å tallfeste disse måtte involvert data for en større brukergruppe enn det vi ser på her, og vi måtte hatt mulighet til å følge ungdommene som har mottatt denne tjenesten mange år frem i tid. Så langt vi vet, finnes det heller ikke kausale forskningsfunn knyttet til lignende tiltak for aktuell målgruppe.

Siden tiltaket har vært brukt av en liten og spesifikk gruppe ungdommer, velger vi å ta utgangspunkt i en tenkt representativ ungdom, som er en jente på 14 år i det hun starter i et institusjonsforløp. Vi skisserer alternative hypotetiske behandlingsopplegg for denne jenta, over et forløp på i 12 måneder, og prissetter kostnadene ved hvert enkelt alternativ. Vi forsøker deretter å skissere de mulige gevinstene på framtidig helse og deltakelse i samfunnet, for en slik representativ ungdom som mottar et adekvat tilbud fra barnevernet.

For å kunne si mer om denne helsegevinsten må vi, i tillegg til grunnlagsdokumenter for samfunnsøkonomiske analyser generelt, ta hensyn til de retningslinjene som foreligger for økonomiske analyser på helsefeltet (FHI 2020, Helsedirektoratet 2012, HOD 2016). For å sammenligne de potensielle nyttevirkningene med oppgitte kostnader, forsøker vi til en viss grad å tallfeste de mulige gevinstene av tilbudet. Her baserer vi oss på Helsedirektoratets høringsutkast til ny veileder for samfunnsøkonomiske analyser (Helsedirektoratet, 2018 og 2020), Holdenutvalgets arbeid med å anslå verdien av et kvalitetsjustert leveår (Helsedirektoratet, 2020), og alvorlighetsvekter for forskjellige psykiske lidelser estimert av FHI (FHI, 2016).

Selv om vi tallfester disse nyttevirkningene i noen grad, er det viktig å understreke at disse ikke kan betraktes som prissatte virkninger i denne analysen. Tallene er usikre, og må heller tolkes som illustrasjoner på hvilken størrelsesorden nyttevirkningene av et godt barnevernstilbud kan ha, enn som presise mål på nyttevirkningene.

For å kunne sammenstille nytte- og kostnadsvirkninger, velger vi å bruke en verdimatrisemetode hvor nyttevirkningene behandles som ikke prissatte virkninger. Dette for å skissere den samlede samfunnsøkonomiske gevinsten ved tiltaket, sett opp mot et nullalternativ på en måte som kan gi støtte for beslutninger.

Vi gjør også en kort dekningsanalyse (break-even-analyse) av det integrerte institusjonstilbudet, vurdert opp mot nullalternativet. Gitt usikkerheten rundt tallfesting av nyttevirkningene må denne også tolkes med forsiktighet. Vurderingen av det integrerte institusjonstilbudet, sett opp mot realistiske alternativer, vil måtte

inkludere flere kvalitative vurderinger som må inkludere betraktninger fra de andre delene av rapporten.

Kostnadsvirkninger

Oppgitte kostnader

Som informasjonsgrunnlag har vi fått oppgitt data fra Bufdir som viser antall tilgjengelige plasseringer, totalt budsjett, faktisk antall brukte plasseringsdøgn og faktiske kostnader for 2022 for de to integrerte institusjonstilbudene, sammen med de statlige akuttinstitusjonene i region Nord og Sør. Vi har i tillegg kostnadsdata for enkeltkjøp fra private institusjonstilbud, enetiltak og spesialiserte fosterhjem i de samme regionene, i form av døgnpriser. For ordinært institusjonstilbud støtter vi oss opplysninger oppgitt fra Innlandet barnevernsenter i intervju høsten 2022.

Vi har valgt å ekskludere institusjoner som har oppgitt et veldig lavt antall plasser, eller som har oppgitt et lavt antall tilgjengelige døgn over ett år, siden variasjonen i faktisk belegg vil ha stor innvirkning på realisert døgnpris på disse institusjonene. Alle institusjonene vi har valgt å ta med i utvalget har over 1000 ledige døgnplasser over ettårsperioden.

Det er variasjon i tallgrunnlaget med hensyn til faktisk belegg over året for institusjonene, og det er en naturlig sammenheng mellom beleggsprosent og realisert døgnpris. Siden ett år er en kort tidsperiode, er det vanskelig å vite om beleggsprosenten for 2022 er representativ for beleggsprosenten generelt, eller et resultat av tilfeldig variasjon. Vi har for øvrig ikke opplysninger som tilsier at beleggsprosenten for de integrerte institusjonene er systematisk forskjellig fra beleggsprosenten for andre institusjonstilbud.

