

SKRIFTLIGE SUPPLERINGER TIL INNSPILLSMØTE 27.09.22

1.

HVORDAN TENKER VI GRUNNLEGGENDE SETT OM INSTITUSJONER?

«Institusjon som siste utvei» - hvilken tenkning skal prege utviklingen av institusjonsbarnevernet? Hva gjør det med hvordan vi satser på og former feltet?

- **INSTITUSJON SOM FORETRUKKET TILBUD**
Uavhengig av dagens målgruppedifferensiering - hvilke barn skal institusjonene være et tiltak for? Erfaringsmessig ser vi at noen barn ikke kan nyttiggjøre seg fosterhjem som omsorgsarrangementer når de er plassert under offentlig omsorg. Følgelig bør vi ikke omhandle institusjonsomsorg som et tiltak som er «siste utvei». For noen barn bør man satse på dette som «treatment of choice». Det gjelder de barna som sprenger fosterhjem etter fosterhjem, og som, når de endelig havner på institusjon, har 10-15 brutte omsorgserfaringer bak seg.
- **HVEM ER BARNA SOM BØR FÅ BO PÅ INSTITUSJON?**
Hva kjennetegner den gruppen av barn som bør få tilbud om institusjon som «treatment of choice»? Kunne noen av disse barna mer treffsikkert vært identifisert som barn i behov av noe annet enn fosterhjemsomsorg tidligere?
- **FORSTÅELSE AV LANGSIKTIG OMSORGS- OG BEHANDLINGSBEHOV**
Institusjonsomsorg kan være kvalitetsmessig svært bra. Men dette krever ressurser og et langsiktig og forutsigbart perspektiv. Mange barn kan ikke «behandles» til å bli «friske»; de må få livsbetingelser som vedvarer over lang tid slik at de har mulighet til å utvikle tillit til andre mennesker og tro på egne muligheter i livet.
- **BEST PRACTICE SOM VEIVISER**
Hva vet vi om de institusjonene som får til gode resultater? Mye av forskningen som finnes på institusjoner pr, i dag evner i liten grad å operasjonalisere hva som er et kvalitativt godt institusjonstilbud ifht å få til endringsarbeid med ønsket målgruppe. Hvem skal bo sammen? Hvem bør jobbe der? Hva er «riktig» lengde på et institusjonsopphold? Hvilken metodikk fremmer endring, også utover botiden? Og – ifht belastningene barna har med seg inn på et institusjonsopphold – hvordan operasjonalisere at et institusjonsopphold har vært vellykket for ulike målgrupper og målsettinger?
- **IDEOLOGI ELLER FAG?**
Har terskelen for å plassere barn på institusjon er blitt såpass høy at barn ikke plasseres før «alt annet er prøvd», hvilket igjen svekker institusjonenes muligheter til å kunne utgjøre en forskjell i disse barnas liv? Og er det i tilfelle økonomiske eller fagideologiske prinsipper som legges til grunn i saker der institusjon velges bort?

Aktuelle ref:

- «Institusjoner – siste utvei?» NOVA, 2011.
- «God omsorg i barneverninstitusjoner», NOVA, 2017

2.

HVILKEN KOMPETANSE MENER VI AT FELTET TRENGER?

RBUP Øst og Sør jobber for tiden i samråd med RVTS Sør om en revisjon av vårt 2-årige undervisningstilbud med kompetanse på klinisk miljøterapi og ambulant arbeid.

Som del av dette arbeidet har vi så langt beskrevet følgende behov:

- **KOMPETANSE TIL Å HÅNDBERE KOMPLEKSITET**
Grunnleggende sett er både det å drive med og organisere endringsarbeid rettet mot denne gruppen av barn, unge og familier en svært sammensatt og utfordrende oppgave. Forståelse av hvilken kompetanse som kreves i **komplekse** situasjoner mangler/er utilstrekkelig i institusjonsbarnevernet. Komplekse situasjoner er uoversiktlige i en slik grad at evidensbasert kunnskap til liten grad er hjelpsom. I slike situasjoner må praksis være *fremvoksende (emergent practice)*, der praksis ikke kan avgjøres på forhånd. I situasjoner som i større grad er preget av forutsigbarhet vil evidensbasert kunnskap være bedre egnet til å løse disse situasjonene.
- **REFLEKSIV PRAKSIS I LÆRENDE ORGANISASJONER**
For å lykkes med å arbeide i kompleksitet kreves **refleksivitet**. Det må legges til rette for reell mulighet til å kunne reflektere over egen praksis, motiv, handlinger, interaksjoner, og til å kunne stille kritiske spørsmål til seg selv og sine medarbeidere. Et annet ord for dette er «lærende organisasjon», eller en organisasjon som driver kontinuerlig aksjonsforskning på sin egen praksis. Kvalitet i disse situasjonene kan ikke avklares gjennom standardiserte metoder og praksiser, men gjennom en evne til å beskrive den fremvoksende praksisen på en måte som synliggjør valg som er tatt, hvilke refleksjoner som er gjort, og også hvilke feil som gjøres. For å lykkes med slik refleksivitet er det sannsynligvis nødvendig med hyppig/kontinuerlig ekstern veiledning opp mot forståelsen av refleksiv praksis.
- **MILJØTERAPI SOM ARBEIDFORM I ENDRINGSARBEID**
Miljøterapi er sannsynligvis den mest avanserte, mest komplekse og mest krevende formen for terapeutisk virksomhet som finnes. Dette må avspeiles i ressurser, status, lønn, oppfølging, veiledning og prioritering. Det ble etter institusjonsgjennomgangen i 2018 påpekt at dette er en arbeidsform som ansatte i institusjonsfeltet i for liten grad evner å redegjøre for, og reflektere over hvordan henger sammen med forståelsesrammer som traumebevisst omsorg og annen metodikk. Ettersom miljøterapi er gjennomgående som arbeidsform i alle institusjoner uavhengig av målgruppe, burde kompetanse på miljøterapi være et særlig fokusområde.
- **TERAPEUTISK KOMPETANSE**
Kunnskap om hva som bidrar til endring, og kompetanse til å sette det ut i live i egen arbeidskontekst, med konkret målgruppe og aktuell målsetting. Kompetanse til å jobbe

systematisk og målrettet med å samle informasjon, utforme hypoteser, prøve ut og justere disse.

Som del av klinisk kompetanse trenger denne gruppen også kompetanse på samtaler og væremåter med barn og unge som fremmer medvirkning, samt generelt evner å tilpasse kommunikasjonen til aktuell målgruppe, formål, og kontekst.

- **RELASJONSKOMPETANSE**

Fokus på Menneskemøtekompetanse; det viktigste tiltaket i institusjonsomsorgen består av de ansattes evne til å møte barna på en måte som skaper trygghet og tillit. Vi trenger et skifte fra evidensbasert metodikk til evidensbasert relasjon (jmf Norcross, 2018).

- **BESTILLERKOMPETANSE**

Ansatte må ha grunnleggende kunnskap om mandat, kompetanse og tilbud hos de tilgrensende tjenestene som barna trenger og benytter seg av.

Ansatte bør også ha gjenkjennings- og bestillerkompetanse for å kunne sikre barna tilbud ifht:

- Medfødte tilstander (nevrodversitet, lærevansker, etc) som kan være tilgrensende omsorgssvikt og traumer i funksjon og uttrykk.
- Rus - også der dette ikke er aktuelt for målgruppen.
- Ernæring, søvn, seksualitet, kjønnsidentitet, etc

3.

HVORDAN ER TILTAKENE UTFORMET – SETT I ET LIVSLØSPERSPEKTIV?

- **UTVIKLINGSSTØTTENDE OVERGANGER?**

Hvordan sikre et barnevern som ikke kun har tiltak som fungerer traumebevisst, men også har et system der overgangene og relasjoner er ivaretatt for barn under offentlig omsorg? Her kan organisering hemme eller fremme mulighetene for å ivareta disse perspektivene for den gruppen av barn som i størst grad er avhengig av gode bidrag det offentlige for å få en utviklingsstøttende, helsefremmende og verdig barndom under offentlig omsorg.

