

Tilbudet til barn og unge som misbruker rusmidler

Innhold

1	INNLEDNING	2
2	DAGENS TILBUD	3
3	TILTAK	7
4	SKAL DET FORTSATT VÆRE RUSBEHANDLING I INSTITUSJONSBARNEVERNET?	12
5	PROFESJONSRÅDETS MENING	13
6	KONSEKVENSER	13

1 Innledning

FNs barnekonvensjon må stå sentralt i utvalgets forståelse av forpliktelsen Norge har overfor barn som har eller står i fare for å utvikle rusmiddelproblemer. I Artikkel 33 står det at barn skal beskyttes mot ulovlig bruk, salg og produksjon av narkotika:

Partene skal treffe alle egnede tiltak, herunder lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak, for å beskytte barnet mot ulovlig bruk av narkotiske eller psykotrope stoffer, slik disse er definert i de relevante internasjonale traktater, og for å hindre at barn blir brukt i ulovlig produksjon og handel med slike stoffer

Utvalget har tidligere behandlet et problemnotat om rus som drøftet problemstillinger særlig knyttet til manglende helsetilbud til barn og unge med rusproblemer. I behandlingen av mulige tiltak som kan tydeliggjøre ansvarsdelingen mellom barnevernet og helsevernet for behandling av rus hos barn og unge, var det enighet i utvalget om at det må legges et større og tydeligere ansvar på helsesektoren (les: spesialisthelsetjenesten).

I barnevernet er rusmiddelbruk ansett som et atferdsproblem, og behandles med eller uten samtykke i LBR-institusjoner eller i ruskollektiver. Noen aktører har også avtaler med de regionale helseforetakene og kan gi behandling etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 10-4.

Selv om det kan la seg manifestere som problematisk atferd eller være uttrykk for underliggende problemer, er det viktig å anerkjenne at rusproblemer hos barn er et komplekst helseanliggende som involverer fysiske, psykiske og sosiale faktorer, akkurat som for voksne. Barn og unge med tung rusproblematikk bør derfor få et likeverdig tilbud som voksne fra helsevernet.

Det er for eksempel vanlig med samtidige psykiske problemer og rusproblemer, såkalte ROP-lidelser. Helsedirektoratet har utviklet en egen retningslinje for ROP-lidelser som understreker viktigheten av å se problemene i sammenheng.¹

Utvikling av rusmisbruk

Mange som ruser seg begynner fordi de skal håndtere andre problemer, for eksempel sosiale, fysiske eller psykiske problemer. Etter hvert kan rusen bli et problem i seg selv, i tillegg til de opprinnelige problemene. Avhengighet kan utvikle seg som en ond sirkel. Prioriteringer i livet endrer seg, og viktige hjerneområder kan endre seg. Det blir særlig problematisk hvis rusmidlene skader de områdene som er nødvendig for å vurdere konsekvenser og regulere atferd (NIDA, 2014). Dette betyr at det blir vanskeligere å kontrollere rusmiddelbruken. Å mobilisere viljestyrke vil derfor ikke alltid være nok til å stoppe.

Psykisk stress tidlig i livet – for eksempel omsorgssvikt – er en stor risikofaktor for utvikling av rusproblemer. Genetikk og negative opplevelser i livet øker risikoen ytterligere. Til sammen vil mange tidlige negative livshendelser øke sannsynligheten for tidlig rusdebut. Siden en ung og umoden hjerne er enda mer sårbar for påvirkning enn en som er ferdig utviklet, vil tidlig debut også være en risikofaktor for større skade, og øke sjansen for avhengighet tidligere i livet (Heradstveit et al., 2018). Sannsynligheten for å utvikle en ruslidelse ser ut til å være størst for de som begynner å bruke rusmidler i starten av tenårene. I amerikanske studier fant man at 15 prosent av de som begynte å drikke alkohol før de hadde fylt 14 år utviklet skadelig bruk av eller avhengighet til alkohol. Til sammenligning skjedde

¹ [Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

det samme for 2 prosent av de som ventet til de var 21 år og eldre (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013).

Det er også en sammenheng mellom personlighetsfaktorer som impulsivitet og aggresjon og misbruk av rusmidler. Til sammen betyr det at hvis et nærmiljø vet at et barn har vært utsatt for mye stress i barndommen, i tillegg til at barnet tidlig viser mye frustrasjon og er impulsiv, er det klokt å sette inn forebyggende tiltak fordi personen er ekstra sårbar for å utvikle rusproblemer (NIDA, 2014).

Ifølge kunnskapsoversikten til TSB (NIDA, 2014) er det som regel følgende grunner til at barn og unge ruser seg:

For å passe inn: Mange tenåringer bruker rusmidler fordi andre gjør det, og det er vanlig å tro at flere jevnaldrende ruser seg enn hva som faktisk er tilfellet.

For å føle seg bra eller bli tryggere i sosiale sammenhenger: Rusmidler gir opplevelser av eufori og nytelse på grunn av frigjøring av stoffer i hjernen.

For å føle seg bedre: Noen bruker rusmidler som selvmedisinering for problemene sine.

For å prestere bedre: Noen tror at å bruke stoffer forbedrer for eksempel skoleprestasjoner.

For å gjøre noe nytt: Eksperimentering og risikosøking.

2 Dagens tilbud

Nasjonalt forløp for barnevern²

Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus handler om hvordan barnevernstjenesten og helsetjenestene kan samarbeide for å gi barn og unge et godt og helhetlig tjenestetilbud. Målet er at barn i barnevernet blir kartlagt og utredet ved behov, slik at de får nødvendig helsehjelp.