Det sentrale hensynet er at prisen per døgnopphold skal være sammenlignbar mellom alle de alternative forløpene vi vurderer. For å sammenligne konsistent mellom alternativene, presenterer vi budsjetterte kostnader per plassering som grunnlag, for alle alternativer. Unntaket er plasseringene som gjennomføres som enkeltkjøp, hvor det ikke er innberettet forskjell på budsjettert og faktisk kostnad.

Tabell 0.1 Kostnader akutttilbud i 2022

Tilbud/tiltak	Budsjettert kostnad per plasseringsdøgn
Integrerte institusjoner	14 740
Statlige akutt plasseringer	12 728
Adferdsinstitusjon etter § 4-26, bemanningsfaktor 1:1 + ekstra	16 821
Enetiltak etter §4-12, bemanningsfaktor 2:1	22 313
Spesialisert fosterhjem	3 500
Ordinær omsorgsinstitusjon	9 000

Alternative forløp

Vi tar utgangspunkt i en jente på 14 år, som er i målgruppen til det integrerte institusjonstilbudet. Vi skisserer fem mulige alternative forløp for denne jenta, over en periode på 12 måneder, som grunnlag for å sammenligne kostnadene ved de forskjellige institusjonstilbudene vi har fått data på.

For å konstruere et realistisk og forsvarlig nullalternativ, på en måte som gjør det sammenlignbart med det integrerte tilbudet fra et samfunnsøkonomisk synspunkt, Bruker vi en ordinær barneverninstitusjon med 8 godkjente plasser, fordelt på to avdelinger (fire plasser på hver avdeling). Vi ser for oss at én av ungdommene ved institusjonen har psykiske helseproblemer med sterke adferdsuttrykk som er utover det institusjonen klarer å håndtere innenfor sine rammer. Alternativ plassering for denne ungdommen er enetiltak med 2:1 bemanning. De direkte kostnadene knyttet til dette nullalternativet blir dermed et veid gjennomsnitt av ordinær plassering og enetiltak, vektet med fordelingen 7:1. Vi tallfester også ordinært institusjonsopphold og hver for seg.

Som alternativer til det integrerte tilbudet o nullalternativet, tallfester vi også kostnadene ved spesialisert fosterhjem og adferdsinstitusjon. Begge de to integrerte institusjonene er godkjent for plasseringer hjemlet i barnevernlovens kapittel 6 om atferdstiltak §§ 6-1 og 6-2. Vi har derfor valgt å ta med adferdsinstitusjon som plasseringstiltak i beregningen/analysen med hjemmel i barnevernsloven §4-26, med bemanningsfaktor 1:1 pluss ekstra ved behov.

Kostnadene ved forløpene

Kostnadene knyttet til de alternative tilbudene er gjengitt i tabellen under Det er tydelige forskjeller i de direkte kostnadene mellom alternativene. Vi antar for øvrig at administrative kostnader hos Bufdir er de samme for de ulike forløpene, i mangel av annen informasjon. Vi inkluderer en skattefinansieringskostnad på 20%, i henhold til Finansdepartementets rundskriv.

Tabell 0.2 Kostnader alternative forløp, 2022

Forløp	Beskrivelse forløp	Kostnad	Kostnad inkl. skattefinansierings-kostnad
1	Integrert institusjonstilbud	5 380 100	6 367 680
2	Nullalternativet (ord. institusjon (7/8) og enetiltak (1/8))	3 892 460	4 670 887
3	Ordinær omsorgsinstitusjon	3 285 000	3 642 000
4	Enetiltak bvl §4-12 bemanning 2:1	8 144 245	9 773 094
5	Adferdsinstitusjon bvl §4-26 bemanning 1:1 + ekstra	5 846 570	7 015 884
6	Spesialisert fosterhjem	1 277 500	1 533 000

Merknad: Totalbeløpene i høyre kolonne hensyntar en skattefinansieringskostand på 20% (Finansdepartementet 2021).

Tiltaket som vurderes i denne rapporten, det integrerte institusjonstilbudet, er inkludert i har en samlet direkte kostnad over en 12-månedersperiode på rundt 6,4 millioner inkludert skattefinansieringskostnad. Nullalternativet, som er et veid gjennomsnitt av ordinært institusjonsopphold og enetiltak, har en rundt 27% lavere direkte kostnad.

Det er betydelige forskjeller i kostnader mellom de alternative forløpene. En vurdering av kostnadene ved det integrert institusjonstilbudet sett opp imot andre alternativer, vil måtte innebære en vurdering av hvile alternativer som faktisk er reelle alternativer for denne jenta. Ordinær omsorgsinstitusjon og spesialisert fosterhjem har en betydelig lavere direkte kostnad enn det integrerte tilbudet. Spørsmålet blir hvorvidt en eventuell kostnadsbesparelse her vil være realistisk, gitt situasjonen og behovene til denne ungdommen. Motsatt er både adferdsinstitusjon og enetiltak til dels vesentlig dyrere tiltak, uten at vi dermed kan konkludere at de er for dyre.