- **SIKRE KONTINUITET OG HELHET UNDER OFFENTLIG OMSORG**

Med tenkning om institusjoner som «siste utvei», og et sted barn ideelt sett bør oppholde seg kortest mulig – påvirker hvordan fagpolitikk og anbud innrettes, og forsterkes gjennom at tiltakene innrettes for korte opphold i en kort del av barns liv. Dagens systemer innbyr til brudd og oppstykkede tjenestetilbud for barna og familiene deres. I realiteten bor noen barn store deler av barndommen sin også i både beredskapshjem, akuttinstitusjoner og omsorgsinstitusjoner. For de barna som bor lenge ville vi være tjent med å utforme helhetlige tilbud med mulighet for langsiktige og fleksible tiltakskjeder, i stedet for at de blir boende i midlertidig i tilbud som er dårlig tilpasset deres behov over lengre tid. Når barneverntjenesten ikke evner å representere denne kontinuiteten i barns liv, bør det etterstrebtes å jobbe for at tiltakene de bor i kan bidra til å understøtte dette.

- FOR- OG ETTERVERN vs. ØKONOMI?

I hvilken grad tillater vi i praksis at barnet mottar forvern og ettervern som del av plasseringsforløpet? I hvilken grad blir denne delen av overganger for barn og unge under offentlig omsorg borte fordi man ikke er villig til å «betale for to tiltak samtidig»? Godt for- og ettervern er eksempler på vesentlige deler av et institusjonsopphold som i dag ikke er beskrevet som del av standardisert forløp, etc.

- BARNA UTEN FAMILIE OG NETTVERK

Mange barn har nettverk og familie som i ulik grad kan mobiliseres under et opphold på institusjon. Mye av fokuset i utviklingen av barnevernet er rettet mot tiltak som handler om å mobilisere ressurser i barnets nettverk, samt søke å tilrettelegge for en situasjon som muliggjør at barna kan flytte tilbake til sine biologiske foreldre. Dette er selvfølgelig en god målsetting. Utfordringen blir derfor parallelt å kunne utvikle tiltak til den gruppen av barn der det ikke finnes nettverk eller familie som kan være en del av barnets liv, og der barn trenger langsiktige tiltak under offentlig omsorg gjennom hele barndommen.

4.

NÅR HAR EN INSTITUSJON «FÅTT DET TIL» MED ET BARN?

- HVORDAN TENKER VI OM ENDRING OG UTFALL?

Gruppen av barn og unge på institusjon er en indikert gruppe, som statistisk sett har belastninger som bidrar til sykdom, rus, selvmord, uførhet, tidlig død, etc. Det er en gruppe som det beviselig er krevende å sikre kvalifisert hjelp. Når institusjoner blir brukt som siste utvei – indikerer dette også belastninger for barn, ungdom og familie knyttet til at det har vært forsøkt mange tiltak og vært mange ulike hjelpere inne før institusjon prøves ut.

Det ligger som en forutsetning for at institusjoner skal være et godt tiltak at de er utformet på en måte som gjør dem til et godt kvalifisert tilbud til den målgruppen den er godkjent for.

Men dersom institusjon er **siste tiltak i en rekke med andre tiltak – hva måler vi egentlig** effekten av?

Hva er vi opptatt av å måle i våre målinger?

Når måler vi?

Hva er livskvalitet for denne gruppen av indikerte barn og unge?

RISIKO VS. MULIGHET FOR ENDRING

Etter at det har skjedd en rekke alvorlige hendelser på institusjoner og med den aktuelle målgruppen, blir det et økt fokus på å måle kvalitet, sikre risiko, etc. Dette er en naturlig reaksjon på alvorlige hendelser, der man ønsker å redusere disse. Utfordringen blir hvis dette også bidrar til å snevre inn mulighetsrommet til å drive med reelt endringsarbeid, vs.

«oppbevaring». Ofte vil muligheten til å skape utviklende situasjoner innebære en form for risiko. Det er vesentlig at man i utviklingen av feltet er oppmerksom på og ihensyntar denne utfordringen.

5.

IVARETAKELSE AV PSYKISK OG FYSISK HELSE

PSYKISK HELSEVERN OG BARNEVERN?

Utfordringsbilde:

I likhet med det øvrige norske hjelpesystemet er også tilbudet til barn som mottar tiltak fra barnevernet for sektorisert. Barn i barnevernets omsorg har på gruppenivå betydelige psykisk helsevansker langt utover det vanlige. Mange av dem har også erfaringer som vi vet at statistisk sett bidrar til betydelig økt risiko også i et livsløpsperspektiv, både mht å erfare nye belastende livserfaringer som vold og misbruk – men også for somatisk sykdom. Her er det viktig å unngå sektoriseringen «psykisk helsehjelp», og «barnevernstiltak».