Forskning viser at barn og unge som mottar hjelp fra barnevernet har høyere forekomst av psykiske vansker, somatiske og seksuelle helseproblemer og tannhelseproblemer enn barn og unge ellers i befolkningen.

Målet med nasjonalt forløp for barnevern er å bidra til at barn i barnevernet blir kartlagt og utredet slik at de sikres nødvendig helsehjelp når de har behov for det, i kombinasjon med riktig tiltak fra barnevernet. Det gjelder blant annet for rusproblemer. Forløpet skal bidra til en helhetlig ivaretagelse av barnets helsebehov.

Barnets og dets families medvirkning i forløpet bidrar til at tjenestene får en bedre forståelse av bakenforliggende årsaker, og skal bidra til mer målrettet og tilpasset hjelp.

Det nasjonale forløpet beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid mellom den kommunale barnevernstjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene for barn og unge. Forløpet gir også råd til hvordan samarbeidet kan innrettes, slik at tjenestene sammen sikrer tidlig kartlegging og utredning av barn i barnevernet.

Målgruppen er alle barn det opprettes undersøkelse for, barn med hjelpetiltak som bor hjemme og barn som bor i fosterhjem og institusjon. Innen undersøkelsesfristen på 12 uker skal barnevernstjenesten skriftlig begrunne hvorfor/ hvorfor ikke forløpet er startet. Det skal

² [Implementering av nasjonalt forløp for barnevern | Bufdir](#)

tas stilling til om forløp skal igangsettes gjennom hele barnevernsforløpet. Det skal gjøres en vurdering basert på indikasjon ved det enkelte barn.

Rusbehandling i barnevernsinstitusjoner

I barnevernet kan vedtak om opphold i institusjon for rusbehandling bestemmes enten av barneverntjenesten etter samtykke fra ungdommen og foresatte, jf. barnevernsloven § 6-1, eller av barneverns- og helsenemnda uten samtykke, jf. barnevernsloven § 6-2. Oppholdene kan ha kort eller lang varighet. Kortvarige opphold har som formål å observere og undersøke barnet, med sikte på å finne et egnet opplegg for videre behandling. Eventuelt kan det settes i gang korttidsbehandling. Slike plasseringer varer i 4 uker med mulighet for å forlenge oppholdet med ytterligere 4 uker. Dersom formålet er langvarig behandling, kan oppholdets varighet settes til 1 år, med mulighet for å forlenge oppholdet med ytterligere 1 år i særlige tilfeller.³

Ved inntak på institusjon differensierer Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE) mellom barn med vedvarende problematisk bruk av rusmidler, og barn med alvorlige atferdsvansker med hhv. høy og lav risiko for fortsatt problemutvikling. Ofte er det kombinasjoner av alvorlige adferdsvansker og vedvarende problematisk rusmisbruk. Dersom problembildet domineres av rusmisbruk, vil barnet få et rusbehandlingstiltak.

For ungdom som er avhengig av rus finnes det egne institusjoner hvor ungdommen kan få hjelp til behandling for sine rusvansker. En ungdom som blir plassert i en slik institusjon, kan også ha andre former for atferdsvansker. Men formålet med institusjonsoppholdet er i første rekke å behandle rusavhengigheten.⁴

Det er etablert syv tiltak som tilbyr behandling til unge som har utviklet et alvorlig rusproblem. Tre statlige behandlingsinstitusjoner basert på Læringsbasert rusbehandling (LBR) og fire ruskollektiv, hvorav tre er private og ett er statlig. Disse syv institusjonene behandler unge med de mest alvorlige rusproblemene. Ofte vil ungdom plassert i de øvrige institusjonskategoriene ha utfordringer knyttet til rus. I disse tilfellene arbeides det med den unges rusproblem i den enkelte institusjonen (Deloitte, 2019). Se tidligere notat om rus for nærmere beskrivelse av LBR-institusjoner og ruskollektiv.

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten

Regler for tvangsinnleggelse i helsevesenet følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2, mens § 10-4 regulerer innleggelse og tilbakehold i institusjon etter eget samtykke. Vedtak om tvangsinnleggelse fattes av barneverns- og helsenemnda på samme måte som tvangsvedtak etter barnevernsloven. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5 er barnet alltid part i saker som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år. Ved vedtak om tilbakehold i institusjon skal det regionale helseforetaket peke ut institusjoner som kan behandle barnet.

Opphold i institusjon for rusbehandling etter helse- og omsorgstjenesteloven er begrenset til 3 måneder. Hjemmelen har blitt brukt for barn tidligere, men brukes nå kun for voksne. Men det er adgang til å benytte loven for barn.

Tilbudet til barn og unge fra spesialisthelsetjenesten er fragmentert og preget av stor variasjon både mellom helseforetak i samme region og mellom de regionale helseforetakene. Noen har etablert egne oppsøkende ambulante team, ofte forankret i tverrfaglig spesialisert

³ [Atferdsplassering - BARNEVERNS- OG HELSENMNDA \(bvhn.no\)](https://www.bvhn.no)

⁴ [Barnevernsinstitusjoner \(bufdir.no\)](https://www.bufdir.no)

rusbehandling (TSB), som gir tilbud til barn og unge ned mot 12-13 år. Andre helseforetak har ikke egne tilbud for denne gruppen, men gir generelle tilbud gjennom psykisk helsevern for hhv. barn og unge, og voksne, og i noen tilfeller TSB for voksne. En del av tilbudet fra de regionale foretakene blir dekket gjennom kjøp fra stiftelser som Fossumkollektivet og Tyrili.