Vurderingen av alternativene vil måtte ta hensyn til hvilke som kan vurderes å være realistiske, gitt situasjonen og egenskapene til den enkelte ungdommen.

Blant det som kan anses som realistiske alternativer, vil vurderingen videre måtte basere seg på hvilket alternativ som vil gi best forventningsmessig gevinst for den aktuelle ungdommen. I sammenstilling av kostnads- og nyttevirkningene til slutt i analysen, bruker vi det vi anser som det realistiske nullalternativet som sammenligningsgrunnlag for forløpet med det integrerte institusjonstilbudet.

I tillegg til administrative kostnader for Bufdir knyttet til hvert enkelt av disse alternative forløpene, har vi også valgt å ikke inkludere kostnader for samfunnet ved enkelt-hendelser knyttet til rømning, selvskading, skade på andre, bistand fra nødetatene og innleggelse på psykiatrisk sengepost i disse beregningene. Sannsynligheten for, og dermed den forventede kostnaden ved, slike hendelser kan variere mellom forløpene, men vi har ikke nok datagrunnlag til å si noe sikkert om dette. Legevakt, akuttinnleggelser i PHBU, innleggelser i akuttavdeling på somatisk sykehus er sannsynlig ved plassering i ordinær barnevernsinstitusjon fordi barnevernsinstitusjoner ikke tilbyr, eller har kompetanse til å tilby helsehjelp. Det samme gjelder for fosterhjem. Inkludering av slike kostnader vil kunne virke betydelig inn på de samlede kostnadene for hvert enkelt forløp. De vill dermed bli hensyntatt som ikke prissatte virkninger.

Nyttevirksomheter

Det er mye som tilsier at oppvekstforhold er av stor betydning for livskvalitet og fungering senere i livet. For å synliggjøre de mulige nyttevirkningene av et godt barnevernstilbud vil vi først Siden vi ikke har pålitelige data på gevinstene ved de forskjellige tiltakene direkte, har vi valgt å se på tilgjengelig tallgrunnlag for mulige helsegevinster ved behandling på barnevernsinstitusjon mer generelt den potensielle tapet for samfunnet ved å unndra en barnevernsungdom best mulig oppfølging.

Tidligere forskning

Et viktig prinsipp i vurderingen av gevinstene av et godt barnevernstilbud er at barn- og ungdommen er en viktig formende fase. Nevropsykologisk forskning tyder eksempelvis på at vonde barndomsopplevelser kan føre til varige virkninger på både hjernestruktur, genuttrykk og hormonelle responser senere i livet. Traumatiske opplevelser ser ut til å sette biologiske spor, ved at hjernens struktur og fungering endres (McCrory, et al., 2011). Fordi barn har ulik grad av motstandsdyktighet, kan barn som vokser opp under lignende risikoforhold samtidig påvirkes ulikt. Noen barn klarer seg bedre enn andre senere i livet til tross for vanskelige opplevelser i barndommen (von Tetzchner, 2012).

På gruppenivå er det i alle tilfeller en sterk sammenheng mellom traumatiske opplevelser i barndommen og negative utfall senere i livet. Vanskelige opplevelser i barndommen, som psykisk, fysisk eller seksuell mishandling, vold mellom foreldre, foreldre med rusproblemer eller psykisk sykdom, og foreldre i fengsel er forhold som øker risikoen for helseproblematikk i voksen alder. Jo flere typer av traumer man har opplevd i barndommen, jo høyere risiko er det for risikoatferd som rusmisbruk, røyking, depresjon og selvmordsforsøk, men også for somatiske lidelser som hjertesykdommer og kreft (Felitti, et al., 1998).

Atferdsvansker, som preger en betydelig del av ungdommer i barnevernets omsorg kan anta forskjellige former, og deles gjerne inn i eksternaliserende og internaliserende adferd. Eksternaliserende atferd er aggressiv og regelbrytende, mens internaliserende atferd preges av angst, depresjon, tilbaketrekning og somatiske plager (Nøvik, 2000). Omfattende atferdsvansker kan gå ut over barnets utvikling, og alminnelige tilpasning og funksjon, og kan ha en tendens til å vedvare (Askeland, et al., 2014). En stor andel av barn som karakteriseres som antisosiale i barnehagealder har samme kjennetegn i ungdommen, og kan inkludere problemer knyttet til frafall fra skole og utdanning, plasseringer utenfor hjemmet, rusmisbruk, kriminalitet og psykiske lidelser (Ogden & Amlund Hagen, 2008).