Tilbudet i psykisk helsevern (BUP) er for lite fleksibelt for gruppa av barn i barneverninstitusjoner. Dette er en barnegruppe som ofte vil kunne ha sammensatte og komplekse tilstandsbilder – ofte med lange perspektiver på reparasjon, endring og utvikling og med sammensatte tilstandsbilder som også kan måtte adresseres separat over tid.

Tilbudene i eksisterende helsevern for barn og unge er stort sett pr i dag ikke tilpasset ifht form, varighet eller fleksibilitet på hvordan bruken av og behovet for tilbudet vil kunne variere i ulike perioder. Eksisterende ordning bidrar til at denne gruppen av barn blir en svingdørspasient-gruppe, som i verste fall også mister troen på å få hjelp av de samme tjenestene. Mange barn blir muligens også værende for lenge i 2-linja, uten å henvises videre for utredninger på et nivå av differensialdiagnostikk som tilhører tredjelinje-tjenester.

Mulige tiltak:

Bør denne indikerte gruppa, som den også er beskrevet i BUP-veilederen - i større grad henvises til 3-linjetjenester fortere? Mer spesialiserte, og eventuelt også arenaflexible tilbud? Tilbud som også henvender seg til barnets omsorgsgivere, og å støtte disse i oppdraget med barnet over tid. Gode barnevernstiltak i form av trygg, god og forutsigbarhet omsorg vil være den beste helsehjelpen vi kan gi.

Her trengs en gjennomgang av lovverket slik at barnevernstjenesten kan tilby den nødvendige helsehjelpen uten å måtte vente på liaison tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Herunder også lovverket som regulerer og beskriver barnevernets bruk av individuell plan - som forplikter tjenester i langsiktige tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeid over tid for de barna som har de mest sammensatte og langsiktige behovene. Dette brukes i dag i liten grad på initiativ fra barneverntjenesten, og er heller ikke pålagt.

Eks.

Danmark har etablert et annet system for sine barn under omsorg. Skole- og behandlingshjemmet Skovgården i Danmark er et eksempel på dette. Her har man skole integrert i tilbudet, samt en poliklinisk avdelings i tilknytning til institusjonen der barna kan motta behandling ifht psykiske vansker.

For mer informasjon: <https://skolehjemmet-skovgaarden.dk/>

FASTLEGEORDNING

Somatisk helse er også et eksempel på lite fleksible ordninger som vanskeliggjør en god kontinuitet i oppfølgingen av denne gruppen barn. Ettersom fastlegeordningen gir plass etter personnummer, gjør det at barn ved flytting potensielt må stå i kø hos leger i nærmiljøet for å få plass hos dem. Dersom leger og legefelleskap i nærmiljøet hadde anledning til å ha et

tilsvarende antall plasser som institusjonene hadde antall beboere i sine lister, kunne institusjonene lettere koble seg til en forutsigbar tjeneste der personalet og legen kunne utvikle et samarbeid rundt helsehjelp til denne pasientgruppen over tid.

HABILITERINGSTJENESTEN

Hvordan/når begynner samarbeidet mellom habiliteringstjenesten og barneverntjenesten i saker der begge tjenester kan være aktuelle for tiltak?

Hva slags tiltak setter vi inn i disse sakene for å unngå at de blir «tunge» barnevernssaker.

Er tilbudet til foreldre for normativt? Hvordan kompenseres vi for ressurser i slike saker for å sikre at de kan bo hjemme? Er barneverninstitusjon riktig tilbud for barn med f.eks. autismespekterforstyrrelser? Kunne man tilsvarende hatt botilbud innen habiliteringstjenesten for denne målgruppen med kompetanse på traumer, familierapi, psykisk helse, etc?

Vi takker for muligheten til å få uttale oss med innspill til deres viktige arbeid rettet mot institusjonsbarnevernet.

Med vennlig hilsen

Aud Ørnes, spesialrådgiver, RVTS Sør

Heine Steinkopf, fagleder, RVTS Sør

Sara Linn Gerhardt, studieleder, RBUP Øst og Sør