Det finnes forskjellige metoder for å behandle rusproblemer, enten det foregår på institusjon, poliklinisk eller ambulant. Ifølge kunnskapsoppsummeringen fra Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NIDA, 2014), kan følgende elementer være relevante når det gjelder individuelle behandlingsopplegg:

- Kartlegging av årsaker, tidligere erfaringer med rusmidler.
- Kartlegging av familieforhold, venner og miljø.
- Kartlegging av innsikt i egne utfordringer og motivasjon for endring
- Bygge kompetanse på å motstå triggere og håndtere abstinenser.
- Motivasjonstilnærming for å øke kunnskap om eget forhold til rusmidler.
- Lære seg å kjenne igjen tanker og følelser som påvirker sannsynligheten for å ruse seg.
- Finne gode aktiviteter som kan erstatte rusbruk i tråd med ungdommenes interesser og behov.
- Gi bedre problemløsningsferdigheter og legge til rette for samhandling med andre.

De vanligste systemiske tilnærminger er multisystemisk terapi (MST) og funksjonell familierapi (FFT). Multisystemisk terapi er en omfattende og intensiv familie- og nærmiljøbasert behandling som har vist seg å være effektiv selv for unge som har alvorlige rusmiddelproblemer og som deltar i kriminelle og/eller voldelige handlinger. FFT kombinerer et helhetlig syn på familiens fungering med opplæring og trening i teknikker for å forberede blant annet kommunikasjon, problemløsning og konflikthåndtering.

Behandling på institusjon er ofte satt sammen av elementer fra blant annet motiverende intervju (MI) og kognitiv atferdsterapi inkludert i miljøterapien. Andre virksomme elementer i behandling på institusjon kan være trening i sosiale ferdigheter, involvering av familien i behandlingen, fokus på skole og arbeid, nær tilknytning til hjemmemiljøet, hjelp til kontakt med jevnaldrende, og tilbud om oppfølging etter behandlingen (referanse kommer fra Heidi). Institusjoner bør også ha en traumesensitiv tilnærming, stor grad av individuell tilpasning av behandlingstiltak, aktiviteter, gradvis utgang og permisjoner, og innsats i overgang til vanlig til liv utenfor institusjon. Som nevnt i innledningen er det også svært viktig å se sammenhengen mellom årsaker til rusmisbruk, rusdebut og livserfaringer når man tilpasser behandlingstilbudet.

Psykisk helsevern for barn og unge

I spesialisthelsetjenesten er det psykisk helsevern for barn og unge som skal behandle unge under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Mange i BUP mangler kompetanse på rus, samtidig som tjenestenes rammebetingelser er lite fleksible. Det er behov for økt kompetanse på utredning og behandling og det er utydelig hvordan spesialisert rusbehandling til barn og unge tilbys i helsevesenet.⁵

Hver tredje poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge behandler ikke ungdom med rusproblemer. De blir heller henvist til psykiatriske ungdomsteam, allmennpsykiatriske

⁵ Helsedirektoratet, 2022, *Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten* (ikke publisert).

poliklinikker og ruspoliklinikker i psykisk helsevern for voksne eller i TSB (Riksrevisjonen, 2021).

Tverrfaglig behandling for rusmiddelavhengige

TSB utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. Utredning og behandling i TSB kan foregå i poliklinikk, i regi av ambulante tjenester eller i forbindelse med døgninnleggelse. Utredningen består i å beskrive pasientens medisinske, psykiske og sosiale utfordringer samt kartlegge ressurser. Behandlingen planlegges deretter ut fra pasientens situasjon og målsetting, og kan omfatte terapi for å forsterke motivasjon for å slutte eller kontrollere rusmiddelbruken og å lære mestringsteknikker for å kunne avstå fra bruk.⁶

Det er ingen døgnpasienter under 18 år i TSB⁷, fordi slike plasser ikke er tilpasset denne aldersgruppen. Barn og unge under 18 år som blir henvist til TSB får poliklinisk behandling.⁸ I disse tilbudene får ungdommene behandling som er beregnet på voksne, og som hovedregel får de ikke samtidig behandling i BUP (Riksrevisjonen, 2021). Av 32 959 pasienter som fikk behandling i TSB-sektoren i 2021 er det registrert 203 pasienter som er under 18 år. Dette er en nedgang på 6 prosent sammenlignet med 2020. Regjeringen har en målsetting om å utvikle det faglige samarbeidet mellom BUP og TSB. Dette vil styrke behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler og rusbrukslidelser.

FACT Ung⁹

FACT Ung er et tverrfaglig behandlingsteam med målgruppe barn og unge med psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og atferdsproblemer som ikke kan eller i liten grad nyttiggjør seg av andre tilbud. Teamet er satt sammen av fagfolk fra kommunen og spesialisthelsetjenesten og skal bestå av psykiater, psykolog, sykepleier, sosionom, ansatt med erfaringskompetanse, arbeids og utdanningskompetanse m.fl. FACT Ung skal kunne gi all helsehjelp og oppfølging vedkommende trenger. Det er ønskelig med barnevernsfaglig kompetanse og det er satt i gang samarbeid med Nav for å ta IPS ung¹⁰ inn i FACT Ung-team. Tilbudet er frivillig, og det forutsetter dermed at barnet eller ungdommen i målgruppen ønsker bistand (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).¹¹

URO

Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen har startet et initiativ kalt URO – ung rusoppdagelse – som er et lavterskeltilbud for unge som står i fare for å utvikle rusproblemer. Tilbudet har i første rekke unge i alderen 15 til 25 år som målgruppe, men kan også ta imot yngre barn. Teamet avklarer rusproblematikk, psykisk og somatisk helse, og sosiale forhold samt motivasjon og ønske om endring. Teamet tilbyr ikke behandling, men har et tett samarbeid

⁶ [Introduksjon til TSB - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)

⁷ [Rapport psykisk helsevern og TSB 2020 - SISTE versjon til publisering.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

⁸ Helsedirektoratet, 2022, *Utfordringsbildet for psykisk helse- og rusfeltet sett i lys av målet om bærekraftige tjenester og forebygging – innspill til ny opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsform for rusfeltet* (ikke publisert).