I tillegg til at en god oppvekst er av stor egenverdi, har den også en stor instrumentell verdi: Mennesker som opplever trygge og gode oppvekstsvilkår blir friskere og bedre tilpassede voksne, som i større grad bidrar til verdiskapning i samfunnet. Tilsvarende har ugunstige oppvekstsvilkår betydelige kostnader for samfunnet, både direkte ved den lidelsen en ugunstig barndom i seg selv representerer, men også indirekte, ved at dette ofte går ut over fremtidig livskvalitet, deltakelse i utdanning og arbeid, og medfører belastning på offentlige budsjetter.

Siden alt tyder på at oppvekstforhold er av stor betydning for livskvalitet og fungering senere i livet er de mulige samfunnsøkonomiske gevinstene ved å sikre barn og unge en trygg oppvekst tilsvarende store. For å beskrive den langsiktige samfunnsgevinsten ved gode barnevernstiltak, ser vi litt nærmere på hvordan framtidige virkninger på fremtidig helse og livskvalitet kan måles og inkluderes i analysen. Vi vil her ta utgangspunkt i verdien av et statistisk liv, som fastsatt i Finansdepartementets rundskriv, og omregning til kvalitetsjusterte leveår som helsemål, basert på dette. Tallet inkluderer, i tillegg til individuell helse og livskvalitet, også produksjonseffekter, det til si bidrag fra et individ til samfunnet i form av

deltakelse i arbeid. Vi anser disse tallene dermed for å inkludere gevinsten av at individet kan bidra i arbeidslivet.

Inkludering av helseeffekter

Det er ikke åpenbart hvordan samfunnsgevinsten av bedret fungering over livsløpet for en representativ ungdom som mottar et godt barnevernstilbud skal håndteres i en samfunnsøkonomisk analyse. En viktig grunn til dette er at tematikken vår ligger imellom en generell samfunnsøkonomisk analyse, og en helseøkonomisk vurdering. Idet første tilfellet skal analysen utføres i et samfunnsperspektiv, mens i det siste skal den gjennomføres i et utvidet helsetjenesteperspektiv (St. Meld). Det er ikke klart hvilken metode som er best å bruke her, eller hvordan disse tilnærmingene skal kombineres. Sektorveilederen til Bufdir gir ikke et klart svar på hvordan dette skal løses i vårt tilfelle, og vi har ikke funnet noen tilsvarende tidligere analyser som forsøker å måle nyttevirkningene av institusjonstilbud i barnevernet.

Finansdepartementets rundskriv slår fast at det er verdien av et statistisk liv (VSL) som skal brukes som utgangspunkt for verdsetting av liv og helse i et samfunnsperspektiv. Dette er et sektorovergripende mål, og satt til 30 millioner 2012-kroner, og skal realprisjusteres med vekst i BNP per innbygger. For barn er det åpnet for å bruke det dobbelte av dette som verdi. Denne verdien inkluderer produksjonsvirkninger, som betyr at effekten av redusert deltakelse i arbeid er tatt inn i beregningen av tallet. Det er naturlig å betrakte dette som en neddiskontert nåverdi av gjenværende leveår.

Ifølge DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser er dette målet imidlertid ment for tiltak rettet mot forebygging av ulykkesrisiko i en stor befolkningsgruppe, hvor individet som rammes ikke er kjent på forhånd. Ved andre typer analyser som berører helseeffekter tenkt som livskvalitet for det enkelte individet, er det andre mål som vanligvis brukes. Blant disse er helsetapsjusterte leveår (Disability adjusted life years - DALYs) og kvalitetsjusterte leveår (Quality adjusted life years – QALYs) aktuelle for vår analyse. Både kvalitetsjusterte og helsetapsjusterte leveår er mål som inkluderer tap av leveår og helserelatert livskvalitet, og de to målene kan anses som nokså like dersom vektene som anvendes for måling av (tap av) livskvalitet er de samme. QALY anvendes vanligvis som et mål på vunne leveår og helse, og dermed på effekten av helsetiltak, mens DALY anvendes vanligvis som et mål på tap av leveår og helse, men det er i prinsippet det samme som måles.

Det eksisterer foreløpig ingen offisiell tallverdi på disse sistnevnte helsemålene til bruk i samfunnsøkonomiske analyser i Norge. I evalueringer gjort i et såkalt utvidet helseperspektiv, hvor prioriteringer i helsevesenet ofte står i fokus, ønsker man ikke å gå for langt i å redusere menneskeverdet til tall og regnestykker. I slike analyser er helsegevinster gjerne ikke neddiskontert, skattefinansieringskostnader er utelatt og produktivitet er ikke tatt hensyn til. Det er i alle tilfeller noe uklart hvordan man skal regne om fra VSL til QALY, blant annet med tanke på diskontering.