⁹ Flexible Assertive Community Treatment

¹⁰ [IPS ung – individuell karrierestøtte - nav.no](https://nav.no)

¹¹ Helsedirektoratet, 2019, *Kartlegging av helsesektorens arbeid med barn og unge som begår eller står i fare for å begå kriminelle handlinger* (ikke publisert)

med behandlingstilbud og kan bidra i overføringen til egnet behandling i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Reformarbeid i helsesektoren

Opptappingsplan

Regjeringen kunngjorde våren 2022 at den ville styrke tilbudet innen psykisk helse og lage en opptappingsplan for psykisk helse som skal legges frem i 2023. Arbeidet med å styrke sektoren er startet i statsbudsjettet for 2023, gjennom en bevilgning på 300 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2023 til forsterket innsats på området. 150 mill. kroner går til styrking og utvikling av nye tiltak til psykisk helse og rusfeltet og til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, i tillegg til 150 mill. kroner til sykehusene for å styrke døgnbehandlingen i spesialisthelsetjenesten.¹²

Målet med planen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Hovedvekten av innsatsen i planen skal være innrettet mot kommunale tjenester, men opptappingsplanen skal også bidra til å styrke behandlingstilbudet til psykisk syke i spesialisthelsetjenesten, og særlig innen psykisk helsevern for barn og unge. Det skal blant annet legges til rette for at alle barn og unge som henvises til psykisk helsevern skal få tilbud om vurderingssamtale (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022)

Forebyggings- og behandlingsreform

En del av opptappingsplanen er regjeringens forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet. Arbeidet med reformen er startet og regjeringen tar sikte på å fremme en stortingsmelding i løpet av høsten 2023. Målet med reformen er å styrke forebyggingen og gi bedre oppfølging og behandling til mennesker med rusproblemer. Tjenestene skal bli flinkere til å forebygge og oppdage rusproblematikk tidlig, og tilby rask og effektiv hjelp, særlig til unge som står i fare for å utvikle problemer.¹³

Stortinget ba i 2021 regjeringen sikre at BUP får rusfaglig kompetanse. I forbindelse med arbeidet med opptappingsplanen og forebyggings- og behandlingsreformen har anmodningen blitt fulgt opp. Helsedirektoratet har utredet hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys, og beskrevet konkrete forslag til styrking av tjenesten. Helsedirektoratet fremhever særlig fire utfordringer i rusbehandlingstilbudet for barn og unge. Det er behov for å tydeliggjøre organiseringen i spesialisthelsetjenesten, tilpasse behandlingen til barn og unge, øke kompetansen, og styrke sektorsamarbeidet. Tiltakene Helsedirektoratet forslår, skal bidra til å styrke spesialisthelsetjenestens rusbehandlingstilbud til barn og unge, og styrke det sektorovergripende samarbeidet, samt klargjøre samarbeidsformer mellom kommunale tjenester, barnevernet og spesialisthelsetjenesten for utredning, behandling og oppfølging.

3 Tiltak

Med dagens organisering og tiltak klarer ikke helsetjenesten alene å fange opp barn og unge med kombinert rusmiddelproblematikk på en god nok måte. Det kan være tilfeldig om barnet

¹² [Løfter psykisk helse- og rusfeltet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

¹³ [Stortingsmelding om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

får et behandlingstilbud i barnevernet eller i psykisk helsevern for barn og unge. Det er begrenset behandlingskapasitet i barnevernet og varierende kompetanse i psykisk helsevern.

Utvalgets forslag til tiltak for å gi et bedre tilbud til barn og unge med rusproblemer er to-delt og innebærer:

- Tydeligere ansvar og et styrket tilbud i spesialisthelsetjenesten
 - Økt kompetanse på utredning og behandling
 - Økt kapasitet for spesialisert behandling, også med døgnplasser
- Bedre vilkår for barnevernsinstitusjoner til å ivareta og håndtere forekomst av rusmisbruk i institusjonene
 - Ruskompetanse som grunnkomponent i alle institusjoner
 - Opprettholde mulighet for rusbehandling – vurdere hvordan dette henger sammen med ny modell.
 - Ambulerende tjenester med spisskompetanse

Utfordringsbildet er sammentvunnet og det er vanskelig å foreslå ett enkelt tiltak som vil føre til bedre tjenester. For eksempel må et økt ansvar til spesialisthelsetjenesten ledsages av en styrket kompetanse på rusfeltet hos psykisk helsevern for barn og unge. Det er vil også være behov for å tilpasse rusbehandlingstilbudet som per i dag eksisterer for voksne, til barn og unge. Videre er en slik tilpasning av rusbehandlingstilbudet avhengig av at man utvikler forståelse for at rusmisbruk hos barn og unge ofte har en bakenforliggende årsak og at rusproblemer ofte eksisterer i en samsykelighet med annen psykisk uhelse som gjør målgruppen ekstra sårbar. Tilpasning av tilbudet innen spesialisthelsetjenesten til barn og unge innebærer også å gjøre tjenesten mer oppsøkende og arenafleksibel med en større ambulerende innsats. Dersom den nye institusjonsinnretningen medfører en nedskalering eller utfasing av rusbehandlingstilbudet og kompetansen i institusjonsbarnevernet, vil det være nødvendig å øke kapasiteten på døgnbehandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten. Samtidig må vi erkjenne at rusbruk og rusproblematikk fortsatt kommer til å eksistere på institusjoner i varierende grad. Skal barnevernet lykkes med å styrke institusjonene til å håndtere rusproblematikk idet den oppstår, må institusjonene rustes med tilstrekkelige rammer og kompetanse som er i beredskap for disse tilfellene.

Spørsmålet som gjenstår ubesvart, er hvorvidt og på hvilken måte de spesialiserte LBR-rusinstitusjonene skal videreføres i det nye institusjonsbarnevernet. Etter omtale av tiltakene, avsluttes notatet med dette spørsmålet for drøfting i utvalget.

Tydeligere ansvar og styrket tilbud i spesialisthelsetjenesten

Barn under 18 år må ha rett til rusbehandling utenfor barnevernet. Henvissende instans kan være barnevernet, kommunal helsetjeneste eller BUP.

Utvalget mener at spesialisthelsetjenesten må ha et tydeligere ansvar for barn og unge som har rusmiddelproblemer på lik linje som for voksne. Helsedirektoratet har gjort en utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys.¹⁴ Utredningen peker på at det er psykisk helsevern for barn og unge som har og bør ha ansvar for det spesialiserte rusbehandlingstilbudet til barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det andre som har foreslått at tilbudet organiseres som tverrfaglige team med BUP og TSB som sentrale deltakere. Et tredje forslag er at det etableres døgntilbud og TSB tilpasset barn og unge (TSB

¹⁴ Helsedirektoratet, 2022, *Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten* (ikke publisert).

ung), slik at tilbudet for barn og unge blir likeverdig det voksne har. Hva som er det riktige alternativet, avhenger av følgende faktorer som varierer mellom de regionale foretakene:

- Høyt press på tjenestene (psykisk helse og rus, spesielt for PHBU) fører til fristbrudd, som igjen påvirker realismen i å få til tjenesteutvikling.
- Omstilling er kostnadskrevende og krever omprioritering i RHF/HF-ene.
- Det er mangel på spesialister innen psykisk helse og rus.
- Det er en lavfrekvent gruppe.
- Disse faktorene er ulike i RHF-ene og må sees opp mot det som allerede eksisterer av ressurser og tilbud i de ulike RHF-ene.

Det er også variasjon mellom regionene hvilket tilbud som allerede er etablert.

Derfor har Helsedirektoratet anbefalt at det må være opp til de regionale helseforetakene, som har best forutsetninger til å ta beslutninger om tilbudet gitt de regionale forhold, hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge skal tilbys.

Styrke utrednings- og behandlingskompetansen

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har bygget kompetanse som er tilpasset den voksne befolkningen, og har svært få tilbud som er tilpasset barn og unge. Psykisk helsevern for barn og unge har på sin side ikke etablert ruskompetanse tilsvarende TSB. For at barn og unge skal kunne få like gode tjenester innen rusbehandling som voksne, må som et minimum spesialisthelsetjenesten sørge for bedre kunnskapsoverføring mellom de to tjenestene TSB og PHBU/BUP.

Utvalget støtter Helsedirektoratets vurdering at det er behov for utredningsverktøy og behandlingsmetoder for rusmiddelproblemer, også ved komorbide tilstander, tilpasset barn og unge. Blant annet bør et slikt verktøy gi en tydelig retning på hvilke kunnskapsbaserte metoder som bør implementeres i tjenesten.¹⁵

For å styrke tilbudet om utredning og behandling, må også tjenesten tilpasses ungdom og oppsøke målgruppen der de befinner seg og være tilgjengelig også når de ikke møter opp til avtalte polikliniske samtaler. Ambulerende tjenester omtales i Heidis notat, men er også viktig å nevne her som en tilnærming til å forbedre rusbehandlingstilbudet til barn og unge.

Dagens system for innsatsstyrt finansiering (ISF) har svake insentiver for ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at takstsystemet må gi insentiver som reflekterer ambisjonen om å styrke arenafleksible tjenester for barn og unge med som står i fare for å utvikle rusproblemer.

Det er fortsatt manglende kunnskap om rus, og utdanningsinstitusjonene bør legge større vekt på rus og psykisk helse i utdanningen. Det er svært mye spisskompetanse samlet i de regionale og nasjonale kompetansesentrene.¹⁶ Dette er miljøer som kan bidra med å utvikle læreplaner dersom det etableres et tettere samarbeid mellom UH-sektoren og kompetansesentrene.

¹⁵ Helsedirektoratet, 2022, *Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten* (ikke publisert).

¹⁶ Kompetansesentre med kompetanse på rusfeltet inkluderer KORUS, RKBUP/RBUP, RVTS, NKROP, Nasjonal kompetansetjeneste TSB, NAPHA, Enhet for migrasjonshelse og SANKS.

Øke kapasiteten for spesialisert behandling

Avdekkes, utredes og behandles problematikken tidlig vil det beste være å tilby rusbehandling for barn og unge poliklinisk. En styrket kompetanse og tilstedeværelse fra spesialisthelsetjenesten, jf. de to tiltaksforslagene over, vil kunne bidra til dette.

For tunge rusmisbrukere i ung alder må det fortsatt eksistere et tilbud med egne døgninstitusjoner for rus for barn under 18 år innenfor helse. Både fordi et slikt tilbud ikke er etablert i helsesektoren og fordi den nye innretningen av institusjonstilbudet ikke legger opp til ha rusproblemer som et selvstendig vilkår for institusjonsplassering. Et slikt tilbud vil innebære medisinsk avrusning og langvarig spesialisert behandling. Allerede nå eksisterer det tiltak med døgnplasser for barn og unge som også har avtaler med helsevesenet.