Ifølge Helsedirektoratets egne hjemmesider er de eksisterende veilederne for analyse av helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser utdaterte, og under revisjon. I de siste høringsutgavene til nye helseøkonomiske veiledere (Helsedirektoratet, 2018 og 2021) foreslår direktoratet å tallfeste verdien av et kvalitetsjustert leveår. Dette på bakgrunn av et ønske om et sektorovergripende helsemål som gir grunnlag for mer konsistente beslutninger, og som egner seg som mål på livskvalitet, og ikke bare risiko for tap av liv. Det siste utkastet til ny veileder henviser igjen til Holden-utvalget sitt arbeid med å regne ut virkningene av nedstengingen under koronapandemien (Helsedirektoratet, 2020). Direktoratet anbefaler blant annet å diskontere helsegevinster, for å kunne sammenligne nytte- og kostnadsvirkninger på en konsistent måte.

Verdens helseorganisasjon anbefaler for øvrig å bruke kvalitetsjusterte leveår i evalueringer som omhandler liv og helse på samfunnsnivå, og foreslår å ta utgangspunkt i BNP per innbygger for å gradere kostnadseffektiviteten av helsetiltak (WHO, 2012). Tiltak med kostnad per vunnet QALY som ligger under BNP per innbygger kategoriseres som 'svært kostnadseffektive'. Tiltak med kostnad per vunnet QALY mellom 1 og 3 ganger BNP per innbygger regnes som 'kostnadseffektive', mens tiltak med kostnad per vunnet QALY på over 3 ganger BNP per innbygger regnes som 'ikke kostnadseffektive'.

I den videre analysen av nyttevirkningene at tiltaket vi ser på, vil vi bruke tall på verdien av kvalitetsjustert leveår som inkluderer produksjonseffekter, med henvisning til Helsedirektoratets høringsutkast, og diskontering i henhold til Finansdepartementets rundskriv. I mangel på fasit på hvordan dette skal gjøres, må vi igjen understreke at tallene må tolkes med forsiktighet, og bør anses som illustrasjoner, heller enn estimer.

Mål på helsetap

Samfunnskostnaden knyttet til tap av helse kan vi studere ved bruk av Folkehelseinstituttets beregninger av sykdomsbyrden ved å leve med ulike lidelser, målt i helsetapsjusterte leveår (DALY). Disse beregnes ved hjelp av alvorlighetsvekter knyttet til ulike lidelser. Vektene variere mellom 0 (ingen helsetap) og 1 (død). De ulike helsetapsvektene kan tolkes som den andelen av livskvaliteten til en person som går tapt på grunn av en lidelse (FHI, 2016).

FHI har estimert alvorlighetsvekter knyttet til alle tilstandene nevnt i forskningen sitert ovenfor, for lett, moderat og alvorlig grad av lidelse. Tabell 0.3 oppsummerer helsetapsvektene for et utvalg typer og grader av lidelse.

Tabell 0.3 Helsetapsvekt ved ulike lidelser

Lidelse	Helsetapsvekt
Angst, mild	0,030
Angst, moderat	0,133
Angst, alvorlig	0,523
Depresjon, mild	0,145
Depresjon, moderat	0,396
Depresjon, alvorlig	0,658
Adferdsforstyrrelse	0,241
Alkoholbrukslidelse, moderat	0,373

Som tabellen viser, er det knyttet betydelig helsetap til flere av disse tilstandene. Hvis vi antar at en ungdom gjennom et institusjonsopphold opplever tilsvarende fravær av en av disse symptomene for resten av livet, vil det kunne ha store konsekvenser for lønnsomheten til tiltaket.

Den 14 år gamle jenta i eksempelet vårt vil ha en gjenværende forventet levealder på 68,84 år etter behandlingsforløpet (ssb.no, tabell 05375). Hvis hun uten behandling vil bære på varig moderat depresjon livet ut, gir dette en effekt på livskvaliteten tilsvarende 27,3 helsetapsjusterte leveår.

For å anslå verdien for samfunnet av et slikt helsetap, bruker vi det, for praktiske formål, ekvivalente begrepet kvalitetsjusterte leveår (QALY). Utrekningen av verdien

at et kvalitetsjustert leveår gjøres på basis av verdien av et statistisk liv (VSL), som i siste utredning av samfunnsøkonomiske analyser (NOU 2021:16) ble foreslått satt til 30 mill. i 2012-kroner. Dette tallet brukes i Finansdepartementets rundskriv, og skal justeres opp til 2022-kroner etter en omregningsfaktor som oppgis på DFØ sine nettsider, og som for 2022 som grunnlagsår, relativt til 2012, er satt til 1,756 (DFØ, 2024). Dette gir en VSL på 52,67 mill. i 2022-kroner. Tallet inkluderer produksjonsvirkninger. Finansdepartementet åpner for å bruke det dobbelte av dette tallet, for tiltak som er rettet mot barn, det vil si 105,34 millioner i 2022-kroner.

I Helsedirektoratets høringsutkast til ny veileder for evaluering av helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser er det gitt flere forslag til metode for utregning av et QALY basert på VSL (Helsedirektoratet 2021). Disse er basert på forskjellige forutsetninger, blant annet med hensyn til diskontering, og antakelser om betalingsvillighet, og hvorvidt man ser på voksne eller barn (antatt gjenværende leveår).

Beregning av nyttevirksomheter

For å finne nåverdien av helsegevinsten en ungdom kan oppnå over livsløpet velger vi å bruke verdien på et QALY som pragmatisk anslått av Holden-utvalget til 1,5 millioner 2020-kroner, noe som tilsvarer 2,43 millioner i 2022-kroner (Helsedirektoratet 2020, DFØ 2024). Vi summerer over forventede gjenværende leveår, og beregner en neddiskontert nåverdi av totalt helsetap/gevinst over livsløpet. Finansdepartementets rundskriv angir en diskonteringsrate på 4% de første 40 årene, og 3 prosent de neste 25 årene (Finansdepartementet 2021). Beløpene skal også realprisjusteres med antatt framtidig vekst i BNP per innbygger, som i siste perspektivmelding fra regjeringen er beregnet til 0.9%

BNP for Norge var kr 1 045 341 kr i 2022, som var et eksepsjonelt år. I 2021, som var et mer normalt år, var BNP per innbygger kr 799 497, (ssb.no, tabell 09842). Dette tilsier at Helsedirektoratets estimat på verdien på et QALY ligger mellom 1 og 3 ganger BNP per innbygger, noe som er innenfor hva WHO vil regne som kostnadseffektivt.

Som et eksempel på nåverdien av framtidig helsetap som kommer ut av et slikt regnestykke, kan vi gå videre med moderat depresjon som eksempel. Helsetapet over livsløpet ved en slik tilstand, ble regnet ut til 27.3 tapte leveår ovenfor. Hvis vi videre antar at helsetapet er konstant over livsløpet, er nåverdien av dette helsetapet

29,5 millioner i 2022-kroner. For moderat alkoholbrukslidelse får vi tall i tilsvarende størrelsesorden. For mild depresjon, og under samme forutsetninger, er nåverdien av helsetapet 10.8 millioner. For adferdsforstyrrelse er den tilsvarende kostnaden rundt 20 millioner. Dette kan tolkes som den samfunnsøkonomiske gevinsten av å gi en ungdom et tilbud som forhindrer at ungdommen vil ha med seg slike lidelser resten av livet.

Det er naturligvis ikke slik at alle ungdommer som har vært innom barnevernets hjelpetilbud ellers ville ha båret med seg kronisk depresjon livet ut. Det er heller ikke slik at alle de som mottar et slikt tilbud vil være fri for psykiske plager i framtiden. Men hvis som et tankeeksperiment legger til grunn at 1 av 10 ungdommer som ville hatt denne lidelsen vil bli kvitt den gjennom å motta et slikt tilbud, tilsier dette en gjennomsnittlig gevinst på kr 2,95 millioner per ungdom som mottar tilbudet. Det er altså betydelige potensielle samfunnsmessige gevinster ved god oppfølging i barnevernet, for de ungdommene som dette gjelder, når vi kun ser på de mulige effektene på framtidig helse for målgruppen.

Oppsummering og vurdering av netto virkninger

Denne analysen skal gjøre en samfunnsøkonomisk vurdering av de integrerte barnevernstiltakene. Nyttevirkninger av barnevernstiltak vil alltid være svært vanskelig å prissette på en god måte. Særlig gjelder dette i vårt tilfelle, hvor målgruppen utgjør svært få individer og hvor det ikke foreligger noen god forskning på hva de kausale sammenhengene av denne type tiltak kan vente å gi av nyttevirksomheter over et livsløp for barna og ungdommene i målgruppen.

Vi har imidlertid bedre informasjon om kostnadene av tiltaket. Inkludert en skattefinansieringskostnad er det ventet at et 12 måneder forløp for et individ totalt vil ha en kostnad på rundt 6,4 millioner. Hvorvidt dette representerer en mer- eller mindrekostnad i forhold til et hypotetisk nullalternativ avhenger av flere forhold. Som et utgangspunkt sammenligner vi tiltaket med et noe mindre kostbart nullalternativ som innebærer ordinær omsorgsinstitusjon og enetiltak. Den direkte merkostnaden med det integrerte tiltaket ventes å være om lag 1,7 millioner.

Vi har ikke vurdert fordelingsvirkninger, herunder virkninger på utsatte grupper, av tiltaket i denne analysen. Eventuelle fordelingsvirkninger ved dette tiltaket må allikevel kunne sies å være positive, i det den sårbare gruppen i denne sammenheng er mottakerne selv. Med et progressivt skattesystem vil det

i tillegg være de med høyest inntekt og formue vil bære den største delen av finansieringskostnadene ved tiltaket. Det er ungdom og barn med lav eller ingen inntekt og/eller formue som er de direkte mottakerne av tilbudet og som, foruten å motta nyttevirkningene, forventes å bære en liten andel av kostnadene.

Nyttevirkningene av tiltaket er som sagt vanskelige å måle, men gitt estimatene våre for kostnaden ved helsetap over livsløpet, kan vi sammenligne det integrerte institusjonsforløpet med alternativet gjennom en dekningsanalyse (break-even-analyse). En slik analyse er egnet til å vurdere tiltak med usikre gevinster, og går ut på å vurdere hvor effektivt et tiltak må være for å rettferdiggjøre merkostnaden ved tiltaket.

Et konstant helsetap over livsløpet anslås i nåverdi, basert på tallene våre, til å være 745 414 i 2022-kroner per 0,01 helsetapsvekt, altså per prosentpoeng helsetap. Dermed finner vi at merkostnaden på 1,7 millioner vil være samfunnsøkonomisk lønnsom dersom tiltaket gir en virkning for en ungdom tilsvarende en gevinst på 2.28 prosentpoeng i form av økt framtidig helse.

Slike tall må brukes med forsiktighet, og er primært ment for å illustrere. Det er mange andre vurderinger enn slike regnestykker som må legges til grunn for en beslutning om hvilket tilbud som er mest formålstjenlig for den enkelte ungdommen, og til syvende og sist om hvorvidt et tilbud skal eksistere. Det er begrenset hvor langt vi kommer med gjennomsnittstall for å vurdere lønnsomheten av et slikt tiltak, all den tid det ikke er tilfeldig hvilke ungdommer som vil være aktuelle for et slik behandlingsopplegg. Det er imidlertid tydelig, at i den grad en ungdom som har utbytte at et slikt tilbud kan få en varig helsemessig gevinst, kan denne gevinsten være svært høy, sett fra samfunnets side.

Tabell 0.4 presenterer en sammenstilling av de samfunnsøkonomiske virkningene for de fire forløpene vi anser som de mest hensiktsmessige tilbudene. Når det kommer til prissatte effekter, er det i første rekke de direkte kostnadsvirkningene man kan presentere. Nullalternativet er et tenkt/vektet alternativforløp, som tar utgangspunkt i at 1 av 8 i tiltaksgruppen har enetiltak. Kostnadsforskjellen mellom dette og et tiltak i integrert institusjon for et år er på kr 1,7 millioner. De integrerte institusjonene er noe mer kostbart enn ordinær institusjon, men fremstår som et rimelig tiltak sammenlignet med enetiltak.

Knyttet til ikke-prissatte virkninger, gjøres det i en samfunnsøkonomisk vurdering først vurderinger av hvor mange som blir berørt av en virkning. I vårt tilfelle vil aktuelle barnevernstiltak berøre en svært liten gruppe barn/ungdom. Videre ønsker man å karakterisere potensielle virkninger etter dimensjonene kvantum og enhetsverdi. Med kvantum menes i hvilken grad mottakere blir berørt. I tillegg skal dette sammenstilles mot en vurdering av hvor mange som blir berørt av tilbudet. Med enhetsverdi menes det hvordan tiltaket/tilbudet påvirker velferden. Denne inndelingen følger av nye retningslinjer for hvordan ikke-prissatte virkninger skal vurderes.¹⁰⁸

Tabell 0.4 Sammenstilling av prissatte og ikke-prissatte virkninger for ettårig tiltak. Tall i 2022-kroner

	Integrert institusjoner	Nullalternativ	Ordinær institusjon	Enetiltak
Netto prissatt virkning 2022-kr	-1,7 mill.	0	1,0 mill.	-5,1 mill.
Helsegevinster, inkl. produksjonsvirkninger	Liten positiv	0	Liten negativ	Liten positiv
Utrykninger (besparelse)	Liten positiv	0	Liten negativ	Liten positiv
Legevakt (besparelser)	Liten positiv	0	Liten negativ	Liten positiv
Akuttinnleggelser psykisk helsevern (besparelser)	Liten positiv	0	Liten negativ	Liten positiv

Kort oppsummert tyder erfaringene fra de øvrige delene i rapporten at integrerte institusjoner trolig vil medføre positive virkninger knyttet til reduserte kostnader med innleggelser, utrykninger og legevakt. I den grad det kan sannsynliggjøres at nytten over livsløpet for en ungdom rettferdiggjør kostnadene ved et godt tilbud, vil også forskjellen mellom kostnaden ved de alternative tilbudene vi studerer her kunne være av mindre betydning, enn vurderingen av hvilket tilbud som gir best mulighet for fungering resten av livet.

Grunnet de store usikkerhetene knyttet til nytten av tiltaket, for resten av livsløpet til ungdommene i målgruppen, anser vi ikke å det er grunnlag for å rangere alternativene entydig i denne analysen. Dette er i tråd med Finansdepartementets

¹⁰⁸ Se https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser/kap-34-tallfeste-verdsette-og-vurdere-virkninger-fase-4#anchorTOC_3.4.5_Kvalitativ_metode_for_ikke-prissatte_virkninger_27. Metoden erstatter den tidligere benyttede pluss-minus-metoden. I aktuell lenke gis det også en oppsummering av hvordan de ikke-prissatte virkningene skal karakteriseres hvor skalaen går fra meget stor negativ til meget stor positiv.

rundskriv. Spesielt vil lønnsomheten av tiltaket, sett fra samfunnets side av tiltaket avhenge av at tiltaket rettes mot de ungdommene som vil ha størst nytte av det. I den grad dette vil bli oppfylt, er det gode muligheter for at det integrerte institusjonstilbudet vil kunne vurderes som samfunnsøkonomisk lønnsomt. Hvor stor sannsynligheten for dette er, vil måtte bli en barnevernsfaglig vurdering som også må inkludere vurderinger fra de andre delene av rapporten.

Referanser

- Askeland, E., Apeland, A. & Solholm, R. (2014) PMTO - Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker. Gyldendal Akademisk.
- Buadir (2024). Sektorveileder for samfunnsøkonomiske analyser i barnevernet. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- DFØ (2023a). Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser>
- DFØ (2023b) Veileder til utredningsinstruksen. Instruks om utredning av statlige tiltak. <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/veileder-til-utredningsinstruksen>.
- DFØ (2024) Verdien av et statistisk liv – VSL <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/verdien-av-et-statistisk-liv-vsl>
- Finansdepartementet (2021). Rundskriv R-109/21. Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser.
- Felitti, V. J. et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. American journal of preventive medicine, Issue 4, pp. 245-258.
- Helsedirektoratet (2012). Økonomiske analyser av helsetiltak – en veileder.
- Helsedirektoratet (2018) Høringsutkast - Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser - veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/helseokonomiske-analyser>
- Helsedirektoratet (2020). Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak under covid-19 – andre rapport. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19>.
- Helsedirektoratet (2021) Høringsutkast – Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser – sektorveileder til utredningsinstruksen.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering.

- McCrory, E., De Brito, S. A. & Viding, E. (2011). The Impact of Childhood Maltreatment: A Review of Neurobiological and Genetic Factors. *Front Psychiatry*, Issue 48.
- NOU (2012:16) Samfunnsøkonomiske analyser.
- NOU (2014:12) Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten.
- Nøvik, T. S., 2000. Måling av psykiske vansker hos barn. *Tids. Nor. Lægeforen.* 120:838.
- Ogden, T. & Amlund Hagen, K., 2008. Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children with Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, September, pp. 607-621.
- Finansdepartementet (2016). Utredningsinstruksen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/>
- Folkehelseinstituttet (2016). Sykdombyrde i Norge 1900-2013. Rapport 2016:1. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport-20161-pdf.pdf>).
- Folkehelseinstituttet (2020). Helseøkonomisk evaluering. <https://www.fhi.no/ku/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/metodeboka/metodevurdering/helseokonomisk-evaluering/?term=>
- von Tetzchner, S., 2012. *Utviklingspsykologi*. 2 red. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- SSB tabell 09842: BNP og andre hovedstørrelser (kr per innbygger) 1970 – 2023, Statistikkbanken (ssb.no).
- SSB tabell 05375: Forventet gjensstående levetid, etter kjønn og alder 1986 – 2019, Statistikkbanken (ssb.no).

NTNU Samfunnsforskning AS

NTNU Samfunnsforskning AS er et uavhengig forskningsinstitutt med tilhørende nasjonalt kompetansesenter. Vi utvikler og formidler kunnskap innenfor et bredt spekter av samfunnsfaglige og samfunnsrelaterte problemstillinger.

NTNU Samfunnsforskning AS eies i sin helhet av NTNU, og har et nært faglig samarbeid med flere miljøer ved universitetet. Gjennom faglig samarbeid søker vi berikelse både for NTNU og NTNU Samfunnsforskning AS.

Instituttet er godkjent forskningsorganisasjon og mottar årlig grunnbevilgning fra Norges forskningsråd. Denne benyttes til strategisk utvikling av forskningsaktivitet og kompetansebygging.

Instituttet tilbyr beslutningsorientert og anvendt forskning og kunnskap til oppdragsgivere i offentlig og privat sektor, nasjonalt og internasjonalt.

Mangfold og inkludering / mai 2024

ISBN-nummer: 978-82-7570-756-5 (web)
978-82-7570-757-2 (trykk)