Fossumkollektivet er et eksempel på dette, som tilbyr rusbehandling for voksne etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a jf. helse- og omsorgstjenesteloven §10-4, i tillegg til barn etter barnevernsloven. En utvidelse av avtaler mellom eksisterende rusbehandlingstiltak i barnevernet og de regionale helseforetakene kan sikre at spesialisthelsetjenesten kan tilby rusbehandling med døgnplasser for barn og unge.

Dersom ansvaret for rusbehandling legges på helsesektoren, vil det innebære at plassene i ruskollektivene som i dag leverer tjenester for barnevernet må kjøpes av helsesektoren og at kollektivene slutter med inntak for behandling etter barnevernsloven.

Med gjeldende lover for behandling uten samtykke i helse- og omsorgstjenesteloven vil det føre til at man ikke kan gi barn og unge under 18 år behandling uten samtykke i mer enn tre måneder av gangen. Vedtak om rusbehandling som i dag foregår etter barnevernsloven kan gis uten samtykke i 1 år, med mulighet for forlengelse i ytterligere 1 år i særlige tilfeller.

Gjennomsnittlig alder på ungdom i rusbehandling i barnevernsinstitusjoner er mellom 17 og 18 år. Dersom ungdom som starter rusbehandling i barnevernet i 16-17 års-alderen, kan de risikere at det blir et brudd i behandlingen hvis de har behov for videre behandling etter fylte 18 år. Gis behandlingen gjennom helsevernet allerede før de er 18 år vil samme sektor ivareta behandlingen både før og etter fylte 18 år og ungdommen kan de få en større kontinuitet i behandlingen ved overgangen til voksen alder.

Bedre vilkår for barnevernsinstitusjoner

I utvalgets foretrukne innretning av institusjonstilbudet skal alle institusjoner kunne håndtere en viss grad av rus, og tilrettelegge for at barn får den behandling og helseoppfølging de har behov for. Det er stort innslag av rusproblematikk i alle typer institusjoner i dag, og smitteeffekt gjennom sosiale medier som overskrider geografi og avgrensede avdelinger. Alle institusjoner bør derfor ha grunnkompetanse på rusproblematikk, og kunne arbeide med dette i en helhetlig tilnærming. Videre kan det være behov for at noen avdelinger/enheter opprettholder spisskompetanse på rus, helse og barn med sikkerhetsbehov og yngre barn. Se ellers notat om innretning og innhold i institusjonstilbudet.

Styrket ruskompetanse

Det vil være rusproblematikk i alle typer barnevernsinstitusjoner, og barn som har vært utsatt for omsorgssvikt er mer sårbar for å utvikle rusproblemer. Alle barnevernsinstitusjoner må derfor ha kompetanse eller ha tilgang til kompetanse på å avdekke, forebygge og behandle rusproblemer. Barnevernsarbeidere må få økt kunnskap om hvordan spesialisthelsetjenesten fungerer. Vi vil hente ekstern bistand for å utdype hvilken kompetanse som er nødvendig for å ivareta behov barn og unge på institusjon har knyttet til rusmisbruk.

Opprettholde et tilbud om rusbehandling

Utvalget må vurdere hvorvidt alvorlig og vedvarende bruk av rusmidler skal videreføres som et inngangsvilkår og behandlingsgrunnlag med den nye innretningen av institusjonstilbudet. Beslutningen om at rusbehandling er helseansvar, også for barn, peker i retning av vilkåret ikke bør videreføres.

Likevel er det gode grunner til å opprettholde ruskompetanse også innenfor barnevernet. Ungdom i institusjon kan utvikle et rusproblem under oppholdet, eller utvikle større rusvansker enn de hadde før institusjonsplasseringen. Et visst nivå av slik rusproblematikk skal kunne håndteres innenfor de rammene forslaget til ny innretning setter for institusjonene. I noen tilfeller kan ungdommen ha behov for noe mer enn det som er tilgjengelig av hjelp i institusjonen.

Da kan det være nødvendig at det finnes noen avdelinger eller enheter som i tillegg innehar spisskompetanse på rus, uten at ungdom som har behov for rusbehandling kategoriseres som en egen målgruppe. Inntaksvurderinger kan gjøres ut fra kunnskap om barnets behov.

Dersom det vurderes behov for egne avdelinger for noen barn med stort innslag av rusproblematikk, kan dette ivaretas i avdelinger som har LBR med hovedinnsats på reduksjon av rusavhengighet som en oppstart av behandlingen. Rusbehandling i barnevernsinstitusjoner må ligge i kategorien Trygghet +. Se til notatet om innretning og innhold i institusjonstilbudet for videre diskusjon om hvordan spesialkompetanse innen psykisk helse og rus bør ivaretas i det nye, helhetlige institusjonstilbudet.

Ambulerende tjenester

De ambulerende tjenestene kan være basert i kompetansemiljøer rundt Bufetats avdelinger for rusbehandling, dersom slike avdelinger opprettholdes i den nye institusjonsinnretningen. Alternativt kan de være basert i spesialisthelsetjenesten som en del av TSB, som allerede har ambulante team. Dette kan forstås som en operasjonalisering av bistandsplikten spesialisthelsetjenesten skal ha overfor barnevernet, utredet i Helgas notat. Formålet skal være å komme raskt til ved behov og på forespørsel fra institusjoner slik at institusjonen kan få nødvendig hjelp, støtte, råd og veiledning til å sette i verk og gjennomføre tiltak som strengere rammer for en periode eller i å motivere til helsehjelp

Som for alle team som skal jobbe ambulant, er det sentralt å bygge arbeidet på en erkjennelse at en institusjon er et økosystem. Dette betyr at de som skal tilby hjelp må ta hensyn til og innlemme de ansatte og de andre ungdommene som bor på institusjonen, uavhengig av hvor mange som bor der. Problemer opprettholdes, forsterkes og dempes i relasjoner, og ting som skjer på institusjonen kan ha stor innvirkning på ungdommen. Dette er kjent for behandlingsinstitusjoner for rus. Men for ambulante team som kommer utenfra er det viktig at de kartlegger hvordan de miljømessige faktorene kan påvirke positivt og negativt, og at aktiviteter som fanger ungdommen blir en integrert del av behandlingen.

Derfor vil en del av utredningen være gode beskrivelser av hvordan barnet fungerer med ulike mennesker. Behandlere bør se etter forutsetninger for endring, både hos barnet og i deres miljø. De ansatte må få veiledning i kombinasjon med helsehjelp til barna. Veiledningen kan både ta utgangspunkt i hva barna strever med, men også hva som kjennetegner gode foreldreveiledningsprogrammer. Det er for eksempel bred konsensus i kunnskapsmiljøer om at tiltak rettet mot foreldre av barn som har en utfordrende atferd, har større effekt enn tiltak som er rettet direkte mot barnet selv. I tillegg har multisystemiske tiltak god effekt (Heidi Aase et al., 2020). For å kunne forvente en positiv behandlingseffekt for ungdom, særlig for

barn som utfordrer mye og som ruser seg, bør både institusjoner og helsearbeidere sammen arbeide med familie, skole, fritidsaktiviteter, venner og nærmiljø.

4 Skal det fortsatt være rusbehandling i institusjonsbarnevernet?

Spørsmålet er tett knyttet opp til valg som må gjøres i forbindelse med innretningen og innholdet i det nye institusjonstilbudet, hvor målgruppene er avgrenset mot både kommunale barnevernstjenester, kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten. Det er spesielt mot den siste tjenesten dette notatet forsøker å avgrense målgruppen barn og unge med rusproblemer.

Å legge hele ansvaret for rusbehandlingstilbud for unge under 18 år til spesialisthelsetjenesten innebærer å fjerne *vedvarende og problematisk bruk av rusmidler* som et vilkår for plassering etter barnevernsloven §§ 6-1 og 6-2. En slik endring gjør at det i utgangspunktet ikke er grunnlag for å opprettholde egne institusjoner for rusbehandling i barnevernet.

Majoriteten av ruskollektivene er drevet av ideelle aktører, og de ideelle leverandørene står for over 50 prosent av plasseringene for målgruppen rus. Kommersielle og statlige institusjoner har omtrent like mange plasseringer.¹⁷

De ideelle ruskollektivene er tiltenkt å kunne opprettholde sitt tilbud for målgruppen, men gjennom kjøp av plasser fra de regionale helseforetakene, slik at tilbudet kommer gjennom helsetjenesten istedenfor gjennom barnevernet. På denne måten vil det fortsatt være et tilbud for de ungdommene som trenger det. Starter behandlingen i ruskollektiv før man er 18 år, vil det at behandlingen skjer i helsevernet sørge for kontinuitet i behandlingen når ungdommen fyller 18.

En fordel med å fjerne rusbehandlingstilbudet i barnevernet er at dette er en løsning som harmonerer med den foreslåtte helhetlige innretningen av institusjonstilbudet, og bidra til å sette tydelige skiller mellom hva som er helseproblem og hva som er utfordringer som krever omsorg og utviklingsstøtte.

En betydelig risiko med å fjerne rusbehandlingstilbudet i barnevernet er at det er strenge krav til å gi helsehjelp uten samtykke. Tvungen helsehjelp skal kun skje dersom det er helt nødvendig med helsehjelp og en frivillig løsning ikke er mulig. Vedkommende må ha en alvorlig sinnslidelse og det må være fare for eget eller andres liv og helse. Derfor vil den helsehjelpen barnet kan få for rusproblemer nærmest utelukkende være basert på samtykke. I 2022 var 54 prosent av rusplasseringene i barnevernet frivillige.¹⁸ Med dagens lover vil endringen av ansvaret drastisk redusere den faktiske muligheten for å gi hjelp til barn og unge som trenger rusbehandling, men som ikke er motivert til dette.

Alternativt kan barnevernet fortsatt ha rus som et inntaksvilkår, samtidig som det plasseres et større ansvar på helsesektoren for unge med rusproblemer. Dette vil kunne redusere risikoen for at ungdommen ikke får et rusbehandlingstilbud i det hele tatt. Det er stor grad av samsykelighet mellom rusproblematikk og andre psykiske lidelser, og ungdom med rusproblemer har også andre atferdsutfordringer som fortsatt kan være grunnlag for institusjonsopphold. Det vil fortsatt være barn med behov for omsorg og utviklingsstøtte som har rusproblemer, og det vil fortsatt være et stort omfang av rusproblematikk blant ungdommer i målgruppen for institusjonstilbudet Trygghet +.

¹⁷ Bufdirs årsrapport 2022.

¹⁸ Statistikk hentet av NABE fra BiRK for sekretariatet.

Dersom ungdommen allerede har et opphold på institusjon, kan det være en fordel å ha et rusbehandlingstilbud i barnevernet. For eksempel kan rusproblemer hos ungdommen bli avdekket eller bli mer alvorlig etter påbegynt institusjonsopphold. Tilbudet som er etablert i statlige institusjoner (LBR) har hatt høy grad av måloppnåelse og få brudd i sine plasseringer. Institusjonene har over tid opparbeidet kompetanse som vil forsvinne dersom tilbudet fases helt ut.

Målet med å legge et tydeligere og større ansvar på spesialisthelsetjenesten må være å etablere rusbehandlingstilbud innenfor helse som er spesielt tilpasset denne aldersgruppen. Dette kan oppnås blant annet med å kombinere kompetanse fra PHBU/BUP og TSB, og styrke kapasiteten på ambulerende tjenester. Et styrket tilbud fra spesialisthelsetjenesten kan også inkludere poliklinisk tilstedeværelse på institusjon slik som det gjøres forsøk med i behandlingssentrene Bodø og Lunde, der rusbehandling også blir en del av helsetilbudet. En slik løsning kan også gjøres mer fleksibel, der tilstedeværelsen kan justeres avhengig av hva som er behovet på institusjonen. Det er stor variasjon i BUP sin kompetanse, og de færreste har kompetanse på barnevernsinstitusjoner og tilhørende lovverk. Fysisk tilstedeværelse på institusjonen gir bedre innsikt i hva problemet er, og veiledningen kan bli mer treffsikker.

5 Profesjonsrådets mening

Profesjonsrådet mener at rus hos barn og unge ikke må behandles som et helseproblem. Det må være et spesialisert tiltak innenfor barnevernet. Rusen er en mestringsstrategi for barnet. Det er noe i barnets liv som ikke fungerer godt nok og som gjør at det er vanskelig og vondt. Rusen blir mestringsstrategi for å få hverdagen til å fungere.

Ungdommen har ikke kommet dit at de erfarer og reflekterer over nedsiden av rusbruken. LBR, TFCO og MST jobber med endringer i de økologiene der de kan identifisere utfordringen som fører til rus. Man kan få til å gjøre dem rusfrie - men det hjelper ikke alene. Man må også ta vekk det som er årsaken til rusingen.

Hvis helse skal få ansvaret for behandlingen må de se på det på den måten og de må se på økologien. Det er få som er plassert i atferd høy der rus ikke er en del av problemene. Alle med rusproblemer har YLS-score 22-35 (over terskelen til atferd høy). Helse må finne en annen behandlingstype eller plasseringshjemmel for å kunne angripe det som gjør at ungdommen ruser seg.

Rus hører best til under Trygghet + - det kan være hårfine balanser mellom rus og atferd høy. På rus tenker man at man også må håndtere vold, ran etc. som ligger til gruppen atferd høy, men det er rus som blir det tydeligste fokuset. Tar man bort rusen forsvinner ofte de andre atferdsuttrykkene også. Det samme kan man si om psykisk trykk. Så sitter man til slutt igjen med noe som må jobbes videre med i spesialisthelsetjenesten.

6 Konsekvenser

Konsekvenser for barnet

I rusbehandling for barn og unge er det viktig med **tidlig intervensjon**. Sammen med å øke kompetansen på utredning og behandling i BUP, mener utvalget at dette er et viktig formål for nasjonalt forløp på barnevern. Nasjonalt forløp er svært nytt og bør få tid til å implementeres skikkelig før en dom felles over hvor godt det fungerer. Samtidig foreslår utvalget styrket innsats på ambulante tjenester innenfor psykisk helsevern generelt, herunder rus, og dette omtales i Heidis notat om ambulante tjenester.

Rusmisbruk hos barn og unge er i de fleste tilfellene et uttrykk for et underliggende problem. Det er derfor viktig å ikke bare forklare barns problem ut ifra selve rusbruken, men se det som en manifestering av noe annet. Det er derfor viktig med **multisystemisk tilnærming** som ser barnets økologi og gir barnet langvarig hjelp og støtte i hverdagen, tilsvarende andre tilbud i psykisk helsevern for barn og unge. Derfor mener utvalget at det er nødvendig med et rusbehandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten som er spesielt tilpasset barn og unge, der familie og annet nettverk involveres. Samtidig må tilbudet forsterke **barnets ressurser**, og utforske barnets interesser og muligheter for alternative aktiviteter i barnets liv. Det er viktig at tjenesten har barnevern- og barnefaglig kompetanse og kan ta i bruk verktøy som f.eks. MST i behandlingen.

Sterkere ruskompetanse og bedre rammer på institusjonen til å håndtere rusproblemer blant barna når de oppstår vil kunne **redusere faren for flyttinger** mellom institusjoner. I dagens institusjonsbarnevern oppstår det for mange flyttinger på grunn av utvikling som skjer hos barnet under institusjonsoppholdet, herunder utvikling av rusmisbruk, som institusjonen selv ikke klarer å håndtere under de forutsetningene institusjonen er gitt. Hensikten med styrket ruskompetanse og sterkere rammebetingelser i institusjonene er å kunne **gi barnet ro og stabilitet** til å kunne rette innsatsen mot de virkelige utfordringene i livet heller enn å la dem forsterke seg og forplante seg i nye utfordringer.

Litteraturliste

- Deloitte. (2019). *Kartlegging av institusjonstilbud i Norge og utvalgte europeiske land*. Retrieved from <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00005108>
- Heidi Aase, Kyrre Lønnum, Mari-Anne Sørli, Kristine Amlund Hagen, Kristin Gustavson, & Utgarden, I.-H. (2020). *Barn, unge og kriminalitet - Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering*. (2020). Retrieved from Oslo:
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Prop. 1 S (2022-2023) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2023*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/51e808bed72d4c64bd38016efcf5c609/no/pdfs/prp202220230001hoddddpdfs.pdf>
- Heradstveit, O., Skogen, J. C., Bøe, T., Hetland, J., Pedersen, M. U., & Hysing, M. (2018). Prospective associations between childhood externalising and internalising problems and adolescent alcohol and drug use: The Bergen Child Study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(5), 357-371. doi:10.1177/1455072518789852
- NIDA. (2014). Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge - en kunnskapsoversikt (I. H. Brenna, Trans.). In National Institute of Drug Abuse (Ed.): Nasjonal kompetansetjeneste TSB.
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. (Dokument 3: 13 (2020-2021)).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of Findings*. Retrieved from MD: